

Gertrud E. Bollier

Leitfaden schweizerische Sozialversicherungen

Kriens, August 2024

Verlag hrm4you GmbH, Kriens
Satz Bianca Föhn, Christof Unternährer, Cinta Zumbühl, vps.epas
Druck Druckerei AG Suhr

18. überarbeitete Auflage 2024
ISBN 978-3-907182-18-5

Autoren

Gertrud E. Bollier

eidg. dipl. Sozialversicherungs-Expertin

Dübendorf

www.sozialversicherungen.ch

Beat Conrad

lic. iur., eidg. dipl. Sozialversicherungs-Experte

Rechtliche Aspekte der Sozialversicherungen

Vorwort zum «Leitfaden schweizerische Sozialversicherungen», 18. Auflage, 2024

Nach dem Reformstau herrscht in den Sozialversicherungen «Aktivitis». Es wird nicht mehr eine Vorlage bzw. Sozialversicherung nach der anderen abgearbeitet; nein, es gilt immer quer zu lesen. So hat die AHV-Reform 21, Einfluss auf fast alle Sozialversicherungen. Ständig kommen Neuerungen für kleine Minderheiten von Betroffenen (so die Adoptionsentschädigung, von der gegen 40 Personen pro Jahr profitieren können), die dennoch im Leitfaden erwähnt werden müssen. Daneben gilt es die historischen Fakten fortzuschreiben und notwendigen Aktualisierungen anzubringen. Dadurch sind wir mit der 18. Auflage – trotz aller Bemühungen sich kurz zu fassen – wieder auf über 1000 Seiten gekommen. Stichtag ist der 12. Juni 2024, was später kommt, wird in der 19. Auflage abgehandelt.

Ein grosses Dankeschön geht an Rolf Lindenmann und René Vogel fürs Lektorat des Kapitels AHV. Die Reform 21 tritt in drei Schritten, ab 2024 in Kraft. Alle drei werden in der neuen Auflage abgehandelt. Das Kapitel EO haben wir grundlegend neu strukturiert, was die Lesbarkeit vereinfacht. Auch hier und betreffend Familienzulagen herzlichen Dank an Rolf Lindenmann fürs Lektorat. In der Grossbaustelle Krankenversicherung habe ich den Überblick verloren. Mit Hanspeter Leu konnte ich einen Spezialisten an Bord holen, der das Kapitel überarbeitet hat. Nicole A.M. Gisler hat die berufliche Vorsorge auf Vorderfrau gebracht. Auch ihnen beiden ein grosses Dankeschön.

Danke Martin Langenegger, fürs Redigieren des Kapitels Invalidenversicherung; Kurt Berger für die Prüfung der Kapitel Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (wo die Übergangsbestimmungen weggefallen sind) und Überbrückungsleistungen; Heinz Stuber für die Klärungen betreffend Arbeitslosenversicherung; Andreas Saxer für die Inputs zur Unfallversicherung und Rebecca S. Lang für die Durchsicht des Kapitels Sozialhilfe, dito betreffend rechtliche Aspekte an Beat Conrad sowie an René Vogel fürs Redigieren des Kapitels grenzüberschreitende Sozialversicherungen und Hansheiri Rüegg für Säule 3a/3b.

Ganz grosse Arbeit geleistet hat Bianca Föhn vom VPS Verlag. Sie hat das Layout im Auftrag von hrm4you übernommen und die Grafiken lesbar gemacht. Vielfach sind ihre schwarz/weiss/grau-Abbildungen klarer als die farbigen Originale. Herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit, das Mitdenken und die wertvollen Gestaltungsvorschläge.

Gertrud E. Bollier

Dübendorf, im Juni 2024

Kapitel

	Die Autoren	2
	Vorwort	3
	Inhalt; Kapitel	4
	Aufbau der einzelnen Kapitel	5
	Abkürzungen	6
	Literaturhinweise	14
I.	Entstehung und Entwicklung der sozialen Sicherheit in der Schweiz	19
II.	Struktur der Sozialversicherungen gemäss Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG	152
III.	Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV	173
IV.	Invalidenversicherung IV	256
V.	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV EL	338
VI.	Überbrückungsleistungen ÜL	383
VII.	Erwerbsersatz EO	407
VIII.	Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung ALV	443
IX.	Berufliche Vorsorge BVG	503
X.	Soziale Krankenversicherung KV	575
XI.	Unfallversicherung UV	646
XII.	Militärversicherung MV	697
XIII.	Familienzulagenordnungen FamZ/FAK	727
XIV.	Öffentliche Sozialhilfe (Fürsorge) SH	770
XV.	Opferhilfe	835
XVI.	Selbstvorsorge (Säule 3a/3b)	847
XVII.	Selbstvorsorge im Rahmen des Erwachsenenschutzrechts	863
XVIII.	Grenzüberschreitende Sozialversicherungen (FZA usw.)	890
XIX.	Rechtliche Aspekte der Sozialversicherungen	945
	Schematische Übersicht Kapitel III – XIV	1007

Aufbau der einzelnen Kapitel

- 1. Zielsetzung**
- 2. Gesetzliche Grundlagen**
- 3. Geschichtliche Daten**
- 4. Organisation**
- 5. Versicherte Personen**
 - 5.1 Obligatorisch Versicherte
 - 5.2 Freiwillig Versicherte
 - 5.3 Dauer des Versicherungsschutzes
 - 5.4 Versicherungsausweis
- 6. Finanzierung**
 - 6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel
 - 6.2 Beitragspflichtige Personen
 - 6.3 Dauer der Beitragspflicht
 - 6.4 Beitragshöhe und Berechnungsbasis
- 7. Leistungsübersicht**
- 8. Anspruchsberechtigte Personen**
 - 8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen
 - 8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen
 - 8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten
- 9. Sachleistungen**
(Kollektive Leistungen/Prävention)
- 10. Geldleistungen**
Taggelder
Renten
Hilflosenentschädigung usw.
- 11. Vollzug**
 - 11.1 Geltendmachen des Anspruchs
Nachforderung
 - 11.2 Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung
Leistungen ins Ausland, Abtretung und Verpfändung
 - 11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht
 - 11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung
 - 11.5 Rückerstattung/Verrechnung
Rückgriff auf haftpflichtige Dritte
 - 11.6 Rechtspflegeverfahren
- 12. Aktuell**
 - 12.1 Kennzahlen
 - 12.2 Entwicklungstendenzen
 - 12.3 Links

Massgebend für die Beurteilung des Einzelfalls ist die mit Eintritt des Versicherungsfalles gültige Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Abkürzungen

A

aBV

Bundesverfassung vor 2000
(alte Bundesverfassung)

aUVV

Unfallversicherungsverordnung vor 1984
(alte Verordnung)

AHV

Alters- und Hinterlassenenversicherung

AHVG

Bundesgesetz über die Alters- und
Hinterlassenenversicherung

AHVV

Verordnung über die Alters- und
Hinterlassenenversicherung

AK

(AHV-)Ausgleichskasse

ALM

Asset- und Liability-Management

ALV

Arbeitslosenversicherung

ALE

Arbeitslosenentschädigung

AMM

Arbeitsmarktliche Massnahmen

ANOBAG

Arbeitnehmer/in ohne beitragspflichtigen
Arbeitgeber

Äquivalenz

Gleichwertigkeitsbegriff in der Mathematik
(z.B. Vollzeitäquivalente: mehrere Teilzeitpensen, die zusammen 100 Prozent ausmachen, sind ein Vollzeitäquivalent)

ArG

Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie,
Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz)

ATSG

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil
des Sozialversicherungsrechts

Ausgleichsfondsgesetz

Bundesgesetz über die Anstalt zur
Verwaltung der Ausgleichsfonds von
AHV, IV und EO

ATSV

Verordnung zum ATSG

AVB

Allgemeine Versicherungsbedingungen
(Privatversicherung)

AVIG

Bundesgesetz über die obligat. Arbeits-
losenversicherung und Insolvenz-
entschädigung

AVIV

Verordnung zum AVIG

AWA

(Kantonales) Amt für Wirtschaft und
Arbeit, teilweise auch noch KIGA genannt

B

BAG

Bundesamt für Gesundheit

BB

Bundesbeschluss

BBL

Bundesamt für Bauten und Logistik, Bern
(vormals EDMZ Eidg. Drucksachen- und
Materialzentrale)

BECO

Berner Wirtschaft, Amt der Volkswirt-
schaftsdirektion des Kantons Bern
(Arbeitslosenversicherung, Arbeitsmarkt)

BEFAS

Berufliche Abklärungsstelle
(Invalidenversicherung)

BESA

Bewohner/inneneinstufungs- und
Abrechnungssystem (Pflegeheim)

BESTA

Beschäftigtenstatistik

betr.

Betrifft, betreffend

BFS

Bundesamt für Statistik

BG

Bundesgesetz

BGG

Bundesgesetz über das Bundesgericht

BGS

Betreuungsgutschriften (betr. Berechnung der AHV/IV-Renten)

BGSA

Bundesgesetz über Massnahmen zur Bekämpfung der Schwarzarbeit

BIP

Bruttoinlandprodukt

BPV

Bundesamt für Privatversicherungen

BRB

Bundesratsbeschluss

BSP

Bruttosozialprodukt

BSV

Bundesamt für Sozialversicherungen

BUE

Betreuungsentschädigung (Erwerbsersatzgesetz)

BUV

Berufsunfallversicherung

BV

Bundesverfassung

BVG

Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

BVV1

Verordnung über die Aufsicht in der beruflichen Vorsorge

BVV2

Vollzugsverordnung zum BVG

BVV3

Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen

bzw.

beziehungsweise

C**CHF**

Schweizer Franken

CHSS

Soziale Sicherheit, Zeitschrift des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Nachfolgepublikation zur ZAK ab 1993)

Compenswiss

«Compenswiss Ausgleichsfonds AHV/IV/EO», öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes (mit Sitz in Genf), welche die Ausgleichsfonds von AHV, IV und EO verwaltet.

Curaviva

Verband Heime und Institutionen Schweiz

D**DBG**

Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer

DRG

Fallpauschalensystem für die Abrechnung von Leistungen aus stationärer Behandlung in einem Spital (Krankenversicherung)

DSG

Bundesgesetz über den Datenschutz

E**EDI**

Eidg. Departement des Inneren

EFTA

Europäische Freihandelszone

EGS

Erziehungsgutschriften (betr. Berechnung der AHV/IV-Renten)

Eidg.

Eidgenössisch

EL

Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

ELG

Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

ELV

Verordnung zum ELG

EMRK

Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten

EO

Erwerbsersatz für Dienstleistende

EOG

Bundesgesetz über den Erwerbsersatz

EOV

Verordnung zum EOG

Erster Arbeitsmarkt

Regulärer (freier) Arbeitsmarkt im Gegensatz zur Arbeit in Beschäftigungsprogrammen, sozialen Werkstätten usw.

ESSOSS

Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik

ETS

Erwerbstätigenstatistik

etc.

et cetera, und so weiter

EU

Europäische Union

EU-15

15 EU-Staaten, mit denen die Schweiz ursprünglich die bilateralen Abkommen abgeschlossen hat (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien); Wirkung des Abkommens über die Personenfreizügigkeit (FZA) seit Juni 2002

EU-25

25 EU-Staaten, d.h. Erweiterung der EU im Jahr 2004 um zehn neue Staaten: Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern; Wirkung FZA für die neuen EU-Staaten seit April 2006

EU-27

27 EU-Staaten: ab 2017 (für die Schweiz) mit Kroatien;

ab Februar 2020 ohne UK (England, Wales, Schottland und Nordirland)

EURES

EURES (European Employment Services) ist das europäische Portal zur beruflichen Mobilität. Hier finden sich die relevanten Länderinformationen, europaweite Stellenangebote und Adressen der EURES-Berater/innen.

EVD

Eidg. Volkswirtschaftsdepartement, heute WBF

EVG

Eidg. Versicherungsgericht (heute Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen in Luzern)

evtl.

eventuell

eZIVI

Elektronisches Verwaltungssystem des Zivildienstes

F**FAK**

Familienausgleichskasse

FamZ

Familienzulagen

FamEL

Ergänzungsleistungen für Familien

FamZG

Bundesgesetz über die Familienzulagen

FamZReg

Familienzulagenregister

FamZV

Verordnung zum FamZG

FamZWL

Wegleitung zum Bundesgesetz über die Familienzulagen

FeFi

Früherfassungs- und Frühinterventionsmassnahmen (Invalidenversicherung)

FER

Fachempfehlungen zur Rechnungslegung (Pensionskassen)

ff.

fortfolgende

FinfraG

Finanzmarktinfrastukturgesetz

FinfraV

Finanzmarktinfrastukturerordnung

FINMA

Eidg. Finanzmarktaufsicht (Banken und Versicherungen)

FLG

Bundesgesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft

FLV

Verordnung zum FLG

FLÜB

Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen in der AHV/IV

FusG

Fusionsgesetz (Fusion, Teil- und Gesamtliquidation von Vorsorgeeinrichtungen)

FZA

Abkommen über die Personenfreizügigkeit (bilaterale Verträge), heute allgemein «FZA» (Freizügigkeitsabkommen) genannt

FZG

Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

FZV

Verordnung zum FZG

G**GAAP**

General Accepted Accounting Principles

GAV

Gesamtarbeitsvertrag

ggf.

gegebenenfalls

GgV

Verordnung über Geburtsgebrechen (Invalidenversicherung)

H**HILO**

Hilflosenentschädigung

HVA

Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die AHV

HVI

Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung

HVUV

Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung

I**IE**

Insolvenzentschädigung

IIZ

Interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe sowie mit der beruflichen Vorsorge, der Unfallversicherung und Krankentaggeldversicherung

IK

Individuelles Konto (AHV)

ILO

International Labour Organisation (Internationale Arbeitsorganisation)

IV

Invalidenversicherung

IVG

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung

IVSK

IV-Stellen-Konferenz

IVV

Verordnung zum IVG

J**J+S**

Jugend und Sport (Erwerbsersatzordnung)

K**KAE**

Kurzarbeitsentschädigung

KASt

Kantonale Arbeitsstelle (AWA, BECO, KIGA betr. Arbeitslosenversicherung)

KESB

Kantonale Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

KHMI

Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln über die Invalidenversicherung

KIGA

Kantonales Amt für Gewerbe, Industrie und Arbeit

KLV
Krankenpflege-Leistungsverordnung

KMU
Kleine und mittlere Unternehmen
(mit weniger als 250 Mitarbeitenden)

KOKES
Konferenz der kantonalen Kindes- und
Erwachsenenschutzbehörden

KS
Kreisschreiben

KSAL
Kreisschreiben über die Taggeld-
entschädigung bei Arbeitsleistung
innerhalb des zivilen Ersatzdienstes
(Erwerbsersatzordnung)

KSBE
Kreisschreiben über die beruflichen
Eingliederungsmassnahmen der
Invalidenversicherung

KSH
Kreisschreiben über Hilflosigkeit
(Invalidenversicherung)

KSIR
Kreisschreiben über Invalidität und
Rente in der Invalidenversicherung

KSK
Konkordat der Schweizerischen Kranken-
versicherer, heute santésuisse

KSV
Kreisschreiben über die Versicherungs-
pflicht in der AHV/IV

KUVG
(altes) Bundesgesetz über die
Unfall- und Krankenversicherung

KV
Krankenversicherung

KVAG
Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz

KVG
Bundesgesetz über die
Krankenversicherung

KVV
Vollzugsverordnung zum KVG

L

LAM
Logistik für arbeitsmarktliche
Massnahmen (LAM-Stellen)

Lex
Lateinisch für Gesetz (vgl. Lex Forrer,
Lex Koller usw.)

M

MDJ
Massgebliches durchschnittliches
Jahreseinkommen (AHV/IV)

MEDAS
Medizinische Abklärungsstelle
(Invalidenversicherung)

Median
in Statistiken verwendeter Mittelwert
(die eine Hälfte hat mehr, die andere
weniger als der Mittelwert)

MiGeL
Mittel- und Gegenständeliste
(Anhang 2 zur KLV)

MISSOC
Mutual Information on Social Protection;
gegenseitiges Informationssystem der
EU-Kommissionen zu den Sozialversiche-
rungssystemen

MStG
Militärstrafgesetz

MSE
Mutterschaftsentschädigung
(Erwerbsersatzgesetz)

MV
Militärversicherung

MVG
Bundesgesetz über die
Militärversicherung

MVV
Verordnung zum MVG

MWL
Wegleitung über den massgebenden
Lohn (AHV)

MwSt.
Mehrwertsteuer

N

NBUV

Nichtberufsunfallversicherung

nBV

neue Bundesverfassung
(revidierte Fassung, gültig seit 2000)

NE

nicht erwerbstätige Person

NFA

Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

NGO

non-Governmental organization

NPO

non-Political organization

O

OAK

Oltener Aktionskomitee (Generalstreik 1918) Oberaufsichtskommission berufliche Vorsorge

OECD

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

OG

Bundesgesetz über die Organisation der Bundesrechtspflege

OHG

Opferhilfegesetz

OHV

Opferhilfeverordnung

OR

Obligationenrecht

OKP

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

P

PartG

Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft

PV

Privatversicherung
(Privatversicherungsrecht)

Q

–

R

RAD

Regionalärztlicher Dienst der IV-Stellen

RAI/RUG

Resident Assessment Instrument/
Resident User Group
(Tarifstruktur im Pflegeheim)

RAV

Regionale Arbeitsvermittlungszentren

RKUV

Rechtsprechung und Verwaltungspraxis in der Kranken- und Unfallversicherung

RV-AHV

Verordnung über die Rückvergütung der von Ausländern an die AHV bezahlten Beiträge

RWL

Wegleitung über die Renten (AHV/IV)

Rz

Randziffer

S

SAKE

Schweizerische Arbeitskräfteerhebung

SAM

Sanitarische Austrittsmusterung
(Militärversicherung)

SBG

Bundesgesetz über Glücksspiele und Spielbanken

SchKG

Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs

SE

Selbständig erwerbende Person

SECO

Staatssekretariat für Wirtschaft

SEM

Sanitarische Eintrittsmusterung
(Militärversicherung)

SGE

Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen (berufliche Vorsorge)

SEODOR

Schnittstelle EO Dienstleistungsorganisationen

SHAB

Schweizerisches Handelsamtsblatt

SHG

Sozialhilfegesetz

SKOS

Schweizerische Konferenz für öffentliche Sozialhilfe

SOCX

Social Expenditure Database

SODK

Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren

SR

Systematische Sammlung des Bundesrechts

StGB

Strafgesetzbuch

StPO

Strafprozessordnung

ST Reha

Tarifstruktur, die im Bereich der Rehabilitation erarbeitet wird (Herbst 2019)

Suva

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

SVA

Sozialversicherungsanstalt (Kantonale AHV-Ausgleichskasse)

SVV

Schweizerischer Versicherungsverband

SWE

Schlechtwetterentschädigung (Arbeitslosenversicherung)

SwissDRG

Fallpauschalensystem für die Abrechnung von Leistungen aus stationärer Behandlung in einem Spital (Krankenversicherung)

T**Tarmed**

verbindliche Tarifstruktur für ambulante Leistungen für die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung

TARPSY

Fallpauschalentarif für alle stationären psychiatrischen Behandlungen

Tardoc

2019 dem Bundesrat eingereichter Nachfolgetarif von Tarmed, der medical Suisse AG (ats-tms)

U**u.a.**

unter anderem

UBA

Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter

UNO

Organisation der Vereinten Nationen

usw.

und so weiter

UV

Unfallversicherung

UVG

Bundesgesetz über die Unfallversicherung

UVV

Verordnung zum UVG

V**VA**

Versicherungsausweis (AHV-Ausweis)

VAG

Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen

VBS

Eidg. Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport

VE

Vorsorgeeinrichtung (berufliche Vorsorge)

VFV

Verordnung über die freiwillige Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

VGG

Bundesgesetz über das
Bundesverwaltungsgericht

vgl.

vergleiche

VO

Verordnung

VORA

Verordnung über den Risikoausgleich
in der Krankenversicherung

VPVK

Verordnung über den Bundesbeitrag
zur Prämienverbilligung in der
Krankenversicherung

VSE

Vaterschaftsentschädigung
(Erwerbsersatzgesetz)

VUV

Verordnung über die Verhütung von
Unfällen und Berufskrankheiten
(Verordnung über die Unfallverhütung)

VVG

Bundesgesetz über den Versicherungs-
vertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

VwVG

Bundesgesetz über das
Verwaltungsverfahren

W**WBB**

Wegleitung über den Bezug der
Beiträge in der AHV, IV und EO

WBF

Eidg. Departement für Wirtschaft,
Bildung und Forschung, vormals EVD

WEFG

Bundesgesetz über die Wohneigentums-
förderung mit Mitteln aus der beruflichen
Vorsorge (ist im BVG integriert)

WEFV

Verordnung zum WEFG
(berufliche Vorsorge)

WEL

Wegleitung über die Ergänzungs-
leistungen zur AHV/IV

WEO

Wegleitung zur Erwerbsersatzordnung
für Dienstleistende und Mutterschaft

WG

Wegleitung

WML

Wegleitung über den massgebenden
Lohn (AHV)

WSN

Wegleitung über die Beiträge
der Selbständigerwerbenden und
Nichterwerbstätigen in der AHV,
IV und EO

WTO

Welthandelsorganisation
(Unterorganisation der UNO)

WVP

Wegleitung über die Versicherungspflicht

X

–

Y

–

Z**ZAS**

Zentrale Ausgleichsstelle

ZGB

Zivilgesetzbuch

eZIVI

Elektronisches Verwaltungssystem
des Zivildienstes

ZStV

Zivilstandsverordnung

ZUG

Bundesgesetz über die Zuständigkeit
für die Unterstützung Bedürftiger

Literaturhinweise

BASIS

Allgemein

- ▶ «Penso» und zugehöriger Newsletter «Penso update», Webplattform und Webinare zu aktuellen Themen rund um Sozialversicherungen, betriebliches Gesundheitsmanagement, berufliche Vorsorge; vps.epas, Kriens
- ▶ Jahrbuch der Sozialversicherungen 2025, Gertrud E. Bollier, hrm4you, Kriens 2024, ISBN deutsch 978-3-9071-8212-3
- ▶ Sosipedia.swiss, digitale Plattform mit Antworten auf Fragen rund um Sozialversicherungen, Arbeitsrecht und berufliche Vorsorge; vps.epas, Kriens
- ▶ Sozialversicherungen in der Schweiz, Kurt Häcki, Infostelle AHV/IV 2024
- ▶ Gut vorsorgen: Pensionskasse, AHV und 3. Säule, Hans-Ulrich Stauffer, Saldo-Ratgeber 2024
- ▶ Masszahlen der 1. Säule, Infostelle AHV/IV 2024
- ▶ Wörterbuch der Sozialversicherungen (Deutsch, Französisch, Italienisch), Informationsstelle AHV-IV 2012 (www.ahv-iv.ch), ISBN 978-3-0330-3586-7
- ▶ Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik, Jean-Michel Bonvin, Pascal Mäder, Carlo Klöpfel, Valérie Hugentobler, Ueli Tecklenburg (Hrsg.), Seismo Verlag, Zürich und Genf 2020, ISBN 987-3-0377-1777-8

AHV

- ▶ Leitfaden AHV/IV/EO, Infostelle AHV-IV (www.ahv-iv.ch)
- ▶ Merkblätter, AHV-Ausgleichskassen (www.ahv-iv.ch)
- ▶ Alles über die AHV, die Broschüre erklärt einfach und verständlich die AHV von gestern, heute und morgen Infostelle AHV/IV 2021

Invaliden- versicherung

- vgl. AHV;
- ▶ Alles über die IV, Infostelle AHV/IV 2022

Ergänzungs- leistungen AHV/IV

- ▶ vgl. AHV
- ▶ Ergänzungsleistungen: Wenn die AHV oder IV nicht reichen, Beobachter Verlag 2024, ISBN 978-3-03875-351-3

Berufliche Vorsorge

- ▶ Die 2. Säule – BVG-Auskünfte, vps.epas, Kriens
- ▶ Berufliche Vorsorge, Hans-Ulrich Stauffer, Dike Verlag, Zürich 2023, ISBN 978-3-0389-1531-7
- ▶ Diktionär der beruflichen Vorsorge (Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch), vps.epas, Kriens 2014, ISBN 978-3-0375-1661-4

Unfallversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wegleitung der Suva durch die Unfallversicherung ▶ Merkblätter der Suva ▶ Schweizerisches Unfallversicherungsrecht (Lehrbuch zum Einstieg in die Materie oder als Nachschlagewerk), Marc Hürzeler, Patricia Usinger-Egger, Stämpfli, Bern 2020, ISBN 978-3-7272-1977-1
Arbeitslosenversicherung	▶ Merkblätter Arbeitslosenversicherung, www.arbeit.swiss, Publikationen, Info-Service für Arbeitslose
Krankenversicherung	▶ Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung, santésuisse Solothurn 2024, (www.santesuisse.ch)
Erwerbsersatz	vgl. AHV
Militärversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Militärversicherung Leitfaden, Broschüre Ausgabe 2019 (www.suva.ch/de-ch/Versicherung/militaerversicherung > Leitfaden) ▶ Militärversicherung Lehrbuch 2024, Hans Beck und Marc Heimann; Bestellungen: marc.heimann@suva.ch
Sozialhilfe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ SKOS-Richtlinien, Schweiz. Konferenz für Sozialhilfe, Bern (www.skos.ch) ▶ Sozialhilfe – Lehrbuch für die deutschsprachige Schweiz, Brigitte Rinke, orelfuessli 2022, ISBN 978-3-9525-0246-4

VERTIEFUNG

Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2024 und Taschenstatistik 2024, BSV, Bern ▶ Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Thomas Locher und Thomas Gächter, Stämpfli Verlag, Bern 2024, ISBN 978-3-7272-0770-9 (im Gegensatz zum Leitfaden Schweizerische Sozialversicherung, der eine Sozialversicherung nach der anderen thematisiert, wird hier die Materie quer – d.h. ereignisbezogen – vorgestellt) ▶ Bundessozialversicherungsrecht, 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Gustavo Scartazzini, Marc Hürzeler, Helbing und Lichtenhahn, Basel 2012, ISBN 987-3-7190-3071-1 ▶ ATSG-Kommentar, Ueli Kieser, Schulthess, Zürich 2020, ISBN 978-3-7255-8078-1 ▶ Familien in der Schweiz, statistischer Bericht 2021, BFS; www.statistik.ch > Statistiken finden > 01-Bevölkerung > Familien ▶ Beraten, bewegen, bewirken – Zürcher Frauenzentrale 1914–2014, Chronos, Zürich 2014, ISBN 978-3-0340-1232-4
------------------	--

AHV	–
Invalidenversicherung	–
Ergänzungsleistungen AHV/IV	▶ Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Erwin Carigiet und Uwe Koch, Schulthess, Zürich 2021, ISBN 978-3-7255-7668-5
Berufliche Vorsorge	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Berufliche Vorsorge, Hans-Ulrich Stauffer, Schulthess, Zürich 2019, ISBN 978-3-7255-8002-6 ▶ BVG und FZG, Prof. Dr. J.-A. Schneider, T. Geiser & T. Gächter, Stämpfli, Bern 2019, ISBN 978-3-7272-2579-6 ▶ Berufliche Vorsorge, Kommentar, Isabelle Vetter-Schreiber, Orell Füssli Verlag, Zürich 2021, ISBN 978-3-2800-7404-6 ▶ ASIP-Fachmitteilungen (Schweizerischer Pensionskassenverband, 8008 Zürich (www.asip.ch)) ▶ Schweizer Personalvorsorge, Fachzeitschrift, vps.epas, Kriens ▶ SZS, Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, Stämpfli Verlag, Bern
Unfallversicherung	▶ Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Marc Hürzeler, Patricia Usinger-Egger, Stämpfli Verlag, Bern 2021, ISBN 978-3-7272-1997-1
Arbeitslosenversicherung	–
Krankenversicherung	▶ Die verlorene Hälfte der Medizin (das Meikirch-Modell als Vision für ein menschengerechtes Gesundheitswesen), Johannes Bircher, Springer 2019, ISBN 978-6625-9638-8 (eBook 978-6625-59639-5)
Erwerbsersatzordnung	–
Familienzulagen	▶ Bundesgesetz über die Familienzulagen (FamZG), Praxiskommentar, Dike Verlag, Zürich 2010, ISBN 978-3-0375-1245-6
Militärversicherung	–
Sozialhilfe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sozialhilferecht, Guido Wizent, Dike, Zürich 2020, ISBN 978-3-0389-1141-8 ▶ Sozialalmanach, Caritas-Verlag, Luzern ▶ Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Christoph Häfeli, Stämpfli Verlag, Bern 2021, ISBN 978-7272-2216-0

Quellenangabe

Neben den im Literaturhinweis aufgeführten Schriften

- ▶ Gächter Thomas, «Sozialversicherungs-Recht 2023»; Gesamtausgabe mit Verweisungen und Anmerkungen, Schulthess, Zürich 2021, ISBN 978-3-7255-8425-3
- ▶ Statistischer Sozialbericht Schweiz ab 2011, BFS, Neuchâtel
- ▶ Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit 2022, BFS, Neuchâtel
- ▶ Hurst Robert, «Recht und Koordination», Lehrmittel für angehende Sozialversicherungsfachleute; Infostelle AHV/IV 2021
- ▶ Saxer Arnold, «Die soziale Sicherheit in der Schweiz», Verlag Paul Haupt, Bern 1963
- ▶ Schaffhauser René und Kieser Ueli, «Aktuelle Fragen aus dem Beitragsrecht der AHV», Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaften und Rechtspraxis der Universität St. Gallen
- ▶ Schiller Paul Stiftung: «Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz», 2021; gutraltern.ch/publikationen
Wegweiser für gute Betreuung im Alter, Begriffserklärungen und Leitlinien, 2020, www.gute-betreuung-im-alter.ch
- ▶ Seiler Walter P. «Die schweizerische Sozialordnung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert», Hochschule für Wirtschaft, IBR, Luzern 2000
- ▶ Tschudi Hans P., «Sozialstaat, Arbeits- und Sozialversicherungsrecht», Schulthess, Zürich 1996, ISBN 3-7255-3509-4
- ▶ Tschudi Hans P., «Die Sozialverfassung der Schweiz», Schriftenreihe Gewerkschaftsbund, Bern 1986
- ▶ Tschudi Hans P., «Entstehung und Entwicklung der schweizerischen Sozialversicherungen», Helbing & Lichtenhahn, Basel 1989
- ▶ Brunetti Aymo, Volkswirtschaftslehre, eine Einführung für die Schweiz, p.e.p./Ott, Bern 2006, ISBN 978-3-7225-0051-5
- ▶ www.vimentis.ch/d/publikation/307/Der+Wirtschaftskreislauf.html betr. erweiterter Wirtschaftskreislauf in Anlehnung an Aymo Brunetti
- ▶ Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Willi Albers (Hrsg.) et al., Gustav Fischer, Stuttgart und New York, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen und Zürich, 1980, Bd. 5, S. 167 ff. betr. Marxismus; Bd. 2, S. 464 ff. betr. EFTA

- ▶ Lexikon der Vereinten Nationen, Dr. Helmut Volger (Hrsg.), R. Oldenbourg Verlag, München/Wien 2000, S. 270–271 betr. ILO
- ▶ Lexikon zur Geschichte und Politik im 20. Jahrhundert, Carola Stern (Hrsg.) et al., Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1971, Bd. 1, S. 50 betr. Atlantik-Charta
- ▶ Crédit Suisse, Bulletins (z.B. Spezial 2018 betr. Alfred Escher)
- ▶ «CHSS, Soziale Sicherheit», Periodikum, Bundesamt für Sozialversicherungen (EDMZ), Bern
- ▶ economiesuisse weekly und weitere Publikationen
- ▶ Avenir Suisse, Handouts
- ▶ «Die Volkswirtschaft», Monatsheft des Seco und WBF (Eidg. Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung); www.seco.admin.ch
- ▶ «Medienmitteilungen» des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) inkl. AHV-, IV-, EL- und Pensionskassenstatistiken
- ▶ «Medienmitteilungen» des Bundesamts für Statistik sowie «Panorama zur Bevölkerung», Neuchâtel
- ▶ «Medienmitteilungen» des Bundesamts für Gesundheit und «BAG-Bulletin», Bern
- ▶ «Medienmitteilungen», santésuisse, Olten
- ▶ «Medienmitteilungen» der Suva und Benefit
- ▶ Newsletter des Schweizerischen Versicherungsverbands
- ▶ «NZZ, Neue Zürcher Zeitung», Zürich, ab 2000
- ▶ «Schweizerische Sozialversicherungsstatistik» ab 2000, BSV, Bern
- ▶ «Schweizer Personalvorsorge», «Penso» und «Vorsorge aktuell», vps.epas (Verlag Personalvorsorge und Sozialversicherung), Kriens
- ▶ «ZESO Zeitschrift für Sozialhilfe», SKOS, Schulthess, Zürich

I Entstehung und Entwicklung der sozialen Sicherheit in der Schweiz

1.	Einführung	23
1.1	Sozialsysteme im Wandel	23
1.2	Ausgestaltung der sozialen Sicherheit	23
1.2.1	Gestaltungsmodelle der Sozialversicherung	24
1.2.1.1	Das Sozialhilfemodell	25
1.2.1.2	Das Versorgungsmodell	25
1.2.1.3	Das Versicherungsmodell	26
1.2.1.4	Sozial- oder Privatversicherung	27
2.	Historische Entwicklung der sozialen Sicherheit	28
2.1	Internationaler Kontext	28
2.1.1	Solidarität in der vorindustriellen Gesellschaft	28
2.1.2	Die soziale Frage – (wirtschafts)geschichtliche Aspekte	29
2.1.2.1	Aufklärung	29
2.1.2.2	Französische Revolution	30
2.1.2.3	Industrielle Revolution	31
2.1.2.4	Liberalismus	32
2.1.2.5	Kommunismus/Marxismus	32
2.1.2.6	Soziale Marktwirtschaft	33
2.1.3	Vordenker und Leitbilder der sozialen Sicherheit	33
2.1.3.1	Bismarck, Otto von, deutscher Reichskanzler	33
2.1.3.2	Roosevelt, Franklin Delano, war von 1933 bis 1945 Präsident der USA	33
2.1.3.3	Beveridge, William, britischer Sozial- und Wirtschaftsminister	34
2.1.4	Internationale Abkommen	34
2.1.4.1	Internationale Arbeitsorganisation (ILO)	34
2.1.4.2	Atlantikcharta	35
2.1.4.3	Vereinte Nationen (UNO)	36
2.1.4.4	Europarat und Europäische Sozialcharta	36
2.1.4.5	EFTA	36
2.1.4.6	Europäische Union	36
2.1.4.7	OECD	37
2.2	Schweiz	37
2.2.1	Vom Auswanderungsland zur Industrienation	37
2.2.2	Die Entstehung der schweizerischen Sozialversicherungsgesetze	41
2.2.2.1	Das eidg. Fabrikgesetz: die Schweiz als Vorreiterin im Arbeitsrecht	41
2.2.2.2	Entstehung der bundesrechtlichen Sozialversicherungen	42
2.2.2.3	Zwischen den zwei Weltkriegen	44
2.2.2.4	Zweiter Weltkrieg und anschliessende Aufbauphase	47
2.2.2.5	1980er-Jahre bis 2000	48
2.2.2.6	Ab 2000 mehrheitlich Konsolidierung	50
2.2.2.7	Reformwille der 2020er-Jahre	54
2.2.2.71	Reform Altersvorsorge 2020	54
2.2.2.72	ATSG-Revision in Etappen	55
2.2.2.73	Covid-19 – Notrechtliche Massnahmen des Bundesrates zur Bewältigung der Corona-Krise	57

2.2.2.74	Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung (VVEAbG)	58
2.2.2.75	EL-Reform per 01.01.2021	59
2.2.2.76	Ältere Arbeitslose	59
2.2.2.77	Arbeitslosenversicherung	60
2.2.2.78	Meldepflicht betreffend vernachlässigte Unterhaltspflicht/ berufliche Vorsorge	60
2.2.2.79	IV-Reform 2022	61
2.2.2.80	Unfallversicherung	61
2.2.2.81	EGMR bestätigt am 11.10.2022, dass die AHV Witwer diskriminiert	61
2.2.2.82	Adoptionsentschädigung 2023	62
2.2.2.83	AHV-Reform 21 in drei Etappen	62
2.2.2.84	Per 01.09.2023 total revidiertes Datenschutzgesetz	63
2.2.2.85	Hypothetisches Valideneinkommen der IV 2024	64
2.2.2.86	Erwerbssersatz, wenn ein Elternteil kurz nach der Geburt stirbt	64
2.2.2.87	Modernisierung der Aufsicht in der 1. Säule und Optimierung in der 2. Säule	65
2.2.3	Einflüsse ausländischer Modelle auf die soziale Sicherheit in der Schweiz	65
2.2.4	Die soziale Sicherheit in der Bundesverfassung und das Dreisäulenprinzip	65
2.2.5	Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit anderen Staaten	67
3.	Organisation der Sozialversicherungen in der Schweiz	68
3.1	Struktur	68
3.1.1	Organisation unserer elf Sozialversicherungen	68
3.1.2	Risikodeckung	71
3.1.2.1	Kausalität – Finalität	71
3.1.3	Leistungsarten	72
3.1.4	Versicherte Personen	73
3.2	Die Finanzierung unserer Sozialversicherungen	74
3.2.1	Finanzierungsverfahren	75
3.2.1.1	Ausgaben-Umlageverfahren	75
3.2.1.11	Bedarfsdeckungsverfahren	75
3.2.1.2	Kapital-Deckungsverfahren	75
3.2.1.21	Kapitaldeckungsverfahren der Unfallversicherung	76
3.2.2	Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben unserer Sozialversicherungen	77
3.2.2.1	Sozialversicherungsleistungen nach Funktionen	79
3.3	Volkswirtschaftliche Aspekte	80
3.3.1	Sozialversicherungen als Wirtschaftsfaktor (BIP, Sozillast- und Sozialleistungsquote)	80
3.3.1.1	Entwicklung von Sozillast- und Sozialleistungsquote	82
3.3.2	Mittels Modellrechnungen zu längerfristigen Prognosen	83
3.3.3	Volkswirtschaftliche Auswirkungen der Sozialversicherungen	85
3.4	Die soziale Sicherheit umfasst mehr als die Sozialversicherungen	87
	Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit (GRSS) 2021	89
3.4.1	Sozialleistungen nach Funktionen im europäischen Kontext	90

4.	Einflussfaktoren für die Entwicklung unserer sozialen Sicherheit, insbesondere der Altersvorsorge	91
4.1	Die Demografie	92
4.1.1	Lebenserwartung	92
4.1.2	Fertilität (Geburten pro Frau)	94
4.1.3	Migration	94
4.1.4	Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz	97
4.1.4.1	Vom Generationenvertrag zur Generationensolidarität	99
4.1.5	Bevölkerungsentwicklung in den übrigen Staaten	100
4.1.5.1	Grundziele betreffend alternde Gesellschaft	101
4.1.6	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2015–2045	101
4.1.6.1	Das Referenzszenario zeigt Folgendes	103
4.2	Die wirtschaftliche Entwicklung	105
4.2.1	Beschäftigung und Produktivität	106
4.2.1.1	Arbeitsmarktstruktur und Qualifikationsniveau	106
4.2.1.2	Beschäftigung und Beschäftigungswachstum	108
4.2.1.2.1	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)	109
4.2.1.3	Einkommensverteilung	111
4.2.1.3.1	Wie geht es der Mittelschicht in der Schweiz?	112
4.2.1.3.2	Working Poor	113
4.2.2	Finanzlage des Bundes und der öffentlichen Haushalte – Staatsverschuldung	114
4.2.2.1.2	Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen	116
4.2.3	Teuerung/Inflation	116
4.3	Lebens- und Arbeitsformen	117
4.3.1	Vielfältige Lebensformen	118
4.3.2	Erwerbsverhalten in der Schweiz	120
4.3.2.1	Erwerbsbeteiligung in der Schweiz	121
4.3.3	Vereinbarkeit von Beruf und Familie	123
4.3.3.1	Mutterschaftsurlaub: Erwerbsunterbrüche vor und nach der Geburt	125
4.3.3.2	Elternzeit	126
4.3.3.3	Familienergänzende Kinderbetreuung	126
4.3.3.3.1	Anstossfinanzierung Betreuungsplätze	127
4.3.3.3.2	Evaluation mit Empfehlungen für Politik und Behörden	128
4.3.3.4	Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege	128
4.3.4	Haus-, Familien- und Freiwilligenarbeit/Frau und Karriere	128
4.3.4.1	Bürgerdienst für alle	130
4.3.5	Entwicklung der privaten Haushaltsbudgets	131
4.3.6	Verstärkte Förderung des inländischen Arbeitskräftepotenzials	132
4.3.6.1	Konkurrenzfähigkeit von älteren Arbeitskräften sichern	133
4.3.6.2	Diversity	133
4.3.6.3	Lebenslanges Lernen	135
4.3.7	Vier Alter	136
4.3.8	Ethik und Werthaltung	137

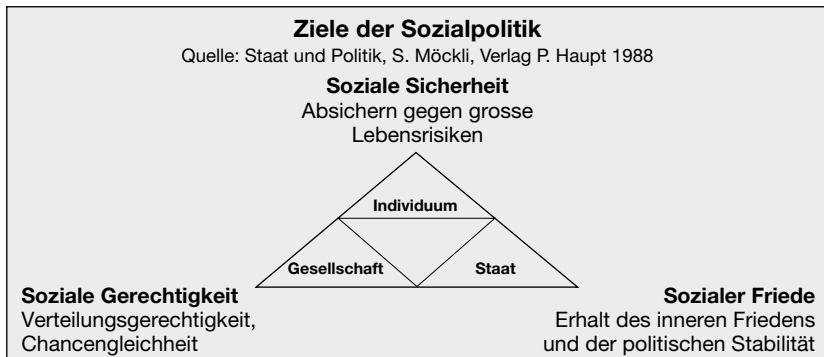
5.	Perspektiven	138
5.1	Das Altern der Gesellschaft verschiebt die Prioritätenordnung	138
5.2	Employability und Flexicurity	138
5.2.1	Sicherheit und Flexibilität am Arbeitsmarkt im neuen demografischen Kontext	140
5.3	Das Altern der Gesellschaft verschiebt die Prioritätenordnung	141
5.3.1	Die Renten der künftigen Generationen sinken markant	142
5.3.2	Reform der Altersvorsorge	143
5.3.2.1	1. Säule, AHV	143
5.3.2.11	Hinterlassenenrenten der AHV	143
5.3.2.12	Finanzierung der 13. AHV-Rente	144
5.3.2.13	Heiratsstrafe in der AHV minimieren oder eliminieren	144
5.3.2.14	Keine Kinderrenten mehr zu den Altersrenten aus 1. und 2. Säule	144
5.3.2.2	2. Säule berufliche Vorsorge, BVG-Reform 2022	145
5.3.2.3	3. Säule, private Vorsorge	147
5.3.2.4	Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter	147
5.4	Gesundheit	148
5.4.1	Gesundheit2030	149
5.4.2	Zahlreiche Neuerungen in der Krankenversicherung im Jahr 2024	149
5.5	Kein nationales Impulsprogramm zur Prävention von Gewalt im Alter	150
6.	Links	151

1. Einführung

1.1 Sozialsysteme im Wandel

Zu jeder Zeit wurde die Frage aufgeworfen, inwiefern Menschen, die in Not geraten, geholfen werden soll. Diese Frage stand und steht im Mittelpunkt der gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzung. Wie eine Gemeinschaft mit ihren schwächsten Gliedern umgeht – d.h. das Sozialsystem eines Staates –, ist Teil der politischen Kultur und darüber hinaus ein Wirtschaftsfaktor von beachtlicher Bedeutung.

Als gewachsene Struktur spiegeln die Sozialsysteme nicht nur die gegenwärtige sozialpolitische Ausrichtung, sondern letztlich die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse eines Staates. Nicht Theorien oder Ideologien geben über die soziale Struktur einer Gesellschaft Auskunft, sondern die konkreten für die bedürftigen Personen getroffenen Massnahmen. Der Wandel in den Bedürfnissen und Anschauungen zwingt dazu, die einzelnen Regelungen der sozialen Sicherheit immer wieder zu überprüfen, zu ergänzen und allenfalls zu revidieren. Die Politik der sozialen Sicherheit ist daher als permanenter Gestaltungsauftrag zu verstehen.



1.2 Ausgestaltung der sozialen Sicherheit

Der Begriff «soziale Sicherheit» kann als Freiheit von Existenzängsten und Notlagen verstanden werden. Von alters her stellt die Sicherung des Lebensbedarfs im Fall von krankheits- oder unfallbedingter Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Alter oder Tod des Ernährers bzw. der Ernährerin ein Bedürfnis der Menschen dar.

Die soziale Sicherheit kann hauptsächlich durch drei Mittel erreicht werden

» **Die Sozialhilfe,**

die als unterschwelligste Sicherung die Existenzgrundlage auf dem Niveau eines abgeschwächten Lebensstandards deckt.

» **Die Versorgung (Bedarfsrente),**

die für bestimmte Bevölkerungsgruppen den Grundbedarf auf dem Niveau eines abgeschwächten Lebensstandards deckt.

» **Die Versicherung**

als Sozial- oder Privatversicherung

- ▶ **Die Sozialversicherung,**
die (zumindest für Arbeitnehmende) den Grundbedarf auf dem Niveau eines durchschnittlichen Lebensstandards deckt.
- ▶ **Die Privatversicherung,**
mit der auf freiwilliger Basis der Wahlbedarf auf dem Niveau eines gehobeneren Lebensstandards gedeckt oder allfällige systembedingte Lücken der Sozialversicherung ausgeglichen werden können.

1.2.1 Gestaltungsmodelle der Sozialversicherung

Gestaltungsmodelle der sozialen Sicherung				
	Privatversicherung	Sozialversicherung	Versorgung	Sozialhilfe
Bedarfsdeckung	Wahlbedarf/ gehobener Lebensstandard	Grundbedarf/ durchschnittlicher Lebensstandard	Grundbedarf/ abgeschwächter Lebensstandard	Existenzgrundlage/ abgeschwächter Lebensstandard
Rechtsanspruch aufgrund	eines Vertrages	eines Gesetzes (Verfassung)	eines Gesetzes (Verfassung)	Verfassung (Gesetz)
Ermessen in Beurteilung der Sachlage	keines	keines	gering	systembedingt vorhanden
Anschluss	freiwillig	obligatorisch	durch Wohnsitz	durch Wohnsitz
Verantwortung	Eigenverantwortung	Kollektive Verantwortung	Kollektive Verantwortung	Kollektive Verantwortung
Leistungsumfang aufgrund	des Vertrages frei gestaltbar, abhängig von Beitragshöhe	des Gesetzes, typengebunden, teilweise abhängig von Beitragshöhe	des Gesetzes, meist Bedarfsnachweis erforderlich, ohne Vorleistung	des Gesetzes (Statuten), Beratung, Hilfe zur Selbsthilfe
Trägerschaft	privat	öffentlich-rechtlich	staatlich	öffentlich-rechtlich (kantonal/kommunal) oder privat
Finanzierung	Prämien/ Beiträge	Beiträge und teilweise Steuern	Steuern	Steuern
Auslösen der Leistung	Kausalprinzip	Kausal- oder Finalprinzip	Kausal- oder Finalprinzip	Finalprinzip
Verhältnis Beiträge/ Leistung	Äquivalenzprinzip	Solidaritätsprinzip	sozialer Ausgleich	sozialer Ausgleich
Beispiele	Lebensversicherung	AHV, ALV	EL, MV	Sozialhilfe

1.2.1.1 Das Sozialhilfemodell

Die Fürsorge – heute Sozialhilfe genannt – ist die älteste Strategie zum Erreichen der sozialen Sicherheit. Sie hat ihre Wurzeln in der mittelalterlichen Scholastik und Armenhilfe. Jede bedürftige Person erhält Hilfeleistungen im Ausmass ihrer individuellen Notlage. Dabei steht nicht die Ursache für die Notlage im Vordergrund, sondern Bestrebungen, um Betroffene zu befähigen, ihre Existenz wieder selbständig zu sichern. Die Sozialhilfe ist als letztes Auffangnetz der sozialen Sicherheit in der Regel für Einzelfälle ausgestaltet und nicht zur Lösung breit gefächerter, struktureller Probleme geeignet.

In der Sozialhilfe fällt der Betreuung und dem Ermessen grosse Bedeutung zu. Diese Elemente fehlen sowohl in Bezug auf die Bedarfsleistungen der Versorgung als auch in den (Sozial-)Versicherungen. Im Vergleich mit dem Versicherungsprinzip fehlt das Element der Planmässigkeit.

Für die Sozialhilfe gilt das **Subsidiaritätsprinzip**. Somit kommt die Sozialhilfe nur dann zum Tragen, wenn der sozialversicherungsrechtliche Schutz überhaupt fehlt, die Sozialversicherungs-Leistungen nicht ausreichen oder diese nicht rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden können. Oft springt die Sozialhilfe so lange ein, bis der zuständige Versicherer ermittelt ist und die erforderlichen Abklärungen zum Ausrichten seiner Leistungen getroffen hat. Somit hat die Sozialhilfe letztlich nur für Leistungen aufzukommen, wenn die Berechtigten sich nicht selber helfen und überdies keine Hilfe von dritter Seite erwarten können.

Die öffentliche Sozialhilfe ist auf die individuelle Bedürftigkeit zugeschnitten und mit BV 12 «Recht auf Hilfe in Notlagen», unabhängig von deren Ursache, ein klagbares Grundrecht geworden. Die zur Finanzierung der öffentlichen Sozialhilfe erforderlichen finanziellen Mittel werden aus Steuermitteln aufgebracht. Von den Bedürftigen werden keine finanziellen Vorleistungen als Bedingung für den Leistungsanspruch erwartet. Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Grad der Bedürftigkeit. Dazu ist ein entsprechender Bedürftigkeitsnachweis zu erbringen.

Daneben bestehen im Rahmen der privaten Sozialhilfe zahlreiche Hilfswerke, Vereine und Stiftungen, die gemäss ihrer Satzung in Not geratenen Menschen freiwillig Hilfe leisten.

1.2.1.2 Das Versorgungsmodell

Unter Versorgung wird die Zuweisung von Sozialleistungen verstanden, sofern die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Im Unterschied zum Versicherungsmodell geschieht die Zuteilung ohne die Bedingung von Vorleistungen (Prämienzahlungen) seitens der Versicherten. Hingegen besteht wie für die Versicherung ein Rechtsanspruch auf Leistung, dies aber für alle in gleicher Weise (kein Bedürftigkeitsnachweis). Die Finanzierung erfolgt aus Steuergeldern.

Der Begriff «Versorgung» ist nicht mit dem Begriff «Vorsorge» (Bewahrung, Sicherstellung eines bestimmten Zustandes) zu verwechseln. Die Idee der Versorgung entwickelte sich während der Weltkriege in Deutschland (Sonderversorgung für Kriegsoffer und ihre Hinterbliebenen, finanziert aus allgemeinen Mitteln). Im Lauf der Zeit wurde die Versorgung auf weitere Tat-

bestände ausgedehnt, die sich aus strukturell bedingten Notlagen ergaben, d.h., nicht vom Individuum selber zu verantworten sind.

Heute präsentiert sich die Versorgung in Form eines Bedarfsrentensystems, womit ganz gezielt und nach gesetzlichen Vorgaben sozialversicherungsmässige Lücken geschlossen werden. So konnte mithilfe der Ergänzungsleistungen zur AHV der Altersarmut Einhalt geboten werden. Heute sehen wir uns mit der Kinderarmut konfrontiert. Kinder respektive die Familien sind am stärksten von Armut betroffen. Es sind gezielte Massnahmen erforderlich, um dieses Armutsrisiko zu lindern. Hier könnte mittels Ergänzungsleistungen für Familien Abhilfe geschaffen werden.

In der schweizerischen Lehre und Praxis wird die Grenze zwischen Versorgung und (Sozial-)Versicherung nicht bewusst und eindeutig gezogen. Dies ist für die Wirkung der sozialen Sicherheit als Ganzes vordergründig zwar nicht relevant, behindert aber eine konstruktive und kreative Diskussion um die Weiterentwicklung unserer sozialen Sicherung.

1.2.1.3 Das Versicherungsmodell

Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass sich positive Erwartungen nicht erfüllen. Dieses auf wirtschaftliche Verhältnisse bezogene Risiko kann nicht vorhergesehene, ausserordentliche Kosten verursachen (Auto, Feuer, Unfall, Krankheit) und/oder einen unvorhergesehenen Wegfall des Erwerbseinkommens bedingen (Arbeitslosigkeit, Invalidität, Tod des Ernährers, Betriebsunterbruch). Gegen den Eintritt solcher Ereignisse kann man sich versichern.

Versicherung ist ein Zusammenschluss mehrerer zu einer Gefahrengemeinschaft, die den mit Eintritt des Versicherungsfalls entstehenden Vermögensbedarf nach den Grundsätzen der Wahrscheinlichkeit deckt.

Wesentliche Merkmale sind demnach

▶ **Gegenseitige Deckung**

Einer für alle, alle für einen.

▶ **Zufälligkeit**

Das Gesetz der grossen Zahl kann nur zum Tragen kommen, wenn das gewollte Herbeiführen des Schadens ausgeschlossen werden kann.

▶ **Schätzbarer Bedarf**

Aufgrund der Erfahrungswerte (versicherungstechnische Planmässigkeit ⇒ Statistik) kann der Schadenverlauf in der Zukunft geschätzt werden, um die Prämien zu bestimmen.

▶ **Zahlreiche gleichartig Bedrohte**

Es braucht eine grosse Zahl von Bedrohten, von denen die meisten schadlos bleiben. Damit entsteht die Gefahrengemeinschaft in einem wirtschaftlichen Sinn.

▶ **Entgeltlichkeit**

Es müssen Prämien (Beiträge) erhoben werden. In der Privatversicherung spricht man von Leistung und Gegenleistung.

▶ **Rechtsanspruch**

Auf genau umschriebene Leistungen im Versicherungsfall.

▶ **Wirtschaftlichkeit**

Es bedarf einer Organisation, die Planmässigkeit und Kontinuität garantiert.

«Aus der Sicht der Versicherungskunden stellt Versicherung einen Risiko-transfer dar, bei dem ungewisse Schadenverteilungen in feste Prämien umgewandelt werden. Aus Sicht des Versicherers ist Versicherung die Deckung eines im Einzelnen ungewissen, insgesamt aber schätzbaren Mittelbedarfs auf der Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv und in der Zeit, zu der auch das Sicherheitskapital herangezogen wird.» (Haller/Ackermann).

Rein technisch gesehen ist die Versicherung dort möglich, wo ein Vorsorgebedarf zu befriedigen ist.

Versicherungen basieren auf dem Solidaritätsprinzip (vgl. 1.2.1.4), indem das Kollektiv der versicherten Personen gemeinsam die Kosten einiger Schadenfälle trägt. Die Versicherungssolidarität wirkt als Ausgleich, in dem während des Versicherungsverlaufs das Sicherheitskapital herangezogen wird.

In der Lehre werden verschiedene Solidaritäten unterschieden:

▶▶ **Vertikale Solidarität**

Ausgleich zwischen höheren und tieferen Einkommen (arm/reich)

▶▶ **Horizontale Solidarität**

Ausgleich zwischen verschiedenen sozialen Gruppen, z.B. zwischen:

- ▶ Ledigen/Verheirateten
- ▶ Männern/Frauen (Geschlechtersolidarität)
- ▶ Personen mit/ohne Familienlasten
- ▶ Gesunden/Kranken

▶▶ **Generationensolidarität (Sonderform der horizontalen Solidarität)**

Ausgleich zwischen jüngeren und älteren Versicherten

▶▶ **Regionale Solidarität**

Ausgleich zwischen den Bewohnern verschiedener Regionen eines Landes

1.2.1.4 Sozial- oder Privatversicherung

Während die **Privatversicherung die Möglichkeit bietet**, Personen, Sachen und Vermögen aufgrund eines Vertrages zu versichern, **verpflichtet die Sozialversicherung** (zumindest Arbeitnehmende und Arbeitgeber), die Risiken Unfall, Krankheit, Invalidität, Versorgerschaden, Alter und Arbeitslosigkeit zu decken. Im Vollzug unterscheiden sich die beiden Versicherungssysteme grundlegend. In der Praxis weisen sie aber Schnittstellen und Berührungspunkte auf.

Äquivalenzprinzip

In der (Privat-)Versicherung wird von der verursachergerechten Aufteilung der Kosten unter den versicherten Personen, d.h. der Äquivalenz, ausgegangen. Im Zeitpunkt der Festsetzung der Prämie wird die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des betreffenden Risikos berücksichtigt, was zu risikogerecht abgestuften Prämien führt bzw. zu versicherungstechnischer Gleichwertigkeit zwischen Prämie und zugesicherter Leistung. ⇒ Äquivalenzprinzip.

Der Abschluss von Privatversicherungen ist (mit Ausnahme der Motorfahrzeughalterhaftpflicht- und in gewissen Kantonen der Gebäudeversicherung) freiwillig. Er beruht auf einem Vertrag und in der Regel den allgemeinen Vertragsbedingungen. Der Anspruch entsteht mit der Beitragsleistung und wird mittels eines Entscheids mitgeteilt. Mangels hoheitlichen Rechts fehlt hier die Kompetenz, Verfügungen zu erlassen. Im Privatrecht gilt die «Verhandlungsmaxime», d.h., dass die klagende Person beweisen muss, dass sie im Recht ist. Das Verfahren ist kostenpflichtig und langwierig (Friedensrichter, Bezirksgericht, Obergericht, Bundesgericht).

Solidaritätsprinzip

Wie eine Gemeinschaft mit ihren schwächsten Gliedern umgeht – d.h. das Sozialsystem eines Staates –, ist Teil der politischen Kultur und darüber hinaus ein Wirtschaftsfaktor von beachtlicher Bedeutung. In diesem Kontext **ist Solidarität ein Hilfsmittel, um – mittels Begünstigung der Schwächeren, also eines Umverteilungsprozesses – ein gestecktes Ziel erreichen zu können.** Die Solidaritäten sind daher eine Willensäusserung eines Kollektivs, aber keine Zielsetzung an und für sich.

Diese Willensäusserung findet sich in der Bundesverfassung. Sie ist bereits im Zweckartikel BV 2 (Förderung der gemeinsamen Wohlfahrt, Chancengleichheit) ersichtlich. Konkretisiert wird dies mit den Sozialrechten – z.B. BV 12, dem Recht auf Hilfe in Notlagen –, den Sozialzielen (BV 41) und den Grundsatzartikeln für unsere Sozialversicherungen (BV 111 usw.). Solidarität als ein Ausgleich zwischen stärkeren und schwächeren Gliedern findet somit auf verschiedenen Ebenen statt, dies – mit Ausnahme der Versicherungssolidarität – fast ausschliesslich im Rahmen der Sozialversicherungen.

Die Sozialversicherungen beruhen auf einem Verfassungsauftrag und entsprechender Gesetzgebung, d.h. dem öffentlichen Recht. Deshalb ist der Beitritt meist obligatorisch, und es besteht ein klagbarer Anspruch auf Leistung, der mittels eines hoheitlichen Erlasses, der Verfügung, mitgeteilt wird. Es gilt die sogenannte «Offizialmaxime», was bedeutet, dass sowohl der Sozialversicherungsträger als auch ggf. der Richter von Amtes wegen auf die Anträge eingehen müssen. Das Beschwerdeverfahren ist einfach und in der ersten Instanz kostenlos – vom Bundesgericht wird eine moderate Kostenbeteiligung auferlegt.

Im Kapitel XIX, Recht, wird vertieft auf diese Aspekte eingegangen.

2. Historische Entwicklung der sozialen Sicherheit

2.1 Internationaler Kontext

2.1.1 Solidarität in der vorindustriellen Gesellschaft

Wenn die Solidarität im **Familienverband** (Sippe) nicht genügte, übernahmen im christlichen Europa hauptsächlich die Kirchen und Klöster die Versorgung und Pflege bedürftiger Menschen, dies mithilfe von Spenden Adliger oder wohlhabender Bürger/innen. Ab dem späten Mittelalter bildeten sich **Hilfsgesellschaften auf Gegenseitigkeit** wie Zünfte, Kranken- und Sterbekassen. Auch das **Bürgerrecht einer Gemeinde** konnte Grund und Voraussetzung für die finanzielle oder materielle Unterstützung sein. Diese gesellschaftliche

Ordnung – basierend auf der Grossfamilie und den feudal-agrarischen Strukturen der europäischen Ständegesellschaft – ändert sich grundlegend mit dem Prozess der Industrialisierung Ende des 18. Jahrhunderts – eingeleitet durch die Aufklärung und die Französische Revolution.

Die ersten **Privatversicherungen** im Personenbereich, die auf moderner, versicherungsmathematischer Basis arbeiteten, entstanden im 19. Jahrhundert. Obwohl einige von ihnen auch soziale Risiken versicherten (Lebensversicherung), waren sie als Antwort auf die sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung der entstehenden Industriestaaten in ihrer Gesamtheit bedeutungslos, weil sie für die überwiegende Mehrheit aus Kostengründen nicht zugänglich waren. Sie erfüllten jedoch eine Funktion als Vorläufer der Sozialversicherungen.

2.1.2 Die soziale Frage – (wirtschafts)geschichtliche Aspekte

Ausgangspunkt und zugleich Grundlage für die Entstehung der Sozialversicherungen bildeten die folgenden drei geschichtlich bedeutsamen Erscheinungen: **die Aufklärung** als geistig-philosophische Strömung, **die Französische Revolution** als politische und rechtsstaatliche Vorbedingung und die sogenannte **Industrielle Revolution**, verbunden mit einem grossen Bevölkerungswachstum, als wirtschaftliche Komponente.

2.1.2.1 Aufklärung

Unter Aufklärung versteht man die geistig-philosophische Strömung, welche im 17. und 18. Jahrhundert einen grundlegenden Wandel im Bewusstsein und in der Weltanschauung der Menschen herbeigeführt hat. Sie stellt die geistige Grundlage für das Verständnis des modernen Menschen dar, welcher nach Freiheit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung strebt. Die Aufklärung löste die Grundstrukturen einer Gesellschaft auf, welche den Menschen als Mitglied einer ständischen Ordnung mit daraus resultierenden Abhängigkeiten verstand.

Die Aufklärung stellt somit auch die Grundvoraussetzung dar für die Realisierung eines demokratischen Staates, in dem das Volk über seine eigenen Belange selbst bestimmen kann. Neu versteht sich der Mensch als Individuum mit eigenen Rechten, Bedürfnissen und Pflichten – nicht nur als Glied einer strukturierten Gesellschaft.

Wichtige Vertreter und Leitideen der Aufklärung:

René Descartes: «Ich denke, also bin ich.» Als Mathematiker ist er der Begründer der analytischen Geometrie, die Algebra und Geometrie verbindet.

Immanuel Kant: «Habe den Mut, Dich des eigenen Verstandes, ohne Leitung anderer, zu bedienen.» Aufforderung, öffentlich vernunftgemäss zu handeln.

Voltaire (François-Marie Alouet)/**Jean-Jacques Rousseau:** Toleranzidee; geistige Freiheit gegen Vorherrschaft der Kirche; grosser Einfluss auf Pädagogik des 19. und 20. Jahrhunderts (retour à la nature); liberales Bürgertum.

Adam Smith beschreibt 1766 in «Wealth of Nations» die Arbeitsteilung, was für die industrielle Revolution prägend war.

Montesquieu (Charles des Sevondat, Baron de Montesquieu): Mit dem geschichtsphilosophischen und staatsrechtlichen Denker verbinden sich die Ideale der freiheitlichen Gesellschaft => Konzeption des Gesellschaftsvertrags und der Gewaltenteilung.

Gestützt auf diese Basis erreichten die Naturwissenschaften, allen voran die Mathematik, die Physik, die Chemie, die Biologie usw., einen ungeahnten Aufschwung. In diese Zeit fielen auch die bedeutenden Entdeckungen, welche in der modernen Industriegesellschaft unerlässliche Voraussetzungen für den wirtschaftlichen Fortschritt waren, wie die Erfindung der Dampfmaschine (1777), der Spinnmaschine, des mechanischen Webstuhles (1775) und der Dampfeisenbahn (1835). Voraussetzung für die einsetzende Fabrikindustrie waren somit die entsprechenden Erkenntnisse aus der Mathematik und der Physik. Ohne diese ist die wirtschaftliche Entwicklung bzw. die industrielle Revolution, welche am Anfang der «sozialen Frage» steht, nicht denkbar.

2.1.2.2 Französische Revolution

Vorangegangen war der Unabhängigkeitskrieg Nordamerikas (1763 bis 1783) mit der Unabhängigkeitserklärung der 13 vereinigten Staaten vom 4. Juli 1776, welche an die Aufklärungsideen anknüpfte. Die Unabhängigkeitserklärung ist insbesondere für die Formulierung der Menschenrechte wegweisend («All men are equal...»).

Die Gedanken der Aufklärung und die Unabhängigkeitserklärung Amerikas machten besonders in Frankreich grossen Eindruck, wo zwischen 1774 und 1788 durch die Schwäche des absolutistischen Systems das «Ancien Régime» zerfiel, was am 14. Juli 1789 zum Sturm auf die Bastille führte. Die Stürmung des politischen Gefängnisses (als Symbol für den Despotismus) gilt als Beginn der Französischen Revolution.

Die Französische Revolution stellt nicht nur für den Menschen als Individuum, sondern ebenso für die rechtsstaatlich organisierten Gemeinwesen den zentralen Ausgangspunkt für ihre Struktur dar. Durch sie wurden die Ideen der modernen Gesellschaft wie Rechtsstaatlichkeit, Gewaltentrennung, Menschenrechte usw. geprägt, und diese hatten wiederum massgeblichen Einfluss auf die demokratisch ausgestalteten Staaten der Neuzeit.

Mit ihrem Motto *liberté* (Freiheit), *égalité* (Gleichheit) und *fraternité* (Brüderlichkeit) wurden auch Grundwerte proklamiert, welche in Staaten mit sozialem Engagement von entscheidender Bedeutung wurden. Das **Freiheitsstreben** der Menschen, welches durch Eigenverantwortung und Selbstbestimmung charakterisiert war, ermöglichte erst die Institutionalisierung eines demokratisch strukturierten Staates, in dem die Staatsgewalt (Souveränität) letztlich vom Volk ausgeht. Das Prinzip der Gleichheit, welches die Menschen von Geburt an auf gleiche Stufe mit gleichen Ausgangschancen stellt, ist ein tragender Grundsatz jedes Rechtsstaates, auch im Bereich der Sozialversicherung. Das Postulat nach **Brüderlichkeit** stellt auf die innere Bereitschaft der Menschen ab, mit anderen solidarisch zu sein. Der Solidaritätsgedanke ist auch im Bereich der sozialen Sicherheit in mancherlei Hinsicht realisiert, z.B. in der AHV, der ALV oder in der sozialen Fürsorge.

Die Französische Revolution ging daran, den modern organisierten Staat nach Montesquieus Idee der Gewaltenteilung zu verwirklichen. Diese besagt, dass die vom Staat ausgehende hoheitliche Gewalt auf verschiedene Träger verteilt werden soll. Im Gegensatz zu den vor der Aufklärung vorhandenen absolutistischen Monarchien, in denen der unumschränkte

Regent Alleinherrscher war, mitunter also Rechtsdokumente erliess, sie ausführte und bei Streitigkeiten selbst darüber befand, geht der demokratische Rechtsstaat davon aus, dass der Erlass von wegweisenden Bestimmungen, z.B. von einer Verfassung oder von Gesetzen, durch die sogenannte Legislative (Lex = das Gesetz; gesetzgebende Gewalt), deren Ausführung und Verwaltung durch die Exekutive (executere = ausführen; ausführende, vollziehende Gewalt) und die Beurteilung einer Streitsache durch die Judikative (iudicare = urteilen; richterliche Gewalt) erfolgten.

2.1.2.3 Industrielle Revolution

Die Industrialisierung bzw. industrielle Revolution ging von England aus, von wo sie auf den europäischen Kontinent übergriff. Die Erfindung der Dampfmaschine sowie die von Adam Smith beschriebene Arbeitsteilung («Wealth of Nations», 1776) schafften die Voraussetzungen für die moderne Massenproduktion und damit für den Massenkonsum. Mit dem weiteren technischen Fortschritt (Automatisierung der Produktionsverfahren) und der Verkürzung der Produktionswege dank Eisenbahn und Dampfschiff erlangte die Fabrikindustrie einen ungeahnten Aufschwung.

Die Industrialisierung führte zu tief greifenden Veränderungen mit weitreichenden Auswirkungen auf **die Einzelperson, aber auch für ganze Gruppen und die Gesellschaft insgesamt.**

» **Die Lebensverhältnisse der Menschen veränderten sich grundlegend:**

Die Mittel- und die Oberschicht erlangten neuen Wohlstand, bessere medizinische Versorgung und Fortschritt in der Hygiene. In den armen Arbeitervierteln hingegen grassierten weiterhin Krankheiten, Seuchen und Epidemien.

» **Die Struktur der Gesellschaft** wandelte sich mit der Bildung einer neuen Klasse, derjenigen der Arbeiter:

Die Arbeiterklasse stand auf der untersten Stufe des gesellschaftlichen und politischen Ansehens, erkämpfte sich im Laufe der Zeit aber eine politische Bedeutung, deren Einfluss in mancher Hinsicht wesentlich für die Entwicklung der Gesellschaften wurde (vgl. Kommunismus/Marxismus).

» **Die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse brachten scharfe Gegensätze hervor:**

Im Zentrum stand ungeachtet der menschlichen Komponente alsbald die möglichst grosse Produktion von Wirtschaftsgütern, um einen möglichst effizienten Handel betreiben zu können.

Soziale Frage – Pauperismus

Als «**die soziale Frage**» werden die wirtschaftlichen und sozialen Probleme im Übergang von der Agrar- in die sich urbanisierende Industriegesellschaft bezeichnet. Der Ursprung unserer heutigen Systeme der sozialen Sicherheit geht auf die Bekämpfung der Missstände zurück, die durch die Industrialisierung und die entsprechenden neuen Bevölkerungsstrukturen entstanden sind. Mit der fortschreitenden Industrialisierung zogen die Familien aus der ländlichen Gegend, wo sie Landwirtschaft und Heimarbeit betrieben hatten, in die

Industrieorte (Verstädterung). Auch Frauen und Kinder wurden zur Fabrikarbeit herangezogen. Ohne Besitz, als Lohnabhängige und Mieter, waren die Arbeiterfamilien von ihren Fabrikherren und der Marktlage vollständig abhängig. Arbeitsausfälle, aus wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Gründen, führten unvermeidlich zu Armut. Die durch die Auflösung der traditionellen Bindungen und Rechte der vorindustriellen Gesellschaft entstandene neue Massenarmut im Europa des 19. Jahrhunderts wird als Pauperismus bezeichnet (Begriff von Karl Marx).

2.1.2.4 Liberalismus

Der Liberalismus als Werthaltung und politische Bewegung entstand im Zeitalter der europäischen Aufklärung und gewann im Zug der Industrialisierung weiter an Bedeutung. Er stellt die Freiheit des über Vernunft verfügenden Individuums gegenüber der staatlichen Gewalt in den Mittelpunkt seines Denkens und strebt eine freiheitliche politische, ökonomische und soziale Ordnung an.

Der wirtschaftliche Liberalismus, insbesondere der sogenannte **Manchester-Liberalismus** (entstanden in Manchester im 19. Jahrhundert), propagierte eine wirtschaftliche Entwicklung, die ausschliesslich an den Interessen der Wirtschaft gemessen wird. Das theoretische Fundament für den Manchester-Liberalismus bildeten die Schriften von Adam Smith, David Hume und John Stuart Mill. Zahlreiche Bestrebungen des Freihandels, z.B. Abschaffung von Zöllen und gleiche Zutrittsbedingungen zum (Welt-)Markt, sind aus diesem Gedankengut hervorgegangen (GATT/WTO). Als Kehrseite der Medaille wurde den auftretenden Notlagen von Fabrikarbeitern keinerlei Rechnung getragen. Obwohl sie grössten Einsatz für einen Arbeitgeber leisteten, waren sie für die Folgen von Krankheit, Unfall, Tod oder Invalidität nicht abgesichert und erhielten keinen Lohnersatz oder Sozialleistungen.

2.1.2.5 Kommunismus/Marxismus

Es war der deutsche Karl Marx (1818–1883), der neue, revolutionäre Ideen zur Beseitigung des materiellen und moralischen Elends in die öffentliche Diskussion einbrachte (Kommunistisches Manifest 1848). Das von den beiden Deutschen Karl Marx und Friedrich Engels (1820–1895) entworfene Theoriegebäude (dialektischer Materialismus) war und ist Bezugspunkt für verschiedenste politische und wissenschaftliche Denkrichtungen.

Die Vergesellschaftung der Produktionsmittel wird als Weg zur Überwindung des unversöhnlichen Gegensatzes zwischen «Bourgeoisie» (Ausbeuter) und «Proletariat» (Ausgebeutete) gesehen. Die Theorie des Marxismus hat die Welt des 19. und 20. Jahrhunderts nachhaltig verändert, indem sie die bestehende Ordnung durch eine neue Gesellschaft abzulösen suchte, wenn nötig auch mit kämpferischen Mitteln.

Praktische Anwendung fand der Marxismus zuerst in der Arbeiterbewegung des 19. Jahrhunderts, vor allem in der deutschen Sozialdemokratie, welche die Theorien von Marx und Engels zur Grundlage ihrer ersten Programme und Mitgliederschulungen machte (vgl. Absatz 3.2.1 Die Sozialversicherungsgesetzgebung von Otto von Bismarck). Im Anschluss entwickelte Lenin seine Imperialismustheorie, welche nach der Oktoberrevolution von 1917, zusammen mit den Ideen von Marx und Engels, zur neuen Staatsideologie der Sowjetunion wurde.

2.1.2.6 Soziale Marktwirtschaft

Der Begriff «soziale Marktwirtschaft» ist nicht klar definiert. Er kann auf ein Konzept in der Wissenschaft verweisen, aber auch auf ein politisches Programm. Er wird häufig als politisches Schlagwort verwendet. Die soziale Marktwirtschaft ist ein Versuch, dem Wirtschaftsliberalismus aufgrund der Lehren der Vergangenheit ein neues Gesicht zu geben. Sie steht auch für die Bemühungen einer sozialistischen Autorenschaft und von Politikern und Politikerinnen, eine freiheitliche und demokratische Alternative zum autoritären Regime der Sowjetunion zu entwickeln, dies insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg. Grundgedanke ist, auf der Basis der Wettbewerbswirtschaft die freie Initiative mit einem durch die wirtschaftliche Leistung gesicherten sozialen Fortschritt zu verbinden. «Soziale Marktwirtschaft» hat sich als Bezeichnung für die Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland sowie der Republik Österreich durchgesetzt. Die Europäische Union strebt laut Lissaboner Vertrag (2007) eine «wettbewerbsfähige soziale Marktwirtschaft» mit Vollbeschäftigung und sozialem Fortschritt an.

2.1.3 Vordenker und Leitbilder der sozialen Sicherheit

Als Folge der Industrialisierung und der neuen Gesellschaftsstrukturen galt es, die spezifischen Bedürfnisse der Arbeiterklasse zu befriedigen. Es waren hauptsächlich drei Staatsmänner, die mit ihren Systemen die heutige Ausgestaltung der sozialen Sicherheit in den Industriestaaten prägten.

2.1.3.1 Bismarck, Otto von, deutscher Reichskanzler

Unter Kaiser Wilhelm schuf Bismarck im Zusammenhang mit den «Sozialistengesetzen» die klassischen Sozialversicherungen (1883 Krankenversicherung, 1884 Unfallversicherung, 1889 Alters- und Invalidenversicherung), um die propagandistischen Möglichkeiten der Sozialisten weiter zu beschneiden. Je «Risiko» gründete er eine eigenständige, obligatorische Sozialversicherung (Zwangsversicherung) zugunsten der Arbeiterschaft. Die Sozialversicherungen gestaltete er mit je eigenständiger Gesetzgebung als öffentlich-rechtliche Anstalten, teilweise mit Mehrfachträgerschaft und dezentraler Ausrichtung. Die Altersversicherung von 1889 beruhte auf dem Renteneintrittsalter von 70(!) Jahren und einer Mindestbeitragszeit von 30 Jahren.

2.1.3.2 Roosevelt, Franklin Delano, war von 1933 bis 1945 Präsident der USA

Er prägte in seinem Wahlkampf um die Präsidentschaft den Begriff und das Gedankengut der sozialen Sicherheit («Social Security Act» vom 14. August 1935). Unter dem Begriff «New Deal» präsentierte Roosevelt eine Reihe von Wirtschafts- und Sozialreformen als Antwort auf die Weltwirtschaftskrise der 1930er-Jahre. Mit dem Social Security Act führte er das nationale Sozialversicherungssystem (Alters- und Arbeitslosenversicherung) ein, das bis heute verschiedentlich verändert und erweitert wurde. Die Leistung Roosevelts bestand in der Integration der bereits bestehenden öffentlichen oder privaten Versicherungen in ein System der sozialen Sicherheit sowie dessen Ergänzung durch verschiedene juristisch-technische Mittel (z.B. staatliche Subventionierung der bestehenden Versicherungsträger), unter anderem im Bereich der Haftpflicht und der Fürsorge.

Mit seiner Politik versuchte FDR (wie Roosevelt oft genannt wird) an Stelle des Nationalismus den Gedanken der globalen Abhängigkeit aller von Allen Geltung zu verschaffen. Ausdruck wurde diesem durch die Gründung der vereinten Nationen (UNO) 1945 verliehen, die er als 32. Präsident der USA massgeblich vorangetrieben hatte. Seine Frau Eleonore Roosevelt prägte die Satzungen der UNO, wobei sie speziell für die Rechte der Frauen eintrat.

2.1.3.3 Beveridge, William, britischer Sozial- und Wirtschaftsminister

Der in Rangpur (Bengalen) geborene Beveridge schuf ein geschlossenes, die gesamte Bevölkerung umfassendes System der sozialen Sicherheit mit einem nationalen Gesundheitsdienst im Zentrum. Der «Beveridge-Plan» von 1941/42 – ein die gesamte Bevölkerung umfassendes System der sozialen Sicherheit zur Deckung der Existenzgrundlage – diente als Grundlage für die britische Sozialversicherungsgesetzgebung ab 1946.

Für Beveridge war nicht einsichtig, weshalb die Risiken Krankheit, Unfall und Invalidität (Erwerbsunfähigkeit aufgrund von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall) je einer eigenständigen Sozialversicherung bedurften, und dies nur zugunsten der Arbeitnehmenden. Er schuf das heute noch bestehende System des nationalen Gesundheitsdienstes mit Prävention und kostenloser Behandlung der Kranken. Mit einer Politik der Vollbeschäftigung versuchte er, die Ursachen der Arbeitslosigkeit zu bekämpfen. Ausserdem wollte er den Wohnungsbau fördern. Für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge sah er eine staatliche Sicherheitsgarantie für Leistungen vor und in Ergänzung Beiträge als Anreiz, um sich seinen Bedürfnissen entsprechend besser zu sichern.

2.1.4 Internationale Abkommen

Soziale Sicherheit wird im 20. Jahrhundert ein zentrales Ziel wichtiger internationaler Abkommen und Verträge, weil die Erfahrung des Zweiten Weltkriegs gezeigt hatte, dass sozialer Fortschritt und Wohlstand neben Demokratie für die Sicherung des Weltfriedens zentrale Faktoren sind.

Der Begriff **soziale Sicherheit**, welcher vom US-amerikanischen Präsidenten Roosevelt geprägt wurde, erscheint in den folgenden Jahrzehnten als eines der zentralen Ziele internationaler Abkommen und Organisationen. Der Begriff wird auch von einzelnen Staaten übernommen, welche darunter zum Teil sehr unterschiedliche Einrichtungen und Systeme verstehen. In den anglikanischen und französischsprachigen Ländern wird die Wortverbindung in einem institutionellen Sinn verwendet und bezieht sich auf die Gesamtheit der Einrichtungen. Im deutschen Sprachraum findet der Begriff mehr in einem funktionellen Sinn Verwendung und bezeichnet ein Massnahmenpaket zur Einkommens- und Existenzsicherung.

2.1.4.1 Internationale Arbeitsorganisation (ILO)

Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs wurde 1919 die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) gegründet. Sie war ursprünglich eine ständige Einrichtung des Völkerbundes mit dem Ziel der Sicherung des Weltfriedens auf der Grundlage der sozialen Gerechtigkeit. Damals fokussierte die ILO vor allem auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Ihre Erklärung von Philadelphia vom 10. Mai 1944 wird als Weltcharta der Arbeit bezeichnet. Der sozialen Sicherheit wird ein konkreter Inhalt gegeben, mit dem Ziel, dass Wanderarbeiter (Arbeitnehmende, die in verschiedenen Staaten tätig sind) allerorts die Grundrechte garantiert erhalten.

Seit 1946 ist die ILO eine UN-Sonderorganisation mit Sitz in Genf. Ihr Mandat wurde ausgeweitet auf das weite Feld der sozialen Menschenrechte. Zur Erreichung ihrer Ziele verfolgt die Organisation zwei Aktionslinien: die Verabschiedung von internationalen Normen durch tripartite Organe (Regierungen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer) sowie die Erarbeitung von Programmen für die technische Zusammenarbeit, die hauptsächlich den Entwicklungsländern gelten. Die ILO zählt heute (2022) 187 Mitgliedsstaaten.

Mit der am 28.06.1952 angenommenen Konvention Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) wurden erstmals neun soziale Risiken erwähnt, die heute noch anwendbar sind.

Die Schweiz hat von diesen neun Risiken fünf übernommen und konnte somit ratifizieren:

1. ärztliche Betreuung
2. Krankentaggeld
3. Leistungen bei Arbeitslosigkeit
4. Leistungen im Alter (CH)
5. Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (CH)
6. Familienleistungen (CH)
7. Leistungen bei Mutterschaft
8. Leistungen bei Invalidität (CH)
9. Leistungen an Hinterbliebene (CH)

Direkt anwendbar sind diese Bestimmungen allerdings noch nicht (noch keine Übernahme ins Bundesrecht).

2.1.4.2 Atlantikcharta

Die Atlantikcharta, verfasst 1941 während des Zweiten Weltkriegs, ist eine gemeinsame Erklärung der damaligen Regierungschefs der USA (Roosevelt) und Grossbritanniens (Churchill), in der zukünftige Grundsätze der internationalen Politik formuliert wurden. Unter den festgehaltenen Punkten handelte es sich unter anderem um Prinzipien wie Selbstbestimmungsrecht der Völker, territoriale Integrität und freier Zugang zum Welthandel. Punkt 5 erhob die Forderung nach sozialer Sicherheit, indem eine wirtschaftliche Zusammenarbeit der Nationen angestrebt wurde mit dem Ziel besserer Arbeitsbedingungen und eines besseren Schutzes der Arbeitenden. Die Erklärung wurde noch im selben Jahr von der Sowjetunion und neun (Exil-)Regierungen des besetzten Europas unterzeichnet. Die Atlantikcharta wurde so zum grundlegenden Dokument für die Vereinten Nationen.

2.1.4.3 Vereinte Nationen (UNO)

Die zwischenstaatliche Organisation des Völkerbunds, die den Weltfrieden sichern sollte, war mit dem Eintritt des Zweiten Weltkrieges gescheitert. Sie wurde 1945 durch die Organisation der Vereinten Nationen (UNO – englisch UN) abgelöst, welche sich auf die Prinzipien der Atlantikcharta berief. Die UNO stellt ein wichtiges institutionelles System dar, dessen Ziel unter anderem die Förderung der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung ist. Die Schweiz ist 2002 beigetreten.

Die Charta der Vereinten Nationen hält in der Präambel fest, die Organisation verfolge das Ziel, den Weltfrieden und die internationale Sicherheit zu wahren sowie «den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt aller Völker zu fördern». Im Rahmen der UNO entstanden Sonderorganisationen wie zum Beispiel die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die UNESCO (Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur) und grundlegende Texte wie die Erklärung der Menschenrechte.

2.1.4.4 Europarat und Europäische Sozialcharta

Der Europarat ist eine zwischenstaatliche Organisation mit Sitz in Strassburg. Er wurde nach dem Zweiten Weltkrieg zur Sicherung der Demokratie und für den sozialen Fortschritt gegründet. Die Schweiz ist seit 1963 Mitglied.

Die Europäische Sozialcharta wurde vom Europarat initiiert und erlangte 1965 den Status eines völkerrechtlich verbindlichen Abkommens. Es garantiert der Bevölkerung der Unterzeichnerstaaten umfassende soziale Grundrechte. Sieben davon sind bindend: das Recht auf Arbeit, das Koalitions- oder Vereinigungsrecht, das Recht auf Kollektivverhandlungen, das Recht auf soziale Sicherheit, das soziale Fürsorgerecht, das Recht auf besonderen Schutz der Familie und das Schutzrecht für Wanderarbeiter.

vgl. www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter

2.1.4.5 EFTA

Die Europäische Freihandelsassoziation (EFTA) ist eine 1960 in Stockholm gegründete internationale Organisation. Damalige Zielsetzung war die Förderung von Wachstum und Wohlstand ihrer Mitgliedsstaaten und die Vertiefung des Handels sowie der wirtschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den westeuropäischen Ländern und der Welt insgesamt. Gleichzeitig sollte sie ein Gegengewicht zur Europäischen Gemeinschaft bilden. Nach dem Übertritt Grossbritanniens und weiterer EFTA-Gründungsmitglieder zur Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft 1973 verlor die EFTA zunehmend an Bedeutung. Seit 1995 gehören ihr nur noch Norwegen, Liechtenstein, die Schweiz und Island an, das 2009 einen Antrag auf Aufnahme in die Europäische Union gestellt hat. Seit 2001 ist die EFTA im Wesentlichen eine Freihandelszone zwischen ihren Mitgliedern ohne weitere politische Zielsetzungen.

2.1.4.6 Europäische Union

Die Europäische Union (EU) ist ein vertragsbasierter Verbund europäischer Staaten mit der umfassenden Aufgabe, «die Beziehungen zwischen den Mitgliedsstaaten sowie zwischen ihren Völkern kohärent und solidarisch zu gestalten» (Art. 1 des EU-Vertrages). Die Ursprünge der EU gehen auf die

1950er-Jahre zurück. Ihre Entstehung erfolgte in Etappen, geprägt durch Beitrittsrunden von Mitgliedsstaaten und die Realisierung von umfassenden Projekten wie der Zollunion, des gemeinsamen Agrarmarktes, des europäischen Binnenmarktes und der Währungsunion. Seither haben sich die wirtschaftliche, die innen- und die aussenpolitische Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten stetig intensiviert und vertieft.

Die wichtigsten vier Gemeinschaftsorgane sind das Europäische Parlament, der Rat, die Kommission und der Gerichtshof. Der Rat teilt sich die exekutiven Aufgaben mit der Kommission und die legislativen Aufgaben mit dem direkt gewählten Parlament, während der Gerichtshof die gerichtliche Kontrolle ausübt. Die bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und der EU sowie die analogen Bestimmungen innerhalb der EFTA traten 2002 in Kraft.

2.1.4.7 OECD

Die OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) mit Sitz in Paris existiert seit 1961. Sie ist die Nachfolgeorganisation der 1948 geschaffenen Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit in Europa, die den US-Marshall-Plan zugunsten des kriegsversehrten Europas koordiniert hatte.

Die OECD dient der Förderung der Wirtschafts-, Währungs- und Entwicklungspolitik der inzwischen 35 Mitgliedsstaaten (Industriestaaten mit hohem Pro-Kopf-Einkommen). Dazu gehören unter anderen die USA, die EU- sowie die vier EFTA-Staaten. Sie ist beratend tätig und veröffentlicht zusammen mit den ihr angeschlossenen Sonderorganisationen jährlich rund 12 000 Studien, darunter regelmässig Berichte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik der einzelnen Mitgliedsstaaten.

Merke

Der Begriff «soziale Sicherheit» wird spätestens ab dem Zweiten Weltkrieg zu einer zentralen Forderung vieler Staaten und wird in der Folge als Ziel in wichtigen internationalen Abkommen und Verträgen oder von internationalen Organisationen aufgegriffen (UNO, EU, Europarat, OECD). Die Erfahrung des Zweiten Weltkriegs hat gezeigt, dass sozialer Fortschritt und Wohlstand neben Demokratie für die Sicherung des Weltfriedens zentrale Faktoren sind.

2.2 Schweiz

2.2.1 Vom Auswanderungsland zur Industrienation

Quelle: NZZ vom 18.07.2017 und CS, Bulletin Spezial 2018 mit Fortschrittsbarometer

Vor 200 Jahren war die Alpenrepublik Schweiz ein ganz sonderbares Land, ein Fremdkörper im Europa der Fürsten und Könige; ein in vielem rückständiges Agrarland, zusammengesetzt aus 22 Kantonen mit unterschiedlichen Währungen, Massen und Gewichten. Den Wirtschaftsraum Schweiz gab es eben so wenig wie den Schweizer Franken.

Der grösste Teil der erwerbstätigen Bevölkerung arbeitete in der Landwirtschaft. Doch deren Produktivität reichte nicht aus, um auch nur den Getreidebedarf des Landes zu decken. Verschiedentlich kam es in einzelnen Regionen

sogar zu Hungersnöten. ⇨ **Die Schweiz war ein Auswanderungsland.** Viele Schweizer betätigten sich im Söldnerwesen als Arbeitsmigranten. In der grossen Zeit der Migration von 1816 bis 1913 zogen mehr als 400 000 Schweizer/innen nach Übersee, die meisten in die Vereinigten Staaten. Mindestens ebenso bedeutend waren – was gerne vergessen wird – die Wanderungen innerhalb Europas.

Dass die Schweiz im Uhrenhandwerk, dem Textilbereich und im aufstrebenden Maschinenbau bereits weltweit bekannt war, ändert an diesem Befund nichts. Denn die Industrien produzierten hauptsächlich für internationale Märkte. Die ärmliche Schweiz hatte wenig davon. Die Schweizer Binnenwirtschaft konnte aufgrund schwerwiegender Defizite nicht florieren. Die Schweiz war ein klassisches Auswanderungsland und hatte in vielem den Anschluss an die moderne Entwicklung verpasst.

Die Schweiz war Mitte des 19. Jahrhunderts entwicklungs­mässig insgesamt zurückgeblieben: Hinsichtlich Forschung und Bildung, Banken, Versicherungen, überall drohte sie überflügelt zu werden. An allen Ecken und Enden fehlten die Strukturen eines modernen Wirtschaftsstaates. Die Schweiz bot das traurige Bild eines europäischen Entwicklungslandes. Alfred Escher hatte dies als Jungpolitiker erkannt. Weitsichtig identifizierte er die Verkehrsfrage als zukunftsentscheidend für das Land.

Doch dann, 1848, als in Europa allerorts Revolutionen ausbrachen, **wurde gleichsam über Nacht eine neue Schweiz aus der Taufe gehoben,** dies in Gestalt eines modernen Bundesstaates und mit der weltweit fortschrittlichsten Verfassung. Erst jetzt waren die Voraussetzungen für den Aufschwung von Wissenschaft und Technik geschaffen, erst jetzt konnten sich gesamtschweizerische Infrastrukturen bilden, erst jetzt konnte der Wirtschaftsraum Schweiz entstehen.

PS Der Schweizer Franken wurde 1850 eingeführt und war in seiner Existenz das häufig schwächelnde Anhängsel des französischen Francs. Erst mit der Gründung der Schweizerischen Nationalbank (SNB) im Jahr 1907 begann der stetige Aufstieg zu einer starken und begehrten Währung.

Friedrich Engels begriff, was in der Schweiz abgehen würde. Zuvor belächelt, werde dieses Land in sehr kurzer Frist ein Vorbild werden, schrieb er als 1848 das «Kommunistische Manifest» noch druckfrisch war. Die Initiative ergriff Alfred Escher als Politiker, Eisenbahn­pionier und visionärer Unternehmer. Durchsetzungsstark hielt er die Fäden in der Hand und entwickelte hochfliegende Pläne.

Alfred Escher

Alfred Eschers Pioniertaten ist es zu verdanken, dass die Schweiz vom Entwicklungsland zum progressiven Hort Europas und zu einem der wichtigsten Industriestaaten der Welt mutierte.

Alfred Escher (1819–1882) stammte aus einer alten und einflussreichen Zürcher Familie. Der studierte Jurist wurde rasch zum Privatdozenten an der staatswissenschaftlichen Fakultät der nun jungen Universität Zürich ernannt. Daneben war der radikal-liberale Escher auch politisch engagiert. 1844 wurde er 25-jährig in den Grossen Rat des Kantons Zürich gewählt. In den ersten Parlamentswahlen wurde er 1848 in den Nationalrat gewählt, dem er bis zu

seinem Tod ununterbrochen angehörte. Escher verfügte durch seine zahlreichen politischen Ämter sowie durch die von ihm gegründeten Unternehmen (Nordostbahn, Kreditanstalt usw.) über eine aussergewöhnliche Machtfülle, was ihm die Übernahmen «König Alfred I.» oder «Princep» brachte. Diese Vormachtstellung rief Kritiker auf den Plan. Die demokratische Bewegung forderte mehr Mitspracherecht für das Volk in politischen Fragen. Der eingeschworene Politikerkreis um Alfred Escher – das «System Escher» – wurde erklärtes Feindbild der Demokraten, was schliesslich seinen Einfluss schwächte.

» Dank Eisenbahn zum Fortschritt

Mitte des 19. Jahrhunderts gab es in der Schweiz eine einzige, kümmerliche, Eisenbahnstrecke von 23 km. Derweilen betrug das Schienennetz in Grossbritannien 10 000 km, in Deutschland 6000 km und in Frankreich 3000 km. Nur wer die eisenbahntechnische Erschliessung termingerecht und richtig an die Hand nahm, konnte den Anschluss an die moderne Entwicklung gewährleisten. Die Verkehrsfrage entschied, wo Zentrum und wo Peripherie sein würden. Wo der Schienenweg durchführte, liess sich die Industrie nieder, pulsierte das gesellschaftliche Leben. Die epochale Weichenstellung mit unabsehbaren Auswirkungen folgte 1852. Es wurde beschlossen, dass nicht der Staat, sondern die Privatwirtschaft Eisenbahnen bauen und betreiben solle. Denn nur so war der Rückstand des Eisenbahnbaus in der Schweiz aufzuholen.

Die Eisenbahn schuf integrierte Märkte. Erst mit dem Eisenbahnprojekt konnte die Wirtschaft der einzelnen Landesregionen zum Wirtschaftsraum Schweiz zusammenwachsen. Der Eisenbahnbau hat die Gesellschaft insgesamt umgestaltet. Ohne Eisenbahnentwicklung kein Forschungsplatz Schweiz, kein Finanzplatz Schweiz, kein Werkplatz Schweiz und kein Tourismusland Schweiz. All diese Wirtschaftsbereiche waren für die Erfolgsgeschichte der Schweiz im 19. Jahrhundert unabdingbar – und sind es noch heute. Doch ihr gemeinsamer Lebensnerv war die Eisenbahnentwicklung.

» Dank Bildung und Forschung an die Spitze

Mit dem Eisenbahnentscheid von 1852 war die technisch-industrielle Moderne in der Schweiz endgültig angebrochen. Doch die Anfänge waren schwer. **Es fehlte am Nötigsten: an Fachwissen und an Geld.** Escher fand für beide Probleme eine Lösung. Früh erkannte er mit dem Blick auf das Know-how, wie wichtig die Realisierung einer gesamtschweizerischen Hochschule war. Imperativisch verlangte er nach neuen Ausbildungsschwerpunkten. Der Eisenbahnbau setzte die exakte Vermessung des Terrains voraus, und die Kunstbauten stellten höchste Anforderungen an die Statik. Jetzt waren Ingenieure, Geometer, Mathematiker und Physiker gefragt. Entsprechende Ausbildungen wurden indes in der Schweiz nicht angeboten. Hinzu kamen neue Ansprüche ans Projektmanagement in nie gesehenen Ausmassen.

Es war aber eine Politikerpersönlichkeit von Eschers Format nötig, die dank ihrem Gewicht in der Länge war, die Widerstände gegen eine gesamtschweizerische Bildungsstätte zu überwinden. **1855 konnte die Hochschule, die heutige ETH Zürich, eröffnet werden.** Damit wurde Zürich zum führenden Wirtschaftsstandort des Landes und die Schweiz war zu einer

Forschungsstätte geworden, die zu internationaler Grösse aufsteigen sollte. Dies war nur möglich, weil Zürich dank der ETH für ausländische Gelehrte und Studierende schon früh attraktiv war.

⇒ Dieser Brain-Drain ist ebenfalls ein Erfolgsfaktor der Schweiz. Unser Land ist heute noch viel zu klein, um allein mit Talenten aus der eigenen Bevölkerung in der ersten Liga von Wissenschaft und Wirtschaft mitspielen zu können. Viele der aus der Schweiz ausstrahlenden internationalen Konzerne gehen auf Ausländer zurück, die sich in der Gründerzeit in der liberalen Schweiz niedergelassen haben: Brown Boveri, Bally, Cailler, Geigy, Hero, Maggi, Sandoz, Wander und andere.

Neue nationale Interessenorganisationen wurden gegründet

- ▶ 1873 Schweizerischer kaufmännischer Verein (SKV)
- ▶ 1888 Schweizerischer Metallarbeiterverband
- ▶ 1893 Werkmeisterverband (SKO)
- ▶ 1905 Christlicher Metallarbeiterverband (CMV)
- ▶ 1905 Arbeitgeberverband schweizerischer Maschinen- und Metall-industrieller (ASM)
- ▶ 1915 Beitritt der Uhrenarbeiter (SMUV)

In der Folgezeit wurden weitere Arbeitnehmerorganisationen gegründet:

- ▶ 1918 Verband schweizerischer Angestelltenvereine der Maschinen- und Elektroindustrie (VSAM)
- ▶ 1919 Landesverband freier Schweizer Arbeiter (LFSA)
- ▶ 1920 Verband evangelischer Arbeiter

► **Dank Banken zur wirtschaftlichen Entwicklung**

Der Eisenbahnbau verschlang ungeheure finanzielle Mittel. Diese waren ohne Geschäftsbanken, heute Investmentbanken genannt, nicht aufzubringen. Doch in der Schweiz gab es keine solchen Banken. Escher war gezwungen, die finanziellen Mittel im Ausland zu beschaffen, dabei fürchtete er, dass die Schweizer Eisenbahngesellschaften in vollständige Abhängigkeit von ausländischen Kapitalgebern geraten könnten. Um dies zu verhindern, ging er daran eine eigene Finanzierungsstruktur aufzubauen. So kam es 1856 zur **Gründung der Schweizerischen Kreditanstalt** (Credit Suisse) mit Escher als Verwaltungsratspräsident. Die Credit Suisse wurde die Hausbank von Eschers Eisenbahngesellschaft und erwies sich auch als Segen für andere Bereiche der Wirtschaft.

Der Eisenbahnbau brachte finanzielle Risiken gewaltiger Grössenordnungen mit sich. Auch hier gelang es Escher neuen Ideen zum Durchbruch zu verhelfen. So 1857 mit der **Gründung der Rentenanstalt** (heute Swiss Life), in dem er deren Stabilität durch die Credit Suisse garantierte. Dadurch gewann der Versicherer das Vertrauen der Kundschaft. Und via Credit Suisse wurde Transport- und Unfallversicherern ebenfalls Gründungskapital zur Verfügung gestellt wie 1863 der **Rückversicherungsgesellschaft** (heute Swiss Re), der Eschers Bank zu Beginn auch administrativ-logistisch auf die Beine half.

» Die Alpentransversale als Tor zur Welt

Die Bauarbeiten für die Eisenbahnstrecke durch den Gotthard begannen 1872. Damit entstand die grösste Baustelle Europas. Bald schon drohte das Jahrhundertprojekt an finanziellen und technischen Schwierigkeiten zu scheitern. Escher kämpfte überdies gegen den volksdemokratischen Geist, der inzwischen die eidgenössische Politik prägt und der für einen grossbürgerlichen Giganten wie ihn kein Verständnis mehr hatte.

⇒ Das Werk aber gelang! Die Gotthardbahn verband Mitteleuropa mit den nordeuropäischen Häfen, wo die Dampfer nach Amerika ablegten. Und sie schuf zugleich den Anschluss nach Genua – seit der Eröffnung des Suez-Kanals 1869 das Tor zum Orient. Die Gotthardbahn wurde eine Weltbahn und galt den Reisenden der Belle Epoche als Weltwunder.

2.2.2 Die Entstehung der schweizerischen Sozialversicherungsgesetze

Die Anfänge der Sozialversicherungen gehen in der Schweiz auf die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts, die Zeit der Industrialisierung, zurück. **Die Sozialversicherungen haben sich hier relativ spät und zögerlich entwickelt.** Dafür gibt es verschiedene Gründe:

- ▶ Die Referendumsdemokratie wirkt in der Schweiz hemmend auf den Ausbau der Sozialversicherung. Das Volk besitzt die Möglichkeit, durch Referenden eine Gesetzesvorlage zu Fall zu bringen.
- ▶ Die föderative Zusammensetzung des Bundesstaates wirkt einheitlichen Lösungen entgegen. Nicht nur der Bund, auch die Kantone sind (in gewissen Sozialversicherungen) gesetzgeberisch tätig.
- ▶ Ausserdem war ein konservativ-bürgerliches Klima in der Politik dafür verantwortlich, dass die Sozialversicherung in der Schweiz nur zögernd ausgebaut worden ist.

Bezüglich der sozialen Sicherheit hat die Schweiz verschiedene Pionierleistungen im Arbeitsrecht erbracht, nicht jedoch im Bereich des Sozialversicherungsrechts.

2.2.2.1 Das eidg. Fabrikgesetz: die Schweiz als Vorreiterin im Arbeitsrecht

Die Schweiz verankerte bereits 1877 mit dem eidgenössischen Fabrikgesetz die ersten sozialen Standards für die Schweiz und erklärte sie als allgemein verbindlich:

- ▶ Verpflichtung des Arbeitgebers, Arbeitssicherheitsmassnahmen zu ergreifen und diesbezügliche Kontrolle (Einführung des Arbeitsinspektorats)
- ▶ Verpflichtung des Arbeitgebers zu Kapitaleistungen an durch Unfall erwerbsunfähig gewordene Mitarbeitende; dies ohne Kürzung infolge eines allfälligen Selbstverschuldens (Kausalhaftung)!
- ▶ Verbot der Kinderarbeit in Fabriken (Beschäftigung ab Alter 14)
- ▶ Beschäftigungsverbot für Frauen einige Wochen vor und nach der Niederkunft
- ▶ Einführung des Elf-Stunden-Arbeitstages (Sechs-Tage-Woche)

Die arbeitsrechtlichen Regelungen mochten mit der Zeit nicht mehr allein zu befriedigen. Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts wurde unser «Sozialversicherungshaus» um- und ausgebaut, sobald ein Bedarf nach weitergehenden sozialen Leistungen und die erforderlichen Geldmittel vorhanden waren; dies aber bis 1972 ohne einen Bauplan bzw. ohne klares Konzept.

2.2.2.2 Entstehung der bundesrechtlichen Sozialversicherungen

Man kann sagen, dass im 19. Jahrhundert die Idee der Sozialversicherung «geboren» wurde, die Durchführung aber erst im Lauf des 20. Jahrhunderts erfolgte. Zwischen dem verfassungsmässigen Auftrag und der Annahme des entsprechenden Bundesgesetzes durch Volk und Stände liegen meist mehrere Jahre, ja manchmal sogar mehrere Jahrzehnte.

Die Bundesverfassung von 1874 sah noch keine Sozialversicherungen vor, obschon diese bereits 1848 die überraschend klare sozialstaatliche Bestimmung der Förderung der gemeinsamen Wohlfahrt enthielt. Die zum Schutz der Gesundheit der Fabrikarbeiter erlassenen Vorschriften dürfen heute als Auslöser der ersten Sozialversicherungsnormen des Bundes verstanden werden. Nach dem Fabrikgesetz von 1877 war der Fabrikhaber gegenüber seinen Arbeitnehmenden kausal haftpflichtig für Betriebsunfälle. Gerade oder trotz dieser Bestimmung wurde bald die Einführung einer obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung gefordert. Das Einführen der Alters- und Hinterlassenenversicherung beschloss der Bundesrat aufzuschieben, bis Erfahrungen mit den ersten Sozialversicherungswerken gesammelt sein würden.

1890 wurde in der Bundesverfassung (Art. 34^{bis}) die Verfassungsgrundlage für die Kranken- und Unfallversicherung gelegt. «Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.»

Übersicht der Sozialversicherungen				
Gesetz		Verfassungs- artikel	seit	Bundesgesetz in Kraft seit
MVG	Militärversicherung	BV 59/5	1874	1902/1994
KUVG	Kranken-/Unfallversicherung	BV 117	1890	1912
AHVG	Alters- und Hinterlassenenvers.	BV 111 + 112	1925	1948
AVIG	Arbeitslosenvers./Insolvenz	BV 114	1947	1952/1984 ¹
EOG	Erwerbsersatzgesetz	BV 59/4 + 61	1947	1953
FLG	Familienzulagen Landwirtsch.	BV 116	1945	1953
IVG	Invalidenversicherung	BV 111 + 112	1925	1960
ELG	Ergänzungsleistungen AHV/IV	BV 112a	1925	1966/2006
UVG	Unfallversicherung	BV 117	1890	1912/1984
BVG	Berufliche Vorsorge	BV 111 + 113	1972	1985
KVG	Krankenversicherung	BV 117	1890	1912/1996
ATSG	²	–	–	2003
MSE	Mutterschaftsentschädigung	BV 116	1945	2005
FamZG	Familienzulagen	BV 116	2006	2009
ÜL	Überbrückungsleistungen ³	BV 114/V	2020	2021

¹ Inkraftsetzung Insolvenzenschädigung bereits per 01.01.1983
² Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
³ Bundesgesetz über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose

Lex Forrer

Ludwig Forrer (1845–1921) wuchs in bescheidenen Verhältnissen im Kanton Zürich auf. Er trat als Advokat und Nationalrat (Mitbegründer der FDP) für die Erweiterung der demokratischen Volksrechte ein und befürwortete staatliche Eingriffe zur Lösung der «sozialen Frage». Nach dem Scheitern der ersten Vorlage eines Kranken-, Unfall-, Militärversicherungsgesetzes (Lex Forrer) trat er 1900 als Nationalrat zurück und übernahm die Leitung des Zentralamts für internationalen Eisenbahntransport. 1902 erfolgte die Wahl in den Bundesrat dem Ludwig Forrer bis 1917 angehörte. 1919 gehörte er der Expertenkommission für eine Alters- und Invalidenversicherung an.

Das erste schweizerische Sozialversicherungsgesetz, die nach seinem Autor benannte «Lex Forrer», war weitgehend eine Kopie des von Bismarck geschaffenen Zwangsversicherungssystems. In einem ersten Teil wurde das Kranken-, im zweiten Teil das Unfallversicherungs-Obligatorium und im letzten (dritten) Teil die Militärversicherung geregelt. Das von Industriellen geförderte Referendum wurde auch von Arbeiterseite unterstützt, **sodass diese Vorlage an der Volksabstimmung am 20. Mai 1900 keine Gnade fand.**

⇒ Das eidg. Fabrikgesetz hatte offensichtliche Nachteile. Weil das Fabrikgesetz dem Privatrecht unterlag, mussten verunfallte Arbeiter/innen den eigenen Arbeitgeber gerichtlich belangen (Klageverfahren). Oft gingen Arbeiter/innen leer aus, wenn keine genügende Haftpflichtversicherung bestand. Zudem war in schweren Fällen der Schadenersatz ungenügend. Im Gegensatz dazu bot die Versicherung eine automatische Entschädigung (Offizialmaxime: Eintritt von Amtes wegen).

Durch die Vergesellschaftung der Risiken reduzierte sich das Risiko der Unternehmer, für Arbeitsunfälle selbst aufkommen zu müssen. Ludwig Forrer erhoffte sich nichts weniger als die Befriedung der Arbeitsbeziehungen «Haftpflicht bedeutet Streit; Versicherung den Frieden».

Die Militärversicherung als erste Sozialversicherung der Schweiz

1901 wurde die im Abstimmungskampf völlig unangefochtene Militärversicherung durch ein besonderes, selbständiges Gesetz eingeführt. Dagegen musste für die Kranken- und Unfallversicherung eine neue Konzeption gefunden werden.

KUVG von 1912

Nach dem neuen Vorschlag subventionierte der Bund die Krankenversicherung, sofern bestimmte Minimalbedingungen erfüllt sind; auf ein Krankenkassenobligatorium wurde verzichtet. Für die Unfallversicherung beschränkte man sich auf ein Obligatorium für diejenigen Bereiche, welche der bisherigen Haftpflichtgesetzgebung (vor allem im Bereich der Fabriken) unterstanden. Hingegen wurde das Obligatorium auf Nichtbetriebsunfälle ausgedehnt. **In der Referendumsabstimmung wurde dieses Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) am 4. Februar 1912 gebilligt.**

Ferner ermöglichte das KUVG von 1912, die Durchführung der Unfallversicherung einer Monopolanstalt, der SUVA mit Sitz in Luzern, zu übertragen, die ebenfalls 1912 gegründet wurde. **In der Krankenversicherung traten erste Bestimmungen im März 1912 und die ganze obligatorische Unfallversicherung per 1918 in Kraft.**

Gründung des BSV

Schon im **Dezember 1912** errichteten die eidg. Räte im Rahmen des damaligen Handels-, Industrie- und Landwirtschaftsdepartements das **Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)**, um die Durchführung der neuen Gesetzgebung zu ermöglichen. Das BSV nahm im April 1913 seine Tätigkeit auf. Damit verfügte der Bund erstmals über eine Stelle, die sich hauptsächlich mit der sozialen Sicherheit beschäftigt. Das BSV nimmt verschiedene Aufsichtsfunktionen wahr und soll den weiteren Ausbau des Sozialstaates vorbereiten und koordinieren.

Arbeitslosenversicherung

Der Bund begann sich erst nach dem Ersten Weltkrieg gesetzgeberisch mit der **Arbeitslosenversicherung** zu befassen. Erste Arbeitslosenunterstützungskassen wurden aber bereits Ende des 19. Jahrhunderts gegründet. Nach Ende des Ersten Weltkriegs litt die Schweiz unter einer schweren Wirtschaftskrise; den grössten Härten der resultierenden Massenarbeitslosigkeit und -armut wurde durch Bundesratsbeschlüsse betreffend Notstandsfonds für die Arbeitslosenfürsorge zu begegnen versucht. Am 17. Oktober 1924 erliess der Bundesrat ein Bundesgesetz, das die Subventionierung der Arbeitslosenstellen ermöglichte. Mit der Revision des Wirtschaftsartikels in der Bundesverfassung wurde 1947 die verfassungsrechtliche Grundlage für die Arbeitslosenversicherung geschaffen.

2.2.2.3 Zwischen den zwei Weltkriegen

Über die Auswirkungen der **Spanischen Grippe** (die ihren Ursprung in Asien hatte) auf die Volkswirtschaft und die Krankenversicherung finden sich keine fundierten Aufzeichnungen. Sie erfasste in der Schweiz in zwei Wellen um 2 Mio. Menschen und forderte zwischen Juli 1918 und Juni 1919 je nach Quelle 25 000 Todesopfer (0,62% der damaligen Wohnbevölkerung) oder doppelt so viele.

In der Kriegszeit beschränkten sich die sozialen Probleme nicht nur auf die Folgen der Arbeitslosigkeit. Die Wehrmänner und deren Familien gerieten wegen des fehlenden Verdienstes rasch in Not und grosse Verbitterung. Die harten sozialen Auseinandersetzungen gegen Ende des Ersten Weltkriegs führten zum **Generalstreik** vom November 1918.

Im Herbst 1918 war das politische Klima auf dem Tiefpunkt. Im September traten Bankangestellte in Zürich in den Streik. Die dortige Arbeiterschaft unterstützte sie, was zu einem lokalen Generalstreik führte. General Ulrich Wille, der eine kommunistische Revolution in der Schweiz befürchtete, drängte den Bundesrat dazu, Truppen der Schweizer Armee aufzubieten, um den Generalstreik zu beenden.

Der Konflikt eskalierte: Am 9. November 1918 rief das sogenannte «Oltener Aktionskomitee» (OAK) unter Arbeiteranführer Robert Grimm in 19 Städten einen eintägigen Generalstreik aus – dies als Protest gegen das als Provokation

empfundene Aufgebot der Armee. Einen Tag später kam es in Zürich zu Tumulten, wobei ein Soldat getötet wurde. Im Hintergrund liefen Verhandlungen, die zu keinem Ergebnis führten. In der Folge rief das OAK für den **12. November den «Landesstreik»** aus. 250 000 Arbeitnehmende (ein Sechstel der Bevölkerung) legten ihre Arbeit nieder.

Die Forderungen des OAK anlässlich des Landesstreiks waren

- ▶ sofortige Neuwahl des Nationalrats nach dem Proporzsystem,
- ▶ aktives und passives Frauenstimmrecht,
- ▶ Schaffung einer Alters- und Invalidenversicherung,
- ▶ Einführung einer allgemeinen Arbeitspflicht,
- ▶ Einführung der 48-Stunden-Woche,
- ▶ Reorganisation der Schweizer Armee im Sinn eines Volksheeres,
- ▶ Aufbau der Lebensmittelversorgung,
- ▶ Staatsmonopole für Import und Export und
- ▶ Tilgung der Staatsschulden durch die Besitzenden.

Der Nationalrat trat zu einer Sonderdebatte zusammen. Das OAK befürchtete, dass der Streik durch die Armee niedergeschlagen würde. Einen Bürgerkrieg, auf den man nicht vorbereitet war, wollten die Anführer nicht riskieren. Am dritten Tag brachen sie den Streik ab. Armee und Bundesrat gingen (vorerst) als Sieger vom Platz.

Mit der Durchsetzung des Proportionalwahlverfahrens an den eidg. Wahlen von 1919 (eine Folge des Generalstreiks von 1918) verdoppelte sich die Vertretung der Arbeiterschaft im Nationalrat. Zudem war nach dem Ersten Weltkrieg die Sowjetunion entstanden, eine totalitäre ausschliesslich sozialistische Grossmacht, die den Arbeitern in allen Ländern die Weltrevolution in Aussicht stellte. Diese Veränderungen konnten in der Schweiz nicht ohne Auswirkungen auf die Chancen bleiben, soziale Forderungen durchzusetzen.

Das Friedensabkommen der Metall- und Maschinenindustrie 1937

In der Schweiz wurden und werden die Beziehungen zwischen Arbeitnehmenden und Arbeitgebern in besonderem Mass durch eine Vereinbarung in der Maschinenindustrie geprägt, welche unter dem Begriff «Friedensabkommen» in die Geschichte eingegangen ist. Dass und wie dieses Abkommen zustande kam, lässt sich aus dem historischen Kontext verstehen.

Die weltumspannende Depression zu Beginn der 1930er-Jahre und die national-sozialistische Machtergreifung in Deutschland führten auch in der Schweiz zu einer angespannten Wirtschaftslage; dies trotz einer dreissigprozentigen Frankenabwertung. Angesichts der hart geführten Auseinandersetzungen in Arbeitsstreitigkeiten erwog der Bundesrat, wie in Deutschland und den USA, die Zwangsschlichtung einzuführen. Die Absicht war, schiedsgerichtlich und endgültig über kollektive Lohnstreitigkeiten – die über die Grenze eines Kantons hinausreichen und durch Verständigung der Parteien nicht beigelegt werden – zu entscheiden. Damit wäre die Tarifautonomie, d.h., dass Arbeitgeber und Arbeitnehmende ohne gesetzliche Bestimmungen ihre Löhne aushandeln können, grundsätzlich infrage gestellt worden.

Die Gefahr der Zwangsschlichtung, die wirtschaftliche Krise und die faschistische Bedrohung beunruhigten führende Männer der Wirtschaft. Konrad Ilg, der damalige Präsident des SMUV, ergriff die Initiative zu Verhandlungen mit dem Arbeitgeberverband, in dessen Präsidenten Ernst Dübi er einen gesprächsbereiten Partner fand. Zusammen bereiteten sie das erste Friedensabkommen in der schweizerischen Maschinen- und Metallindustrie vor.

Die zu dieser Zeit noch auf beiden Seiten bestehende Unsicherheit gegenüber einer friedlichen Lösung von Interessenkonflikten bewirkte, dass das Abkommen zunächst nur für zwei Jahre abgeschlossen, dann aber immer wieder erneuert wurde.

Das Friedensabkommen ist wohl eine Vereinbarung, aber kein Gesamtarbeitsvertrag (es enthält z.B. keine Tariflöhne). Vielmehr enthält es Mittel und Instrumente zur Konfliktlösung. Es hat den Begriff von Treu und Glauben in den Mittelpunkt gestellt.

Lex Schulthess

Edmund Schulthess (1868–1944) wuchs in bäuerlichen Verhältnissen im Kanton Aargau auf. Der Wirtschaftsanwalt aus Brugg war eng mit Walter Boveri, dem Gründer der Brown Boveri & Cie., sowie dem Präsidenten des Bauernverbands, Ernst Lauer, befreundet. Der freisinnige Politiker gehörte von 1912 bis 1935 dem Bundesrat an. Als Vorsteher des Volkswirtschaftsdepartements war er massgeblich an der Schaffung der Verfassungsgrundlage für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung – sowie dem ersten, an der Urne gescheiterten Gesetzesentwurf für die AHV – beteiligt.

Die Forderung nach einer gesamtschweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wurde erneut aktuell (parlamentarische Vorstösse). Durch deren Aufnahme in die wichtigsten Forderungen im Programm des Oltner Generalstreikkomitees (OAK) wurde das Begehren nach einer Alters- und Hinterlassenenversicherung von einer breiten Öffentlichkeit getragen. So beeilten sich die zuständigen Behörden nach Kriegsende, das Anliegen in der Verfassung zu verankern, um der veränderten sozialen und politischen Situation Rechnung zu tragen. Am 6. Dezember **1925 wurde BV 34^{quater} angenommen. Dieser Artikel bildete bis zur Neufassung im Jahr 1972 die verfassungsmässige Grundlage für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung und die Ergänzungsleistungen** (gleichzeitig erfolgte die Aufnahme von BV 41^{ter} und 41^{quater}: fiskalische Belastung des Tabaks und der gebrannten Wasser).

Das Ausführungsgesetz zu BV 34^{quater} vom 17. Juni 1931 beruhte auf dem allgemeinen Volksobligatorium. Wegen des zu dürrtigen Ausbaus und der damals herrschenden Wirtschaftskrise fiel es jedoch dem Referendum zum Opfer. **Die «Lex Schulthess» wurde an der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1931 verworfen.** Erst während des Zweiten Weltkriegs wurden wieder Bestrebungen für das Einführen der Alters- und Hinterlassenenversicherung aufgenommen.

Am 6. Juli 1947 wurde das Bundesgesetz über **die Alters- und Hinterlassenenversicherung** mit einem überwältigenden Stimmenmehr angenommen und **auf den 1. Januar 1948 in Kraft gesetzt**, zusammen

mit den entsprechenden Wirtschaftsartikeln. Die AHV ist die erste, für die ganze Schweizer Bevölkerung obligatorische Sozialversicherung.

Mit der Einführung der Invalidenversicherung wurde einstweilen noch zugewartet, bis sich das System der Alters- und Hinterlassenenversicherung einspielen würde.

2.2.2.4 Zweiter Weltkrieg und anschliessende Aufbauphase

Nach der Mobilmachung von 1939 war sich der Bundesrat bewusst, dass er durch sozialpolitische Massnahmen eine Wiederholung der sozialen und politischen Krise der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg vermeiden musste. Auf den 1. Januar **1940** trat der Bundesbeschluss über die Lohnausfallentschädigung für diensttuende Arbeitnehmer in Kraft. **Damit wurde erstmals das System des Ausgleichs und der Ausgleichskassen sowie gleichzeitig die Beitragsleistung in Lohnprozenten allgemeinen Zwecken der sozialen Sicherheit dienstbar gemacht.** Dieses System diente als Grundlage für die spätere Entwicklung der sozialen Sicherheit in der Schweiz.

So entstanden während des Zweiten Weltkriegs auf dem Vollmachtsweg die Lohnersatzordnung für die unselbständig Erwerbenden, die Verdienstersatzordnungen für Gewerbe und Landwirtschaft sowie die Studienausfallverordnung. Nach Kriegsende stellte sich die Frage des Überführens der auf dem Vollmachtsweg geschaffenen Lohn- und Verdienstersatzordnung in die ordentliche Gesetzgebung. Durch die speditive Arbeitsweise der Expertenkommission konnte bereits am 25. September 1952 über das Bundesgesetz über die **Erwerbsausfallentschädigung** an Wehrpflichtige abgestimmt und dieses **auf den 1. Januar 1953 in Kraft gesetzt** werden.

In der Kriegszeit gewann die Fürsorge für die Familien an Bedeutung. In der Folge konnte am 26. November 1945 BV 34^{quinquies} in der Fassung des bundesrätlichen Gegenentwurfes zur Verfassungsinitiative des Aktionskomitees «Pro Familia» durch Volk und Stände gutgeheissen werden. Neben allgemeinen Familienschutzbestimmungen enthält der Artikel zwei Normen betreffend Sozialversicherungen: die Kompetenz zur Gesetzgebung über Familienausgleichskassen sowie den Auftrag zum Errichten einer Mutterschaftsversicherung.

Nach dem Zweiten Weltkrieg trat mit der Aufhebung der Rationierung rasch eine wachsende Teuerung ein. Es war nicht möglich, den Arbeitnehmenden den vollen Teuerungsausgleich zu den Löhnen zu gewähren. Damit die Familien nicht in Bedrängnis kamen, wurden von den Arbeitgebern häufig Kinderzulagen zum Arbeitslohn entrichtet. Der Landwirtschaft fehlten dazu die Mittel. Um die soziale Lage der Landbevölkerung zu verbessern und die Landflucht aufzuhalten, führte der Bundesrat, gestützt auf seine Kriegsvollmachten, **die landwirtschaftliche Familienzulagenordnung ein, die auf den 1. Januar 1953 ins ordentliche Bundesrecht überführt wurde.**

Mit BV 34^{quater} war der Bund ermächtigt, nicht aber verpflichtet, die Invalidenversicherung einzuführen. Nachdem sich das System der Alters- und Hinterlassenenversicherung eingespielt hatte, ging eine Expertenkommission Mitte der 1950er-Jahre ans Ausarbeiten einer Gesetzesvorlage für die Einführung der Invalidenversicherung. Anstoss gaben auch verschiedene parlamenta-

rische Vorstösse und zwei Initiativen. Personen, die keine Leistungen der Unfall- oder der Militärversicherung erhielten, hatten bis zur **Einführung der Invalidenversicherung** im Jahr 1960 kaum Ansprüche. Auch hier – wie in der AHV – hatten aber gewisse Kantone diese Lücken wenigstens zum Teil in eigener Kompetenz geschlossen.

Die ältesten Sozialversicherungen (die Militärversicherung und das KUVG) wurden bis zu den 1970er-Jahren lediglich an die Teuerung angepasst. Im März **1964** beschlossen die eidgenössischen Räte nach langwierigen, mühsamen Beratungen erstmals eine eigentliche **Revision der Krankenversicherungsgesetzgebung**, durch die sowohl Leistungsverbesserungen (u.a. Übernahme der mutterschaftsspezifischen Leistungen) als auch Erhöhungen der Bundesbeiträge sowie eine Neuordnung des Arztrechts vorgenommen wurden.

Im Jahr **1966** wurde schliesslich das **Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV** als Übergangslösung in Kraft gesetzt. Der Gesetzgeber stützte sich dabei auf BV 34^{quater} (in der damals gültigen Version von 1925).

1972 wurde die Verfassungsgrundlage für das Dreisäulenprinzip geschaffen und in der Bundesverfassung verankert. Als Gegenvorschlag zur PdA-Volksinitiative «Für eine wirkliche Volkspension» wurde der Verfassungsartikel BV 34^{quater} (heute BV 111–113) von Volk und Ständen mit klarem Mehr angenommen (vgl. Absatz 2.2.4).

2.2.2.5 1980er-Jahre bis 2000

Das fehlende Obligatorium einer **Arbeitslosenversicherung** auf Bundesebene hatte zur Folge, dass Anfang der 1970er-Jahre weniger als 20 Prozent der Arbeitnehmenden gegen Arbeitslosigkeit versichert waren. In der folgenden Rezession zeigten sich drastische Schwächen der bestehenden gesetzlichen Regelungen. Die erkannten Mängel mussten zu einer Neukonzipierung führen. Dafür wurde an der Volksabstimmung vom 13. Juni 1976 die verfassungsmässige Grundlage angenommen; der neue BV 34^{novies} trat anstelle von BV 34^{ter}. Zur Lösung der durch den Beschäftigungseinbruch von 1975/76 verursachten Probleme wurde mittels Bundesbeschluss auf den 1. April 1977 eine Übergangsordnung geschaffen. Diese galt bis Ende 1983 und wurde durch das auf den 1. Januar 1984 in Kraft tretende **Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung (AVIG)** abgelöst, wobei die Insolvenzenschädigung bereits auf den 1. Januar 1983 in Kraft trat.

Die **Unfallversicherung** war seit dem Erlass des KUVG im Jahre 1911 in ihren Grundlagen nie verändert worden. Als Mangel wurde immer wieder kritisiert, dass das Obligatorium sich nur auf die Arbeitnehmenden der besonders unfallgefährdeten Betriebe beschränkte. Im August 1976 konnte der Bundesrat den Entwurf zu einem neuen Unfallversicherungsgesetz vorlegen. Die bisherige Zusammenfassung der Kranken- und der Unfallversicherung im gleichen Gesetz sollte aufgehoben werden.

Das neue von den eidgenössischen Räten am 20. März 1981 erlassene und per **1. Januar 1984 in Kraft getretene Unfallversicherungsgesetz** brachte neben dem Obligatorium für sämtliche Arbeitnehmende eine Intensivierung der Unfallverhütung.

Die parlamentarischen Beratungen über die Ausgestaltung des **Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG)** zogen sich über mehrere Jahre hin und führten unter Berücksichtigung der verschlechterten Wirtschaftslage zur Preisgabe des ursprünglichen Leistungsziels (Leistungsprimat mit 60 Prozent des letztversicherten Verdienstes). Man begnügte sich mit einer auf dem Beitragsprimat beruhenden Regelung in der Meinung, dass durch eine baldige Revision des Gesetzes das verfassungsmässige Ziel der angemessenen Sicherung des bisherigen Lebensstandards für Betagte, Hinterlassene und Invalide erreicht würde. In dieser Fassung wurde das BVG am 25. Juni 1982 von den eidg. Räten beschlossen und **per 1. Januar 1985 in Kraft** gesetzt.

Auf den 1. Januar 1994 hat das Militärversicherungsgesetz eine Totalrevision erfahren. Hauptpunkte bildeten das Füllen von Lücken und Leistungsverbesserungen zum Vermeiden von Härtefällen sowie die verbesserte Koordination der Militärversicherung mit den übrigen Sozialversicherungszweigen.

Auf den 1. Januar 1995 wurden **in der beruflichen Vorsorge die Freizügigkeitsregelung und Wohneigentumsförderung** durch je eigene Bundesgesetze und Verordnungen geregelt.

Am 4. Dezember 1994 stimmten Volk und Stände der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes zu. Das **Krankenversicherungsgesetz (KVG)** brachte ein Obligatorium für die Grundversicherung (Krankenpflegeversicherung inklusive Unterbringung in Heilanstalt). Durch dieses Obligatorium wurde die Wohnbevölkerung gegen die Risiken Krankheit, Unfall und Mutterschaft versichert. In der obligatorischen Krankenversicherung gilt seit 1. Januar 1996 die volle Freizügigkeit und Wahlfreiheit des Versicherers. Weitergehende Leistungen können mittels dem Privatversicherungsrecht (VVG) unterstehender Zusatzversicherungen gedeckt werden.

Anpassung an die veränderte Wirtschaftslage

Die rasch alternde Wohnbevölkerung, einhergehend mit der Rezession, brachten den Finanzhaushalt unserer Sozialversicherungen aus dem Gleichgewicht. Im **Herbst 1995** wurde, nach langwieriger Auswertung, der **Dreisäulenbericht** des Eidg. Departements des Innern vorgelegt. Das Dreisäulenkonzept wurde durch fünf Wissenschaftler hinterfragt. Alle fünf befürworteten das Konzept, sahen aber innerhalb der drei Säulen verschiedenartige Gewichtungen vor. Der Dreisäulenbericht wies erstmals aus, dass auch mit voll ausgebauter beruflicher Vorsorge das Ziel der «Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise» nicht erreicht werden kann. Mittels «Option Zielhierarchie» definierte er, dass aus den Sozialversicherungen nur der Grundbedarf finanziert werden könne.

Im Dezember 1994 wurde eine interdepartementale Kommission (Eidg. Departement des Innern und Eidg. Finanzdepartement) vom Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die Finanzierung der Sozialversicherungen zu erstellen. Der vorgelegte Bericht «Ida-FiSo-I» wies pro 2010/2025 ein enormes Defizit aus, sodass ein Anschlussbericht «Ida-FiSo-II» über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen in Auftrag gegeben wurde.

Auf den 1. Januar **1997 ist die 10. AHV-Revision** in Kraft getreten. Seit 1948 hatten Ehefrauen keinen eigenen Rentenanspruch. Wenn sie das Renteneintrittsalter erreicht hatten, erhielt der Ehemann einen Zuschlag zu seiner Rente. Neu besteht ein Individualrentenanspruch, wobei familiären Situationen mittels Erziehungs- und Betreuungsgutschriften sowie dem Einkommenssplitting Rechnung getragen wird. Belassen wurde die Plafonierung der Renten der beiden Ehegatten auf 150 Prozent der maximalen Vollrente.

Der Kreis der versicherten Personen hat eine bedeutende Änderung erfahren, indem Erwerbstätige mit Wohnsitz in der Schweiz und Erwerbstätigkeit im Ausland nicht mehr zwingend schweizerischem Recht unterstellt sind.

2.2.2.6 Ab 2000 mehrheitlich Konsolidierung

Auf 1. Januar 2000 trat die neue Bundesverfassung mit Sozialrechten und Sozialzielen in Kraft. Die Verfassungsgrundlage für das Dreisäulenkonzept findet sich nun in BV 111 und daran anschliessend für die Sozialversicherungen.

Bilaterale Verträge und Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA)

Zwei Drittel der Exporte aus der Schweiz gehen in den EU-Raum. Da liegt es auf der Hand, dass Handelsbeziehungen gepflegt und Hemmnisse verhindert werden müssen. Dazu hat die EU mit den EFTA-Staaten – Norwegen, Liechtenstein und Island – ein Freihandelsabkommen, den EWR (Europäischen Wirtschaftsraum) abgeschlossen. Auch die Schweiz hätte beitreten und damit die Entwicklung beiderseits aktiv mitprägen können. Im Dezember 1992 wurde dies mit hauchdünnem Nein-Stimmen-Mehr (50,3%) abgelehnt, weil die Gegner den EWR-Beitritt als ersten Schritt zum EU-Beitritt sahen.

Trotzdem galt es die Wirtschaftsbeziehungen mit der EU zu festigen. Die bilateralen Verhandlungen der Schweiz mit der EU und ihren Mitgliedsstaaten haben in einer ersten Etappe zu sieben Abkommen geführt, die per 1. Juni 2002 in Kraft gesetzt wurden. **Für die Systeme der sozialen Sicherheit ist unter diesen das Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA) von zentraler Bedeutung.** Durch die einschlägigen Verordnungen¹ sowie die Satzungen des Europäischen Gerichtshofes EuGH – mit Stand des Inkrafttretens des Abkommens – ist der Verkehr mit den EU-Mitgliedsstaaten und der Schweiz geregelt.

¹ Verordnung 1408/71 (materielle Belange mit Gesetzeswert); inzwischen abgelöst durch die Abkommen 883/04 und 465/12)

Verordnung 574/72 (Durchführungsbestimmungen mit Verordnungswert, inzwischen abgelöst durch VO 987/09)

Innerhalb der EFTA-Staaten (Norwegen, Liechtenstein, Island und der Schweiz) gelten zum FZA analoge Bestimmungen. ⇨ vgl. Kapitel XVIII, Grenzüberschreitende Sozialversicherungen.

Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

Der Koordination, d.h. dem sinnvollen Ineinandergreifen von kongruenten Leistungen verschiedener Sozialversicherer zum Vermeiden von Überentschädigungen oder Versicherungslücken, kam seit den 1990er-Jahren vermehrt Bedeutung zu.

So wurden 1984 die Arbeiten für ein Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) von einer Arbeitsgruppe der schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht aufgenommen und am 7. Februar 1985 von Ständerätin Josi Meier eine parlamentarische Initiative zur Schaffung des ATSG eingereicht. Wegen der Komplexität der Materie und bedingt durch den Umstand, dass durch die Lancierung als Initiative in der ersten Phase das Mitwirken der Verwaltung fehlte, wurde das Vorhaben mehrmals verzögert, beraten, bekämpft, wieder aufgenommen, erneut «schubladiert». Am 6. Oktober 2000 aber konnte das ATSG in der heutigen Form verabschiedet – und ohne das Ergreifen eines Referendums – **auf den 1. Januar 2003 in Kraft gesetzt** werden.

Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie die einschlägige Verordnung (ATSV) bilden nun die gemeinsame Grundlage für Koordination, Vereinheitlichung bzw. Harmonisierung der Sozialversicherungen (ATSG 1).

Familienfreundlichere Gesetzgebung

Nach 60-jährigen Wehen wurde per **1. Juli 2005** endlich die **Mutterschaftsentschädigung** für erwerbstätige Mütter eingeführt. Sie erhalten während des 98-tägigen Mutterschaftsurlaubs (14 Wochen) 80 Prozent des Verdienstauffalls, maximal CHF 196.– pro Tag. Es handelt sich nicht um eine eigenständige Gesetzgebung, vielmehr wurde das Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende entsprechend erweitert.

Per 1. Januar **2009 ist das Bundesgesetz über Familienzulagen** ausserhalb der Landwirtschaft in Kraft getreten. Es geht auf eine 1991 von Angeline Fankhauser lancierte parlamentarische Initiative zurück. Das Rahmengesetz enthält Mindeststandards, welche die Kantone einhalten müssen, eine fixe Regelung der Anspruchskonkurrenz (pro Kind nur eine Zulage) und allgemeingültige Regelungen für den Leistungsexport. 2011 wurde über die ZAS ein zentrales Familienzulagenregister eingeführt. Seit Januar 2013 gilt das Bundesgesetz auch für Selbständigerwerbende.

Neuer Finanzausgleich (NFA)

Auf 1. Januar 2008 ist der neue Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen in Kraft getreten.

- ▶ In der Folge wurden Ergänzungsleistungen zur AHV/IV fest in der Verfassung verankert (BV 112a); bisher galten sie als Übergangslösung bis zum Erreichen existenzsichernder AHV/IV-Renten. Zudem wurde das ELG totalrevidiert und dabei die Aufteilung der Kosten zwischen Bund (5%) und Kantonen (3% plus Krankheits- und Behinderungskosten) neu geregelt.
- ▶ Seither ist nur noch der Bund für die Finanzierung der individuellen Leistungen der AHV/IV zuständig; hier wurden die Kantone entlastet. Dafür fallen die Sonderschulung der IV und ihre Beiträge an Ausbildungsstätten für das Fachpersonal sozialer Berufe ganz in den Aufgabenbereich der Kantone.
- ▶ Für den Bundesanteil an der Verbilligung der Krankenkassenprämien ist neu die Finanzkraft der Kantone massgebend.

Rund um die Gesundheit

Auf **Januar 2011** erfolgten **Sanierungsmassnahmen betreffend Invalidenversicherung** in Form eines aus dem AHV-Ausgleichsfonds herausgelösten, eigenständigen IV-Fonds mit einem Kapital von fünf Mrd. Franken, einer Übergangsfinanzierung mittels Mehrwertsteuer bis 31.12.2017 sowie der Übernahme der Schuldzinsen der IV bis 31.12.2017 durch den Bund.

Zeitgleich trat das **Bundesgesetz über die Pflegefinanzierung** in Kraft:

- ▶ Altersrentner/innen, die nicht in einem Heim leben, können neu eine Hilflosenentschädigung leichten Grades erhalten (zuvor erst ab mittlerem Grad möglich);
- ▶ Die Vermögensfreibeträge der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV wurden um 50 Prozent erhöht;
- ▶ In Pflegeheimen wird nun zwischen Pflegekosten und Hotellerie unterschieden, wobei die Pflegeleistungen vom Krankenversicherer nach Tarif vergütet werden. Zudem sollen Pflegeheimaufenthalte nicht mehr zu Sozialhilfeabhängigkeit führen. Patientinnen und Patienten sollen maximal 20 Prozent der ungedeckten Kosten selbst tragen müssen (Ergänzungsleistungen zur AHV/IV);
- ▶ In der Krankenversicherung wird zwischen Grund- und Übergangspflege (stationärer Bereich) unterschieden. An Pflegekosten der Spitex oder im Heim wird nur noch ein fixer nach Zeitaufwand abgestufter Beitrag geleistet.

Im Jahr 2012 herrschte Aktivismus

Die IV-Revision 6a trat in Kraft und propagierte die Rente als Brücke zur Eingliederung. Da ohne das Mitwirken der Arbeitgeber alle Eingliederungsbestrebungen um Personen mit Behinderung sinnlos sind, wurden zahlreiche Anreizsysteme lanciert, damit die Arbeitgeberschaft keine Eingliederungsrisiken tragen muss.

Nach der Einführung von «**Tarmed**» per 1. Januar 2004 (für die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung verbindliche Tarifstruktur) kam mit «**Swiss DRG**» (Swiss Diagnosis Related Group) ab 2012 für stationäre Spitalbehandlungen ein Fallpauschalensystem zum Tragen.

Seitens der AHV wurde anstelle der 2004 und 2010 gescheiterten 11. AHV-Revision aus den unbestrittenen Teilen eine kleine Revision umgesetzt. Dabei wurde für Nichterwerbstätige der Maximalbeitrag auf das 50-Fache des Mindestbeitrags indiziert; Arbeitnehmende ohne beitragspflichtige Arbeitgeber wurden im Beitragsbezug nicht mehr wie Selbständigerwerbende, sondern wie Arbeitnehmende behandelt, die sowohl den Arbeitnehmer- als auch den Arbeitgeberanteil schulden. Zudem wurde die bisher nur in der Rechtsprechung des Bundesgerichts festgehaltene Arbeitgeberhaftung im Gesetz zementiert.

Ende Januar 2013 hat der Bundesrat die Strategie «**Gesundheit2020**» eine Gesamtschau mit 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems (mit um die 90 Teilprojekten) verabschiedet.

Die Zahl der älteren Menschen und damit der chronischen Krankheiten nimmt zu, die «heutigen» Strukturen sind auf Akutversorgung ausgerichtet, es fehlt an Transparenz und Steuerbarkeit: Mit der Strategie Gesundheit2020 richtet der Bundesrat das Gesundheitssystem auf diese Herausforderungen aus. Er will es in allen Bereichen so verbessern, dass erkrankte oder verunfallte Personen in der Schweiz auch weiterhin in hoher Qualität versorgt werden.

Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern

Ziel 1.1 Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern

Ziel 1.2 Gesundheitsschutz komplettieren

Ziel 1.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren

Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

Ziel 2.1 Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken

Ziel 2.2 Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten

Ziel 2.3 Versicherten sowie Patientinnen und Patienten stärken

Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen

Ziel 3.1 Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern

Ziel 3.2 eHealth stärker einsetzen

Ziel 3.3 Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal

Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren

Ziel 4.1 Das System vereinfachen und Transparenz schaffen

Ziel 4.2 Die Gesundheitspolitische Steuerung verbessern

Ziel 4.3 Die internationale Einbettung stärken

Auf den 1. Januar 2013 ist das neue Erwachsenenschutzrecht (ZGB) in Kraft getreten. Während der letzten hundert Jahre war die Umsetzung des Vormundschaftsrechts kommunalen Milizbehörden überlassen. Neu obliegt der Vollzug professionellen Fachbehörden (KESB) auf kantonaler oder Bezirksebene. Dabei wurde das Selbstbestimmungsrecht massgeblich gefördert (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung) und die Solidarität in der Familie (gesetzliche Vertretungsrechte) gestärkt. Die Vormundschaft ist der Beistandschaft mit massgeschneiderten Massnahmen gewichen.

Als weitere Massnahme wurde im ZGB das **Sorgerecht revidiert. Seit Juli 2014** haben geschiedene und nicht verheiratete Eltern das gemeinsame Sorgerecht. Neu wird die Befugnis, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen, ausschliesslich der elterlichen Sorge zugeordnet. Obhut nach neuem Recht ist somit gleichzusetzen mit tatsächlicher (faktischer) Obhut. Über die Belange der elterlichen Sorge zu befinden, ist zwei Behörden vorbehalten: den Gerichten sowie den KESB, wobei im Bereich des strittigen Unterhalts den Gerichten eine ausschliessliche Zuständigkeit zukommt. Für die Regelung der Erziehungsgutschriften (Berechnung der AHV/IV-Renten) ist die KESB am Wohnsitz der Kindsmutter zuständig.

Schon auf den 1. Januar 2014 kam es in der Arbeitslosenversicherung zu einer fundamentalen Neuerung, indem die Plafonierung des Solidaritätsprozents gestrichen wurde. Zur Tilgung der Schulden des ALV-Ausgleichsfonds werden somit nicht nur Jahreslöhne zwischen CHF 126 001.– und 315 000.– herangezogen, sondern der volle CHF 126 000.– bzw. ab 2016 CHF 148 200.– übersteigende Jahreslohn durch das Solidaritätsprozent belastet.

Auf den 1. Januar 2017 ist die 1. UVG-Revision in Kraft getreten: Neu sind Arbeitslose von Gesetzeswegen unfallversichert (zuvor mittels Spezialverordnung), dies nach wie vor über die Suva. Es kam zu kleinen Anpassungen in Bezug auf die Versicherungsdauer. Die Finanzierung erfolgt nach dem Bedarfsdeckungsverfahren (betreffend langfristige Leistungen nach dem Kapitaldeckungsverfahren). Die Strukturen der Suva wurden reorganisiert (Suva-Rat, Geschäftsleitung, Revisionsstelle). Weiter kam es zu Klärungen in Bezug auf die Nebentätigkeiten der Suva und der ihr unterstellten Betriebe. Es wurden Regelungen für Katastrophenfälle getroffen und – nach einer Übergangsfrist – werden die Invaliden-/Komplementärrenten im Alter gekürzt, wenn sich der Unfall nach dem 45. Altersjahr ereignet hat.

2.2.2.7 Reformwille der 2020er-Jahre

Alle politischen Kreise sind sich einig, dass die Altersvorsorge dringend zu sichern ist, damit auch die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge (1946–1964) existenzsichernde Renten erhalten. Wenn es aber um konkrete Massnahmen geht, ist kaum ein Konsens zu finden. Dass es auch anders geht, wurde mit den in Rekordtempo lancierten und umgesetzten Bundesgesetzen «über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung» (VVEAbG) vom 20.12.2019 und «über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose» (ÜLG) vom 19. Juni 2020 bewiesen. Doch der (zeitlichen) Reihe nach:

2.2.2.71 Reform Altersvorsorge 2020

Kein Mut zum Handeln

Das Drei-Säulen-Konzept der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge der Schweiz gilt im internationalen Vergleich als mustergültig. Dennoch fallen wir im Rating immer weiter zurück. Schuld sind unser Besitzstanddenken und die stricte Weigerung, die Parameter des Systems an die zunehmende Lebenserwartung und damit Rentenbezugsdauer sowie an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen.

2017 wurden die «Reform Altersvorsorge 2020» und die Mehrwertsteuererhöhung durch Volk und Stände verworfen. Die Stimmbeteiligung für die Vorlage Altersvorsorge 2020 betrug 46,7 Prozent. Sie wurde mit einer Nein-Mehrheit von 52,7 Prozent verworfen. Die Zusatzfinanzierung der AHV durch eine Mehrwertsteuer scheiterte am Ständemehr 13,5 zu 9,5. Die gut 2 511 707 Stimmberechtigten waren unentschieden 50 zu 50 Prozent, wobei die Nein-Seite mit 2357 minim obenauf lag.

Verworfenne Vorlage «Altersvorsorge 2020» Am Drei-Säulen-Konzept wird festgehalten		
AHV	↔	BVG
<ul style="list-style-type: none"> ▶ schrittweise Erhöhung des Frauenrentenalters ▶ Flexibilisierung ▶ Anpassung Hinterlassenenrenten ▶ gleicher Beitragssatz für Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende ▶ Eckwerte betr. Finanzierung 	<p>Rentenalter (Referenzalter 65/65)</p> <p>Flexibilisierung</p> <p>keine Änderung des Leistungsziels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Senkung des Renten-Umwandlungssatzes ▶ Sicherung des Leistungsniveaus ▶ Mindestzinssatz ▶ bessere Versicherungsdeckung für ältere Arbeitslose

STAF-Vorlage brachte Luft für die AHV

Die STAF-Vorlage (Steuerfinanzierung und AHV) wurde im Mai 2019 mit einem zwei Drittels-Mehr vom Volk angenommen. Die beschlossenen Massnahmen sind AHV-seitig per 01.01.2020 in Kraft getreten:

- ▶ Der AHV-Beitragssatz wurde erstmals seit 1975 erhöht, dies von 8,4 auf 8,7 Prozent.
- ▶ Das MwSt.-Prozent (Demografieprozent) geht neu voll zugunsten der AHV. Bisher hat der Bund 17 Prozent davon für seinen Anteil einbehalten.
- ▶ Der Bundesbeitrag an die AHV von bisher 19,55 wurde auf neu 20,2 Prozent der Ausgaben erhöht.

Diese Massnahmen bringen jährlich rund 2 Mrd. Franken Mehreinnahmen. Dadurch sollte die AHV-Finanzierung für etwa sechs Jahre ausgeglichen sein. Bis dahin muss ein nachhaltiges Finanzierungskonzept für die AHV greifen.

Nachdem die «Reform Altersvorsorge 2020» im September 2017 durch Volk und Stände an der Urne verworfen wurde, hat der Bundesrat Ende Dezember 2017 die übergeordneten Ziele einer neuen Reform der Altersvorsorge definiert. Dabei muss das Rentenniveau erhalten bleiben und die Finanzierung der Altersvorsorge mittelfristig gesichert werden. Dazu sollen die AHV und die berufliche Vorsorge separat reformiert werden, mit je einem eigenen Zeitplan.

vgl. 2.2.2.82 AHV-Reform 21 in drei Etappen und (BVG 22) 5.3.2 Reform der Altersvorsorge

2.2.2.72 ATSG-Revision in Etappen

Per 1. Oktober 2019 – Observation (ATSG 43a ff)

Ein Sozialversicherer (Bereichsleiter/in Leistungen) kann eine versicherte Person **verdeckt observieren** lassen und dabei Bild- und Tonaufzeichnungen machen sowie technische Instrumente zur Standortbestimmung einsetzen, wenn:

- a) aufgrund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass die versicherte Person unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu erhalten versucht; und
- b) die Abklärungen sonst aussichtslos wären oder unverhältnismässig erschwert würden.

Die Observation darf höchstens 30 Tage innerhalb von sechs Monaten ab dem ersten Observationstag gelten; ggf. ist sie um weitere sechs Monate verlängerbar. Spätestens mit Eröffnung der Verfügung ist die versicherte Person über die Observation zu unterrichten (⇒ Akteneinsichtsrecht).

Per 1. Januar 2021

» Anpassungen im internationalen Kontext

Im Rahmen des Abkommens über die Personenfreizügigkeit (FZA) wurde die grenzüberschreitende Datenbekanntgabe (EESSI), z.B. betreffend eine Rentenanmeldung geregelt. Neu geregelt – und zwar im ATSG – ist die Kompetenz zur Genehmigung von internationalen Sozialversicherungs-Abkommen.

» Einführung Kostenpflicht für Verfahren am kantonalen (Sozial-) Versicherungsgericht

In Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (bisher ausdrücklich in der Invalidenversicherung). Von der Kostenpflicht ausgenommen sind Fällen, in denen die unentgeltliche Prozessführung beantragt und gebilligt worden ist.

Wo das Einzelgesetz keine Kostenpflicht für solche Streitigkeiten vorsieht, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen.

» Vorsorgliche Einstellung der Leistungen

Nun können Sozialversicherer das Ausrichten von Leistungen vorsorglich einstellen, wenn die versicherte Person die Meldepflicht (nach ATSG 31 I) verletzt hat, einer Lebens- oder Zivilstandskontrolle nicht fristgerecht nachgekommen ist oder der begründete Verdacht besteht, dass sie die Leistungen unrechtmässig erwirkt. Zudem kann der Sozialversicherer in seiner Verfügung einer Einsprache oder Beschwerde die aufschiebende Wirkung entziehen – dies auch, wenn es um Geldleistungen geht.

» Anpassung der Frist für Rückerstattung von zu Unrecht bezogenen Leistungen

Es geht um Verwirkungs- nicht Verjährungsfrist. Rückerstattungsfrist (relative) für Leistungen wird von 1 auf 3 Jahre erhöht.

» Optimierung des Systems und Vollzugs des ATSG

Hier geht es um Anpassung in den Regressbestimmungen aufgrund von Gerichtsurteilen usw.

Per 1. Januar 2022

Zusammen mit der 7. IVG-Revision treten im ATSG die Bestimmungen betreffend Abklärungsverfahren und Mitwirkungsrecht bei Gutachten in Kraft. Diese betreffen nicht nur die Invalidenversicherung, sondern alle in Betracht kommenden Sozialversicherer.

Es geht um die **Zwischenverfügung**, wenn die versicherte Person und der Sozialversicherer uneinig sind, bezüglich der sachverständigen Person; um **bidisziplinäre Gutachten**, wo nur noch zugelassene Gutachterstellen berücksichtigt werden können und Vergaben nach dem Zufallsprinzip erfolgt;

um **medizinische Sachverständige**, die bundesrechtliche Anforderungen erfüllen müssen; um **Tonaufnahmen** der Interviews und Aktenführung, die Pflicht sind sowie um öffentlich zugängliche **Listen** betreffend Zuteilung der Gutachter/innen.

2.2.2.73 Covid-19 – Notrechtliche Massnahmen des Bundesrates zur Bewältigung der Corona-Krise

Dass 2016 das eidg. Epidemiegesetz in Kraft getreten ist, wurde von der Allgemeinheit kaum zur Kenntnis genommen. Die Bedrohung durch virale Epidemien war nicht auf deren Radar. Im März 2021 musste dann der Bundesrat «die ausserordentliche Lage» als höchste Gefahrenstufe ausrufen. Nach EpG 7 kann der Bundesrat für das ganze Land Massnahmen zur Bekämpfung einer übertragbaren Krankheit anfordern.

Das erste Mal seit dem 2. Weltkrieg wurde das Notrecht (BV 185) ausgerufen. Damit wurden für sechs Monate das föderalistische Konzept aufgehoben. Es wurden befristete Verordnungen erlassen, um die soziale und wirtschaftliche Situation schnell und human zu verbessern. Mit dem Covid-Gesetz vom 25.09.2020 wurden die notrechtlichen, befristeten Bestimmungen legalisiert. Zweimal wurde gegen das Covid-Gesetz das Referendum ergriffen und zweimal wurde das Referendum klar verworfen (das Covid-Gesetz gutgeheissen).

- ▶ Dass die Sozialversicherungen nicht schwerfällig sind, hat die EO bewiesen. Innerhalb von drei Wochen wurden für gewisse Personenkreise ein zeitlich befristeter Erwerb ersatz eingeführt: Corona-EO «Kinderbetreuung», «Quarantäne», «vulnerable Personen» sowie «Selbständigerwerbende» und «Personen in arbeitgeberähnlicher Stellung».

Bis Ende Dezember 2021 haben 450 000 Personen eine Corona-EO erhalten, die Hälfte davon aufgrund von Quarantäne. Selbständigerwerbende, deren Erwerbseinkommen aufgrund von massgeblichen Einschränkungen stark reduziert oder durch Betriebsschliessungen oder Veranstaltungsverbote ganz wegfiel, waren mit 2,6 Mrd. Franken die Hauptanspruchsgruppe.

- ▶ Um eine Massenarbeitslosigkeit zu verhindern, wurde die Kurzarbeitsentschädigung zwischen März 2020 und Mitte 2022 jeweils befristet – teils in kurzen Abständen – den geänderten Bedürfnissen angepasst (der Kreis der anspruchsberechtigten Personen, maximale Bezugsdauer und summarische Abrechnungsverfahren).

Zeitweise hat über 1 Mio. Arbeitnehmender Corona-bedingt aus über 130 000 Betrieben Kurzarbeitsentschädigung beziehen müssen.

Um die finanzielle Stabilität der Sozialwerke nicht zu gefährden, hat der Bundesrat aus der Tresorerie die erforderlichen Gelder zur Finanzierung der Corona-bedingten Mehrkosten in die EO und die ALV eingeschossen. Für die EO waren dies vom März 2020 bis Dezember 2021 insgesamt 3,6 Mrd. Franken; für Kurzarbeitsentschädigung (ALV) pro 2020: 9,19 Mrd. Franken und 2021: 5,65 Mrd. Laut Bundesrat (Beschluss vor Beginn des Krieges in der Ukraine) soll es wegen der Schuldentilgung keine Erhöhung der direkten Bundessteuer geben; sondern die Gelder innerhalb von zehn Jahren aus den Überschüssen der Staatsrechnung beglichen werden.

2.2.2.74 **Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung (VVEAbG)**

Das ÜLG ist aber nicht das schnellste Gesetz im Bereich der sozialen Sicherheit: Dieser Geschwindigkeitsrekord wurde mit dem VVEAbG erstellt, dessen Botschaft am 22. Mai 2019 in die parlamentarische Beratung ging und bereits in der Schlussabstimmung der Wintersession, am 19.12.2019, gutgeheissen wurde. Wir haben uns da aber nicht ein «klassisches» Gesetz vorzustellen, sondern viel mehr ein detailliertes Inhaltsverzeichnis von Erlassen, die in den einzelnen Gesetzen umzusetzen sind (OR, Arbeitsgesetz, AHVG, IVG, BVG, UVG sowie schwergewichtig im EOG mit Vaterschafts- und Betreuungsent-schädigung). Der Einfachheit halber wurde hier die in den Ergänzungsleis-tungen zur AHV/IV verunglückte Bestimmung betreffend Mietaufteilung in (Alters-)WGs auch gleich mitkorrigiert.

OR 329g, ArG 36 II+IV – Anspruch auf bezahlten Urlaub, ab 01.01.2021

Neu haben Arbeitnehmende Anspruch auf bezahlten Urlaub für die Zeit, die zur Betreuung eines Familienmitglieds bzw. der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners mit gesundheitlicher Beeinträchtigung notwendig ist (was durch ein Arztzeugnis zu belegen ist). Pro Ereignis werden drei Tage, pro Kalenderjahr maximal zehn solcher Tage – zulasten des Arbeitgebers – ge-währt.

In OR 329b/III wird festgehalten, dass während des Betreuungsurlaubs (wie auch des Bezugs von Mutter- bzw. Vaterschaftsentschädigung) der Ferienan-spruch nicht gekürzt werden darf.

AHVG 29^{septies} I – Betreuungsgutschrift, ab 01.01.2021

Wer keinen Anspruch auf eine Erziehungsgutschrift (1- bis 16-jähriges Kind) hat, kann für die Betreuung von Verwandten in auf- und absteigender Linie (Grosseltern ↔ Eltern ↔ Kind) auch für die Betreuung von Ehegatten, Schwieger-eltern, Geschwistern und Stiefkindern erhalten. Diese müssen leicht erreich-bar sein (maximal 30 km oder eine Stunde) und eine Hilflosenentschädigung beziehen.

Der Zugang zur Betreuungsent-schädigung wurde erleichtert, in dem bereits mit einer Hilflosenentschädigung leichten Grades (vorher ab mittlerem Grad) Anspruch besteht. Zudem zählt neu auch die Betreuung des Lebenspartners bzw. der Lebenspartnerin, wenn diese die letzten fünf Jahre ununterbrochen in Hausgemeinschaft gelebt haben.

EOG 16i–16m – Vaterschaftsentschädigung, ab 01.01.2021

Infolge Referendums (das in der Volksabstimmung abgeschmettert wurde), wurde die ebenfalls im VVEAbG enthaltene Vaterschaftsentschädigung se-parat abgehandelt. Es geht um den 14-tägigen Vaterschaftsurlaub, der inner-halb von sechs Monaten ab Geburt des Kindchens zulasten der EO bezogen werden kann. Ab 2024 wird von «Entschädigung für den anderen Elternteil» gesprochen, weil auch gleichgeschlechtliche Paare (Ehefrau der Mutter) einen Anspruch begründen können.

EOG 16n–16s – Betreuungsent-schädigung, ab 01.07.2021

Neu leistet die EO im Rahmen der Betreuungsent-schädigung teilweise Lohn-ersatz für den Verdienstausfall eines Elternteils, der ein minderjähriges Kind, das wegen einer Krankheit oder eines Unfalls schwer beeinträchtigt ist, be-

treut. Anspruch besteht auf maximal 98 Taggelder (14 Wochen) innerhalb von 18 Monaten. Ob, und wie sich die Eltern im Betreuungsurlaub aufteilen, ist deren Angelegenheit.

2.2.2.75 EL-Reform per 01.01.2021

Die Reform der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (EL) greift für Personen, die ab 01.01.2021 erstmals Leistungen beziehen sofort. Für bisherige Bezüger/innen gilt eine Übergangsfrist bis 31.12.2023. Solange wird der Anspruch sowohl nach dem adaptierten alten als auch nach dem neuen Recht ermittelt. Das für die betroffene Person bessere Resultat gilt. Erst ab Januar 2024 greift die tiefgreifende Reform vollumfänglich. Worum geht es?

Einerseits wird das **Vermögen stärker gewichtet**. Einerseits gibt es einen Eintrittsplafonds (die Eintrittsschwelle wäre unten): Wer über ein Vermögen ab CHF 100 000.– verfügt (Ehepaare das Doppelte) hat keinen EL-Anspruch. Hier wird allfälliges selbstgenutztes Wohneigentum ausser Acht gelassen. Neu sind auch rechtmässige EL-Bezüge rückerstattungspflichtig; dies falls der Nachlass CHF 40 000.– übersteigt. Das betrifft ab 2021 bezogene EL; sie ist vom übersteigenden Anteil des Nachlasses zurückzuerstatten.

Nach rund 25 Jahren wird endlich das **Mietzinsniveau angehoben!** Zudem wird der Maximalansatz der anrechenbaren Mietkosten regionalisiert. Neu wird der **Lebensbedarf für Kinder** nach Alter (unter/ab 11-jährig) abgestuft. Das Erwerbseinkommen des Ehegatten wird nicht mehr – wie gehabt – privilegiert angerechnet, sondern zu 80 Prozent. Endlich ist die Zuständigkeit der Durchführungsstellen in den Fällen geklärt, wo eine Bezügerin bzw. ein Bezüger in einen anderen Kanton zieht.

2.2.2.76 Ältere Arbeitslose

Verbleib in Pensionskasse (BVG 47a, ab 01.01.2021)

Arbeitslose, die keine neue Anstellung finden, müssen das Altersguthaben aus der Pensionskasse auf eine Freizügigkeitseinrichtung auszahlen lassen. Später ist nur ein Kapitalbezug möglich, wobei das ganze Anlagerisiko durch die betroffene Person zu tragen ist. Manche möchten von all den Fragen um Kapitalanlagen entbunden sein und eine regelmässige, garantierte Rente erhalten. Per 1. Januar 2021 ist eine Änderung des BVG in Kraft getreten, die für gewisse ältere Arbeitslose Abhilfe schafft:

Versicherte, die **ab dem 58. Altersjahr ausscheiden, weil ihnen der Arbeitgeber gekündigt hat**, können die Weiterversicherung in der bisherigen Pensionskasse verlangen. Dies kann nur für die Risikoleistung im bisherigen Umfang sein. Möglich ist auch der Erhalt der Altersvorsorge. Entweder kann die Altersleistung beitragsfrei in der bisherigen Pensionskasse belassen oder sie kann mittels Sparbeiträgen weiter ausgebaut werden. Allerdings haben Betroffene die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge sowie die Verwaltungskosten selber zu tragen. «Im bisherigen Umfang weiterversichert» bedeutet aber nicht, dass solche externe Versicherte von gesetzlichen und reglementarischen Anpassungen ausgenommen sind.

Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜLG, ab 01.07.2021)

Am 30. Oktober 2019 hatte der Bundesrat die Vorlage betreffend Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose zur parlamentarischen Beratung

gegeben und bereits am 19. Juni 2020 wurde das (ÜLG) in der Schlussabstimmung der Sondersession gutgeheissen. Das von SVP-Exponenten ergriffene Referendum gegen das (ÜLG) ist nicht zustande gekommen – die dazu erforderlichen 50 000 Unterschriften sind laut Komitee knapp verfehlt worden. In Kraft getreten sind die Bestimmungen auf 1. Juli 2021 – dies, weil die mit dem Vollzug betrauten Durchführungsstellen der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV schon mit der per 01.01.2021 in Kraft tretenden grossen ELG-Reform gefordert waren.

Ergänzend zu den Massnahmen des Bundes zur Förderung der Weiterbeschäftigung älterer Arbeitnehmender sollen ab dem 60. Altersjahr **ausgesteuerte Arbeitslose** in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Vermögen unter CHF 50 000.– für Ehepaare das Doppelte) eine Überbrückungsleistung erhalten. Falls ihnen trotz arbeitsmarktlicher Massnahmen kein Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gelingt, sollen die Überbrückungsleistungen einen gesicherten Übergang in die Pensionierung ermöglichen.

Mit den Überbrückungsleistungen wird eine Lücke geschlossen, in dem verhindert wird, dass ältere Arbeitnehmende gegen Ende eines langen Erwerbslebens nach der Aussteuerung aus der Arbeitslosenversicherung ihr Ersparnis und ihr Kapital aus der beruflichen Vorsorge aufbrauchen und schliesslich Sozialhilfe beantragen müssen (was ab 2017 zunehmend der Fall war).

2.2.2.77 Arbeitslosenversicherung

Auf den 1. Juli 2021 gab es Anpassungen im Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG-Teilrevision): Versicherte, die arbeitslos geworden sind, können sich neu online anmelden und auf der Plattform ihre Dossiers führen. Für die Arbeitsvermittlung ist einzig das RAV (die vom Kanton bezeichnete Amtsstelle) zuständig. Die Arbeitsvermittlungszentren der Wohngemeinde wurden abgeschafft. Die Stempelkontrolle für von Kurzarbeit oder Schlechtwetter betroffenen Arbeitnehmenden wurde abgeschafft. Wer Kurzarbeit fährt, hat keinen Zwang mehr zur Zwischenbeschäftigung.

Neu geschaffen wurden eine Zugangsplattform für elektronische Dienstleistungen (ALViS) und eine Plattform für die öffentliche Arbeitsvermittlung. In letzter wurden die AVAM-, ASAL- und Lamda-Verordnung aufgenommen. Präzisiert wurden auch die Begrifflichkeiten ums Seco: Das Seco führt die Ausgleichsstelle der ALV. Die Ausgleichsstelle ist verantwortlich für den Vollzug der ALV (AVIG 83). Seco wird mit «Ausgleichsstelle der ALV» ersetzt.

2.2.2.78 Meldepflicht betreffend vernachlässigte Unterhaltspflicht/ berufliche Vorsorge

Auf den 1. Januar 2022 sind die neuen ZGB-Bestimmungen zum Kindsunterhalt in Kraft getreten. Dabei wurde das Vorgehen geregelt, wenn die verpflichtete Person die Unterhaltspflicht nicht erfüllt und das Gemeinwesen Hilfe in der Durchsetzung familienrechtlicher Unterhaltsansprüche leistet (Inkassohilfe). Die Organisation der Inkassohilfe ist Sache der Kantone. Sie bezeichnen eine oder mehrere entsprechende Fachstellen.

Neu (ab 01.01.2022) können mit der Inkassohilfe betraute Fachstellen Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen Personen melden, die ihre Unterhaltspflichten nicht erfüllen. Die Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen sind

in solchen Fällen (entsprechende Meldung ist eingegangen) verpflichtet, die Fachstelle umgehend zu informieren, sobald Vorsorgeguthaben ausbezahlt oder verpfändet bzw. verwertet werden sollen.

- ▶ Es sind somit keine Kapitalauszahlungen an gemeldete Personen mehr möglich, ohne dass vorher die Fachstelle informiert worden ist.

Amtliche Formulare unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherung/bv/grundlagen-und-gesetze>

2.2.2.79 IV-Reform 2022

Auf den 1. Januar 2022 – zehn Jahre nach der IVG-Revision 6a – trat die 7. IVG-Revision in Kraft. Die IVG-Revision 6b fand 2013 im Parlament keine Zustimmung. Diese IV-Reform verfolgt hauptsächlich zwei Ziele:

Erstens die Chancen für den Eintritt ins Berufsleben zu erhöhen; dies für Kinder mit Geburtsgebrechen, die enger begleitet und deren Eingliederung besser gesteuert werden soll; für Jugendliche mit Beeinträchtigungen, wo der Übergang ins Erwerbsleben gezielt unterstützt wird und für psychisch beeinträchtigte Menschen, wo Beratung und Begleitung ausgebaut werden. Zudem soll die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, den Berufsbildungs-Institutionen und auch unter den Sozialversicherern verbessert und besser koordiniert werden (interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ).

Zweitens wird das Rentensystem (für Neurentner/innen) feiner abgestuft. Dieses wird als «stufenloses» Rentenverfahren betitelt. Nach wie vor beginnt der Anspruch auf eine IV-Rente ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent. Da gibt es einen Viertel der ganzen Rente. Je Invaliditätsgrad steigt der Rentenanteil um 2,5 Prozent bis auf einen Invaliditätsgrad von 50 Prozent mit halber Rente. Nachher sind Invaliditätsgrad und Rentenanteil gleich, bis ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent eine ganze Rente erreicht wird (vgl. Kapitel IV, 10.2.1.3). Wer schon vor dem 01.01.2022 eine IV-Rente bezogen hat, fällt unter die Übergangsbestimmungen (vgl. Kapitel IV, 10.2.2.1).

2.2.2.80 Unfallversicherung

Auf den 1. Januar 2022 hat die Suva ein fünftes Geschäftsfeld erhalten: die Unfallversicherung von Personen, die an Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung teilnehmen und dabei in einem arbeitsvertragsähnlichen Verhältnis stehen. Dies gilt auch für solche die im Sinne einer Beschäftigung in einer Invaliden- oder Eingliederungswerkstätte tätig sind und IV-Taggelder oder eine IV-Rente erhalten. Betroffene sind in der Folge obligatorisch unfallversichert.

2.2.2.81 EGMR bestätigt am 11.10.2022, dass die AHV Witwer diskriminiert

Ein Mann, dessen Ehefrau verstorben ist, hatte nur so lange Anspruch auf eine Witwenrente, bis die jüngste Waise 18-jährig ist. Eine Frau, deren Ehemann verstorben ist, hat Anspruch auf die Witwenrente, bis zur Wiederverheiratung, dem Tod oder die Ablösung durch die höhere AHV-Altersrente. Zum Zeitpunkt der Verwitwung muss sie mindestens 1 Kind haben; egal wie alt, egal ob aus dieser Ehe oder falls kinderlos, mindestens 45 Jahre alt und mindestens 5 Jahre verheiratet gewesen sein (wenn mehrmals verheiratet: Summe der Ehejahre).

Das Bundesgericht hat argumentiert, dass die Witwen und Witwer unterschiedliche Lebenssituationen hätten; sprich Schweizer Mütter in der Gesellschaft benachteiligt werden und daher eine Bevorteilung bei der Witwenrente verdienen. Ein Witwer aus AR hat diese Ansicht (auch) nicht geteilt und am EGMR Diskriminierungsklage erhoben.

Der EGMR stellt klar: **Es gibt keinen sachlichen Grund, weshalb Witwer und Witwen unterschiedlich behandelt werden sollten.** Der EGMR widerspricht also auch dem traditionellen Bild, wonach der Mann der Haupternährer einer Familie ist und ihm zugetraut wird, nach dem Tod der Frau den Lebensunterhalt zu verdienen. Das Schweizer AHV-Gesetz verletzt also das Diskriminierungsverbot und muss diesbezüglich revidiert werden.

Bis eine Revision greift, gilt ab 22.10.2022 folgende Regelung

Eine verwitwete Person, die im Zeitpunkt der Verwitwung eines oder mehrere Kinder hat, hat Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente (AHVG 23 I).

Für Witwer mit volljährigen Kindern besteht der Anspruch auf eine Rente (gemäss Urteil des EGMR vom 11. Oktober 2022) nur, wenn die Verwitwung nach dem 11.10.2022 eingetreten ist. Der Anspruch auf eine Witwen- und neu Witwerrente dauert bis zur Wiederverheiratung, zum Tod oder zur Ablösung durch eine höhere Altersrente.

- Kinderlose Witwer und geschiedene Witwer gehen leer aus. Ihre Belange waren nicht Gegenstand der Klage am EGMR.

2.2.2.82 Adoptionsentschädigung 2023

Auf den 1. Januar 2023 erhält das Erwerbsersatzgesetz einen neuen Zweig: die Adoptionsentschädigung. Eltern, die ein weniger als vier Jahre altes Kind zur Adoption aufnehmen, haben innerhalb der zwölfmonatigen Rahmenfrist Anspruch auf maximal 14 Taggelder (die Aufteilung haben die Eltern unter sich zu regeln). Weil pro Jahr nur rund 30 Paare anspruchsberechtigt sein dürften, ist die Adoptionsentschädigung zentral über die eidg. Ausgleichskasse in Bern geltend zu machen.

2.2.2.83 AHV-Reform 21 in drei Etappen

Am 25. September 2022 wurde die AHV-Reform mit einem Überschuss von 31189 Ja-Stimmen (50,55% bzw. 1442553 Ja) von elf Kantonen und fünf Halbkantonen angenommen. Die Zusatzfinanzierung durch die Mehrwertsteuer wurde von 15 Kantonen und allen 6 Halbkantonen mit einem Mehr von 55,07% Ja-Stimmen gutgeheissen. Dies mit einer erfreulichen Stimmbeteiligung von 52,2 Prozent.

Die AHV-Reform 21 wird in drei Etappen umgesetzt

Auf 1. Januar 2024 wird der Rentenvorbezug monatsweise möglich. Zudem kann auch nur ein Anteil der Rente vorbezogen oder aufgeschoben werden. Erwerbstätige im Rentenalter können mit den dann entrichteten Beiträgen die Rente (bis zum Maximum der jeweiligen Rentenskala) aufbessern; dazu kann auf den Freibetrag von mtl. CHF 1400.– verzichtet werden. Für Versicherte im Rentenalter, die neu eine Hilfenentschädigung benötigen, halbiert sich die Wartezeit auf sechs Monate. Zudem wird die Mehrwertsteuer um 0,4 Prozentpunkte erhöht.

Die zweite Etappe der AHV-Reform bringt ab 01.01.2025 die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters (neu Referenzalter genannt) für Frauen. 2028 beträgt das Referenzalter für beide Geschlechter 65 Jahre. Frauen der Übergangsgeneration (Jahrgänge 1961 bis und mit 1969) können die Altersrente immer ab dem 62. Altersjahr vorbeziehen; dies mit reduzierten Kürzungssätzen. Jene Frauen, welche die Rente erst mit Erreichen des Referenzalters beziehen, erhalten lebenslänglich einen Zuschlag zur Rente.

Mit der dritten Etappe der AHV-Reform werden per 01.01.2027 die Vorbezugskürzungssätze und Zuschläge für den Aufschub an die Lebenserwartung angepasst. Zudem sollen die Vorbezugskürzungssätze für Versicherte mit tiefen Einkommen reduziert werden.

Wirkung der AHV-Reform 21 auf die berufliche Vorsorge

Die AHV-Reform 21 bringt per 01.01.2024 für die berufliche Vorsorge Neuerungen hinsichtlich des schrittweisen Altersrücktritts. Die versicherte Person kann die Altersleistung als Rente abgestuft in bis zu drei Schritten beziehen, wobei die Vorsorgeeinrichtung mehr als drei Schritte zulassen kann. Dabei darf der Anteil der vor dem reglementarischen Referenzalter bezogenen Altersleistung den Anteil der Lohnreduktion nicht übersteigen.

Wird die Altersleistung als Kapital bezogen, ist der Teilbezug in höchstens drei Schritten zulässig, dies auch dann, wenn mehrere Vorsorgeeinrichtungen betroffen sind. Ein Schritt umfasst sämtliche Bezüge innerhalb eines Kalenderjahres. Wenn eine Vorsorgeeinrichtung mehr als drei Pensionierungsschritte zulässt, muss ab dem vierten Schritt zwingend eine Rente bezogen werden. Dies dürfte insbesondere Vorsorgeeinrichtungen, die nur den Kapitalbezug vorsehen, vor Probleme stellen.

Die Altersleistungen von Freizügigkeitskonten und -policen werden neu, ab 01.01.2024, mit Erreichen des Referenzalters fällig. Nur wenn die versicherte Person nachweist, dass sie weiterhin erwerbstätig ist, kann der Leistungsbezug aufgeschoben werden, dies maximal für 5 Jahre nach Erreichen des Referenzalters.

Die **Übergangsbestimmung** sieht folgendes vor: Personen, die nicht mehr erwerbstätig sind und ihre Altersleistungen in den Jahren 2024–2029 beziehen müssten, weil sie das Referenzalter erreichen oder bereits überschritten haben, können die Auszahlung dieser Freizügigkeitsleistung bis zum 31.12.2029 (maximal 5 Jahre nach Erreichen des Referenzalters) aufschieben.

Nach wie vor ist der Bezug frühestens 5 Jahre vor Erreichen des Referenzalters möglich.

2.2.2.84 Per 01.09.2023 total revidiertes Datenschutzgesetz

Das totalrevidierte Datenschutzgesetz («DSG») ist am 1. September 2023 in Kraft getreten; dies ohne Übergangsfrist. Gleichzeitig mit dem DSG treten die revidierte Datenschutzverordnung («DSV») und die revidierte Verordnung über Datenschutzzertifizierungen (VDSZ) in Kraft.

Eine digitale Transformations- und Innovationsstrategie (DTI) für die öffentlichen Verwaltungen und damit auch die Sozialversicherungen ist heute unverzichtbar. Als Regulierungs- und Aufsichtsorgan hat das BSV (Bundesamt für Sozialversicherungen) unter anderem dafür zu sorgen, dass das System

wirksam und effizient ausgestaltet ist. Zudem hat das DTI die Erwartungen von Versicherten und Dritten (Unternehmen, Ärzteschaft, medizinische Fachpersonen der Invalidenversicherung usw.) an digitale Dienstleistungen zu erfüllen. Das BSV entwickelt die digitalen Angebote in enger Zusammenarbeit mit der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) und den Durchführungsstellen.

Die digitale Transformation der ersten Säule und der Familienzulagen beruht auf vier grundlegenden Anforderungen:

- ▶ «Digital first»: Der Informationsaustausch mit Versicherten und Dritten erfolgt vorzugsweise über digitale Kanäle. Die Art der Kommunikation (Sprache, Format, Kanal) richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen, den Ansprüchen und dem Wissen der Personen und Organisationen, mit denen eine Geschäftsverbindung besteht.
- ▶ Einfache, automatische und zuverlässige Bearbeitung: Die Geschäftsprozesse werden im Rahmen von Digitalisierungsprojekten optimiert, um eine möglichst einfache und zuverlässige Bearbeitung der Sozialversicherungsleistungen zu gewährleisten.
- ▶ Schlanke, effiziente Leistungserbringung: Die Kosten für die Bereitstellung digitaler Dienste werden aus öffentlichen Mitteln und durch die AHV-Beitragspflichtigen finanziert (Beitragszahlungen für die Verwaltungskosten der Ausgleichskassen). Die Dienste sollen so effizient und wirtschaftlich wie möglich sein. Die Kostentransparenz muss gewährleistet sein.
- ▶ Informationssicherheit und Datenschutz: Der Schutz der persönlichen Informationen und der Integrität der verarbeiteten Daten sind zentral.

Im Fokus für die berufliche Vorsorge stehen folgende Themen:

- ▶ Pflicht zur Führung eines Bearbeitungsverzeichnisses
- ▶ Verantwortliche für die Datenbearbeitung und der Auftragsbearbeiter
- ▶ Definition und Anpassung der Datenbearbeitungsprozesse
- ▶ Wahl eines Datenschutzberaters.

2.2.2.85 Hypothetisches Valideneinkommen der IV 2024

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads nach dem Einkommensvergleich, muss für Versicherte ohne Erwerbseinkommen ein solches angenommen werden (Einkommen, das diese Person in ihrer Situation gemäss BFS-Erhebung erzielen könnte). Wo das hypothetische Einkommen zu hoch angenommen wird, resultiert ein tieferer Rentenanteil. Mit der seit 2022 geltenden IV-Reform wurde dieses Problem bereits teilweise behoben. Um der schwereren Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt Rechnung zu tragen, werden die hypothetischen Einkommen gem. Lohnerhebungsdaten des BFS künftig mit einer pauschalen Reduktion von 10 Prozent berücksichtigt. Entsprechende bereits laufende Renten müssen die IV-Stellen innerhalb von drei Jahren revidieren.

2.2.2.86 Erwerbsersatz, wenn ein Elternteil kurz nach der Geburt stirbt

Wenn die Mutter kurz nach der Geburt des Kindes stirbt, gibt es derzeit keinen spezifischen Urlaub zur Betreuung des Neugeborenen. Nach einem solchen Schicksalsschlag sind die Kinder aber besonders schutzbedürftig und das Interesse des Neugeborenen muss in dieser Situation Vorrang haben.

Dies wird ab 01.01.2024 berücksichtigt: Wenn die Mutter innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt des Kindchens verstirbt, erhält der andere Elternteil (Vater) zusätzlich 14 Wochen Mutterschaftsentschädigung. Im umgekehrten Fall (der Vater verstirbt innerhalb von 97 Tagen nach der Geburt des Kindchens), erhält die Mutter zusätzlich 14 Tage die Entschädigung für den anderen Elternteil.

2.2.2.87 Modernisierung der Aufsicht in der 1. Säule und Optimierung in der 2. Säule

Die Aufsicht über die AHV, die Ergänzungsleistungen (EL), die Erwerbserersatzordnung (EO) und die Familienzulagen in der Landwirtschaft werden per 01.01.2024 modernisiert. Die Aufsicht orientiert sich stärker an den Risiken, die Governance wird verstärkt und die Informationssysteme der 1. Säule werden zweckmässig gesteuert. Dazu werden die Aufgaben und Pflichten der Durchführungsstellen sowie der Aufsichtsbehörde präzisiert.

In der 2. Säule greifen gezielte Optimierungen: Die Anpassungen schaffen die Grundlage für die Übernahme von Rentnerbeständen und sichern, soweit möglich, die Finanzierung der Rentenverpflichtungen. Dazu werden die Aufgaben der Expertinnen und Experten für berufliche Vorsorge präzisiert.

2.2.3 Einflüsse ausländischer Modelle auf die soziale Sicherheit in der Schweiz

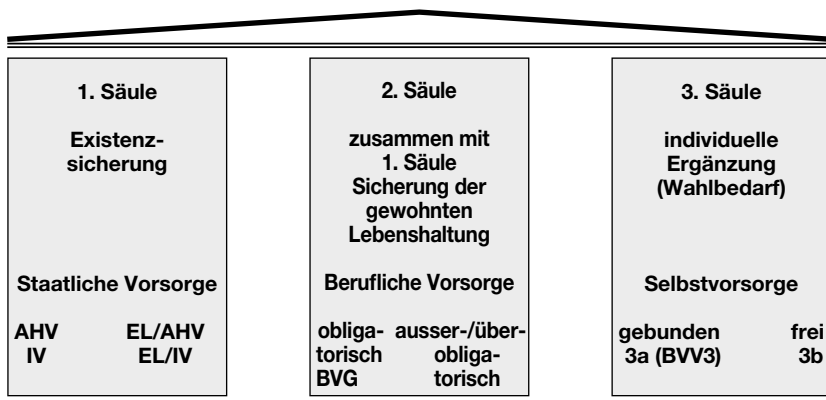
Das schweizerische Sozialversicherungsrecht ist kontinuierlich mit den Bedürfnissen gewachsen und deckt sich mit keinem der ausländischen Vorbilder, hat aber deren Impulse aufgenommen.

Wir führen gemäss Bismarck je Risiko eine eigene Sozialversicherung und nehmen so Mehrfachdeckungen, aber auch Lücken in Kauf. Roosevelts Strategie, bestehende Versicherungsträger mit einzubeziehen (Ausgleichskassen, Krankenkassen, Unfallversicherer) und staatliche Zuschüsse wie beispielsweise für die Invaliden- und Krankenversicherungen zur Finanzierung einzusetzen, hat auch bei uns Einzug gefunden.

Nicht zuletzt ist es dem Gedankengut Beveridges zu verdanken, dass die AHV/IV die gesamte Wohnbevölkerung, d.h. Arbeitskräfte, Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige, umfasst und auch finale (d.h. zielorientierte statt wie sonst kausale = ursachenorientierte) Elemente in die Gesetzgebung aufgenommen wurden. So richtet beispielsweise die Invalidenversicherung ihre Leistungen unabhängig davon aus, ob die Gesundheitsschädigung durch ein Geburtsgebrechen, eine Krankheit oder einen Unfall entstanden ist.

2.2.4 Die soziale Sicherheit in der Bundesverfassung und das Dreisäulenprinzip

1972 wurde die Verfassungsgrundlage für das Dreisäulenkonzept geschaffen und in der Bundesverfassung verankert. Als Gegenvorschlag zur PdA-Volksinitiative «Für eine wirkliche Volkspension» wurde der Verfassungsartikel aBV 34^{quater} (heute BV 111–113) von Volk und Ständen mit klarem Mehr angenommen.



Mit der Revision von aBV 34^{quater} hat die soziale Sicherheit, insbesondere die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge betreffend, eine neue Dimension angenommen. Erstmals und einzig in der Geschichte der schweizerischen Sozialversicherung wurde ein klares Konzept entwickelt und eingeführt, das den Versicherungsschutz der Wohnbevölkerung bezüglich der Risiken Invalidität, Alter und Tod des Versorgers auch in Zukunft gewährleisten soll.

Das Dreisäulenkonzept von WTO zur Nachahmung empfohlen

Unser Dreisäulenkonzept der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge hat im Ausland grosse Beachtung gefunden und wird von der Welthandelsorganisation (WTO) zur Nachahmung empfohlen. Das Nebeneinander der Finanzierungskonzepte Ausgaben-Umlageverfahren für die Erste Säule und Kapital-Deckungsverfahren für die Zweite Säule gleichen (mit einem ausgewogenen Verhältnis der beiden Säulen) die spezifischen Vor- und Nachteile etwa aus.

Auch die Gewichtung zwischen staatlicher Vorsorge zur Existenzgrund-sicherung der Wohnbevölkerung, beruflicher Vorsorge mit Einbindung der Arbeitgeberschaft und Eigenverantwortung in der Selbstvorsorge (der Individualisierung wird Rechnung getragen, sodass jedermann nach seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten den Vorsorgeschutz weiter ausbauen kann) wird als mustergültig erachtet.

Wie die OECD zurecht moniert, haben wir es aber verpasst, die Parameter an die sich verändernde wirtschaftliche Lage und rasch alternde Gesellschaft anzupassen. Im internationalen Vergleich lagen wir vor 15 Jahren mit Schweden und den Niederlanden an der Spitze, sind nun aber auf Rang 12 gesunken und drohen – ohne Reform der Altersvorsorge – mit unserem Rentensystem weiter abzusinken.

Unsere drei Säulen			
	1. Säule	2. Säule	3. Säule
Zielsetzung	Existenz-(Grund-)Sicherung	zus. mit 1. Säule Sichern der gewohnten Lebenshaltung	individuelle Ergänzung (Wahlbedarf)
Zielgruppe	Obligatorisch für in der Schweiz erwerbstätige Personen und solche, die als Nichterwerbstätige hier wohnen	Obligatorisch für in der Schweiz AHV-pflichtige Arbeitnehmende, mit einem Erwerbseinkommen ab $\frac{3}{4}$ der maximal möglichen AHV/IV-Vollrente. Freiwillig für Selbständigerwerbende	Wohnbevölkerung (privilegierte Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge für AHV-pflichtige, erwerbstätige Personen)
Träger	Staat	Wirtschaft	Individuum
Werk	AHV/IV/EL	BVG	Säule 3a/3b
Finanzierung	Ausgaben-Umlageverfahren	Kapital-Deckungsverfahren	Kapitaldeckungs- und Rentenwert-Umlageverfahren
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber ▶ Mittel aus öffentlicher Hand (Steuern) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber ▶ Zinsen (Kapitalerträge) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einlagen (Prämien) der Versicherten ▶ Zinsen (Kapitalerträge)

2.2.5 Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit anderen Staaten

Die Ausgestaltung unserer sozialen Sicherheit wird zunehmend auch durch supranationales Recht, d.h. völkerrechtliche Verträge und Konventionen, geprägt. Die Schweiz hat zahlreiche bilaterale und multilaterale Staatsverträge über die Sozialversicherungen abgeschlossen und ist einigen internationalen Abkommen beigetreten. Zielsetzung ist einerseits die Schaffung eines einheitlichen Mindeststandards, um ungerechtfertigte Vorteile im Konkurrenzkampf und aus sozialen Erwägungen zu vermindern. Andererseits soll die nationale Gesetzgebung so angepasst werden (Harmonisierung), dass sogenannte Wanderarbeiter und ausländische Staatsangehörige nicht diskriminiert, sondern möglichst gleich wie die einheimische Bevölkerung behandelt werden.

Dieser Bereich wird in Kapitel XVIII, grenzüberschreitende Sozialversicherungen, abgehandelt.

3. Organisation der Sozialversicherungen in der Schweiz

3.1 Struktur

Angesprochen auf die soziale Sicherheit wird in der Schweiz meist auf das Dreisäulenkonzept und die zehn Sozialversicherungen (AHV, Invalidenversicherung, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Arbeitslosenversicherung, obligatorische berufliche Vorsorge, Kranken-, Unfall- und Militärversicherung, Erwerbersersatzordnung für Dienstleistende und Mutterschaftsversicherung sowie Familienzulagen) verwiesen. Dabei wird übersehen, dass die Militärversicherung und Ergänzungsleistungen zur AHV/IV als Bedarfsrentensysteme der Versorgung zuzuordnen sind.

3.1.1 Organisation unserer elf Sozialversicherungen

Die elf Sozialversicherungen					
Sozialversicherung	Zielsetzung	Gesetzgebung	Träger	Vollzug	Rechtsform
AHV Alters- und Hinterlassenen-Versicherung	Ersatz des durch Alter oder Tod des Ernährenden wegfallenden Erwerbseinkommens; Sichern des Existenzgrundbedarfs	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund, Kantone, Verbände	Ausgleichskassen; dezentral	öffentlich-rechtlich
IV Invalidenversicherung	(Wieder-)Eingliederung in die Erwerbstätigkeit, wo nicht möglich oder dennoch grosse invaliditätsbedingte Einkommenseinbussen; Sichern des Existenzgrundbedarfs	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund und Kantone	Kant. IV-Stellen; dezentral/Geldleistungen: Ausgleichskassen, dezentral	öffentlich-rechtlich
EO Erwerbersersatz	Ersatz eines Teils des Einkommensausfalls infolge Dienstleistung für Schweizer Militär, Zivildienst oder Zivilschutz bzw. während des 14-wöchigen Mutterschafts-, 2-wöchigen Urlaubs für den anderen Elternteil und ggf. 14-wöchigen Betreuungsurlaubs erwerbstätiger Elternteile bzw. 14-tägigen Adoptionsurlaubs	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund, Kantone, Verbände	Ausgleichskassen; dezentral unter Mitwirkung der Rechnungsführer von Militär und Zivilschutz	öffentlich-rechtlich
ALV Arbeitslosenversicherung	Vermeiden oder Verkürzen der Arbeitslosigkeit. Ggf. Ersatz (eines Teils) des durch Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, witterungsbedingte Einflüsse oder Insolvenz des Arbeitgebers verminderten Erwerbseinkommens	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund, Kantone, Verbände	RAV, Kant. Amtsstelle (AWA/BECCO/KIGA), dezentral Geldleistungen: Arbeitslosenkassen, dezentral	öffentlich-rechtlich
BVG berufliche Vorsorge (Obligatorium)	Zusammen mit den AHV/IV-Renten den Existenzbedarf (gewohnte Lebenshaltung) decken	Bundesgesetze mit Verordnungen; BVG als Rahmengesetz; Reglement der Vorsorgeeinrichtung	Vorsorgeeinrichtungen (autonom oder in Sammel-/Gemeinschaftsstiftung von Versicherungen, Banken, Verbänden)	Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse), dezentral	Stiftung, (d.h. privat-rechtlich) oder Einrichtung des öffentlichen Rechts

Fortsetzung nächste Seite

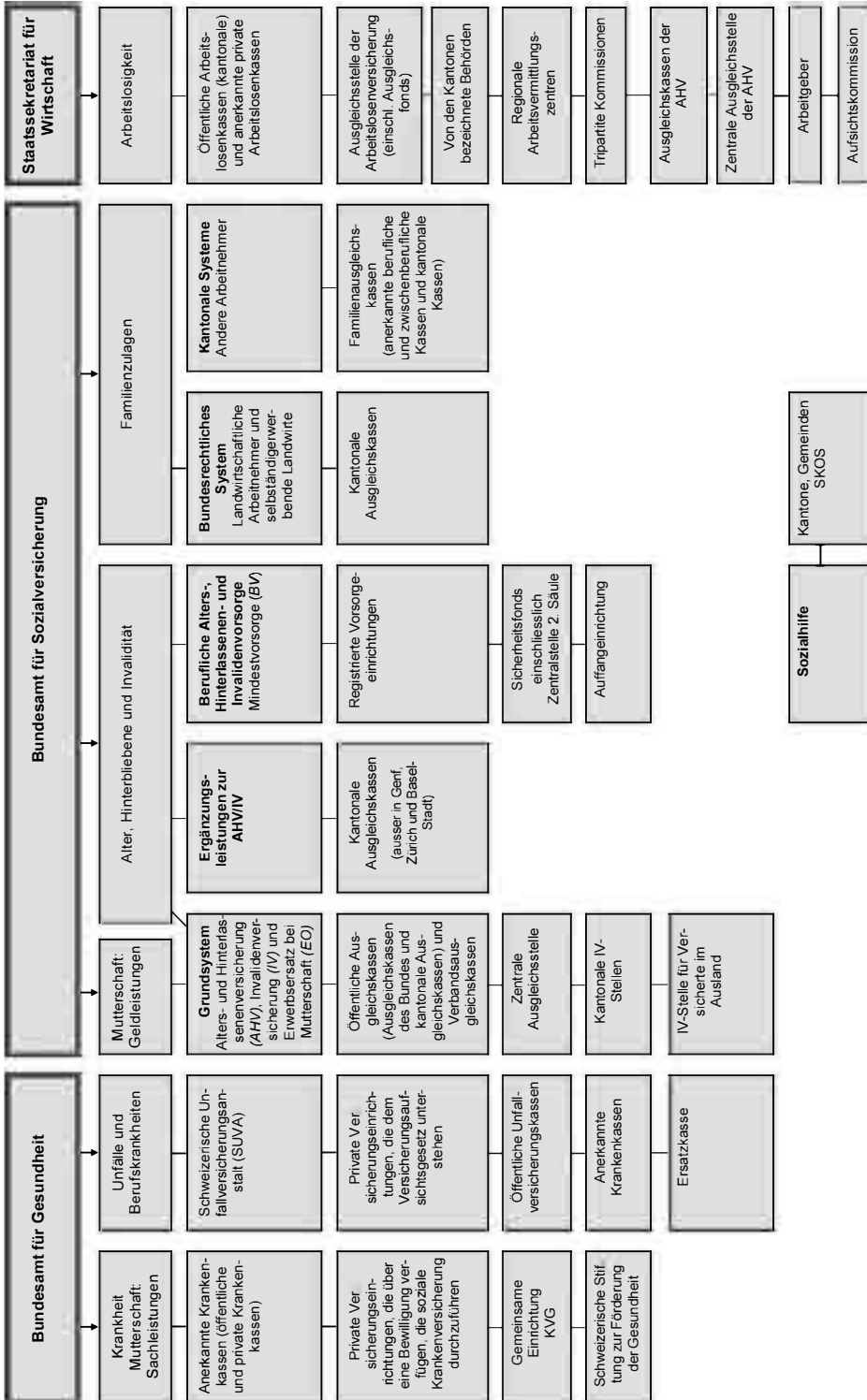
Die elf Sozialversicherungen					
Sozialversicherung	Zielsetzung	Gesetzgebung	Träger	Vollzug	Rechtsform
UV Unfallversicherung (Obligatorium)	Beheben oder Mindern der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und immateriellen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten sowie Unfallverhütung	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund und Kantone, Versicherungswirtschaft	SUVA und private Unfallversicherer, Ersatzkasse; dezentral	öffentlich-rechtlich bzw. privatrechtlich mit staatlicher Bewilligung
KV/OKP Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung)	Beheben oder Mindern der gesundheitlichen Folgen von Krankheiten und subsidiär von Unfällen. Übernahme von mutterschaftsspezifischen Leistungen	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Krankenversicherer mit entsprechender Bewilligung (EDI)	Krankenkassen; dezentral	Verein, Stiftung, Genossenschaft, öffentlich-rechtliche Anstalt oder AG mit gemeinnützigem Zweck
MV Militärversicherung	Beheben oder Mindern der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und immateriellen Folgen von Unfällen und Krankheiten (sowie deren Verhütung), die durch Einwirkung des Dienstes entstanden sind oder verschlimmert wurden	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund (Staatshaftung)	SUVA; seit Juli 2005 bildet die MV eine Abteilung in der SUVA	Staatshaftung (öffentlich-rechtlich)
EL Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	Garantierter Existenzgrundbedarf für AHV/IV-Rentner/innen	Rahmengesetz des Bundes mit Verordnungen, kantonale Gesetze	Bund und Kantone, teilweise Gemeinden	Kantonale Ausgleichskassen, zentral oder dezentral	öffentlich-rechtlich
ÜL Überbrückungsleistungen	Für ab dem 60. Altersjahr ausgesteuerte Arbeitslose in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen den Übergang in die Pensionierung sichern	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bund	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend	Bundesgesetz mit Verordnungen, abschliessend
FZ Familienzulagen	Teilweiser finanzieller Ausgleich der Familienlasten	Bundesgesetz als Rahmengesetz (FamZG) für Landwirtschaft abschliessend (FLG)	Arbeitgeber, Verbände, Bund und Kantone	Familienausgleichskassen, zentral oder dezentral	öffentlich-rechtlich

Doppelspurigkeiten und Lücken

Durch den punktuellen Auf- und Ausbau unseres Sozialversicherungssystems resultieren einerseits Lücken, indem gewisse Risiken nicht oder nur ungenügend abgesichert sind. Andererseits entstehen aber auch Doppel- und Mehrfachdeckungen, was nicht gerade zur Transparenz beiträgt. Immerhin ist in ATSG 70 die Vorleistung geregelt, womit sich zumindest erweist, an welchen Sozialversicherer sich Betroffene wenden können. Ebenfalls zur Erleichterung trägt die in ATSG 30 verankerte Weiterleitungspflicht bei.

Organisation der sozialen Sicherheit in der Schweiz

Quelle: Missoc EU-Datenbank 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=de>)



3.1.2 Risikodeckung

Zuständigkeit der Sozialversicherungen	
Lebensrisiko	mögliche Leistungserbringer
Alter	AHV, berufliche Vorsorge , Ergänzungsleistungen zur AHV ¹
Arbeitslosigkeit	Arbeitslosenversicherung, Überbrückungsleistung
Krankheit ATSG 3	Krankenversicherung , Militär- oder Unfallversicherung (Berufskrankheiten) und für Geburtsgebrechen die Invalidenversicherung ⇒ ggf. IV (Früherfassung, Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen ggf. BVG betr. Prämienbefreiung)
Unfall ATSG 4	Unfallversicherung , Militärversicherung, subsidiär Krankenversicherung ⇒ ggf. IV (Früherfassung, Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen ggf. BVG betr. Prämienbefreiung)
Invalidität ATSG 8	Invalidenversicherung , Unfall- oder Militärversicherung, berufliche Vorsorge, Ergänzungsleistungen zur IV
Tod des Ernährers bzw. der Ernährerin	AHV , Unfall- oder Militärversicherung, berufliche Vorsorge, Ergänzungsleistungen zur AHV
¹ Folgende Invalidenrenten werden grundsätzlich lebenslänglich gewährt: Solche der Militärversicherung werden im Alter halbiert; jene der Unfallversicherung werden für Betroffene, die ab 2025 das Renteneintrittsalter erreichen, gekürzt (wenn Unfall ab 45. Altersjahr). Invalidenrenten aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG-Normversicherung), sind lebenslänglich geschuldet, werden aber teilweise durch eine Altersleistung abgelöst. PS Im Zusammentreffen von Hinterlassenen- und/oder Invalidenrente der 1. Säule mit der Altersrente wird die höchste dieser Renten unter dem Titel Altersrente weitergewährt.	

3.1.2.1 Kausalität – Finalität

In der Beurteilung eines Leistungsanspruchs gibt es in den Sozialversicherungen zwei Betrachtungsweisen: die ursachenorientierte (Kausalprinzip) und die zielorientierte (Finalprinzip). Der Gegensatz Finalität – Kausalität darf aber nicht überbewertet werden, denn je nach Betrachtungsweise gibt es in jeder Sozialversicherung beiderlei Elemente.

Finalprinzip

Das Finalprinzip orientiert sich nach dem konkreten Bedarf. Leistungen werden unabhängig von der Schadensursache gewährt.

Zu den klassischen finalen Systemen gehört die öffentliche Sozialhilfe. Unter den Sozialversicherungen werden IV, EL sowie AHV und berufliche Vorsorge zu den finalen Systemen gezählt.

- ▶ «IVG 4 I: Die Invalidität kann Ursache von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.»

Kausalprinzip

Im Gegensatz zum Finalprinzip wird eine Leistung nur gewährt, wenn eine bestimmte Ursache vorliegt.

Im Kausalitätsprinzip knüpft die Leistungspflicht hingegen an eine ganz bestimmte Ursache an. Musterbeispiel für ein kausales System ist die Unfallversicherung.

Natürliche Kausalität (Tatfrage)

bezieht sich auf alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise eingetreten gedacht werden kann.

- ▶ Der Radfahrer stürzt vom Velo und bricht sich den Arm. Der Sturz ist natürlich kausal für den gebrochenen Arm und die daraus resultierenden Heilungskosten/Taggelder.
- ▶ Es geht um die Tatfrage, d.h. die Feststellung rechtserheblicher Tatsachen; diese sind zu beweisen.

Adäquate Kausalität (Rechtsfrage)

liegt vor, wenn das Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg der Art des Eingetretenen herbeizuführen (=> rechtlich erheblicher Zusammenhang).

- ▶ Der Familienvater, der eine Invalidenrente der Unfallversicherung bezogen hat, verstirbt. Die Witwe und die Waisen erhalten nur dann vom Unfallversicherer eine Hinterlassenenrente, wenn der Tod des Familienvaters eine Spätfolge des Unfalls ist.
- ▶ Es geht um die Rechtsfrage, d.h. die Rechtsanwendung auf die festgestellten Tatsachen.

vgl. www.koordination.ch

3.1.3 Leistungsarten

Wer die Leistungen gliedern und so zu einer strukturierten Betrachtungsweise kommen will, findet im ATSG ein taugliches Rezept. **Das ATSG unterscheidet zwischen Geldleistungen** (d.h. Taggeldern, Renten mit entsprechenden Abfindungen sowie Hilflosen- und ggf. Integritätsentschädigungen) und sogenannten **Sachleistungen**. Gemeint sind Kostenvergütungen für die Heilbehandlung (Pflegeleistungen), Transport- und Rettungskosten, Hilfsmittel sowie die Eingliederungsmassnahmen.

Während die Höhe der Taggelder und Renten in der Regel vom entgangenen Erwerbseinkommen abhängig ist, erfolgt die Kostenübernahme für Sachleistungen und die Hilflosenentschädigung (in nachstehender Tabelle HILO) – wie auch ggf. für die Integritätsentschädigung – für alle Versicherten zu denselben Bedingungen. Generell gilt für die Kostenübernahmen von Sachleistungen, dass sie einerseits verordnet und andererseits geeignet, einfach und zweckmässig die angestrebte Wirkung entfalten sollen.

Leistungskatalog der Sozialversicherungen (mit Eintritt des entsprechenden Risikos gesetzlich mögliche Leistung) Quelle: gebo Sozialversicherungen						
Sozial- vers.	Sachleistungen			Geldleistungen		
	Heilbe- handlung	Hilfs- mittel	Einglie- derung	Taggeld	Rente	HILO
AHV	nein	ja	nein	nein	ja	ja
IV	(nein)	ja	ja	ja	ja	ja
EO/MSE	nein	nein	nein	ja	nein	nein
ALV	nein	nein	ja	ja	nein	nein
BVG	nein	nein	nein	nein	ja	nein
UVG	ja	ja	Reha	ja	ja	ja
KVG/OKP	ja	ja	Reha	(ja)	nein	nein
MV	ja	ja	ja	ja	ja	ja
EL	(ja)	(ja)	nein	(ja)	ja	nein
ÜL	(ja)	(ja)	nein	nein	ja	nein
FZ	nein	nein	nein	(ja)	(ja)	nein

3.1.4 Versicherte Personen

Grundbedingung, um vom betreffenden Sozialversicherer Leistungen zu erhalten, ist, dass die betreffende Person zum Kreis der versicherten Personen gehört. Im Kreis der Versicherten werden Personengruppen (Arbeitnehmende, Selbständigerwerbende, Nichterwerbstätige) unterschieden, die sich je nach Sozialversicherung aufgrund des Obligatoriums versichern müssen (Pflichtversicherung), der Sozialversicherung freiwillig beitreten können oder gar nicht versichert sind.

Als Volksversicherungen (die – basierend auf der Idee Beveridges – nicht nur die Arbeitnehmenden, sondern auch die Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen dem Obligatorium unterstellen) zählen die AHV und die Invalidenversicherung inklusive Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, die Krankenpflegeversicherung/OKP und die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende.

Den Arbeitnehmenden vorbehalten ist die Arbeitslosenversicherung (ggf. mit Überbrückungsleistung). Sie sind aber auch obligatorisch der Unfallversicherung und ab einem gewissen Erwerbseinkommen der beruflichen Vorsorge unterstellt. Zudem haben sie – solange sie für ein minderjähriges Kind aufkommen müssen – in der Regel Anspruch auf Familienzulagen, dies zumindest in Form einer Kinderzulage.

Selbständigerwerbende können sich freiwillig der Unfallversicherung und beruflichen Vorsorge anschliessen. Wenn der andere Elternteil nicht Arbeitnehmer/in ist, besteht auch Anspruch auf Familienzulagen. Eine Arbeitslosenversicherung, die im Fall konjunkturell bedingter Erwerbslosigkeit leistungspflichtig würde, besteht für sie – trotz diesbezüglicher Bestimmung in der Bundesverfassung – nicht.

Nichterwerbstätige finden keinen Zugang zur beruflichen Vorsorge. Eben-
sowenig können sie der obligatorischen Unfallversicherung beitreten, aller-
dings sind die unfallbedingten Sachleistungen durch die Krankenversicherung/
OKP gedeckt. Wenn sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen, aber keine
Anstellung finden, haben sie in der Regel keinen Anspruch auf Arbeitslosen-
entschädigung.

3.2 Die Finanzierung unserer Sozialversicherungen

Die Ausgestaltung unserer Sozialversicherungen richtet sich schwergewichtig
nach dem Erwerbseinkommen der Versicherten. Die Finanzierung wird weit-
gehend mittels Lohnprozentsen und die (Geld-)Leistungen werden im Verhält-
nis zum Erwerbseinkommen ausgerichtet.

Abhängigkeit der Finanzierung vom Erwerbseinkommen		
ohne Plafonierung des Erwerbseinkommens	AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung Invalidenversicherung
	IV	
	EO/MSE	Erwerbsersatz für Dienstleistende, Mutter-/Vaterschafts- und Betreuungs- entschädigung
	FZ	Familienzulagen
mit Plafonierung des Erwerbseinkommens	BV	Berufliche Vorsorge
	UV	Unfallversicherung
	ALV	Arbeitslosenversicherung
ohne Bezug zum Erwerbseinkommen	KV	Krankenversicherung
	MV	Militärversicherung
	EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
	ÜL	Überbrückungsleistung

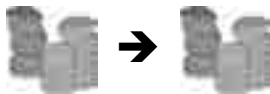
Mögliche Finanzierungsmittel sind:

- ▶ Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber
- ▶ Zinsen (Kapitalerträge)
- ▶ Regresseinnahmen
- ▶ Mittel der öffentlichen Hand (Steuererträge von Bund und Kantonen sowie Kausalabgaben in Form von Mehrwertsteuer, Alkohol- und Tabaksteuer sowie Spielbankabgaben).

Die einzelnen Sozialversicherungen werden entweder ausschliesslich
durch fiskalische Abgaben (Mittel des Bundes und der Kantone) finanziert
– Militärversicherung, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Überbrückungs-
leistung für ältere Arbeitslose und öffentliche Fürsorge (Sozialhilfe) – oder
mehrheitlich im Ausgaben-Umlageverfahren.

3.2.1 Finanzierungsverfahren

3.2.1.1 Ausgaben-Umlageverfahren



Die in einer Periode eingenommenen Beiträge werden zur Deckung der in derselben Periode anfallenden Leistungen verwendet.

⇒ **interpersonaler Ausgleich:** In diesem System findet grundsätzlich keine Ersparnisbildung statt, sondern es erfolgt direkt eine Umverteilung.

Im reinen Ausgaben-Umlageverfahren müssen die Aufwendungen durch Beiträge des Kollektivs (Versicherte, Arbeitgeber und öffentliche Hand) finanziert werden. Dadurch entstehen unter den Versicherten Solidaritäten (gesund/krank, Mann/Frau, Jung/Alt, Arm/Reich, Stadt/Land usw.).

Um gewisse Schwankungen aufzufangen, werden – insbesondere für auf längere Zeit ausgerichtete Sozialversicherungsleistungen wie im Fall der AHV – **Ausgleichsfonds gebildet**. Sind solche vorhanden, wird von einem **modifizierten Ausgaben-Umlageverfahren gesprochen**. Wenn mehr Beiträge eingehen als Ausgaben zu tilgen sind, werden sie dem Ausgleichsfonds gutgeschrieben; wenn es zu einem Ausgabenüberschuss kommt, wird der belastet.

Die Finanzierung der Sozialversicherungen ausserhalb der beruflichen Vorsorge und der langfristigen Leistungen der Unfallversicherung beruht auf dem Ausgaben-Umlageverfahren.

3.2.1.11 Bedarfsdeckungsverfahren

Im Bedarfsdeckungsverfahren ermitteln die Kranken- und die Unfallversicherung die Leistungen und Verwaltungskosten, die mutmasslich in einer Rechnungsperiode (in der Regel pro Kalenderjahr) anfallen. Fehlende Beiträge müssen in der nächsten Rechnungsperiode nachfinanziert werden, während ein allfälliger Überschuss den in der nächsten Periode zu erhebenden Beiträgen anzurechnen ist.

3.2.1.2 Kapital-Deckungsverfahren



Das Kapital-Deckungsverfahren beruht auf einem individuellen Sparprozess, in dem durch Beiträge und Zinsertrag das Altersguthaben/Deckungskapital gebildet wird. Daraus werden zu gegebener Zeit die (Renten-)Leistungen ausgerichtet.

► **intertemporaler Ausgleich:** Es findet ein eigentlicher Sparvorgang statt («Eichhörnchenprinzip»).

Das Kapital-Deckungsverfahren – auch «Anwartschafts-Deckungsverfahren» genannt – beruht auf dem Vorfinanzieren der eigenen künftigen Leistungen durch einen planmässigen Sparprozess. Aufgrund versicherungsmathematischer Regeln werden die Beiträge bestimmt, die benötigt werden, um – zusammen mit den Zinsen (Kapitalerträgen) – das mit Eintritt des Leistungsfalls erforderliche Deckungskapital zu bilden.

Man geht (im Gegensatz zum Ausgaben-Umlageverfahren) davon aus, dass jede Generation die Mittel für den eigenen Versicherungsschutz selbst bildet. Sämtliche laufenden und anwartschaftlichen Ansprüche sind somit durch ein entsprechendes Deckungskapital sichergestellt. Im individuellen Anwartschafts-Deckungsverfahren geht man überdies vom Grundsatz aus, dass für jede versicherte Person individuell die Mittel für den eigenen Versicherungsschutz gebildet werden.

Das Kapitaldeckungs- bzw. individuelle Anwartschafts-Deckungsverfahren wird im Rahmen der beruflichen Vorsorge angewendet. Das Deckungskapital wird mit Erreichen des Endalters (bzw. Invalidität, Tod) ausgerichtet oder in eine lebenslängliche Leibrente umgewandelt (Umwandlungssatz in der BVG-Normversicherung 6,8 Prozent).

Für eine Finanzierung im Kapitaldeckungsverfahren sprechen die individuelle Gestaltbarkeit und damit verbunden das individuelle Deckungskapital, d.h. der persönliche Anspruch auf das real vorhandene Kapital. Im System nachteilig wirkt sich das Anlagerisiko aus. Durch das Nebeneinander von Ausgaben-Umlageverfahren in der Ersten und Kapitaldeckungsverfahren in der Zweiten Säule werden die systemrelevanten Vor- und Nachteile gegenseitig weitgehend aufgehoben.

3.2.1.21 Kapitaldeckungsverfahren der Unfallversicherung

Die Unfallversicherung kennt für längerfristige Leistungen – d.h. Invaliden- und Hinterlassenenrenten und Hilflosenentschädigungen – eine spezifische Variante des Kapitaldeckungsverfahrens (früher «Rentenwert-Umlageverfahren» genannt).



Dabei werden die erst in späteren Jahren fälligen Rentenleistungen und Hilflosenentschädigungen zum Zeitpunkt ihrer Festsetzung kapitalisiert und durch das entsprechende Deckungskapital vorfinanziert.

3.2.2 Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben unserer Sozialversicherungen

Kennzahlen unserer grössten Sozialversicherungen in Mio. Franken											
Quelle: BSV Sozialversicherungsstatistiken ab 1995; Darstellung gebro Sozialversicherungen											
	Total	AHV	IV	EL	EO	ALV	BVG	UV	KV/ OKP	FZ ²	
Einnahmen¹ 2021	208 198	47 907	9 446	5 443	2 049	14 101	79 459	8 865	32 440	7 087	
Beiträge Vers./AG	150 891	35 130	5 678	0	2 092	7 646	61 126	6 691	27 137	6 449	
Beiträge öffentl. Hand	35 815	12 744	3 749	5 443	0	6 434	0	0	5 426	196	
Kapitalertrag	20 992	569	39	0	22	4	18 117	1 928	222	118	
Einnahmen 2020	211 588	47 088	9 224	5 368	1 790	17 429	82 073	8 039	32 401	6 915	
Einnahmen 2015	174 308	41 899	10 014	4 529	1 833	7 483	68 225	7 746	27 230	5 983	
Einnahmen 2010	154 930	38 062	8 176	4 075	999	5 752	62 107	7 863	22 472	5 074	
Einnahmen 2000	115 605	28 729	7 897	2 288	861	6 230	46 051	5 992	13 907	–	
Einnahmen 1990	76 335	20 351	4 412	1 433	1 059	736	32 882	4 181	8 623	–	
Einnahmen 1980	k.A.	10 896	2 111	415	648	444	9 674	k.A.	k.A.	–	
Einnahmen 1970	k.A.	3 434	596	235	207	k.A.	3 458	k.A.	k.A.	–	
Ausgaben¹ 2021	186 186	47 027	9 832	5 443	1 865	14 287	59 884	7 091	33 086	6 874	
Sozialleistungen 2021	165 889	46 807	9 019	5 443	1 861	13 422	44 795	5 941	31 513	6 330	
Rechnungssaldo ¹ 2021	22 013	1 631	122	–	165	138	1 458	–154	–868	95	
Ausgaben 2020	126 942	45 977	9 594	5 368	1 637	17 248	55 781	7 084	31 591	6 714	
Ausgaben 2015	157 814	41 735	9 304	4 529	1 703	6 874	53 525	6 866	27 793	6 019	
Ausgaben 2010	137 842	36 604	9 297	4 075	1 603	7 457	46 266	5 993	22 200	5 204	
Ausgaben 2000	97 569	27 722	8 711	2 288	680	3 295	32 584	4 546	14 204	–	
Ausgaben 1990	56 011	18 328	4 133	1 433	885	452	16 528	3 259	8 370	–	
Ausgaben 1980	23 234	10 725	2 152	415	482	124	3 458	k.A.	k.A.	–	
Ausgaben 1970	7 379	3 000	596	235	221	k.A.	1 316	k.A.	k.A.	–	
Kapitalkonto¹ 2021	1 300 976	49 741	–5 497	0	1 582	1 714	1 161 710	72 526	16 659	3 395	
Kapitalkonto 2020	1 197 546	44 229	–7 229	0	1 351	–1 539	779 400	68 477	12 943	1 539	
Kapitalkonto 2015	892 031	44 229	–7 229	0	1 076	–1 539	779 400	52 099	12 943	1 539	
Kapitalkonto 2010	702 994	44 158	–14 944	0	412	–6 259	617 500	42 817	8 651	1 236	
Kapitalkonto 2000	531 997	22 720	–2 306	0	1 009	–4 555	475 000	27 322	7 122	–	
Kapitalkonto 1990	251 865	18 157	6	0	2 657	2 924	207 200	12 553	5 758	–	
Kapitalkonto 1980	k.A.	9 691	–356	0	904	1 592	81 964	k.A.	k.A.	–	
Kapitalkonto 1970	k.A.	8 547	75	0	194	k.A.	32 498	k.A.	k.A.	–	
¹ Die Einnahmen sind ohne Kapitalwertänderungen, die Ausgaben ohne Rückstellungs- und Reservebildung berechnet. ² Die Familienzulagen ausserhalb der Landwirtschaft wurden erst 2009 obligatorisch. k.A. = keine Angaben; die Familienzulagen sind hier nicht separat aufgeführt, aber im Total enthalten. 2020/2021 in EO und ALV durch Covid mit Verzerrungen											

Sozialversicherungsfinanzen Gesamtrechnung im Überblick

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023

Seit 1990 haben sich die Einnahmen aller Sozialversicherungen von 76,3 Mrd. auf 208,2 Mrd. Franken (2021) fast verdreifacht. Im gleichen Zeitraum stieg der Kapitalertrag nur von 12,8 Mrd. auf 21,0 Mrd. Franken. Der Finanzierungsanteil des Kapitalertrags fiel somit von 16,7 Prozent (1990) auf 10,1 Prozent (2021). Die Bedeutung der Beiträge der Versicherten und Arbeitgebenden hat zugenommen: 2021 machten sie 72,5 Prozent der Einnahmen aus. Die übrigen Einnahmen enthalten vor allem Regresseinnahmen der Unfallversicherung sowie auch Erträge aus Dienstleistungen der beruflichen Vorsorge.

Ausgabenseitig stehen die Sozialversicherungsleistungen im Vordergrund. Sie haben sich seit 1990 von 46,6 Mrd. auf 165,9 Mrd. Franken erhöht. Die übrigen Ausgaben bestehen vor allem aus den Netto-Austrittszahlungen der beruflichen Vorsorge sowie den Nettozahlungen der beruflichen Vorsorge an Versicherungen.

Die Verwaltungs- und Durchführungskosten ergeben kein adäquates Gesamtbild, da sie vielfach ausserhalb der Sozialversicherungen anfallen und somit von deren Betriebsrechnungen nicht erfasst werden.

Das 2021 in der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV) ausgewiesene Kapital von 1301,0 Mrd. Franken (2021), umfasst die in den Betriebsrechnungen der Sozialversicherungen ausgewiesenen Kapitalanlagen. Den grössten Anteil hatte die berufliche Vorsorge mit 1 161,7 Mrd. Franken. Ausserhalb des GRSV-Kapitals verfügt die berufliche Vorsorge 2021 über Reserven bei den Privatversicherern (182,4 Mrd. Franken), die von den Banken und der Aufwangeinrichtung verwalteten Freizügigkeitsleistungen (50,9 Mrd. Franken), die im Rahmen der Wohneigentumsförderung ausgeliehenen Mittel (kumuliert 48,5 Mrd. Franken) sowie das Vermögen des Sicherheitsfonds (1,4 Mrd. Franken).

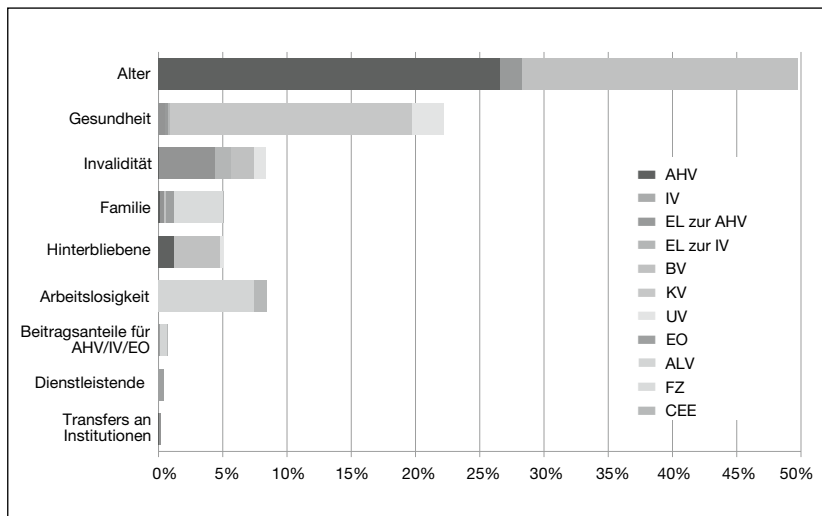
Kennzahlen unserer grössten Sozialversicherungen – Personen effektiv									
Quelle: BSV Sozialversicherungsstatistiken ab 1995									
	AHV	IV	EL	EO/ MSE	ALV/ ALE	BVG	UV	KV/OKP	FZ
Bezüger/innen (Renten) 2021	2 764 000	248 200	345 000	339 090	121 728	1 232 898	91 910	7 999 131	1 322 700
2020	2 727 000	247 000	341 700		163 545	1 206 265	93 735	7 311 592	1 312 000
2015	2 417 554	223 161	315 040	334 300	316 689	1 091 480	101 786	6 767 172	1 031 238
2010	1 981 207	240 905	277 148	354 380	151 986	978 961	108 427	6 497 094	946 258
2000	1 515 954	198 968	202 659	221 540	71 987	748 124	111 918	5 947 035	–
1990	1 225 388	164 329	151 379	k.A.	k.A.	508 000	k.A.	k.A.	–
1980	1 030 003	123 322	114 907	k.A.	k.A.	326 000	k.A.	k.A.	–
1970	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	218 584	k.A.	k.A.	–
Betr. Krankenversicherung ist die Anzahl Personen aufgeführt, die im Berichtsjahr Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezogen haben.									

3.2.2.1 Sozialversicherungsleistungen nach Funktionen

Die Entwicklung lässt sich nicht nur nach den einzelnen Sozialversicherungen verfolgen, sondern auch nach den diesbezüglichen Funktionen. An den Leistungen der Gesamtrechnung nach Funktionen sind verschiedene Sozialversicherungen beteiligt.

Ausgaben der Sozialversicherungen nach Funktionen 2021

(Klassifikation gemäss Gesamtrechnung der Sozialversicherungen)



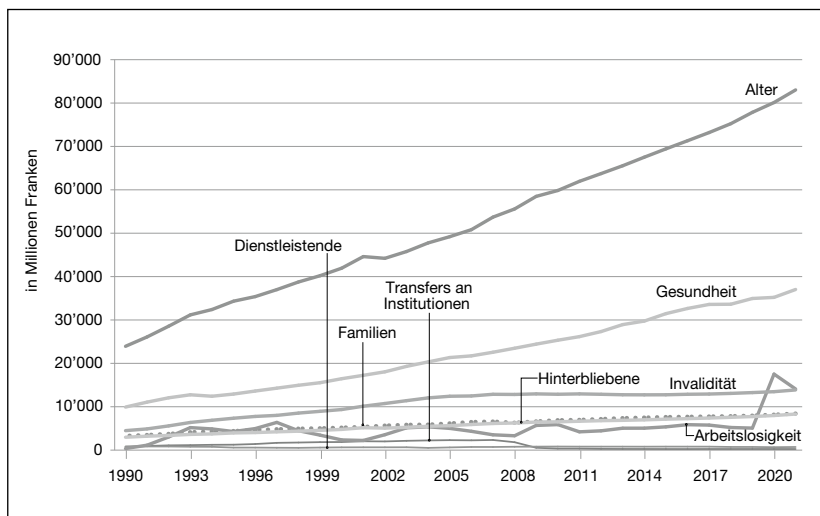
Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2023

An den Leistungen der Gesamtrechnung nach Risiken sind jeweils verschiedene Sozialversicherungszweige beteiligt. Leistungen ersetzen entweder Einkommen oder kompensieren Kosten, sind somit entweder Geldleistungen oder Sachleistungen. Im Alter kommt es vor allem zu Geldleistungen. Die **Leistungen im Alter** (AHV, BVG und EL) machen **49,8 Prozent** der gesamten Sozialversicherungsleistungen aus. Im Bereich Gesundheit fallen vor allem Sachleistungen sowohl der IV, EL, KV als auch der UV an. Insgesamt erreichten die Leistungen **im Bereich Gesundheit** einen Anteil von **22,2 Prozent**. In Bezug auf Invalidität dominieren wieder die Geldleistungen. Die Leistungen der IV, EL, BVG und UV machen 8,9 Prozent aller Leistungen aus.

Aus nationaler Perspektive zeigen die Sozialversicherungsausgaben nach Funktion auf, welche Risiken und Bedürfnisse in welchem Ausmass durch sozialstaatliche Leistungen abgedeckt sind. Diese Funktionen werden durch sehr unterschiedliche Faktoren wie demografische Veränderungen, Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen, politische Massnahmen oder konjunkturelle Schwankungen beeinflusst. Die Betrachtung der Funktionen **seit ausgangs der 1980er-Jahre zeigt**, dass der jeweilige Anteil der Funktionen am ganzen Sozialschutz recht stabil geblieben ist. Durch den NFA (neuer Finanzausgleich) wurden ab 2008 Bereiche der Invalidenversicherung (Sonderschulung) und der AHV (Förderung der Alters- und Behindertenhilfe) den Kantonen übertragen und haben entsprechend abgenommen.

Entwicklung der Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktionen

in Prozent zwischen 1990 und 2021



Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2023

3.3 Volkswirtschaftliche Aspekte

3.3.1 Sozialversicherungen als Wirtschaftsfaktor (BIP, Soziallast- und Sozialleistungsquote)

Sozialpolitik und Ausgestaltung der sozialen Sicherheit – schwergewichtig repräsentiert durch die Sozialversicherungen – sind ein bedeutender Teil der Volkswirtschaft eines Staates. Die volkswirtschaftlichen Rahmendaten geben Auskunft über zahlreiche sozialpolitische Verhältnisse zwischen den Bevölkerungsschichten und den staatlichen Institutionen. **Betroffen ist die ganze soziale Sicherheit sowohl auf der Beitrags- als auch auf der Leistungsseite.** Der Sozialstaat kostet und stellt somit immer eine Belastung für die Volkswirtschaft dar, er ist aber gleichzeitig auch ein zentraler Standortfaktor im internationalen Wettbewerb und Garant für wirtschaftliche Stabilität und gesellschaftlichen Frieden.

Um die Zahlen der Einnahmen und der Ausgaben der Sozialversicherungen zu verdeutlichen, werden sie mit einer anderen Grösse verglichen, dem Bruttoinlandprodukt (BIP). **Das BIP stellt die Summe in einer Periode im Inland erzielter Güter und Dienstleistungen dar und gilt als wichtige Vergleichsgrösse in sozialpolitischen Fragen.** Es gilt als Indikator der Wirtschaftslage eines Landes. Die Quoten werden zur Interpretation von Zeitvergleichen (vgl. z.B. Absatz 3.2.2) oder von internationalen Vergleichen (vgl. z.B. Absatz 3.4.1) herangezogen.

Das Bruttoinlandprodukt und seine Komponenten Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in %, zu Preisen des Vorjahres						
	2000	2005	2010	2015	2020	2022
BIP	4,0	2,7	3,2	1,6	-2,1	2,6
Konsumausgaben	2,2	1,3	1,7	2,1	-2,1	3,2
Bruttoinvestitionen	1,0	11,4	-3,7	1,4	3,3	0,1
Exporte	12,1	6,5	12,6	4,0	-5,2	5,9
Importe	8,1	9,6	8,0	5,0	-3,2	6,2
In Mrd. CHF, zu laufenden Preisen	471,5	520,5	623,8	667,8	693,9	781,5

Quelle: BFS; volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2023

Je grösser Ausgaben und Einnahmen der Sozialversicherungen werden, desto höher ist die Belastung für Staat, Wirtschaft und damit für jede einzelne Arbeitskraft bzw. jede/n einzelne/n Steuerzahler/in. Voraussetzung für die Finanzierung der Sozialleistungen ist deshalb eine gesunde und florierende Wirtschaft. So ist es von zentraler Bedeutung, dass das BIP mit den Einnahmen und den Ausgaben der Sozialversicherungen einhergeht.

» Die Sozialleistungsquote

(Sozialversicherungsausgaben geteilt durch BIP)

Die Sozialleistungsquote gibt Antwort auf die Frage, welcher Teil der gesamten Wirtschaftsleistung durch Empfänger/innen von Sozialleistungen beansprucht werden kann;

oder anders gesagt, welcher Teil der gesamten Wirtschaftsleistung der Schweiz durch die soziale Sicherheit zwischen unterschiedlichen Personengruppen (z.B. Erwerbstätige/Altersrentner) und Lebenslagen (z.B. gesund/krank) umverteilt wird.

» Soziallastquote

(Sozialversicherungseinnahmen geteilt durch BIP)

Mit der Soziallastquote werden die auf der Volkswirtschaft lastenden Einnahmekomponenten erfasst. Sie ist der Indikator für **die relative Belastung der Volkswirtschaft durch Sozialversicherungseinnahmen** (Beiträge, Kapitaleinnahmen, Transfereinnahmen).

Dabei enthält die Differenz zwischen der Soziallast und der Sozialleistungsquote die Sozialversicherungsersparnisse (vor allem in der beruflichen Vorsorge) und die Verwaltungskosten.

Sozialversicherungen als Wirtschaftsfaktor											
in Prozent des BIP	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2020	2021
Soziallastquote	10,5	11,5	13,5	19,6	20,6	24,4	25,0	24,6	26,0	30,3	27,9
Sozialleistungsquote	4,6	6,1	8,5	13,2	12,6	17,5	19,7	19,0	20,0	23,5	22,3

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2023

Es handelt sich hier allerdings um unechte Quoten, da der Sozialversicherungshaushalt nicht Bestandteil des BIP ist. Innerhalb der volkswirtschaftlichen Gesamterhebung werden diese beiden Werte aus unterschiedlichen Perspektiven ermittelt: das BIP resultiert aus der Produktions- und Verwaltungsrechnung, während die Sozialversicherungstransaktionen Teil des Einkommensverteilungskontos sind. Das Niveau dieser Indikatoren erlaubt keine direkten Aussagen, da es sich (wie erwähnt) um unechte Quoten handelt. Hingegen sind die Veränderungsdaten für die Beurteilung der aktuellen Entwicklung sowie für langfristige Vergleiche von Interesse.

3.3.1.1 Entwicklung von Soziallast- und Sozialleistungsquote

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023

Nach einem markanten Anstieg anfangs der 90er-Jahre (Ausbau der beruflichen Vorsorge, Wachstum der AHV und der KV) schwankte die Soziallastquote seit der Jahrtausendwende zwischen 24 und 26 Prozent und die Sozialleistungsquote zwischen 17 und 20 Prozent. 2005 bis 2008 gingen beide Quoten kontinuierlich zurück. Dieser Trend wurde mit der Konjunkturkrise 2009 (in Folge der Finanzkrise 2008) deutlich gebrochen. Nach dem ausserordentlichen Anstieg beider Quoten 2009 normalisierte sich die Entwicklung bereits 2010 wieder.

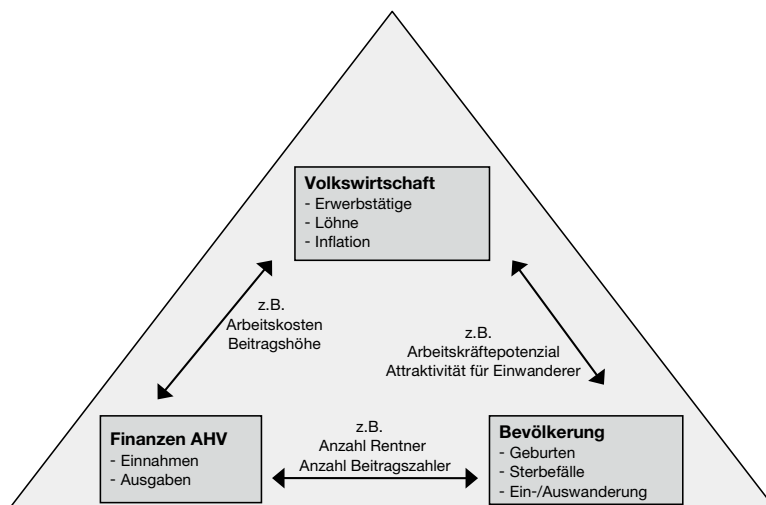
Der Anstieg 2020 der beiden Quoten resultierte aus einem Rückgang des BIP und einem hohen Wachstum, sowohl der Einnahmen als auch der Leistungen der Sozialversicherungen. Der Rückgang des BIP um 3,1 Prozent war auf die Corona-Pandemie zurückzuführen und war damit stärker als in der Finanzkrise.

Das Wachstum sowohl der Einnahmen um 10,0 Prozent als auch der Sozialleistungen um 10,6 Prozent entsprach den höchsten Wachstumsraten seit Anfang der 1990er-Jahre. Da beide Wachstumsraten deutlich über dem BIP-Wachstum lagen, stiegen die Sozialleistungsquote um 2,9 Prozentpunkte und die Soziallastquote um 3,6 Prozentpunkte. Der Anstieg der Sozialleistungen war 2020 vor allem auf die Corona-Erwerbsersatzentschädigungen (CEE: 2,2 Mrd. Franken) und die Corona-Kurzarbeitsentschädigungen (9,2 Mrd. Franken) zurückzuführen, welche beide durch zusätzliche Bundesbeiträge gedeckt wurden. 2021 wiederholte sich die Wirtschaft zügig und das BIP stieg deutlich, sodass sowohl die Sozialleistungs- als auch die Soziallastquote um 0,8 bzw. 1,9 Prozentpunkte sank.

Das Niveau dieser Indikatoren erlaubt keine direkten Aussagen, da es sich um unechte Quoten handelt. Hingegen sind die Veränderungsdaten für die Beurteilung der aktuellen Entwicklung sowie für langfristige Vergleiche von Interesse.

3.3.2 Mittels Modellrechnungen zu längerfristigen Prognosen

Um Quoten längerfristig prognostizieren zu können, sind Modellrechnungen nötig. Wie ein derartiges Modell aussehen kann, zeigt untenstehende Abbildung am Beispiel der AHV.



Anmerkung: Das Modell besteht aus drei miteinander interagierenden Modulen.
Quelle: BAKBASEL

Dabei müssen einige Annahmen bezüglich Bevölkerung und Volkswirtschaft getroffen werden. Für die Volkswirtschaft zentral ist die Entwicklung des Arbeitsmarktes, also der Erwerbstätigen und der Löhne. Diese beiden Faktoren beeinflussen die Lohnsumme und damit die Grundlage für die Einnahmen der Sozialversicherungen. Längerfristig hängen von den gewählten Parametern auch die Sozialversicherungsleistungen ab.

Nebst der Diskussion um die Soziallast- und Sozialleistungsquote sind die Durchführungsorgane der Sozialversicherungen jedoch auch ein ernstzunehmender Wirtschaftsfaktor, sei dies als Arbeitgeber oder als Investor.

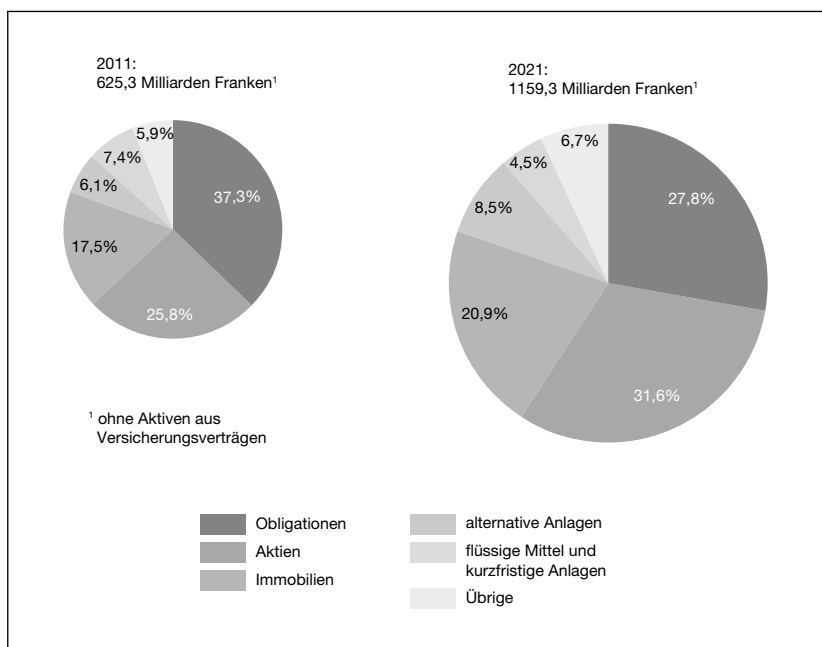
► **Arbeitgeber:** Vier Beispiele aus verschiedenen Sozialversicherungszweigen zeigen, dass Sozialversicherungen ein wichtiger Arbeitgeber sind.

Organisation	Mitarbeitende	Quelle
SUVA	4506 Vollzeitstellen	Geschäftsbericht 2022
Publica	105,4 Vollzeitstellen	Geschäftsbericht 2022
CSS	2463 Vollzeitstellen	Geschäftsbericht 2022
SVA Zürich	885 Vollzeitstellen	Geschäftsbericht 2022

► Investor:

Die Sozialversicherungen verfügen über ein Vermögen, das wertmässig das Bruttoinlandprodukt übersteigt. Sie sind deshalb auf dem Anlagemarkt ein wichtiger Player. Ende 2021 verfügten z.B. die Pensionskassen über ein Vermögen von über 1159 Mrd. Franken. Angelegt wird dieses Geld schwergewichtig in Wertschriften (Aktien/Obligationen) und im Immobilienmarkt (vgl. nachstehende Grafik). Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen dieses Zwangssparens werden kontrovers diskutiert. Positiv bewertet wird, dass der Wirtschaft Investitionskapital zur Verfügung gestellt wird. Eher negativ wird erwähnt, dass durch die Abzüge auf dem Erwerbseinkommen das verfügbare Einkommen schwindet und die Konsummöglichkeiten eingeschränkt sind.

Anlagekategorien in Prozent der Bilanzsumme Schweizer Pensionskassen 2011 und 2021



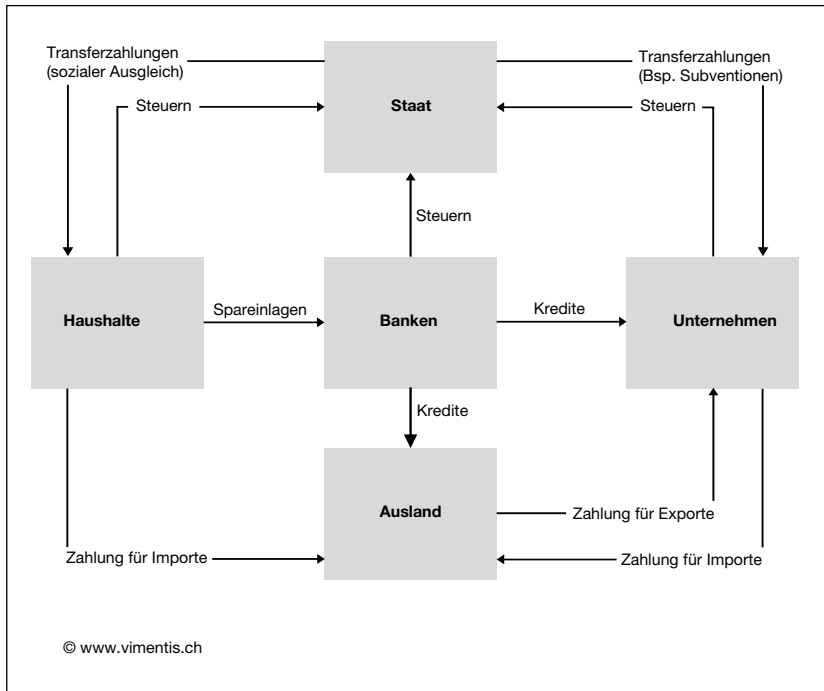
Quelle: BFS, Pensionskassenstatistik 2021

3.3.3 Volkswirtschaftliche Auswirkungen der Sozialversicherungen

Um die Funktionsweise einer Volkswirtschaft zu erklären, bedient man sich oft des Modells des Wirtschaftskreislaufes.

Der erweiterte Wirtschaftskreislauf (nur ausgewählte Geldströme)

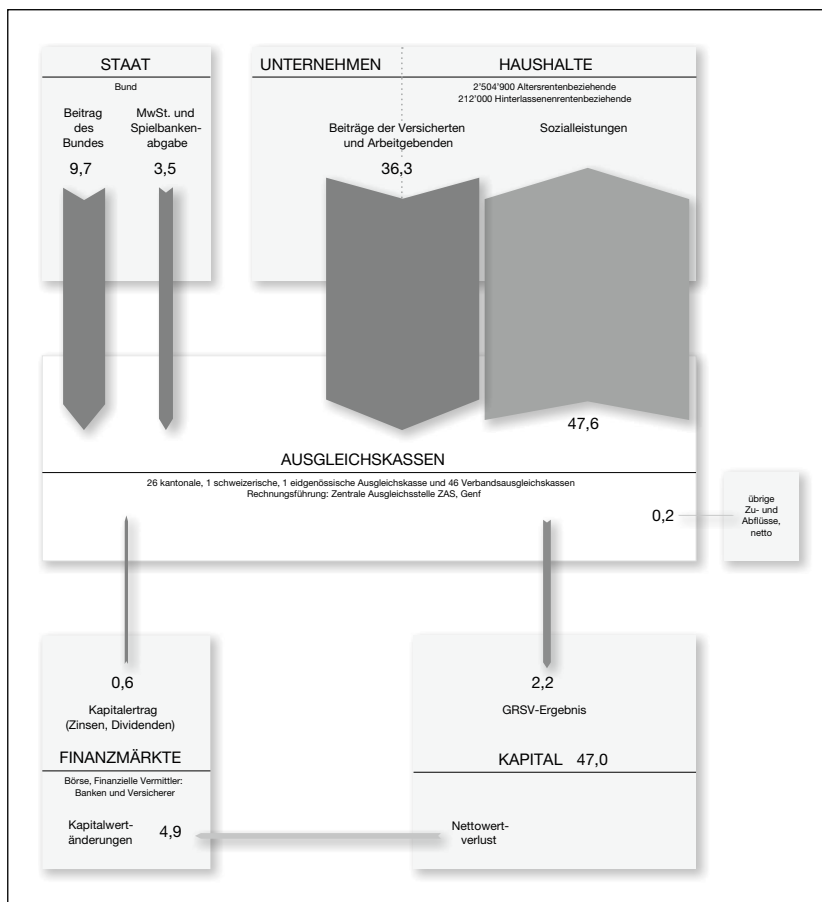
in Anlehnung an Brunetti Abb. 2 (2009)



Im Wirtschaftskreislauf werden Güter-/Dienstleistungs- und Zahlungsströme gegenübergestellt. Dabei werden die Wirtschaftsbeziehungen analysiert. Mit solchen Analysen ist eine detaillierte Sicht der Wirtschaft eines Landes möglich. So zeigen sich Abhängigkeiten von Löhnen, vom privaten Konsum oder von Importen/Exporten deutlicher. Auch sind Prognosen so oft verständlicher. Die Summe aller zu Marktwerten bewerteten Ströme ist das BIP, welches ein Mass für den Wohlstand eines Landes ist. Nebst diesem Mass für die Wirtschaftskraft eines Landes wird auch versucht, die Wohlfahrt im Sinne der Lebensqualität zu messen. Die Forschung beschäftigt sich aktuell mit der Glücksmessung.

Das Modell des Wirtschaftskreislaufes kann vom Grundsatz her auch auf die Sozialversicherungen ausgeweitet werden, indem man die Finanzflüsse untersucht.

Finanzflüsse der AHV 2022 in Mrd. Franken



Quelle: BSV Sozialversicherungsstatistik 2023, Seite 35 (elektronisch 43)

Summarisch zeigen sich hier die Finanzen der AHV im Jahr 2022, die Verteilung der Einnahmen auf Arbeitgeber/Versicherte, Staat und Zinsen sowie die Empfänger/innen der Leistungen. Obschon man so einen Überblick über die Finanzströme erhält, bleibt die Frage nach deren volkswirtschaftlicher Auswirkung noch unklar. Hier muss untersucht werden, in welchem Verhältnis Volkswirtschaft und Sozialversicherungen stehen.

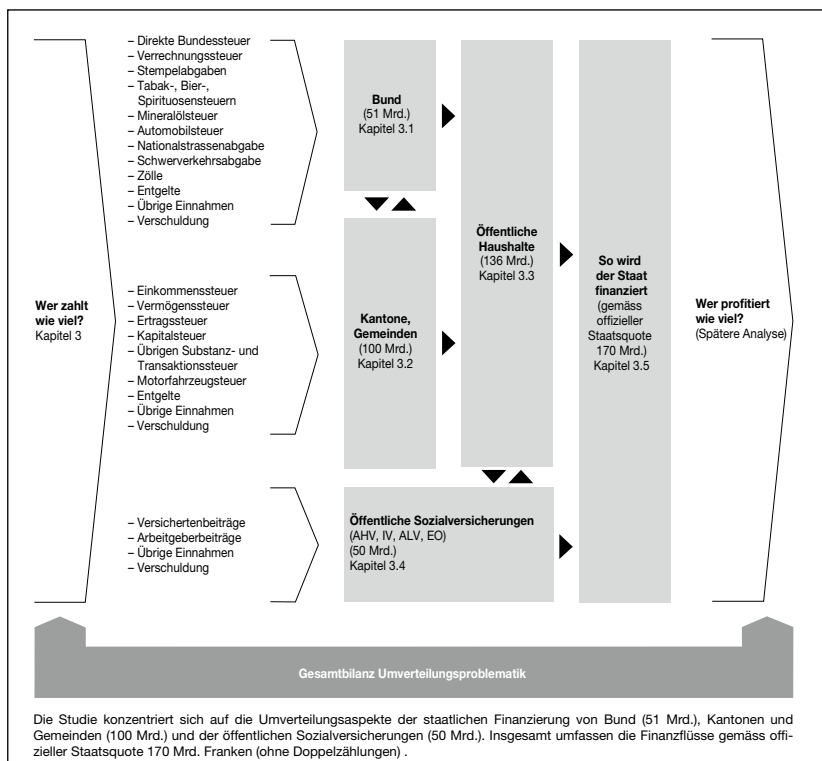
Die Volkswirtschaft und Sozialversicherungen beeinflussen sich wechselseitig. Kernfrage ist, ob die Sozialversicherungen das Wirtschaftswachstum eher ankurbeln oder eher verhindern. Eine eindeutige Antwort der Auswirkungen eines gut ausgebauten Sozialstaates auf das Wirtschaftswachstum kann nicht gegeben werden. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Sozialversicherungen konjunkturelle Ausschläge dämpfen. So erhalten z.B. Arbeitslose ein Ersatzeinkommen. Nimmt in einer Volkswirtschaft die Arbeitslosigkeit markant zu, nimmt die Kaufkraft nicht abrupt ab. Die Konsummöglichkeiten bleiben dadurch auf einem höheren Niveau und der Konjunkturereinbruch ist weniger drastisch. Allerdings wird argumentiert, dass die Finanzierung der ALV die Unternehmen belastet und die Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt.

Folge davon ist eine geringere Beschäftigung. Ebenfalls negativ bewertet werden die Abzüge auf dem Erwerbseinkommen der Arbeitnehmenden, da sie deren Konsummöglichkeiten reduzieren.

Eine stark diskutierte Frage ist, wie hoch die Umverteilung in einer Volkswirtschaft ist bzw. sein soll. Diese Frage ist höchst aktuell und von einiger Brisanz.

Wer finanziert den Staat?

Gesamtsicht der Finanzflüsse und Aufbau der Analyse



Quelle: www.economiesuisse.ch; Wer finanziert den Staat Schweiz?

Einfach auszuweisen ist, wer wie viel für die Finanzierung des Staates zahlt. Dies ist relativ gut möglich anhand von Steuerdaten und im Bereich der Sozialversicherungen anhand von speziellen Statistiken z.B. AHV-Statistik.

Schwieriger zu beantworten ist die Frage «Wer profitiert wie viel?», weil dies erst nach dem Tod einer Person aufgezeigt werden kann. Eine Antwort erfordert also längerfristige Rechnungen, sogenannte Generationenbilanzen.

3.4

Die soziale Sicherheit umfasst mehr als die Sozialversicherungen

Neben den Sozialversicherungen, die mehr als zwei Drittel der Aufwendungen für unsere soziale Sicherung beanspruchen, gibt es in der Schweiz auch eine Reihe weiterer sozialer Sicherungssysteme. Diese beruhen nicht auf einer Vorleistung in Form von Beitragszahlungen, sondern auf einem Bedarfsnachweis (vgl. 1.2.1.2 Versorgung), beinhalten Subventionen der öffentlichen Hand oder soziale Massnahmen, welche sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen richten.

Typologie der Regimes der sozialen Sicherheit in der Schweiz

Quelle: Fakten zur sozialen Sicherheit 4/2001, BfS

Bereiche der sozialen Sicherheit	Interventionsebene					Empfängerkreis
	Bund	Kantone	Gemeinden	Unternehmen	Haushalte	
Sozialversicherungen						
Krankenpflegevers. OKP	§	-	-	⊘	⊘	Wohnbevölkerung
obligat. Unfallvers.	§	-	-	⊘	⊘	Arbeitnehmende, inkl. Arbeitslose ¹
Invalidenversicherung	§ ⊘	-	-	⊘	⊘	Wohnbevölkerung
Alters- und Hinterlassenenvers.	§ ⊘	-	-	⊘	⊘	Wohnbevölkerung
Berufliche Vorsorge	§	-	-	⊘	⊘	Arbeitnehmende, inkl. Arbeitslose ¹
Familienzulagen	§ ⊘	§ ⊘	-	⊘		Arbeitnehmende ²
Arbeitslosenvers.	§	-	-	⊘	⊘	Arbeitnehmende
Bedarfsabhängige staatliche Sozialleistungen						
Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	§ ⊘	⊘	⊘	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Wohnungen	§ ⊘	§ ⊘	§ ⊘	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Stipendien	§ ⊘	§ ⊘	-	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Sozialhilfe	§ ⊘	§ ⊘	§ ⊘	-	⊘	Spez. Bevölkerungsgruppe
Subventionen der öffentlichen Hand						
öffentl. Beiträge an das Gesundheitswesen	§ ⊘	§ ⊘	§ ⊘	-	-	Wohnbevölkerung
Institutionen für Behinderte	-	§ ⊘	⊘	-	-	Wohnbevölkerung
Altersheime	-	§ ⊘	⊘	-	-	Wohnbevölkerung
Jugendschutz	-	§ ⊘	⊘	-	-	Wohnbevölkerung
Soziale Massnahmen						
für Arbeitslose	§ ⊘	§ ⊘	§ ⊘	-	-	Wohnbevölkerung
Drogenpolitik	§ ⊘	§ ⊘	§ ⊘	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Asylpolitik	§ ⊘	⊘	⊘	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Andere Interventionen						
Militärversicherung	§ ⊘	-	-	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Lohnfortzahlungen (Krankheit, Mutterschaft)	-	-	-	⊘	⊘	Arbeitnehmende
Berufl. Vorsorge (Richter und ETH-Professoren)	§ ⊘	-	-	-	-	Spez. Bevölkerungsgruppe
Private, nicht gewinnorientierte Organisationen (NPO)	⊘	⊘	⊘	-	⊘	Wohnbevölkerung
gebundene Vorsorge Säule 3a	⊘	⊘	⊘	-	⊘	Erwerbstätige mit Schweizer Wohnsitz
§ = gesetzliche Intervention ⊘ = finanzielle Interventionen ¹ = Selbständigerwerbende können sich auf freiwilliger Basis versichern ² = vom Bund gewährte Familienzulagen auch für einkommensschwache Kleinbauern						

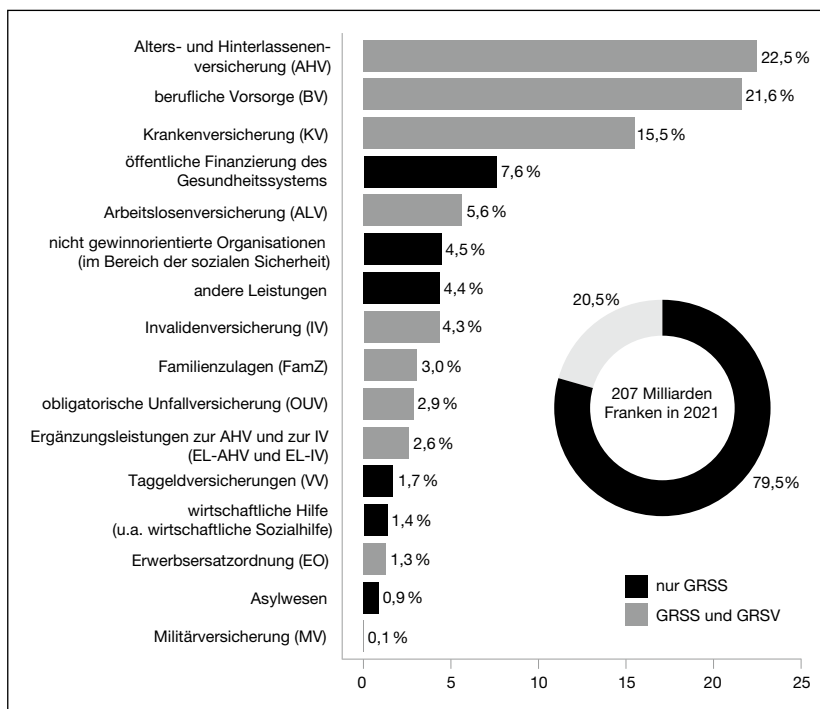
Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit (GRSS) 2021

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erstellt jährlich die Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV). Sie stützt sich auf die Finanzdaten der Sozialversicherungen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) erstellt die Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit (GRSS). Sie beruht auf den im Rahmen von EUROSTAT (Europäisches statistisches Amt) definierten Massnahmen des Sozialschutzes. Sie ermöglicht einen internationalen Vergleich. In beiden Betrachtungen werden sowohl die Leistungen als auch die Gesamteinnahmen ins Verhältnis zum BIP gesetzt.

In der Schweiz gibt es viele verschiedene Regimes, denn die soziale Sicherheit ist nicht allein Aufgabe des Bundes, sondern auch der Kantone und Gemeinden. Auch die zahlreichen nicht gewinnorientierten Organisationen (NPO) spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Für die Erstellung der GRSS wurden die Regimes der Kantone, Gemeinden und NPO teilweise zusammengefasst. So ist beispielsweise die Sozialhilfe auf kantonaler Ebene geregelt, wird aber als ein einziges Regime in der GRSS betrachtet. Die GRSS beschreibt die Finanzen von 35 Regimes.

2021 wurden in der Schweiz 207 Mrd. Franken für Sozialleistungen ausgegeben, gut ein Viertel (27,9%) des BIP. Vier Fünftel (79,5%) aller Sozialleistungen kommen aus den Sozialversicherungen. Das verbleibende Fünftel wird nur in der GRSS abgebildet und umfasst grösstenteils die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems, die Lohnfortzahlungen (OR), die freiwilligen Taggeldversicherungen und die Sozialhilfe.

Sozialleistungen nach Regime 2021



Quelle: Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit – Gesamtrechnung der Sozialversicherungen, ein kurzer Vergleich, BFS 2023

3.4.1 Sozialleistungen nach Funktionen im europäischen Kontext

Die Sozialleistungen lassen sich acht Funktionen (Risiken bzw. Bedürfnissen) zuordnen: Krankheit/Gesundheitsvorsorge, Invalidität, Alter, Hinterbliebene, Familie/Kinder, Arbeitslosigkeit, Wohnen und soziale Ausgrenzung. Die entsprechenden Sozialleistungen fließen als Geld- und als Sachtransfers den privaten Haushalten und Einzelpersonen zu. Sie bilden den eigentlichen Kern der ESSOSS-Methodik (Europäisches System der integrierten Sozialschutzstatistik; auch in der OECD massgebend) und ermöglichen detaillierte internationale Vergleiche.

Die Ausgabenanteile für die einzelnen sozialen Funktionsgruppen der von Eurostat ausgewählten zehn Länder (Deutschland, Dänemark, Frankreich, Schweden, Irland, Spanien, Slowenien, Polen, Griechenland, Lettland und Bulgarien) unterscheiden sich erheblich. Augenfällig ist vor allem, die abweichende Bedeutung des Bereichs Alter und Hinterbliebene. Während der Anteil in Irland 30,3 Prozent ausmacht, wird in Griechenland ein Wert von 62,2 Prozent erreicht. Betreffend Ausgaben für Invalidität sowie Familie und Kinder lassen sich unterschiedliche Präferenzen zwischen den südeuropäischen Ländern einerseits und den skandinavischen Ländern andererseits erkennen. Während Dänemark und Schweden verhältnismässig hohe Ausgabenanteile (16,8% und 8,9%) für Erwerbsunfähigkeit/Invalidität sowie (10,8% und 10,1%) für Kinder und Familie tätigen, verausgaben Griechenland und Spanien in den jeweiligen Funktionsgruppen lediglich Anteile zwischen 3,9 und 6,2 Prozent. Mit Ausgaben für Familie und Kinder von 11,8 Prozent erreicht Deutschland einen vergleichbaren Ausgabenanteil wie die skandinavischen Länder. Polen weist mit 16,8 Prozent den höchsten Anteil auf.

Weitere länderspezifische Auffälligkeiten finden sich in der Absicherung der Arbeitslosigkeit. So müssen Länder mit vergleichsweise hohen Arbeitslosenquoten, wie beispielsweise Spanien, einen höheren Anteil ihrer Sozialleistungen für diese Funktionsgruppe aufwenden als Länder mit niedriger Arbeitslosigkeit, wie Deutschland und Schweden. Allerdings greift dieser Zusammenhang zu kurz, da beispielsweise der Ausgabenanteil von Griechenland an der Arbeitslosigkeit lediglich 3,9 Prozent beträgt, obwohl die Arbeitslosenquote überdurchschnittlich hoch ausfällt. Die Anteilsrelationen begründen sich also nicht nur durch die Zahl der Arbeitslosen, sondern auch durch die Höhe des Absicherungsniveaus sowie die Ausgaben vor Sozialschutz insgesamt. Ein Hinweis auf die Höhe des Sicherungsniveaus bei Arbeitslosigkeit kann an den Armutsgefährdungsquoten von Arbeitslosen abgeleitet werden. Griechenland, Spanien und Deutschland weisen dort ähnlich hohe Quoten auf. Schweden und Polen weisen ein höheres Armutsrisiko Arbeitsloser auf.

Leider fehlt in der Aufstellung der Anteil der Sozialleistungen am BIP.

Sozialleistungen nach Hauptfunktionen ausgewählter Staaten 2021												
in Prozent der gesamten Sozialleistungen												
	CH	DE	DK	FR	SE	IE	ES	SI	PL	GR	LV	BG
Alter & Hinterbliebene	46,5	41,1	38,8	43,1	44,7	30,3	48,0	43,1	50,8	62,2	41,2	49,4
Krankheit/Gesundheitsversorgung	33,0	32,7	23,5	30,8	29,4	41,2	29,0	34,3	25,8	22,2	33,3	29,2
Invalidität	8,0	7,0	16,8	6,1	8,9	5,0	6,2	5,0	4,9	3,9	8,0	8,6
Familie/Kinder	5,8	11,8	10,8	6,7	10,1	8,3	5,6	7,5	15,0	5,3	11,0	8,5
Arbeitslosigkeit	3,2	5,1	3,9	7,2	3,7	10,7	9,2	6,7	1,9	3,9	5,5	2,8
Wohnen/soziale Ausgrenzung	3,5	2,3	6,2	6,1	3,3	4,5	0,5	3,4	1,6	2,5	1,0	0,5
DE = Deutschland, DK=Dänemark, FR = Frankreich, SE = Schweden, IE = Irland, ES = Spanien, SI = Slowenien, PL = Polen, GR = Griechenland, LV = Lettland, BG = Bulgarien												

Quelle: Eurostat 2023, Ausgaben des Sozialschutzes ESSOSS; Darstellung: gebo Sozialversicherungen

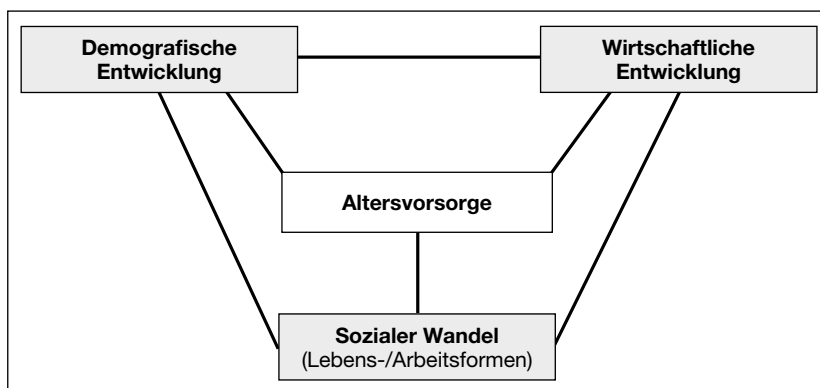
4. Einflussfaktoren für die Entwicklung unserer sozialen Sicherheit, insbesondere der Altersvorsorge

In der Schweiz, wie auch in den übrigen Industriestaaten, ist die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge nach dem Zweiten Weltkrieg auf- und später in Bezug auf die Leistungen ausgebaut worden. Die Werterhaltung dieser Gründerzeit prägt noch heute das Gedankengut unserer Sozialversicherungen: zugrunde liegen klassische Biografien mit einem Vater, der ein Leben lang denselben Beruf ausübt und maximal dreimal die Stelle wechselt sowie einer Mutter, die zu Hause die drei Kinder versorgt. Die Finanzierung beschränkte sich weitgehend auf lohnprozentuale Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern, weil damals die Erwerbsarbeit die grösste Wertschöpfung brachte.

Dieses Fundament hat sich radikal gewandelt: Durch neue Kommunikations- und Informationstechnologien, neue Strategien der Grossunternehmen sowie die Liberalisierung und Deregulierung nationaler Märkte, und nun wieder protektionistischen Tendenzen, hat sich der Wettbewerb zwischen den Unternehmen und zwischen den Wirtschaftsstandorten verschärft. Arbeitsplätze werden abgebaut, andere, die neue Fähigkeiten verlangen, entstehen. Der Sozialstaat wird als Standortfaktor interpretiert, die soziale Verantwortung der Wirtschaft infrage gestellt. In der westlichen Welt ist der Mensch auf sich zentriert, es wird nicht mehr der Nutzen für das Kollektiv, sondern der für das Individuum (Individualismus) in den Vordergrund gestellt. Der Sozialversicherungsschutz ist dadurch für weite Bevölkerungskreise brüchig geworden.

Auf die neuen sozialen Risiken ist das traditionelle System der sozialen Sicherheit schlecht vorbereitet. Der Handlungsbedarf ist allseits bekannt, gesucht wird nach geeigneten Massnahmen, um die Altersvorsorge so zu gestalten, dass sie auch in Zukunft einerseits finanzierbar bleibt und andererseits den Betagten und Aktiven erlaubt, ihre gewohnte Lebenshaltung in angemessener Weise fortzuführen.

Drei Faktoren beeinflussen die Altersvorsorge massgeblich



4.1 Die Demografie

Demografie bezeichnet die wissenschaftliche Untersuchung der Grösse (Zahl) und Zusammensetzung der Bevölkerung – z.B. nach Geschlecht, Alter, Nationalität – sowie deren räumliche Verteilung und Entwicklung.

Die Bevölkerungsstruktur ergibt sich durch

- ▶▶ die Relation zwischen
 - ▶ der Erwerbsbevölkerung (21- bis 64-Jährige) und
 - ▶ der Bevölkerung im Rentenalter
- ▶▶ die Fertilität (Geburten pro Frau)
- ▶▶ die Migration (Ein-/Abwanderung)

4.1.1 Lebenserwartung

In der Schweiz bestehen seit 1876 Aufzeichnungen zur Lebenserwartung. Diese ist gemessen an der durchschnittlichen Lebenserwartung im Zeitpunkt der Geburt drastisch gestiegen. Bei Geburt hat die Lebenserwartung für Frauen 58,4, für Männer 56,3 Jahre betragen. Dies war nicht zuletzt der hohen Säuglingssterblichkeit geschuldet. Gegenwärtig ist die Lebenserwartung bei Geburt in der Schweiz eine der höchsten der Welt.

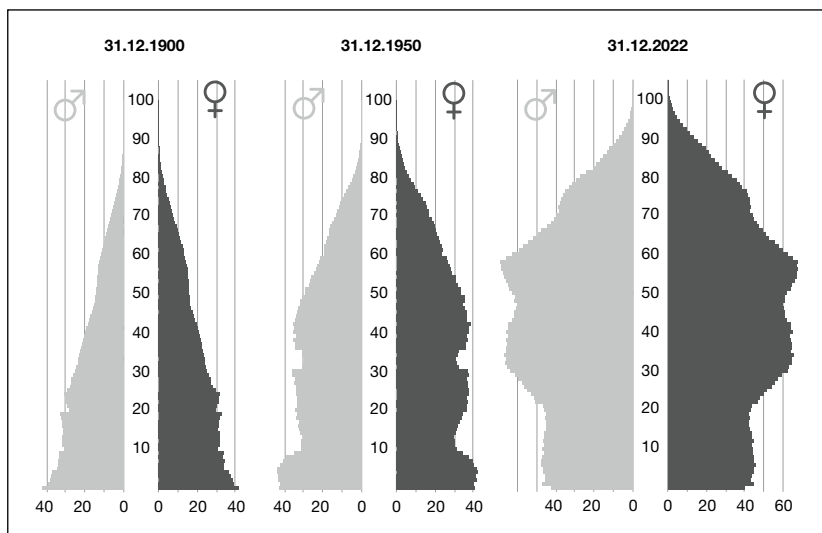
Lebenserwartung Schweizer Wohnbevölkerung								
durchschnittliche Anzahl weiterer Lebensjahre								
		1981	1991	2001	2011	2018	2020	2022
Bei Geburt	Männer	72,4	74,1	80,2	80,3	81,7	81,0	81,6
	Frauen	79,2	81,2	84,6	84,7	85,4	85,1	85,4
Mit Alter 65	Männer	14,3	15,6	17,3	19,0	19,9	19,3	19,8
	Frauen	18,2	19,8	21,2	22,2	22,7	22,3	22,5

Quelle: BFS – BEVNAT, ESPSP, STATPOP, 08.05.2024

Der Vergleich der Lebenserwartung von Frauen und Männern bei Geburt zeigt ungebrochen für Frauen ein längeres Leben. Allerdings hat sich die seit den 1950er-Jahren angewachsene Differenz in den letzten Jahren kontinuierlich verringert. In den 1990er-Jahren hatten die Frauen eine um 7 Jahre längere Lebenserwartung als Männer. 2022 sank die Differenz auf 3,8 Jahre (2010 hat die Differenz 4,7 Jahre und 2000 sogar 6,2 Jahre betragen).

Altersaufbau der Bevölkerung

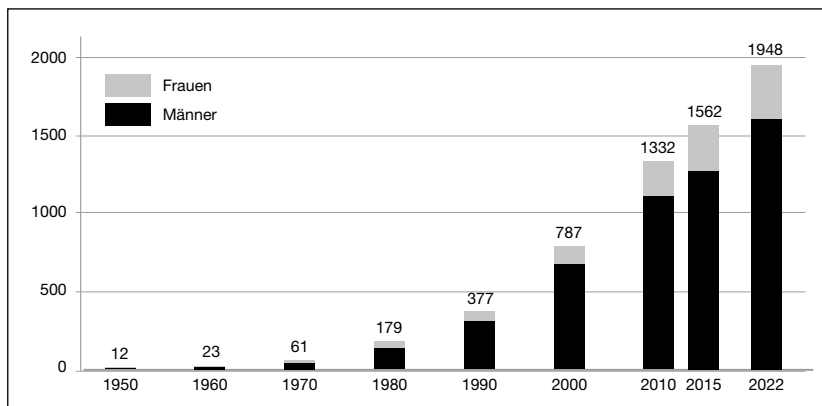
(Darstellung in 1000 Personen)



Quelle: BFS 2023, STATPOP, VZ

Auch für ältere Menschen steigt die Lebenserwartung. Von 1950 bis 2010 hat sich die Zahl der hundertjährigen und älteren Personen in der Schweiz alle zehn Jahre nahezu verdoppelt. Zwischen 2012 und 2018 ist die Zahl stabil. Ab 2018 ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen und es werden jedes Jahr durchschnittlich fast 100 Hundertjährige hinzugewonnen. Ende 2020 lebten in der Schweiz 1948 hundertjährige Personen; vier Fünftel davon sind Frauen.

Anzahl 100-Jährige in der Schweiz



Quelle: BFS 2023, STATPOP VZ

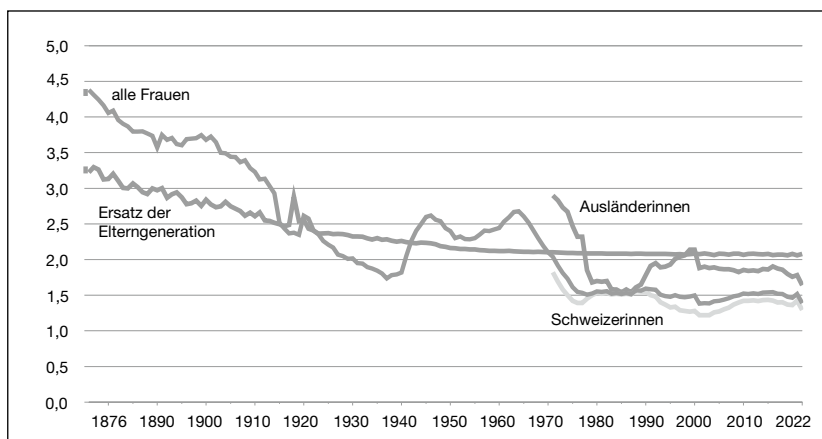
4.1.2 Fertilität (Geburten pro Frau)

Die Altersstruktur einer Bevölkerung wird massgeblich durch die Anzahl Kinder pro Frau beeinflusst. Seit gut dreissig Jahren sinken die Geburtenraten stetig. Dadurch, dass gleichzeitig das Alter der Frauen bei ihrer Erstgeburt steigt, fehlt zudem im Jahrhundertvergleich eine Generation.

Statistisch gesehen müssten für ein konstantes Bevölkerungswachstum pro Frau 2,1 Kinder kommen, was in West- und Osteuropa bei Weitem nicht erreicht wird. In Südosteuropa liegt die Geburtenrate bei 1,3 Kindern je Frau, in der Schweiz bei 1,5. Darauf zu schliessen, dass aufgrund der tiefen Geburtenrate sehr viele Frauen nur ein Kind hätten, ist falsch. Wenn Paare Kinder haben, sind es meistens mehr als eines. Stark im Zunehmen begriffen ist die Zahl junger Leute, die gar keine Kinder wollen.

Nach den provisorischen Zahlen wurden 2023 in der Schweiz durchschnittlich 1,33 Kinder pro Frau geboren, so wenige wie noch nie zuvor. 2022 waren es noch 1,39 gewesen. Die Geburtenhäufigkeit ist seit zwei Jahren stark rückläufig. 2023 wurden in der Schweiz 79 800 Lebendgeburten verzeichnet. Das sind 2500 bzw. 3,1 Prozent weniger als 2022. Wird die Anzahl Geburten im Verhältnis zur Bevölkerung betrachtet, liegt die rohe Geburtenziffer seit zwei Jahren auf einem tiefen Niveau (2023: 9,0 Geburten auf 1000 Einwohner/innen; 2022: 9,4).

Durchschnittliche Anzahl Kinder je Frau in der Schweiz



Quelle: BFS 2023, BVNAT, ESPOP, PETRA, STATPOP

Für die Demografie ist auch das Alter der Mutter anlässlich der Erstgeburt von Bedeutung. Lag dieses in der Schweiz nach dem Zweiten Weltkrieg bei 23 Jahren (d.h. gut 4 Generationen auf ein Jahrhundert) sind es aktuell (2022) 32,3 Jahre (d.h. gut 3 Generationen auf ein Jahrhundert). Es fehlt somit eine Generation.

4.1.3 Migration

Die Altersstruktur ist in den einzelnen westlichen Staaten unterschiedlich und hängt stark mit der Fertilität zusammen. In der Folge stellt sich die Frage, ob der Bevölkerungsrückgang durch Zuwanderung gebremst werden kann. Einige Soziologen äussern sich diesbezüglich kritisch:

- ▶ Längerfristig wird von der Wissenschaft eine höhere Geburtenrate und stärkere Erwerbsbeteiligung der Einwohnerschaft für effektvoller gehalten als eine Zunahme der Migration.
- ▶ Durch Zuwanderung durchmischt sich die Bevölkerung stärker, was zu ethnischen und sozialen Spannungen führen könnte.

Ende 2022 lebten 8 815 400 Personen ständig in der Schweiz (Wohnbevölkerung), unter ihnen 2 296 000 Personen ausländischer Nationalität. Das demografische Wachstum fiel (mit 0,9%) leicht höher aus als in den Vorjahren.

Mehr als die Hälfte der Einwohner/innen ohne Schweizer Pass (54,9%) lebt seit mindestens zehn Jahren hier oder ist schon in der Schweiz geboren worden.

Wandersaldo nimmt zu

Migrationen sind der Hauptfaktor des Bevölkerungswachstums. 2022 registrierte die Schweiz 190 900 Einwanderungen. 21 800 der eingewanderten Personen waren schweizerische und 169 100 ausländische Staatsangehörige. Ausgewandert sind 122 100 Personen, darunter 31 300 Schweizer/innen. Sowohl die Einwanderungen als auch die Auswanderungen legten gegenüber dem Vorjahr zu (+15,2% bzw. +4,6%).

Differenziert nach Staatsangehörigkeit wanderten seit 1981 jährlich am meisten Schweizer/innen in die Schweiz ein. 2022 stellten erstmals die deutschen Staatsangehörigen die grösste Einwanderungsgruppe. Auf sie entfielen 24 200 Einwanderungen, auf Schweizer/innen 21 800. Unter den ausländischen Personen, die ein- oder ausgewandert sind, waren die deutschen, italienischen, französischen, portugiesischen und spanischen Staatsangehörigen am stärksten vertreten. Sie machten zusammen 46 Prozent der Einwanderungen und 51 Prozent der Auswanderungen ausländischer Personen aus. Der internationale Wanderungssaldo, d.h. die Differenz zwischen Ein- und Auswanderungen, erhöhte sich um 19 900 Personen auf 68 800 Personen.

2023 historisch hoher Wandersaldo

Quelle: BFS 04.04.2024, Bevölkerungsentwicklung

Nachdem sich die Einwanderung in den Pandemie Jahren verlangsamt hatte, zog sie 2022 wieder an und nahm auch 2023 zu. Der Anstieg ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die Personen aus der Ukraine seit 2023 zur ständigen Wohnbevölkerung zählen. 2023 wanderten insgesamt 263 800 Personen ein (+38,2% gegenüber 2022), davon waren 22 100 Schweizer Staatsangehörige und 241 700 Ausländerinnen und Ausländer. 53 100 der Eingewanderten sind Personen mit Schutzstatus S aus der Ukraine (20,1% aller Einwanderungen).

Die Auswanderungen gingen hingegen leicht zurück. 121 600 Personen verliessen die Schweiz (30 700 schweizerische und 90 900 ausländische Staatsangehörige). Das entspricht einem Minus von 0,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. In der Folge stieg der Wanderungssaldo (Differenz zwischen Ein- und Auswanderungen) von 68 800 im Jahr 2022 auf 142 300 im Jahr 2023 (+106,9%). Dieser Saldo erklärt rund 95 Prozent des Bevölkerungswachstums im Jahr 2023 (gegenüber 90% im Vorjahr). In der Schweiz wurde noch nie zuvor ein so hoher Wanderungssaldo verzeichnet. Ohne die Personen aus der Ukraine hätte er bei 89 200 Personen gelegen und der Anstieg gegenüber 2022 hätte sich auf 29,6 Prozent beschränkt.

Gegenüber 2022 wanderten im Jahr 2023 weniger Schweizer Staatsangehörige aus der Schweiz aus (−1,8%), aber mehr ein (+1,4%). Unter den ausländischen Staatsangehörigen legten die Einwanderungen deutlich zu (+43,0%), während die Auswanderungen gegenüber dem Vorjahr unverändert geblieben sind (0,0%). Der provisorische Wanderungssaldo der ausländischen Staatsangehörigen war somit 2023 positiv (+150 800 Personen), jener der Schweizer Bevölkerung hingegen negativ (−8600 Personen)

813400 Schweizer/innen lebten 2023 im Ausland

Drei Viertel von ihnen verfügen über mindestens eine weitere Staatsangehörigkeit. Knapp zwei Drittel (64%) von ihnen lebten in Europa; am meisten in Frankreich (209 300), gefolgt von Deutschland (99 600) und Italien (52 000). 2022 lebten 292 700 Schweizer/innen ausserhalb des europäischen Kontinents: 292 700 Schweizer/innen lebten 2023 ausserhalb Europas: in Nordamerika 16 Prozent, Lateinamerika und Karibik 7 Prozent, in Asien ebenfalls 7 Prozent. 4 Prozent waren in der Vertretung in Ozeanien und 2 Prozent in Afrika gemeldet.

Die grösste Schweizer Gemeinschaft ausserhalb Europas findet sich in Nordamerika, vor allem in den USA, wo mit 83 700 Personen ein Zehntel aller Auslandschweizer/innen wohnt. 58 Prozent von ihnen sind im erwerbsfähigen Alter (18–64 Jahre). An zweiter Stelle folgt Kanada mit 41 500 Schweizer Staatsangehörigen. Auf dem asiatischen Kontinent ist die grösste Schweizer Gemeinschaft in Israel zu finden (23 700 Personen bzw. 3% aller Auslandschweizer/innen). Darauf folgen Thailand (10 400) und die Philippinen (3600). In Ozeanien konzentriert sich die Schweizer Gemeinschaft hauptsächlich auf Australien (26 400) und Neuseeland (7300).

- ▶ Seit 1992 ist der Wandersaldo negativ; d.h., dass mehr Schweizer/innen auswandern als vom Ausland zurückkehren.

Über den Zeitraum 2002 bis 2023 hinweg nahm die Zahl der Auslandschweizer/innen um 34 Prozent zu. Europa bleibt der bevorzugte Kontinent, auch wenn immer mehr Schweizer/innen sich in bestimmten Regionen Asiens niederlassen.

Ausländer/innen in der Schweiz

- ▶ **Das Wachstum der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung wird am Wandersaldo (Einwanderungen minus Auswanderungen) gemessen.**

Das Abkommen der Personenfreizügigkeit zwischen der EU und der Schweiz (FZA) sowie die entsprechenden Bestimmungen im EFTA-Raum erleichterten es den Schweizer Unternehmen, Fachkräfte aus dem europäischen Raum zu rekrutieren. Dies hat seither massgeblich zum Wirtschafts- und Beschäftigungswachstum beigetragen.

2002 bis 2006 war eine Zunahme der ausländischen Wohnbevölkerung von knappen 50 000 Personen pro Jahr zu verzeichnen. 2007 stieg der Wandersaldo auf 103 000, um zwischen 2008 und 2016 auf rund 80 000 Personen zurückzugehen. 2017 betrug der Wandersaldo noch 54 000 und 2019 sogar nur noch 43 800. In den «Corona-Jahren» ist der Wandersaldo wieder gestiegen auf 53 800 (2020) bzw. 51 000 (2021) Personen. Während von den Einwandernden gut 85 Prozent ausländischer Nationalität sind, sind dies nur 75 Prozent der Auswandernden.

In diesen beiden Jahren waren weniger Zuwanderungen aber auch ein weit grösseres Interesse am Verbleib (geringere Rückwanderung) zu beobachten (BFS: Petra, ab 2011 Statpop). Umgekehrt wandern mehr Schweizer/innen aus, als dass hierher zurückkehren.

Die Mehrheit der ständig in der Schweiz wohnhaften Ausländer/innen stammt aus Europa, hauptsächlich aus EU-/EFTA-Staaten. Personen italienischer, deutscher, portugiesischer und französischer Staatsangehörigkeit machen die Mehrheit der ausländischen Personen aus einem EU-/EFTA-Mitgliedsstaat sowie aller ständig in der Schweiz wohnhaften Ausländer/innen aus.

4.1.4 Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz

Das **Wachstum der Bevölkerung** ist von zwei Faktoren abhängig: vom Geburtenüberschuss (Anzahl Geburten minus Todesfälle) und vom Wanderungssaldo (Einwanderung minus Auswanderung).

Noch haben wir in der Schweiz einen Geburtenüberschuss

Quelle: BFS 04.04.2024, Bevölkerungsentwicklung

Aus der tiefen Geburtenzahl und der weiterhin hohen Anzahl Todesfälle im Jahr 2023 resultierte ein Geburtenüberschuss (Differenz zwischen Geburten und Todesfällen) von 8200 Personen, der einen kleinen Teil (rund 5%) des Bevölkerungswachstums erklärt.

Todesfälle wieder auf Vor-Corona-Niveau: 2023 sind in der Schweiz 71 700 Menschen gestorben, 2800 weniger als im Vorjahr (-3,7%). Die hohe Anzahl Todesfälle ist im Wesentlichen auf die Bevölkerungsalterung zurückzuführen; 88 Prozent der Todesfälle betrafen Personen ab 65 Jahren. Zwischen 2022 und 2023 stieg die Lebenserwartung bei Geburt der Männer von 81,6 auf 82,3 Jahre und jene der Frauen von 85,4 auf 85,9 Jahre (provisorische Zahl).

Bis Ende der 1970er-Jahre war der Geburtenüberschuss der wichtigste Faktor für die Bevölkerungsentwicklung. Seit den 1980er-Jahren übertrifft der Wanderungssaldo den Geburtenüberschuss deutlich.

Unter der ausländischen Wohnbevölkerung ist seit den 1960er-Jahren der Geburtenüberschuss grösser als unter der schweizerischen. Dies ist auf drei Sachverhalte zurückzuführen:

- ▶ Ausländerinnen bringen im Durchschnitt mehr Kinder zur Welt als Schweizerinnen (2022: 1,7 gegenüber 1,3).
- ▶ Der Anteil der Ausländerinnen im reproduktionsfähigen Alter ist wesentlich höher als derjenige der Schweizerinnen.
- ▶ Die ausländischen Staatsangehörigen verbringen ihren Lebensabend selten in der Schweiz: entsprechend niedrig ist die Sterbehäufigkeit der ausländischen Bevölkerung.

Nicht alle Regionen sind vom Bevölkerungswachstum gleich betroffen. Gewachsen sind vor allem die städtischen und stadtnahen Gemeinden. Die ländlichen Gebiete erlitten teilweise erhebliche Bevölkerungsverluste.

Seit 1998 wächst die Schweizer Bevölkerung fast nur aufgrund der Einbürgerungen. 2,0 Prozent der ausländischen Staatsangehörigen erwarben 2019 das Schweizer Bürgerrecht.

Die Bevölkerung der Schweiz hat sich seit 1900 mehr als verdoppelt.

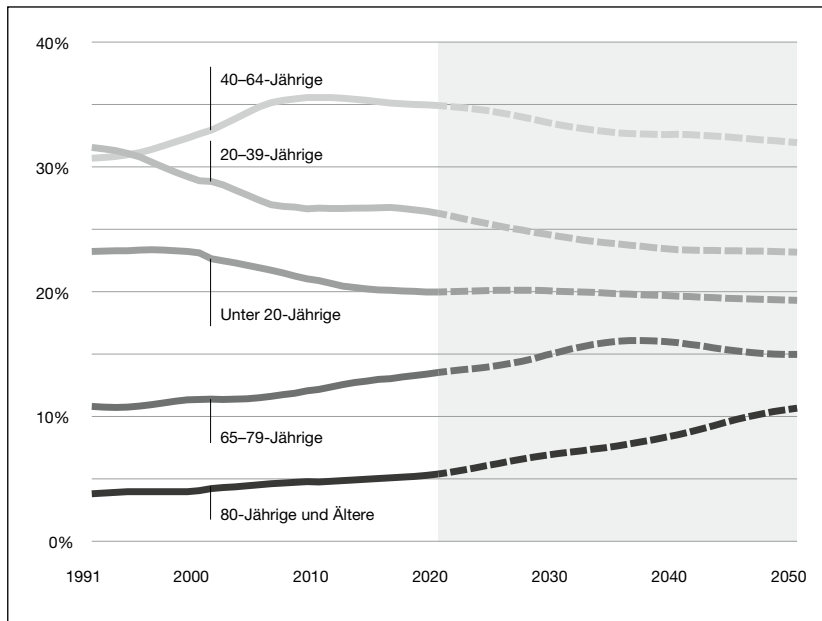
Sie wuchs von 3,3 Mio. auf 8,96 Mio. Einwohner/innen Ende 2023. Die Zunahme erreichte ihren Höhepunkt zwischen 1950 und 1970, mit jährlichen Wachstumsraten von gut 1,4 Prozent. Die Ursachen dieser ausserordentlichen Zunahme waren ein Babyboom und die starke Zuwanderung von ausländischen Arbeitskräften im Zusammenhang mit der damaligen Hochkonjunktur.

Am geringsten war das Bevölkerungswachstum zwischen 1970 und 1980 mit 0,15 Prozent. Dies ist der Einwanderungsbegrenzung für ausländische Arbeitskräfte und der wirtschaftlichen Rezession in den Jahren 1975 und 1976 geschuldet, die für einen vorübergehenden Auswanderungsüberschuss sorgten. Mitte der 1970er-Jahre ist auch ein Rückgang der Einwohnerzahl zu verzeichnen. Seither wächst die Bevölkerung wieder.

Am 31.12.2023 umfasste die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz 8 960 800 Personen (145 400 Personen mehr als im Vorjahr; +1,6%). Damit ist sie fast doppelt so stark gewachsen wie 2022 (+0,9%). Dieses Wachstum ist so markant ausgefallen wie seit Beginn der 1960er-Jahre nicht mehr. Ohne die Personen aus der Ukraine hätte sich die Bevölkerungszahl um 1,0 Prozent erhöht.

Der **Altersaufbau der Bevölkerung** hat sich im 20. Jahrhundert massiv verändert. Der Anteil der unter 20-Jährigen sank von 40,7 Prozent im Jahr 1900 auf 19,9 Prozent im Jahr 2021. Unter den über 64-Jährigen stieg er derweilen von 5,8 auf 19 Prozent; unter den über 80-Jährigen sogar von 0,5 auf 5,1 Prozent.

Fortschreitende demografische Alterung



Quelle: BFS Panorama, März 2021,
Altersgruppen in Prozent der Wohnbevölkerung, mittleres Szenario

Jugend- und Altersquotient in der Schweiz

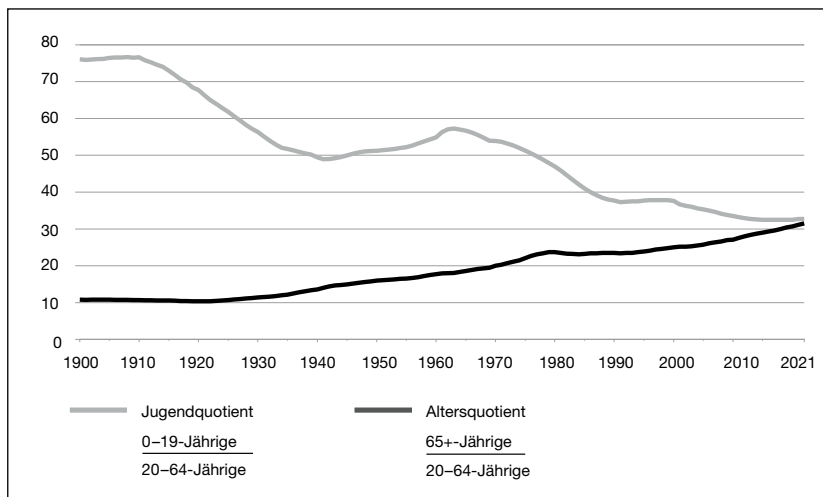
Die altersmässige Zusammensetzung der Bevölkerungsstruktur lässt sich durch den Vergleich der Personen, die noch nicht im erwerbsfähigen Alter sind, und derjenigen im Rentenalter ausdrücken.

- ▶ **Altersquotient:** die Zahl Personen ab 65 Jahren pro hundert 20- bis 64-Jährige.
- ▶ **Jugendquotient:** die Zahl Personen ab Geburt bis 19 Jahre pro hundert 20- bis 64-Jährige.
- ▶ **Gesamtquotient:** die Summe von Jugend- und Altersquotient.

Der Jugendquotient hat in den letzten vierzig Jahren – speziell aufgrund der rückläufigen Geburtenzahlen – abgenommen. Während 1970 noch 53 Kinder und Jugendliche auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter entfielen, sank dieser Wert bis ins Jahr 2020 auf 32,5.

Jahr	1948	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Altersquotient	15,4%	20,7%	23,5%	26,7%	26,7%	28,1%	28,4%	31,9%
Jugendquotient			55,6%	48,2%	38,7%	38,5%	33,8%	32,8%

Jugend- und Altersquotient (je hundert 20- bis 64-Jährige)



Quelle: BFS ESPOP; STAPOP 2022

4.1.4.1 Vom Generationenvertrag zur Generationensolidarität

Der Generationenvertrag regelt die Beziehungen zwischen Alt und Jung. Der bisherige, nicht festgeschriebene Vertrag meint im Wesentlichen die Finanzierung der Alterssicherung durch Beiträge der Erwerbstätigen als sozialstaatliche Massnahme.

Aufgrund der seit Einführung der AHV veränderten demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen muss die Frage der Solidarität zwischen den Generationen gestellt und eine für alle Beteiligten tragbare Lösung gefunden

werden. Dabei ist speziell auf die Bedürfnisse der Generation im Erwerbsalter Rücksicht zu nehmen. Diese Solidarität ist am 3. März 2024 mit dem Ja zur 13. AHV-Rente aufgebrochen worden.

4.1.5 **Bevölkerungsentwicklung in den übrigen Staaten**

Nirgendwo ist die Lebenserwartung höher als in Europa, zeigt der Bericht zur WHO-Gesundheitsstatistik (Weltgesundheitsorganisation) vom Mai 2016. Speziell in Westeuropa, Nordamerika und Japan zeichnet sich eine noch nie dagewesene Altersstruktur der Bevölkerung ab. Im Jahr 2050 wird in diesen Industriestaaten jede zweite Person über 60 Jahre alt sein.

Die weltweite Lebenserwartung stieg demnach deutlich, ausser in Afrika. Der Trend ist positiv und verweist auf die Verbesserungen in der globalen medizinischen Versorgung: Weltweit ist die Lebenserwartung seit dem Jahr 2000 um fünf Jahre auf gut 71 Jahre gestiegen (Frauen im Durchschnitt 73,8, Männer 69,1 Jahre). Auch Afrika verzeichnet Fortschritte, dass Frauen dort im Alter von 63 Jahren (18 Jahre eher als Europäerinnen) und Männer mit 59 Jahren sterben, zeigt, dass dort viele Menschen unter schlechten Bedingungen leben.

Der WHO-Bericht zeigt aber auch, dass in vielen Ländern die nötigen Basisdaten fehlen, um die Lebenserwartung verlässlich zu errechnen. «Laut Schätzungen werden 53 Prozent der Todesfälle weltweit und jährlich amtlich nicht registriert. Die Fortschritte dazu sind in den Entwicklungsländern relativ gering», schreiben die Autoren. Geburten- und Kindersterblichkeit, Mortalität und Krankheitshäufigkeit müssten in jedem Staat ausreichend dokumentiert werden, um sinnvolle Gegenmassnahmen ergreifen zu können.

Die ärmsten Staaten der Welt haben auch die höchsten Wachstumsraten

Dies betrifft hauptsächlich Afrika südlich der Sahara, Pakistan, Indonesien und die Philippinen. Die vier asiatischen Staaten gehören schon heute zu den zehn einwohnerstärksten Ländern der Welt. China bildet das bevölkerungsreichste Land der Erde. Aufgrund seiner Ein-Kind-Politik gilt es bezogen auf die Wachstumsrate als Sonderfall. Obschon sie niedrig ist, beträgt die Wachstumsrate immer noch knapp sieben Mio. Personen pro Jahr.

Die Weltbevölkerung wächst vorwiegend in den Städten der Entwicklungsländer. 1975 lebte 37 Prozent der Weltbevölkerung in Städten, 2009 war es mit 3,3 Mrd. Menschen bereits mehr als die Hälfte. Bis 2030 werden es rund fünf Milliarden sein. In Asien, Afrika und Lateinamerika wird sich die städtische Bevölkerung dann innerhalb von 30 Jahren verdoppelt haben: in Asien von 1,36 auf 2,59 Milliarden, in Afrika von 294 auf 761 Millionen und in Lateinamerika und der Karibik von 394 auf 585 Millionen Menschen.

Ein Merkmal ist dabei das Entstehen von Megastädten mit mehr als zehn Mio. Einwohnern. 1975 gab es weltweit fünf Megastädte, 2014 bereits deren 28 und im Jahr 2030 werden voraussichtlich 41 sein; davon die überwiegende Mehrzahl in Asien und Lateinamerika. (Mumbai hatte 1955 3,4 Mio. Einwohner, 1975 deren 7,1 Mio., 2014 20,7 und 2030 werden es um 27,8 Mio. sein).

Industriestaaten und Schwellenländer

In der globalen Betrachtung gibt es unterschiedliche Tendenzen, je nachdem, ob das Augenmerk auf Industriestaaten oder Entwicklungsländer geworfen wird.

Im Jahr 2010 waren von den rund 7 Mrd. Menschen auf der Welt 893 Mio. (12,8 Prozent) älter als 60 Jahre. Bis 2020 ist die Anzahl Älterer um 200 Mio. auf über 1 Mrd. gestiegen. Im Jahr 2050 sollen gemäss WHO-Bericht 80 Prozent der ab 60-Jährigen in Entwicklungs- und Schwellenländern leben.

⇒ Das Altern der Gesellschaft ist auf die im vergangenen Jahrhundert enorm gestiegene Lebenserwartung und die gleichzeitig sinkende Geburtenrate zurückzuführen. Dieser als demografische Alterung bezeichnete Vorgang ist positiv zu bewerten, denn er zeugt – vor allem in den Industriestaaten – von einem hohen Lebens- und Gesundheitsstandard.

4.1.5.1 Grundziele betreffend alternde Gesellschaft

Die Tatsache, dass nun in den Industriestaaten die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge (Babyboomer) ins Rentenalter kommen und immer mehr Rentner/innen einer stetig schwindenden Generation von Beitragszahlenden gegenüberstehen, ist nicht neu. Bereits 1982 verabschiedete die Weltversammlung der Vereinten Nationen in Wien einen Aktionsplan zur demografischen Alterung.

Im Sommer 2002 wurde er in Madrid erneuert und auf drei Grundziele ausgerichtet:

1. Die Partizipation älterer Menschen an der Gesellschaft ist zu fördern.
2. Die Gesundheit und das Wohlbefinden Älterer sind zu erhalten.
3. Es ist ein unterstützendes Umfeld dafür zu schaffen.

Als Beitrag zur Weltversammlung über das Altern wurde ein Bericht zur Alterung der Weltbevölkerung verfasst. Im Bericht werden vier Hauptergebnisse dargestellt:

- ▶ Die Alterung der Bevölkerung ist beispiellos. **2050 wird es erstmals in der Geschichte weltweit mehr ältere Menschen** (über 60-Jährige) **geben als Junge** (unter 15-Jährige).
- ▶ **Die Alterung der Bevölkerung ist ein universelles** Phänomen, dessen Auswirkungen alle betrifft: Männer, Frauen und Kinder. Das stetige Anwachsen älterer Jahrgänge hat direkte Auswirkungen auf die Generationengerechtigkeit und die Generationensolidarität.
- ▶ **Die Alterung der Bevölkerung ist tiefgreifend und hat bedeutende Folgen** auf Wirtschaftswachstum, Ersparnisse, Investitionen, Konsum, Arbeitsmärkte, Renten, Besteuerung, Gesundheitswesen, Familienstruktur, Lebensgestaltung, Wohnungswesen, Wahlverhalten usw.
- ▶ **Die Alterung der Bevölkerung ist von Dauer.** Der Anteil älterer Menschen stieg weltweit von 8 Prozent im Jahr 1950 auf 10 Prozent im Jahr 2000 und wird im Jahr 2050 voraussichtlich 21 Prozent ausmachen.

4.1.6 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2015–2045

Quelle: BFS, Bevölkerung Schweiz-Szenarien 2021

Seit 1984 erstellt das Bundesamt für Statistik (BFS) im Auftrag des Bundesrates periodisch Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. Im Mai 2020 wurde die achte Serie Bevölkerungsszenarien veröffentlicht. Sie beschreibt plausible Entwicklungen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten. Es handelt sich hier nicht um Prognosen, sondern um

mögliche Entwicklungen, die davon abhängen, ob die unterstellten Hypothesen eintreten.

Drei neuen Grundscenarien wurden noch vor der Covid-19-Pandemie erstellt und berechnet. Gegenwärtig ist unklar, ob die Pandemie Auswirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz hat; ggf. folgen diesbezügliche Updates. Das Referenzszenario (A-00-2020) schreibt die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Die schweizerische Wohnbevölkerung wird 2050 danach 10,4 Mio. Personen umfassen.

Das «hohe» Szenario (B-00-2020) beruht auf einer Kombination von Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen (2050 mit Wohnbevölkerung 11,4 Mio. Personen); während das «tiefe» Szenario (C-00-2020) Hypothesen kombiniert, die dem Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind (2050 mit Wohnbevölkerung 9,5 Mio. Personen).

Die wichtigsten Erkenntnisse dieser Szenarien sind:

- ▶▶ Die Bevölkerung der Schweiz nimmt in den nächsten 30 Jahren hauptsächlich infolge der Wanderungsbewegungen zu.
- ▶▶ Die Alterung der Bevölkerung schreitet voran und wird sich zwischen 2020 und 2030 stark beschleunigen.
- ▶▶ Personen mit Tertiärabschluss werden in der Mehrzahl sein.
- ▶▶ Wie hoch das Bevölkerungswachstum und die Zunahme der Erwerbsbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten ausfallen, wird fast ausschliesslich vom Ausmass der Wanderungsbewegungen in diesem Zeitraum bestimmt.
- ▶▶ Die Bevölkerung der Schweiz wird sich zunehmend auf das Einzugsgebiet der grossen Agglomerationen Zürich und Genf konzentrieren.

Entwicklung der Gesamtbevölkerung der Schweiz

Aufgrund der stark zunehmenden Zahl der Sterbefälle infolge der alternden «Babyboom-Generationen», der Stabilisierung der Geburtenzahl infolge der weiterhin relativ niedrigen Fruchtbarkeit sowie einer Abnahme des Wanderungssaldos infolge der Alterung der europäischen Bevölkerung verlangsamt sich das Bevölkerungswachstum in den kommenden Jahrzehnten.

Die Altersstruktur der Bevölkerung erfährt in den kommenden Jahrzehnten beträchtliche Veränderungen. Es ist einerseits davon auszugehen, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 20 Jahren künftig weniger ansteigt. Andererseits nimmt in den nächsten dreissig Jahren die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren rasant zu (laut Referenzszenario 18,9 Prozent im Jahr 2020 auf 25,6 Prozent im Jahr 2050). Besonders ausgeprägt ist die Bevölkerungsalterung zwischen 2020 und 2030, dann nämlich, wenn die geburtenstarken «Babyboom-Jahrgänge» pensioniert werden.

Die Bevölkerungsalterung in den Kantonen ist in den nächsten Jahrzehnten in solchen mit einer grösseren Agglomeration aufgrund der Zuwanderung junger Erwachsener und der stetigen Abwanderung älterer Personen weniger ausgeprägt als in der übrigen Schweiz. 2050 sind die tiefsten Anteile an Personen im Rentenalter in den Kantonen GE, VD, ZH, BS und AA zu verzeichnen. Der Anteil der Personen ab 65 Jahren liegt im Jahr 2050 in fast allen Kantonen

über 25 Prozent. Lediglich in den fünf vorgenannten Kantonen ist der Anteil der Personen im Pensionsalter tiefer. In den Kantonen Tessin und Graubünden beträgt er dagegen über 30 Prozent.

Demografische Indikatoren 2020–2050 (Szenarien der Bevölkerungsentwicklung)									
	2020			2030			2050		
Ständige Wohnbevölkerung am 31.12. in Tausend	8 688	8 718	8 659	9 431	9 672	9 189	10 441	11 385	9 517
Angaben in %	refe- renz	hoch	tief	refe- renz	hoch	tief	refe- renz	hoch	tief
jährliches Wachstum	0,8	1,0	0,7	0,8	1,1	0,5	0,4	0,7	0,0
durch Wandersaldo	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,4	0,3	0,4	0,2
durch Geburtenüberschuss	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	-0,2
Ausländeranteil	25,5	25,5	25,5	27,9	28,2	27,7	31,1	31,1	30,2
Alter									
Anteil der unter 15-Jährigen in %	15,1	15,1	15,1	15,0	15,3	14,7	14,4	15,4	13,1
Anteil der 65-Jährigen in %	18,9	18,9	18,9	22,1	22,0	22,3	25,6	24,9	26,5
Ab 80-Jährige im Verhältnis zu den ab 65-Jährigen	5,4	5,4	5,4	7,0	7,1	6,9	10,7	10,7	10,7
Altersquotient %	30,9	30,9	30,9	38,3	38,0	38,6	46,5	45,6	47,5
Jugendquotient	32,6	32,6	32,6	34,6	35,1	34,2	35,0	37,8	32,1
Erwerbsbevölkerung									
Gesamterwerbsquote	58,0	58,1	57,9	56,0	57,2	54,8	53,7	54,9	52,3
Erwerbsquote 15–64-Jährigen	84,4	84,5	84,3	84,3	85,1	83,6	84,5	85,5	83,5
Erwerbspersonen	35,6	35,5	35,6	44,0	43,3	44,8	53,3	51,6	55,3
Jugendquotient = Anzahl 0- bis 19-Jährige auf Hundert 20- bis 64-Jährigen Altersquotient = Anzahl ab 65-Jährige auf Hundert 20- bis 64-Jährigen									

Quelle: BFS Sektion Demografie und Migration, Szenarien
Darstellung: gebo Sozialversicherungen, Dübendorf

4.1.6.1 Das Referenzszenario zeigt Folgendes

- ▶ Die Anzahl Personen mit ständigem Aufenthalt in der Schweiz beträgt im Jahr 2020 insgesamt 8,7 Mio. Sie steigt bis 2030 auf 9,4 Mio. und erreicht 10,4 Mio. im Jahr 2050.
- ▶ Die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren erhöht sich von 1,6 Mio. im Jahr 2020 auf 2,1 Mio. im Jahr 2030 und auf 2,7 Mio. im Jahr 2050. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von 18,9 Prozent im Jahr 2020 auf 25,6 Prozent im Jahr 2050.
- ▶ Personen mit Tertiärabschluss (Hochschulen und höhere Berufsausbildungen), die im Jahr 2010 ein Drittel der Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren ausmachten (2019: 44%), sind ab 2030 in der Mehrzahl.
- ▶ Die Erwerbsbevölkerung wächst von 5,038 Millionen Personen im Jahr 2020 auf 5,604 Millionen im Jahr 2050.

Kontext

Die Schweiz bleibt aufgrund ihrer robusten Wirtschaftslage, ihrer zentralen Lage in Europa, ihres hohen Lebensstandards, ihrer Lebensqualität und ihrer tiefen Steuern attraktiv. Die Unternehmen können fehlende Arbeitskräfte hauptsächlich aus dem Europäischen Wirtschaftsraum rekrutieren. Auch

Nichterwerbspersonen wie Rentner/innen lassen sich weiterhin in der Schweiz nieder. In den meisten EU-Mitgliedsstaaten verbessert sich die Konjunktur wieder, so dass die Wanderungsbewegungen (Ein- und Auswanderung) nicht mehr so hoch sind wie im letzten Jahrzehnt.

Junge Menschen in der Schweiz machen immer häufiger einen tertiären Bildungsabschluss, um den steigenden Anforderungen des Arbeitsmarktes zu genügen. Die demografische Entwicklung und die wirtschaftlichen Bedingungen haben einen Anstieg des Durchschnittsalters bei Austritt aus dem Arbeitsmarkt zur Folge. Trotz dieser Entwicklung bleiben infolge des Eintritts der «Baby-boomer-Jahrgänge» ins Rentenalter viele Stellen unbesetzt. Um diese Abgänge teilweise zu kompensieren, steigt der Wanderungssaldo der Erwerbspersonen zwischen 2020 und 2030 leicht an. Die zuwandernden Erwerbspersonen sind grösstenteils hochqualifiziert. Die meisten von ihnen bleiben nur wenige Jahre in der Schweiz. Nach 2030 geht der Wanderungssaldo infolge dieser höheren Erwerbsmobilität und der beschleunigten demografischen Alterung in den europäischen Ländern, die den internationalen Wettbewerb um Fachkräfte verstärkt, rasch zurück. Der Wanderungssaldo bleibt jedoch während der gesamten Beobachtungsperiode positiv.

Die Geburtenziffer in der Schweiz nimmt in den nächsten Jahrzehnten leicht zu. Dank Fortschritten bei der Geschlechtergleichstellung und der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie können Eltern berufliche und familiäre Pflichten leichter miteinander in Einklang bringen. Viele Frauen absolvieren längere Ausbildungen, was zu einem späteren Berufseintritt und zum Aufschub der ersten Schwangerschaft in eine spätere Lebensphase führt. Die Fortpflanzungsmedizin ermöglicht es immer mehr Frauen, in höherem Alter Kinder zu bekommen. Die Ehe verliert an Attraktivität. Es gibt mehr nichteheliche Lebensgemeinschaften und gleichzeitig eine Tendenz zu kleineren Familien.

Die Generationen, die gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol, Fertignahrung usw.) praktizierten, rücken allmählich in Altersklassen mit erhöhter Sterblichkeit auf. Dies verlangsamt den Anstieg der Lebenserwartung. Dank dem medizinischen Fortschritt, besseren Kenntnissen über die Risikofaktoren, neuen Medikamenten sowie der Tabak-, Alkohol- und Unfallprävention kann die Sterblichkeit dennoch weiter gesenkt werden. Immer mehr Menschen arbeiten im tertiären Sektor und verfügen über ein höheres Bildungsniveau. Diese Personen haben in der Regel ein besseres Gesundheitsverhalten. Dadurch verbessert sich der Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung allmählich. Weil sich die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Männern und Frauen immer mehr angleichen, verringern sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Lebenserwartung.

Demografische Indikatoren gemäss Referenzszenario		
	2020	2050
Fertilität		
Ø Anzahl Kinder pro Frau	1,52	1,62
Ø Alter der Mutter bei Erstgeburt	32,2	33,4
Sterblichkeit		
Männer	82,2	87,2
Frauen	85,7	89,6
Wanderungen und Einbürgerungen		
Einwanderungen	176 000	165 000
Auswanderungen	125 500	130 000
Einbürgerungen	39 500	35 000

Quelle: BFS Sektion Demografie und Migration, Szenarien A-00-2020

4.2 Die wirtschaftliche Entwicklung

Umfang und Ausgestaltung des sozialen Sicherungssystems hängen entscheidend von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab. Ein kräftiges Wirtschaftswachstum hilft, viele soziale Probleme zu lösen. Wichtig ist daher, dass wir auf wirtschaftliches Wachstum bauen können, das den Verteilungsspielraum merklich erweitert und es somit erleichtert, die Probleme zu bewältigen.

Diesbezüglich entscheidend sind Faktoren wie

- » die Entwicklung des Bruttoinlandprodukts (BIP)
- » das Ausmass der Produktivitätssteigerung
- » die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (Beschäftigungslage)
- » die Finanzlage des Bundes, der öffentlichen Haushalte und die Staatsverschuldung
- » die Entwicklung der Finanz- und Kapitalmärkte
- » Teuerung/Inflation

In der Schweiz ist nicht die Frage von Bedeutung, ob die staatliche, nach dem Umlageverfahren finanzierte AHV oder die berufliche Vorsorge, die auf dem Kapitaldeckungsverfahren beruht, zu stärken sei. Vielmehr geht es darum, wie die von der alternden Gesellschaft benötigten Güter und Dienstleistungen in der erforderlichen Menge und Qualität erzeugt und zu einem erschwinglichen Preis angeboten werden können. Dabei gilt es den Bedürfnissen der Erwerbstätigen Rechnung zu tragen, damit auch sie in einem zweckdienlichen Umfeld ihre Bedürfnisse befriedigen können.

Demografische und wirtschaftliche Rahmendaten						
Quelle: AHV-Statistik 2020 ff. und Sozialversicherungs-Statistik						
Jahr	Wohnbevölkerung (Ende Jahr)	Erwerbstätige	Konsumentenpreise ¹	Index Löhne ¹	Ø AHV-Rente mtl. CHF	AHV-Beitragssumme in Mrd. Franken
1948	4 611 000	2 378 000	100,0	100,0		0,578
1960	4 717 000	2 717 000	112,5	140,9		0,958
1970	6 193 000	3 143 000	156,3	276,7	1975: 735.–	3,141
1980	6 335 000	3 166 000	254,0	548,2	845.–	10,650
1990	6 751 000	3 821 000	354,5	826,4	1 292.–	19,702
1995	7 062 000	3 996 000	414,1	977,7	1 632.–	23,455
2000	7 204 000	4 116 000	429,7	1 017,1	1 654.–	27,911
2005	7 459 000	4 241 000	448,2	1 095,9	1 704.–	31,866
2010	7 870 000	4 600 000	468,3	1 183,4	1 808.–	37,247
2015	8 327 000	4 970 000	455,7/100	1 227,2/100	1 867.–	41,156
2020	8 606 033	5 090 000	100,9	106,7	1 862.–	46,556
2022	8 815 400	5 180 000	105,5	100,7 ²	1 874.–	49,439

¹ Landesindex der Konsumentenpreise und Lohnindex BFS
² 1948 = 100% bzw. 2015 = 100%

4.2.1 Beschäftigung und Produktivität

4.2.1.1 Arbeitsmarktstruktur und Qualifikationsniveau

Quelle: Statistik über die Unternehmensstruktur 2021; Statemt vom 24.08.2024

Im Jahr 2021 gab es in der Schweiz 626 222 marktwirtschaftliche Unternehmen mit 5 417 999 Beschäftigten. Nur 2001 dieser Unternehmen (0,3%) hatten mehr als 249 Vollzeitbeschäftigte und zählten zu den Grossbetrieben. Die überwiegende Mehrheit aller Schweizer Unternehmen (89,7%) sind solche mit 1 bis 9 Vollzeitbeschäftigten.

Von den 626 222 KMU (1–249 Vollzeitbeschäftigte) waren 50,0 Prozent Einzelunternehmen, je 44,7 Prozent Aktiengesellschaften (AG) oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH), 2,5 Vereine/Stiftungen und 1,8 Prozent Personengesellschaften. Der Rest verteilt sich auf übrige Rechtsformen.

Gemäss Betriebszählung (STATENT) 2021 waren 99,7 Prozent aller Betriebe in der Schweiz KMUs, d.h. solche mit weniger als 250 Mitarbeitenden. **Zwei Drittel (64,7%) aller Betriebe hatten nur maximal zwei Beschäftigte!** 37,9 Prozent der in der Schweiz beschäftigten Personen arbeiteten in Grossbetrieben.

Das relative Gewicht des tertiären Sektors nimmt aber weiter zu und vereint 2021 gut drei Viertel der Unternehmen und Beschäftigten in der Schweizer Wirtschaft. Nach Wirtschaftssektoren betrachtet waren 77,3 Prozent der Betriebe (483 871) im tertiären Sektor – d.h. Dienstleistungen – aktiv, 14,6 Prozent (91 679) im sekundären – d.h. Industrie und Gewerbe – und die verbleibenden 8,1 Prozent (50 672) im primären – d.h. Land-/Forstwirtschaft und Fischerei. 2005 waren 69,7 Prozent (377 000) Unternehmen im tertiären, 15,5 Prozent (84 000) im sekundären und 14,8 Prozent (80 000)

im primären Bereich tätig. Es zeichnet sich in den letzten Jahren nicht nur die viel beschriebene Verlagerung von der Industrie zum Dienstleistungsbereich ab, sondern spiegelt auch deutlich die Neuausrichtung in Land- und Forstwirtschaft.

Grösse der marktwirtschaftlichen Unternehmen in der Schweiz ohne Landwirtschaft										
(Quelle: BFS, eidg. Betriebszählung 2005; STATENT 2015, 2019, Aug. 2023 Darstellung gebo Sozialversicherungen)										
Anzahl	Unternehmen					Beschäftigte				
Grösse	2021	%	% 2019	% 2015	% 2005	2021	%	% 2019	% 2015	% 2005
Mikro 0–9 MA	558 332	89,2	89,7	89,7	87,6	1 217 584	22,5	25,6	26,3	29,6
Kleine 10–49 MA	55 240	8,8	8,4	8,5	10,3	1 069 831	19,7	21,4	21,6	29,1
Mittlere 50–249 MA	10 649	1,7	1,6	1,5	1,8	1 064 552	19,7	20,1	20,0	24,9
Total KMU	624 221	99,7	99,7	99,7	99,6	3 351 976	61,9	67,1	67,9	83,6
Grösse ab 250 MA	2 001	0,3	0,3	0,3	0,4	2 066 032	38,1	32,9	32,1	16,4
Total	626 222	100	100	100	100	5 417 999	100	100	100	100

MA = Mitarbeitende

Firmengründungen und Konkurse

Im Kalenderjahr 2023 wurden laut Wirtschaftsauskunftei Dun & Bradstreet (25.04.2024) 51630 Unternehmen neu ins Handelsregister eingetragen (3% mehr als im Vorjahr). Am stärksten nahmen die Gründungen in der Nordwestschweiz zu (+7%) Danach folgen Zürich und Ostschweiz (beide +5%) und der Espace Mittelland (+4%). In der Zentralschweiz und der Südwestschweiz kam es nur zu einem leichten Anstieg (beide +1%), während die Neueintragungen im Tessin sogar zurück gingen (–1%).

Während dessen kam es in der Schweiz zu 5089 Firmenkonkursen (5% mehr als 2022). Einen besonders hohen Anstieg der Insolvenzen gab es in der Ostschweiz (+13%), gefolgt von der Nordwestschweiz (+12%) und dem Espace Mittelland (+11%). In Zürich stiegen die Firmenpleiten gleich stark an wie im gesamtschweizerischen Durchschnitt (+5%). Einen unterdurchschnittlichen Anstieg gab es in der Zentralschweiz (+4%) und im Tessin (+2%). In der Südwestschweiz war sogar ein Rückgang der Konkurse zu verzeichnen (–4%). Bezogen auf die Häufigkeit von Insolvenzen pro Branche weisen die Holz- und Möbelindustrie, das Gastgewerbe, die Handwerksbetriebe und das Baugewerbe weisen die höchste relative Anzahl von Konkursen auf.

Agglomerationen als Wirtschaftsmotoren

In den vergangenen Jahren ist die Wohnbevölkerung insbesondere im städtischen Raum gewachsen. Heute leben rund drei Viertel der Bevölkerung der Schweiz in den 49 Agglomerationen und ihren Kernstädten. Mit diesem Wachstum sind auch zahlreiche neue Wohnungen gebaut und Arbeitsplätze geschaffen worden.

Von 5,2 Mio. Beschäftigten im Schweizer Arbeitsmarkt sind 4,1 Mio. in den Agglomerationen zu finden. Diese gewichtige Rolle, welche Agglomerationen auf dem Schweizer Arbeitsmarkt spielen, widerspiegelt sich auch darin, dass

sich knapp drei Viertel (72,6%) der Arbeitsstätten in den Agglomerationen befinden. Die Agglomeration Zürich allein beherbergt einen Sechstel der Schweizer Arbeitsstätten. 80,2 Prozent der Beschäftigten in den Agglomerationen sind im dritten Sektor tätig. Im industriellen Sektor arbeiten 18,3 Prozent und im landwirtschaftlichen 1,5 Prozent.

In der Verteilung der Arbeitslosen zeigt sich ein ähnliches Bild wie für die Beschäftigten: Rund 80 Prozent der arbeitslosen Einwohner/innen der Schweiz sind in einer der 49 Agglomerationen zu finden, 43 Prozent davon in den drei grössten Agglomerationen Zürich, Genf und Basel.

4.2.1.2 Beschäftigung und Beschäftigungswachstum

Quelle: BFS 23.02.2024, BESTA, Beschäftigungsbarometer 4. Quartal 2023

Die Gesamtbeschäftigung (Anzahl Stellen) ist in der Schweiz zwischen Ende 2022 und Ende 2023 um 1,7 Prozent gestiegen. Die Unternehmen in der Schweiz (ohne die Landwirtschaft) wiesen im 4. Quartal 2023 insgesamt 5,488 Mio. Beschäftigte aus (+90 300 Stellen innert Jahresfrist). Dabei wuchs die Beschäftigung im tertiären Sektor (Dienstleistungen) im Jahresvergleich um robuste 1,9 Prozent (+82 100 Stellen), während der Anstieg im sekundären Sektor (Industrie und Baugewerbe) mit 0,7 Prozent (+8200 Stellen) gering ausfiel.

In Vollzeitäquivalenten belief sich das Beschäftigungsvolumen insgesamt auf 4,264 Mio. Stellen (+1,7% gegenüber dem Vorjahresquartal). Die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten stieg im sekundären (0,8%, d.h. +8300 Einheiten) und im tertiären Sektor (2,0%, d.h. +62 100 Einheiten).

Ausser dem «Baugewerbe» (-0,5%; -1700 Stellen), das einen leichten Rückgang an Beschäftigten auswies, verzeichneten die übrigen Wirtschaftsabschnitte im Jahresvergleich Zunahmen. Das stärkste prozentuale Wachstum meldete das «Gesundheits- und Sozialwesen» (+3,5%; +28 900 Stellen). Solide Zugänge waren auch im «Unterrichtswesen» (+2,9%; +12 100 Stellen) und dem «Gastgewerbe» (+2,6%; +6700 Stellen) zu beobachten.

Im 4. Quartal 2023 nahm die Beschäftigung in allen Grossregionen der Schweiz zu. Das positive Ergebnis ist den hohen Wachstumsraten im 3. Sektor (Dienstleistungen) der Grossregionen Genferseeregion (+2,5%), Zentralschweiz (+2,4%) und Zürich (+2%) zu verdanken. Im 2. Sektor meldeten nur die Grossregionen Tessin (-0,7%) und Zentralschweiz (-0,2%) leicht weniger Beschäftigte als ein Jahr zuvor.

Beschäftigungsaussichten

Ein Achtel der Unternehmen plante kurzfristig eine Erhöhung der Belegschaft (gemessen an der Gesamtbeschäftigung 12,5% gegenüber 15,7% im Vorjahresquartal). Der Anteil jener, die einen Abbau beabsichtigen machte 4,0 Prozent aus (3,3% im Vorjahresquartal). Die übrigen der 18 000 befragten Unternehmen wollen den Personalbestand beibehalten (71% bzw. 68,1% im Vorjahresquartal) oder haben sich dazu nicht geäußert (12,4% bzw. 13% im Vorjahresquartal). Der Indikator der Beschäftigungsaussichten, der aus diesen Angaben berechnet wird, ist gegenüber dem Vorjahr erneut leicht gesunken (1,05; -2,1%).

4.2.1.21 Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)

Quelle: BFS 22.02.2024, SAKE 4. Quartal 2023

Im 4. Quartal 2021 zählte die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) des Bundesamts für Statistik (BFS) 5,362 Mio. Erwerbstätige, 2,2 Prozent mehr als im Vorjahresquartal. Personen mit Kurzarbeit werden zu den Erwerbstätigen gezählt, sofern sie nicht länger als drei Monate abwesend waren. Zwischen Ende 2022 und Ende 2023 in Vollzeitäquivalente umgerechnet 2,1 Prozent beträgt die Zunahme (Frauen 12,3%, Männer +1,9%). Zwischen dem 4. Quartal 2022 und dem 4. Quartal 2023 nahm sowohl die Zahl der schweizerischen Erwerbstätigen (+0,8%) als auch die Zahl der ausländischen Erwerbstätigen (+5,1%) zu.

Diese Zahl weicht aufgrund unterschiedlicher Definitionen (unter anderem, ab welchem Pensum jemand als erwerbstätig gilt) von der im Beschäftigungsbarometer (5,488 Mio. Beschäftigte) ab.

Im 4. Quartal 2023 waren in der Schweiz gemäss Definition der ILO 201 000 Personen erwerbslos. Das sind 5000 weniger als im Jahr zuvor. Der Anteil der Erwerbslosen an der Erwerbsbevölkerung machte 3,9 Prozent aus und lag damit tiefer als im 4. Quartal 2022 (4,1%). Im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal sank die Erwerbslosenquote gemäss ILO im 4. Quartal 2023 sowohl in der EU (von 6,1% auf 5,9%) als auch in der Eurozone (EZ20: von 6,7% auf 6,4%).

In der Schweiz arbeitende Erwerbstätige (Inlandkonzept)				
Quelle: BFS SAKE, 29.03.2011 und Folgejahre				
in Tausend Personen im 4. Quartal	2023	2020	2015	2010
Total	5 362	5 123	5 004	4 621
Männer	2 914	2 774	2 710	2 545
Frauen	2 447	2 349	2 294	2 077
Schweizer/innen	3 536	3470	3 470	3 351
Ausländer/innen; davon	1 825	1 652	1 535	1 270
Niedergelassene	801	455	748	632
Aufenthalter/innen	541	342	411	343
Grenzgänger/innen	392	36	302	232
Kurzaufenthalter/innen	42	35	50	46
übrige Ausländer/innen (Asyl, Botschaften usw.)	48	46	23	16

Ein Drittel der Erwerbsbevölkerung ist mindestens 50 Jahre alt

Quelle: BFS, Medienmitteilung vom 28.10.2021

2020 lebten in der Schweiz 1,654 Mio. Erwerbspersonen ab 50 Jahren, was einem Drittel (33,5%) der gesamten Erwerbsbevölkerung entspricht. Dieser Anteil ist gegenüber 1991 um knapp ein Viertel (24,0%) gestiegen. Die Alterung der Erwerbsbevölkerung ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Babyboom-Generation (geboren zwischen 1946 und 1964) ihr 50. Altersjahr erreicht hat. 2020 entfielen auf 100 Erwerbspersonen zwischen 20 und 64 Jahren 35,7 Personen ab 65 Jahren; das sind deutlich mehr als noch 1991 (28,2).

2020 waren 81,4 Prozent der 50- bis 64-Jährigen auf dem Arbeitsmarkt aktiv, (1991: 70,9%). Dieser Anstieg ist **auf die stark wachsende Erwerbsquote der Frauen zurückzuführen** (1991: 53,4%; 2020: 75,6%; Männer: Rückgang von 90,1% auf 87,2%). Im europäischen Vergleich gehört die Schweiz zusammen mit Schweden (86,0%), Island (83,6%) und Estland (81,3%) zu den Ländern, in denen mehr als acht von zehn Personen zwischen 50 und 64 Jahren erwerbstätig sind (EU-Durchschnitt: 70,3%).

- ▶ Mehr als jede sechste Person (17,8%) zwischen 65 und 74 Jahren war 2020 in der Schweiz erwerbstätig (1991: 19,7%).

2020 hat das Durchschnittsalter beim Austritt aus dem Arbeitsmarkt 65,2 Jahren betragen (Männer: 65,6 Jahre, Frauen: 64,9 Jahre). Selbständig-erwerbende treten deutlich später aus dem Erwerbsleben aus als Arbeitnehmende (67,5 Jahre gegenüber 64,9 Jahren).

Die Frühpensionierungsquote weist auf einen flexiblen Austritt aus dem Arbeitsmarkt hin. Sechs Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter waren 4,8 Prozent der Männer und 4,2 Prozent der Frauen in Frühpension (Durchschnitt 2018–2020). Ein Jahr vor dem ordentlichen Rentenalter belief sich der Anteil auf 39,0 Prozent (Männer) bzw. 30,4 Prozent (Frauen).

Die Arbeitsbedingungen von älteren und jüngeren Personen unterscheiden sich: 40,3 Prozent der Personen zwischen 50 und 64 Jahren arbeiteten im Jahr 2020 Teilzeit; unter den 25- bis 49-Jährigen sind es 35,2 Prozent. Im Vergleich zu den jüngeren Erwerbstätigen waren sie häufiger selbständigerwerbend (18,1% gegenüber 9,5%), arbeiteten öfter regelmässig am Wochenende (20,6% gegenüber 16,1%) und gingen auch häufiger einer Nebenerwerbstätigkeit nach (8,8% gegenüber 7,5%). Sie verfügten über durchschnittlich 3,5 Ferientage mehr pro Jahr.

Die Erwerbslosenquote gemäss ILO unter den Erwerbspersonen im Alter von 50 bis 64 Jahren lag 2020 mit 4,0 Prozent tiefer als unter den 25- bis 49-Jährigen (4,7%). Frauen sind seltener erwerbslos als Männer (3,5% gegenüber 4,3%). Die Hälfte (48,9%) der Erwerbslosen zwischen 50 und 64 Jahren suchte seit über einem Jahr eine Arbeit (25- bis 49-Jährige: 32%). Die Erwerbslosenquote der 50- bis 64-Jährigen in der Schweiz lag im internationalen Vergleich im Mittelfeld (EU-Durchschnitt: 5,1%).

- ▶ 18,6 Prozent der Bevölkerung zwischen 50 und 64 Jahren waren 2020 Nichterwerbspersonen. Ein Fünftel davon (3,8% der 50- bis 64-Jährigen) wäre verfügbar und bereit zu arbeiten, die meisten innerhalb eines Monats.

Arbeitskräftepotenzial

(Quelle: BFS 2021, Unterbeschäftigte, potenzielle Arbeitskräfte NEET)

Einerseits bekunden Firmen Mühe, Arbeitsplätze mit geeignetem Personal zu beschäftigen. Andererseits finden nicht alle Arbeitskräfte, die dies wünschen, Arbeit. Dennoch finden nicht alle, die arbeiten möchten, geeignete Arbeit.

Trotzdem weist die Schweiz im europäischen Vergleich einen sehr hohen Anteil an Teilzeiterwerbstätigen aus (vgl. 4.3.2.1) und auch eine der höchsten Unterbeschäftigungsquoten. Das ungenutzte Arbeitskräftepotenzial in der Schweiz belief sich 2020 auf 867 000 Personen. 372 000 waren unterbeschäftigt, 238 000 erwerbslos (gemäss ILO) und 257 000 Personen in der stillen Reserve.

Letzteres sind Personen, die Arbeit suchen, aber nicht sofort verfügbar sind, und umgekehrt. Der Frauenanteil beträgt 62,0 Prozent.

Andersherum betrachtet, wird dies in Bezug auf den Arbeitsmangel: In der Schweiz war im Jahr 2020 **ein Achtel der Erwerbspersonen (12,4%) von Arbeitsmangel betroffen**. Die Arbeitsmangelquote setzt sich zusammen aus der Unterbeschäftigungsquote (7,5%) und der Erwerbslosenquote (4,8% gemäss ILO). Das zusätzlich gewünschte Arbeitsvolumen dieser Personen beläuft sich auf insgesamt 316 000 Vollzeitäquivalente (Unterbeschäftigte: 121 000, Erwerbslose gemäss ILO 195 000). Die Arbeitsmangelquote der Frauen ist mit 16,7 Prozent doppelt so hoch wie jene der Männer (8,6%).

4.2.1.3 Einkommensverteilung

Laut Bundesamt für Statistik belief sich im Jahr 2022 der **Medianlohn** (eine Hälfte hat mehr, die andere weniger Lohn) einer Vollzeitstelle in der Gesamtwirtschaft (privater und öffentlicher Sektor) auf mtl. CHF 6788.– brutto. Obwohl die allgemeine Lohnpyramide zwischen 2008 und 2022 relativ stabil geblieben ist, gab es markante Unterschiede zwischen den Wirtschaftszweigen sowie nach Profil der Arbeitnehmenden. Ein Drittel der Arbeitnehmenden (33,6%) erhielten Boni und 12,1 Prozent einen Tieflohn (weniger $\frac{1}{3}$ des Medianlohnes). Es sind doppelt so viele Frauen wie Männer, die einen Tieflohn erhalten.

Die Lohnhöhe, wie auch das Haushaltseinkommen, geben nur unzureichend Auskunft über die Einkommenslage der einzelnen Personen, die in dem Haushalt leben. Denn ein und dasselbe Einkommen ist je nach Zahl und Zusammensetzung der Haushaltsmitglieder anders zu bewerten. Äquivalenzeinkommen berücksichtigen durch Bedarfsgewichtung die Zahl der Personen und grob die Altersstruktur.

«verfügbares Äquivalenzeinkommen»

Quelle: BFS 04.2024

Das verfügbare Äquivalenzeinkommen **wird berechnet, indem** vom Bruttoeinkommen des gesamten Haushalts die obligatorischen Transferausgaben (Sozialversicherungsbeiträge, Steuern, Prämien für die Krankenkassengrundversicherung und regelmässige Transferzahlungen an andere Haushalte wie z.B. Alimente) abgezogen werden und der Restbetrag durch die Äquivalenzgrösse des Haushalts dividiert wird. Dadurch lassen sich die Einkommen von Personen in unterschiedlich grossen Haushalten besser vergleichen. Die Analysen erfolgen somit auf der Personenebene und nicht auf der Haushaltsebene.

Im Zeitraum von 2000 bis 2014 ist das mediane verfügbare Äquivalenzeinkommen in der Schweiz um 16 Prozent angestiegen, mit einer besonders ausgeprägten Zunahme zwischen 2008 und 2013. Zwischen 2015 und 2021 stagnierte es hingegen und belief sich 2021 auf CHF 4068.–. Die Verteilung der verfügbaren Äquivalenzeinkommen blieb im Beobachtungszeitraum gesamthaft betrachtet weitgehend stabil.

Anteilmässige Entwicklung der Einkommensgruppen (in Prozent der Gesamtbevölkerung)					
Jahr	Einkommens- schwach (< 70% des Medians)	Mitte kumuliert (> 70 bis 150% des Medians)	Untere Mitte (> 70 bis 100%)	Obere Mitte (> 100 bis 150%)	Einkommens- stark (> 150% des Medians)
1998	23,5	57,0	26,5	30,5	19,5
2000	21,3	58,1	28,7	29,4	20,6
2005	22,1	59,6	27,9	31,7	18,4
2010	23,0	57,8	26,9	30,9	19,2
2015	21,7	59,0	28,3	30,6	19,3
2018	24,8	54,4	25,2	29,2	20,8
2020	23,3	55,4	26,7	28,7	21,3
2021	21,8	57,6	28,2	29,4	20,6

Quelle: BFS 03.2024, HABE

Einkommen ist ein wichtiger Indikator für die materielle Wohlfahrt. Es ermöglicht bzw. erleichtert den Zugang zu vielen Dimensionen der Wohlfahrt (z.B. Wohnen, Gesundheit, Freizeit). Zudem gibt es enge Verbindungen zwischen dem Einkommen und der Produktion (Entlohnung der Arbeit und des Kapitals, die zur Produktion eingesetzt werden), dem System der sozialen Sicherheit (z.B. Renteneinkommen durch Sozialversicherungen) und dem sozialen Netz (finanzielle Unterstützung durch andere bzw. an andere private Haushalte).

Die Deckung der materiellen Grundbedürfnisse ist wichtig für das persönliche Wohlergehen und die soziale Kohäsion der Gesellschaft. Die Entwicklung des Indikators «verfügbares Äquivalenzeinkommen» drückt annähernd aus, inwiefern das Budget, das für Konsum und Sparen übrigbleibt, gesamthaft zu- oder abnimmt.

4.2.1.31 Wie geht es der Mittelschicht in der Schweiz?

Obwohl ein Teil der Bevölkerung mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hat, gehört der allgemeine Lebensstandard in der Schweiz zu den höchsten in Europa. Es geht die Klage, dass es der Mittelschicht immer schlechter gehe und oft wird auch der Gegenbeweis erbracht.

Es geht um die Einkommensmitte, d.h. die mittlere Einkommensgruppe. Sie umfasst Personen in Haushalten mit einem Bruttoäquivalenzeinkommen (gewichtet Einkommen) zwischen 70 und 150 Prozent des medianen Bruttoäquivalenzeinkommens des jeweiligen Betrachtungsjahrs. (Median = die Hälfte hat ein höheres, die andere Hälfte ein tieferes Äquivalenzeinkommen).

Im Jahr 2021 umfasste die mittlere Einkommensgruppe gemäss dieser Definition 57,6 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz. Zu ihr gehörten beispielsweise Alleinlebende mit einem monatlichen Bruttoeinkommen zwischen CHF 3970.– und 8508.– (Quelle: BFS, Haushaltsbudgeterhebung HABE).

Entwicklung 1998 bis 2021

Auch wenn ihr Anteil seit 2015 tendenziell leicht abnimmt, ist über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg nicht von einer deutlichen Veränderung der Einkommensmitte auszugehen: Insgesamt betrachtet blieb der Bevölkerungsanteil in der mittleren Einkommensgruppe von 1998 bis 2021 weitgehend stabil und bewegte sich zwischen 54,4 Prozent (im Jahr 2018) und 61,3 Prozent (2009). Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg kann jedoch nicht von einer deutlichen Veränderung dieser Gruppe ausgegangen werden.

Grenzbeträge für die Zuteilung zur mittleren Einkommensgruppe Einkommen des Haushalts in Franken pro Monat, zu laufenden Preisen (prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung)					
Jahr	Medianes Bruttoäquivalenzeinkommen	Alleinlebende		Paar mit 2 Kindern unter 14 Jahren	
		Untere Grenze 70% des Medians	Obere Grenze 150% des Medians	Untere Grenze 70% des Medians	Obere Grenze 150% des Medians
2017	5 519.–	3 863.–	8 278.–	8 113.–	17 384.–
2018	5 586.–	3 910.–	8 211.–	8 379.–	17 595.–
2019	5 650.–	3 955.–	8 475.–	8 305.–	17 797.–
2020	5 636.–	3 945.–	8 455.–	8 285.–	17 755.–
2021	5 913.–	3 970.–	8 508.–	8 338.–	17 867.–

Die mittlere Einkommensgruppe umfasst Personen aus Haushalten mit einem Bruttoäquivalenzeinkommen zwischen 70% und 150% des medianen Bruttoäquivalenzeinkommens des jeweiligen Beobachtungsjahrs. Annahme: alle Kinder unter 14 Jahre

Quelle: BFS 03.2024, HABE

Im Vergleich zu den Einkommensstarken weist die Mitte eine tiefere Arbeitszeit und einen geringeren Anteil an Erwerbstätigen auf. Auch der Anteil Doppelverdienerhaushalte ist geringer als bei den Einkommensstarken. Im Verhältnis zu den Einkommensschwachen sind diese Werte höher. In gewissen Aspekten des Erwerbslebens (flexible Arbeitsbedingungen, subjektive Einschätzungen des Erwerbslebens) ist die Mitte im Vergleich zu den Einkommensstarken dennoch benachteiligt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Mitte nicht homogen ist und es Unterschiede zwischen der oberen und der unteren Mitte gibt.

4.2.1.32 Working Poor

In der Vergangenheit wurde das Phänomen der Working Poor – der Erwerbsarmut – weitaus seltener untersucht als andere sozioökonomische Schwierigkeiten von Personen im erwerbsfähigen Alter, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit. Diese Frage ist jedoch von zentraler Bedeutung, da die Sozialpolitik ihren Schwerpunkt verstärkt auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt legt.

Als «Working Poor» werden erwerbstätige 20- bis 59-jährige Personen bezeichnet, die in einem Haushalt mit einem Einkommen unter dem Existenzminimum (relative Armut) leben. In der Schweiz wird davon ausgegangen, dass die Mitglieder eines solchen Haushalts zusammen mindestens 36 Stunden pro Woche arbeiten und das Haushaltseinkommen unter dem Grundbedarf gemäss Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) liegt.

Laut Bundesamt für Statistik waren 2022 (Einkommen 2021) in der Schweiz 8,2 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten von Einkommensarmut betroffen. Dies entspricht rund 702 000 Personen. Im Vergleich zum Vorjahr (8,7%) liegt die Armutsquote zwar tendenziell tiefer, hat sich statistisch aber nicht signifikant verändert. Zwischen den Jahren 2007 und 2013 ging die Armutsquote von 9,3 auf 5,9 Prozent zurück. Ab 2014 (6,7%) stieg sie jedoch wieder an. In der gleichen Zeit ging das verfügbare Einkommen der untersten Einkommensgruppe (unterste 10% der Einkommensverteilung) zurück.

Zu den am stärksten betroffenen Gruppen zählten Personen, die alleine oder in Einelternhaushalten mit minderjährigen Kindern lebten, Personen ohne nachobligatorische Ausbildung, ausländische Personen aus ost- oder aussereuropäischen Staaten und Personen in Haushalten ohne Arbeitsmarktteilnahme.

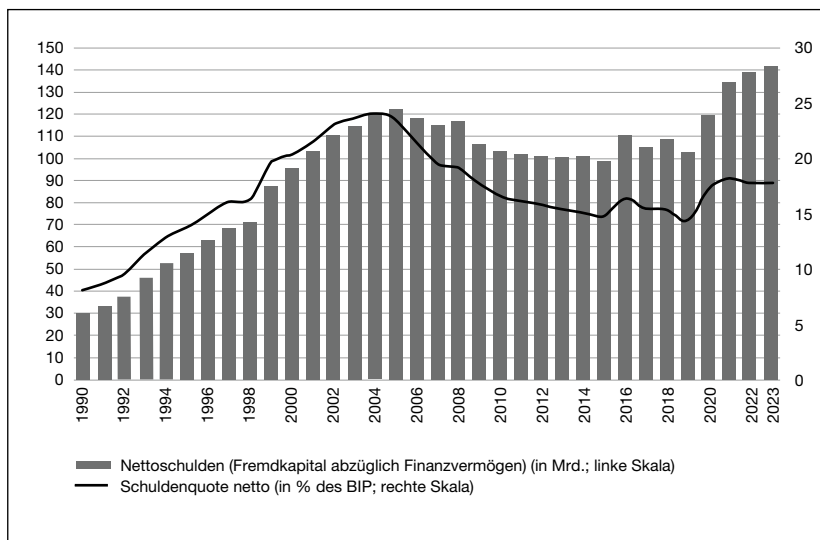
4.2.2 Finanzlage des Bundes und der öffentlichen Haushalte – Staatsverschuldung

Die Finanzpolitik wird in der Wissenschaft als nachhaltig bezeichnet, wenn die Verschuldensquote konstant bleibt. Von einer hohen Schuldenquote wird gesprochen, wenn der Staat wegen seiner Schulden zentrale Aufgaben nicht oder nur eingeschränkt erfüllen kann. Eine hohe Schuldenquote belastet sowohl die heutige als auch die künftigen Generationen, da Zinszahlungen beträchtliche finanzielle Mittel binden.

Zwischen 1990 und 2005 haben sich die Bruttoschulden des Bundes auf 130 Mrd. Franken (25% des BIP) verdoppelt. Dank der vom Bundesrat verordneten und umgesetzten Schuldenbremse konnten in den folgenden Jahren die Schulden wieder gesenkt werden, dies ab 2015 auf unter 20 Prozent des BIP. Ende 2022 hatte der Bund Schulden von 120 Milliarden Franken. Dies entspricht einer Schuldenquote von 15,6 Prozent des BIP.

2020 bis 2022 sind die Schulden infolge der Corona-Pandemie nun aber wieder deutlich angestiegen. Die coronabedingte Verschuldung widerspiegelt sich im Fehlbetrag des Amortisationskontos. Dieser Fehlbetrag, der durch die ausserordentlichen Ausgaben abzüglich der ausserordentlichen Einnahmen entstanden ist, betrug Ende 2022 22,7 Mrd. Franken und muss gemäss Finanzhaushaltsgesetz (FHG) wieder abgebaut werden. Das Parlament hat entschieden, an diesem vollständigen Abbau festzuhalten, aber die Frist dafür zu erstrecken. Bis 2035 sollen diese Schulden wieder abgebaut werden. Dazu dienen die künftigen Finanzierungsüberschüsse im ordentlichen Haushalt sowie die ausserordentlichen Einnahmen aus der Gewinnausschüttung der Nationalbank.

Entwicklung der Nettoschulden und der Schuldenquote 1990–2023



Quelle: Eidg. Finanzdepartement, 08.05.2024

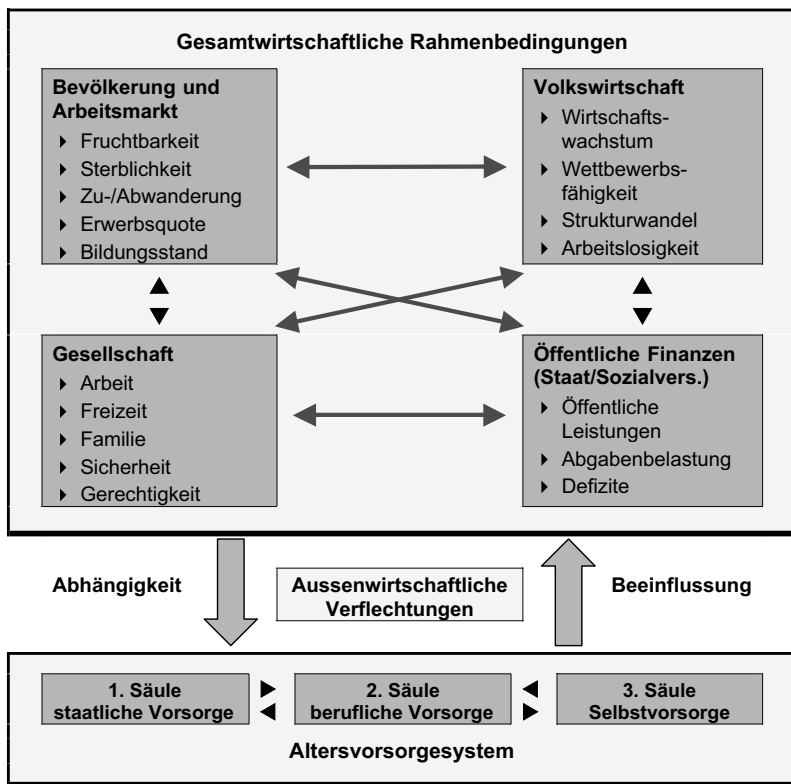
Dies ist aber nur rund die Hälfte der Schulden der öffentlichen Haushalte. Von der Gesamtverschuldung entfallen gegen 30 Prozent auf die Kantone und gegen ein Viertel auf die Gemeinden. Im Zug der Abbaubemühungen dieser Schulden durch den Bund ist eine Verlagerung auf Kantone und Gemeinden zu verzeichnen. Deren Verschuldung wird zunehmen. Für den Gesamtstaat (Bund mit Kantonen und Gemeinden) beträgt die Maastricht-Schuldenquote per Ende 2022 27,6 Prozent des BIP.

Die vorerwähnten Schulden werden in der Lehre als **explizite Schulden** bezeichnet. 2021 belief sich die Schuldenquote nach Maastricht-Kriterien für den Bund auf 100,47 Mrd. Franken; jene für die Kantone auf 55,91 Mrd. und die Gemeinden auf 46,28 Mrd.; dazu kommen laufende Schulden der Sozialversicherungen mit 0,31 Mrd. Franken.

Nicht beachtet sind aber die **impliziten Staatsschulden**, wozu die Finanzierungslücke der Sozialversicherungen zählt. Die AHV erhielt im Jahr 2000 gut 7 Mrd. Franken an staatlichen Subventionen. 2022 zahlt der Bund schon 13 Mrd., einen sechstel des gesamten Bundeshaushalts an die AHV aus. 2033 dürften es laut Bundesschätzungen 19 Mrd. Franken sein. Dieser Betrag wird in den folgenden Jahrzehnten noch stark ansteigen. Wenn die jüngst beschlossene 13. AHV-Rente durch Erhöhung der Lohnbeiträge und Zusatzsubventionen des Bundes gedeckt wird, muss der Bund schon im Jahr 2032 gegen 22 Mrd. Franken für die AHV aufwenden, 9 Mrd. mehr als 2022. Die von der Mittepartei Ende März 2024 eingereichten Initiativen für eine Reduktion der Plafonierung der Ehepaarrenten würde den Bund jährlich rund zusätzliche 3 Mrd. Franken kosten. Dazu kommen die Kosten für die Prämienverbilligung der Krankenversicherung und steigende Armeeausgaben, die ebenfalls zu finanzieren sind.

4.2.2.12 Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen

Unser System der sozialen Sicherung, insbesondere der Altersvorsorge, ist nicht isoliert zu betrachten, sondern im volkswirtschaftlichen Gesamtkontext:



Quelle: Ackermann, Worldagingcongress 2004

4.2.3 Teuerung/Inflation

Quelle: Statistika 07.04.2022/Die Volkswirtschaft Sarah Lein, 25.04.2022

Der Begriff Inflation bezeichnet die ansteigende Entwicklung der Preise. Mit fallenden Preisen spricht man dagegen von Deflation. In der Schweiz wird die Inflationsrate über den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) gemessen. Der Index misst die Preisentwicklung der für die privaten Haushalte bedeutsamen Waren und Dienstleistungen anhand des sogenannten Warenkorb. Dem sich im Zeitablauf verändernden Konsumverhalten der Haushalte wird durch eine jährliche Anpassung und Neugewichtung des Warenkorbs Rechnung getragen.

Die Inflation ist eng mit dem privaten Konsum verknüpft und daher ein wichtiger Anhaltspunkt für die allgemeine Wirtschaftsentwicklung. Daher wird sie auch monatlich erhoben und ihre weitere Entwicklung von verschiedenen Institutionen prognostiziert. Allerdings kann die von den Konsumenten gefühlte Preisentwicklung teilweise deutlich von den offiziellen amtlichen Zahlen abweichen. Zudem ist das allgemeine Preisniveau in der Schweiz sehr hoch.

Nach mehreren Jahrzehnten mit tiefen Inflationsraten hat die Teuerung in der Schweiz seit 2021 wieder angezogen. Hohe Teuerungsraten traten in der

Schweiz letztmals vor 30 Jahren auf – mit einem Spitzenwert von über 6 Prozent im Jahr 1991. Abgesehen von einer kurzen Zeitperiode vor der Finanzkrise 2008 lag die Inflationsrate seither immer unter 2 Prozent, zwischen 2009 und 2020 war die Teuerung sogar teilweise negativ.

Nach einer negativen Inflationsrate im Jahr 2020 stiegen die Konsumentenpreise 2021 wieder um 0,6 Prozent an. 2022 machte die Teuerung gar 2,8 Prozent aus.

Wie wirkt sich Inflation auf die Sozialversicherungen aus?

Wenn die Teuerung anzieht, wirkt sich dies erfahrungsgemäss negativ auf die Preise von Aktien und Obligationen aus. Solche Entwicklungen spiegeln sich direkt auch in der Bewertung der Vermögen wider und damit auch im Deckungsgrad der Pensionskassen, aber auch dem des Ausgleichsfonds von AHV, IV und EO sowie auf dem Rentendeckungskapitals der Unfallversicherung.

Falls ein Teuerungsausgleich auf die Löhne gewährt wird und der Reallohnanstieg verhalten ausfällt, sind Sozialversicherungen im Umlageverfahren dem Inflationsrisiko vergleichsweise stark ausgesetzt. Auf der Ausgabenseite erfahren die AHV/IV-Renten immer innerhalb von zwei Jahren einen Teuerungsausgleich. Nur falls die Reallöhne über die Teuerung ansteigen, erhöhen sich auf der Aktivseite die Beitragszahlungen; andernfalls gibt es Mindereinnahmen. Das Gewähren eines Teuerungsausgleichs ist jedoch von Lohnverhandlungen abhängig, bei welchen auch andere Faktoren, wie die Gewinnerwartungen der Unternehmen eine Rolle spielen können.

Die Teuerung von 2,8 Prozent im Jahr 2022 gab betreffend AHV-Rentenerhöhung zu reden. Die AHV gleicht die Teuerung aufgrund des Mischindex (je halb Lohn- und Preisindex) ab. Weil für einmal die Preise weit stärker gestiegen sind als die Löhne wurden die Renten nur um 2,5 Prozent angehoben. Politischen Vorstössen vom Mischindex abzukommen war letztlich kein Erfolg beschieden.

Weil die Altersrenten aus beruflicher Vorsorge nur dann der Teuerung angepasst werden müssen, wenn die finanziellen Möglichkeiten der Pensionskasse erlauben, werden durch eine Inflation die Renten der künftigen Generationen merklich sinken (vgl. 5.3.1).

4.3 Lebens- und Arbeitsformen

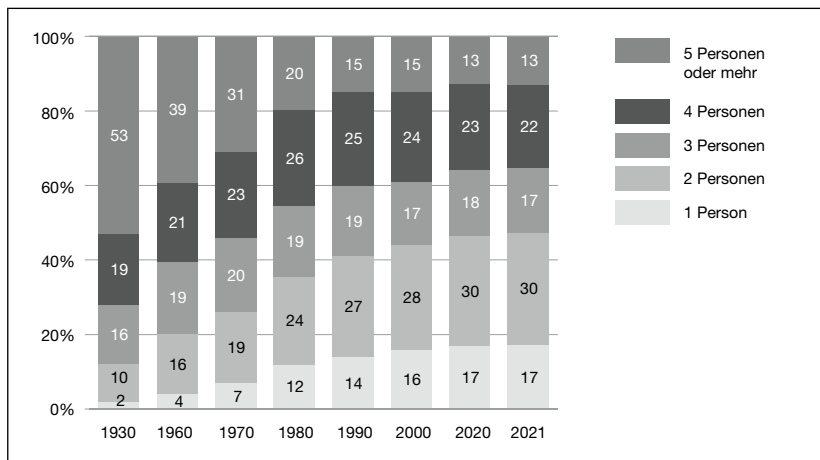
Die gesellschaftliche Entwicklung spiegelt den sozialen Wandel.

Sie stellt immer neue Herausforderungen an die soziale Sicherung durch veränderte

- ▶ Lebensformen
- ▶ Erwerbsverhalten
- ▶ Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Frauen und Karriere
- ▶ Haus-, Familien- und Freiwilligenarbeit
- ▶ Entwicklung des privaten Haushaltsbudget
- ▶ Verstärkte Förderung des Arbeitskräftepotenzials
- ▶ Ethik und Werthaltung

Die Lebens- und Arbeitsformen haben sich seit dem Zweiten Weltkrieg grundlegend verändert. Eine wesentliche Ursache dafür ist das neue Selbstverständnis der Frauen, die heute in der Gesellschaft eine Vielzahl von Rollen und Funktionen übernehmen, die zuvor nur Männer wahrnahmen. Entsprechend verändern sich auch ihre Sicherungsbedürfnisse und Ansprüche.

Haushaltsgrösse in Prozent (nur Privathaushalte)



Quelle: BFS 2022 (STATPOP 2021)

In der Schweiz gab es Ende 2022 rund 4,0 Mio. Privathaushalte. In mehr als einem Drittel dieser Haushalte (36,0%) lebt nur eine Person, das entspricht 17 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung. In knapp einem weiteren Drittel der Haushalte leben zwei Personen, das sind 30 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung.

Ende 2021 zählte der durchschnittliche Privathaushalt 2,2 Personen. In grossen Agglomerationen besteht ein erheblicher Unterschied zwischen den Kernstädten, wo fast die Hälfte der Haushalte Einpersonenhaushalte sind, und suburbanen Zonen, wo die durchschnittliche Haushaltsgrösse mit derjenigen in ländlichen Gebieten vergleichbar ist.

Der Anteil der Haushalte mit mehr als zwei Mitgliedern nimmt seit 1900 unaufhörlich ab (von damals 4,5 auf 2,18 Personen). Zu Beginn des 21. Jahrhunderts haben die Familienhaushalte ihre dominante Stellung eingebüsst. Ende 2020 waren es noch 24 Prozent die dem einst klassischen Haushaltstyp «Paar mit Kind/ern unter 25 Jahren» angehörten. 4,7 Prozent dieser Haushalte sind Einelternhaushalte (83% davon sind Mütter mit Kindern). Ein neuester Trend zeigt eine Zunahme der Mehrpersonenhaushalten (WGs) unter älteren Personen, speziell auch unter Seniorinnen und Senioren. Dieser Umstand dürfte auch der Knappheit an günstigen Wohnungen für Einzelpersonen und Paare geschuldet sein.

4.3.1 Vielfältige Lebensformen

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die familiären Lebensformen grundlegend gewandelt. Die Ehe als unauflösliche Lebensgemeinschaft mit einer traditionellen Arbeitsteilung zwischen Frau und Mann hat an Bedeutung

verloren. Sie wurde durch ein partnerschaftliches Ehemodell abgelöst, das die gegenseitige Intimität und Individualität der Partner stark gewichtet.

Formen des Zusammenlebens

Einige Formen des Zusammenlebens, die vor einigen Jahrzehnten noch selten oder sogar unmöglich waren, sind heute selbstverständlich geworden. Diese Entwicklung hängt mit der Zunahme der Scheidungen (1970 noch 6406; 2022 bereits 16 201), aber auch mit der Entstehung neuer Formen des Zusammenlebens zwischen den Partnern zusammen. Unter den 2022 geschlossenen Ehen geht man davon aus, dass knapp jede zweite (39,6%) mit einer Scheidung endet, falls sich das heutige Scheidungsverhalten künftig nicht ändern sollte. Die Folgen dieser bedeutenden Scheidungsneigung sind eine steigende Zahl von Patchworkfamilien (2022: 4,8%) und Einelternhaushalte (2022: 16,6%).

Ende 2022 gab es in der Schweiz rund 4 Mio. Privathaushalte. Davon waren 37,2 Prozent Einpersonenhaushalte. Die Mehrheit der Bevölkerung lebt somit in einer Partnerschaft, wobei die Ehe nach wie vor die vorherrschende Beziehungsform ist. Knapp ein Sechstel der Personen ab 18 Jahren wohnen nicht mit ihrer Partnerin oder ihrem Partner zusammen. In den meisten Partnerschaften (59%) ist der Mann älter als seine Partnerin. Gegenüber Paaren, in denen die Frau älter ist, ist die Altersdifferenz in Paaren mit älterem Mann erheblich höher.

Seit 1970 hat sich die Zahl der Einpersonenhaushalte mehr als verdreifacht; jene von Paaren ohne Kinder verdoppelt. Die Einelternhaushalte mit Kindern unter 25 Jahren hat sich ebenfalls mehr als verdoppelt. (Derweilen ist laut BFS die Zahl der Paare mit Kindern unter 25 Jahren nahezu unverändert geblieben.)

Ein Blick auf die Familienhaushalte mit Kindern unter 25 Jahren (Ende 2022) zeigt, dass in gut zwei Drittel der Familien die Eltern verheiratet waren (69,8%) und 13,6 Prozent sogenannte Konsensualpaare. Unter diesen waren 2,4 Prozent «Fortsetzungsfamilien», d.h. Patchworkfamilien (je 2,4% verheirateter und nicht verheirateter Paare). 16,6 Prozent waren Einelternfamilien.

Geburten und Zivilstand

Quelle: Bevölkerung Schweiz 2020 (BFS Nov. 2021)

2022 wurden in der Schweiz 82 371 Kinder geboren; laut BFS 51,6 Prozent Knaben und 48,8 Prozent Mädchen.

Die Verteilung der Lebendgeburten nach dem Alter der Mutter hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten stark verändert. Besonders die Zahl der jungen Mütter ist stark rückläufig. Der Anteil der 30- bis 34-jährigen Mütter nahm seit Beginn der 1970er-Jahre bis 2001 kontinuierlich zu. Der Anteil der 35-jährigen oder älteren Mütter nimmt weiter zu. In der Mehrheit der Lebendgeburten sind die Väter zwischen 30 und 39 Jahre alt. Jeder fünfte Vater ist 40-jährig oder älter.

Immer noch werden die meisten Kinder innerhalb einer Ehe geboren (2022: 62,1%). Der Anteil der nicht ehelichen Geburten erhöhte sich von 3,8 Prozent im Jahr 1970 auf 35,4 Prozent im Jahr 2022. So kam es 2022 zu 23 948 Vaterschaftsanerkennungen (14 642 vor der Geburt).

Seit 1970 ist die Zahl der Mehrlingsgeburten deutlich gestiegen; es gibt beinahe doppelt so viele Zwillinge (2022: 1258 Paare) und zweieinhalb Mal so viele Drillinge (2022: 19 Triple). Die letzte Vierlingsgeburt gab es im Jahr 2020. 6,3 Prozent aller lebend geborenen Kinder kamen zu früh zur Welt, also vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche. Seit 2018 wird ein Rückgang der Frühgeburten zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche beobachtet. Die Säuglingssterblichkeit hat sich in der Schweiz seit 1970 stark verringert; dies von 15,1 Todesfälle je 1000 Lebendgeburten auf 4,4 (Totgeburtenrate) im Jahr 2022.

Die Zahl der **Adoptionen** ist von 1980 bis 2022 von 1583 auf 442 Fälle gesunken. Davon wurden 341 Personen vom Stiefvater adoptiert und 59 Ehepaaren. 282 der Adoptierten waren schweizerischer Nationalität, 71 aus einem anderen europäischen Staat. Nur 35 Adoptierte waren jünger als vier-jährig (möglicher Anspruch auf Adoptionsentschädigung für adoptierenden Elternteil). 216 adoptierte Personen waren 20-jährig oder älter.

Nach Zivilstand betrachtet waren (Ende 2022) von den 8,815 Mio. Einwohner/innen 4,024 Mio. (45,6%) ledig, 3,589 Mio. verheiratet (40,7%) und 0,780 Mio. (8,8%) geschieden. 4,6 Prozent der Einwohner/innen sind verwitwet und 0,16 Prozent leben in eingetragener Partnerschaft. Weil seit 2022 «Ehe für Alle» zulässig ist, gibt es neu keine eingetragenen Partnerschaften mehr. Bereits bestehende können aufrechterhalten bleiben oder die Paare können heiraten.

2023 weniger Eheschliessungen und Scheidungen

Quelle: BFS 04.04.2024, Bevölkerungsentwicklung

Im Berichtsjahr wurden 37 500 Ehen geschlossen (8,3% weniger als 2022). Die Eheschliessungen zwischen Personen unterschiedlichen Geschlechts gingen gegenüber 2022 um 2100 Ehen zurück. Darüber hinaus wurden rund 900 gleichgeschlechtliche Ehen geschlossen und 800 eingetragene Partnerschaften in eine Ehe umgewandelt.

2023 wurden 15 500 Scheidungen ausgesprochen; dies entspricht einer Abnahme um 4,3 Prozent im Vergleich mit 2023. Darin sind erstmals auch Scheidungen gleichgeschlechtlicher Ehen enthalten (41). Mit Fortsetzung der 2023 beobachteten Trends ist davon auszugehen, dass rund zwei von fünf Ehen (38,0%) eines Tages mit einer Scheidung enden (provisorische Zahl).

4.3.2 Erwerbsverhalten in der Schweiz

Auch die Einstellung zur Arbeit hat sich gewandelt und andere Arbeitsformen haben sich herausgebildet. Unterbrüche in der Erwerbsarbeit und Stellenwechsel sind keine Ausnahmen mehr. Wenn dann eine Anstellung gefunden ist, stellt sich die Frage nach dem Arbeitsort: Ist es ein fixer Arbeitsplatz im Betrieb, wird flexibel hybride gearbeitet?

- ▶ **«New Work»** verkörpert verschiedene Konzepte. Zum einen können damit unterschiedliche Arbeitsformen und Modelle wie Jobsharing und Rotationen oder auch Co-Working-Spaces und Shared Desks gemeint sein. Auf der anderen Seite geht es bei New Work auch um die Digitalisierung der Zusammenarbeit über Tools, soziale Netzwerke und neue Technologien. Das Konzept wird als das sogenannte New Normal bezeichnet, ermöglicht Arbeiten von überall aus und hebt für viele räumliche Trennung von Privatleben und Arbeit auf (Organisator 3–4/2022).

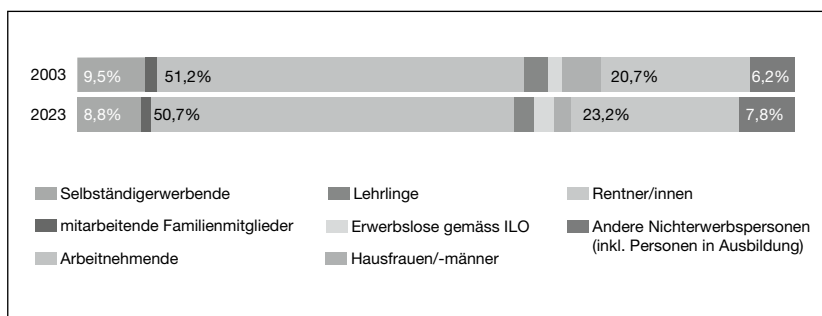
Es ist kaum abzusehen, wie sich der veränderte Stellenwert der Arbeit auf unsere Sozialversicherungen auswirken wird, deren Finanzierung weitgehend an die Erwerbsarbeit gebunden ist.

4.3.2.1 Erwerbsbeteiligung in der Schweiz

2023 machte die Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz 67,7 Prozent aus. Die Arbeitsmarktteilnahme der Frauen (62,6%) ist nach wie vor tiefer als jene der Männer (72,9%). In der EU-15 liegt die Erwerbsbeteiligung ebenfalls bei rund zwei Dritteln. In den neuen EU-Mitgliedsstaaten schwanken die entsprechenden Werte zwischen 66,6 Prozent (Zypern) und 70,5 Prozent (Tschechische Republik).

Erwerbsstatus

der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (Arbeitnehmende in eigener Firma zählen hier als Selbständigerwerbende)



Quelle: BFS 2024, SAKE 2023

Nicht alle 4,684 Mio. Erwerbstätigen in der Schweiz arbeiteten 2021 vollzeith. Die Teilzeiterwerbstätigkeit (Beschäftigungsgrad von weniger als 90%) hat in den letzten 30 Jahren in der Schweiz stark zugenommen. Mehr als ein Drittel (37,6%) der Erwerbstätigen arbeiten Teilzeit. Ein grosser Teil davon sind Frauen. 2021 machten sie 72,2 Prozent der Teilzeiterwerbstätigen aus (1,313 Millionen Frauen gegenüber 507 000 Männer). Kinderbetreuung und andere familiäre Verpflichtungen werden als Hauptgründe für die Teilzeitarbeit genannt.

Weiter zeigt die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung «SAKE in Kürze 2022» des BFS auf, dass 2021 gut ein Achtel der Erwerbstätigen (13,3%) selbständig-erwerbend ist. Dabei wurden allerdings Arbeitnehmende mit eigener Firma mitgerechnet. 9,3 Prozent der Erwerbstätigen arbeiten üblicherweise sonntags, 4,2 Prozent nachts und 21,4 Prozent von zu Hause aus.

Unter den Teilzeiterwerbstätigen befanden sich 372 000 Unterbeschäftigte, d.h. Personen, die mehr arbeiten möchten und kurzfristig verfügbar sind. 7,5 Prozent der Erwerbsbevölkerung waren unterbeschäftigt.

2023 waren in der Schweiz gemäss Definition des ILO 201 000 Personen erwerbslos (5000 weniger als im Vorjahr). Der Anteil der Erwerbslosen an der Erwerbsbevölkerung hat 3,9 Prozent betragen und ist damit geringer als Ende 2022 (4,1%).

Erwerbstätigkeit und Ruhestand

Die Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung) nimmt ab dem Alter von 50 Jahren mit zunehmendem Alter ab. Während von den 57-Jährigen (d.h. ein Jahr vor dem Mindestalter für den Bezug einer Rente aus der 2. Säule) im Zeitraum 2018 bis 2020 noch 90 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen auf dem Arbeitsmarkt aktiv waren, sank die Erwerbsquote unter den 64-jährigen Männern auf 56 Prozent und unter den 63-jährigen Frauen auf 52 Prozent. Mit 65 Jahren waren noch 36 Prozent der Männer und mit 64 Jahren noch 28 Prozent der Frauen aktiv. 74-Jährige beteiligten sich ebenfalls teilweise noch am Erwerbsleben (14% der Männer; 7% der Frauen).

2022 entfielen auf 100 Erwerbspersonen im Alter von 20 bis 64 Jahren 37,0 Personen ab 65 Jahren. In den vergangenen zehn Jahren führte die demografische Alterung trotz der zunehmenden Arbeitsmarktbeteiligung zu einem raschen Anstieg dieses Verhältnisses (+12%). 2012 kamen lediglich 33,0 Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im Alter von 24 bis 64 Jahren; 1991 waren es 28,2 Personen.

Erwerbsbeteiligung von Müttern (und Vätern) mit Kleinkindern

Quelle: BFS, SAKE 11.10.2022

Mehr als vier von fünf Müttern (82% im Jahr 2021) beteiligen sich am Arbeitsmarkt. In den letzten 30 Jahren hat ihre Erwerbsbeteiligung um mehr als 20 Prozentpunkte zugenommen (1991: 59,6%). Diese starke Erwerbsbeteiligung geht Hand in Hand mit einem hohen Anteil an Teilzeitarbeit. Nach der ersten Mutterschaft verlässt jede neunte beruflich aktive Frau den Arbeitsmarkt und der Anteil der teilzeitbeschäftigten Mütter verdoppelt sich. In der Schweiz liegt die Arbeitsmarktteilnahme der Mütter über dem europäischen Durchschnitt.

Teilzeitarbeit mit fortlaufend zunehmendem Beschäftigungsgrad

2021 waren 78,1 Prozent der erwerbstätigen Mütter teilzeitbeschäftigt (25- bis 54-jährige Frauen ohne Kind: 35,2%). Immer mehr erwerbstätige Mütter arbeiten mit einem hohen Beschäftigungsgrad. So ist der Anteil der Mütter mit einem Pensum zwischen 50 und 89 Prozent von 25,7 Prozent im Jahr 1991 auf 44,7 Prozent im Jahr 2021 gestiegen. Jene der Mütter mit einem Pensum von weniger als 50 Prozent ist im gleichen Zeitraum von 51,3 auf 33,4 Prozent gesunken.

Mütter waren im Jahr 2021 mit 5,6 Prozent häufiger von Erwerbslosigkeit gemäss dem Internationalen Arbeitsamt (ILO) betroffen als gleichaltrige Frauen ohne Kinder (4,6%). Unter den ausländischen Müttern war der Anteil der Erwerbslosen besonders hoch (11,4%; Schweizerinnen: 3,0%).

Nach der Geburt des ersten Kindes arbeiteten etwas mehr Väter Teilzeit als davor (13,6% gegenüber 10,3%). Unter den Schweizern war der Anteil der teilzeitarbeitenden Väter höher als unter den Ausländern (vor der Geburt des 1. Kindes: 13,4%; anschliessend: 18,0%). Nach der Geburt des zweiten Kindes stieg der Anteil der Schweizer Väter mit Teilzeitpensum auf 23,5 Prozent. Unter den ausländischen Vätern blieb der Anteil der Teilzeitbeschäftigten sowohl nach der Geburt des ersten Kindes (6,2%) als auch des zweiten Kindes (10,1%) tief.

Die Familienpause dauert im Schnitt fünf Jahre

Mütter verbrachten durchschnittlich fünf Jahre ausserhalb des Arbeitsmarkts, bevor sie wieder eine Beschäftigung aufnahmen. Lediglich 8,5 Prozent der Mütter arbeiteten nach dem Wiedereinstieg Vollzeit. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad belief sich auf 36 Prozent und war damit deutlich tiefer als unter den Müttern, die infolge Mutterschaft nicht aus dem Arbeitsmarkt ausgetreten sind (61% nach der Geburt des ersten Kindes).

Erwerbssituation von Paaren mit Kind/ern im Haushalt 2020				
Beide Partner im Alter von 25 bis 54 Jahren				
	Paare ohne Kinder im Haushalt	jüngstes Kind 0–3 J.	jüngstes Kind 4–12 J.	jüngstes Kind 13–24 J.
Partner Vollzeit Partnerin nicht erwerbstätig	5,5%	18,7%	15,9%	12,3%
Partner Vollzeit Partnerin Teilzeit 1–49%	5,5%	24,1%	28,0%	23,8%
Partner Vollzeit Partnerin Teilzeit 50–89%	19,8%	24,4%	27,9%	33,4%
beide Vollzeit	52,3%	12,2%	12,6%	17,9%
beide Teilzeit 1–89%	5,3%	11,4%	7,0%	4,5%
Partner nicht oder Teilzeit Partnerin Vollzeit	6,1%	2,5%	2,6%	2,8%
Andere Modelle oder Modell unbekannt	5,5%	6,7%	6,0%	5,3%

Quelle: BFS 2021, SAKE; Darstellung: gebo Sozialversicherungen

4.3.3 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Quelle: BFS SAKE, Beteiligung am Arbeitsmarkt 2010–2018

In der Vereinbarkeit von Beruf und Familie von Paarhaushalten mit Kleinkindern weichen die Vorstellungen von der besten Aufteilung der Erwerbsarbeit und das tatsächliche Erwerbsmodell stark voneinander ab. 46 Prozent würden es bevorzugen, wenn beide Eltern Teilzeit erwerbstätig wären. In der Realität dominiert aber das Modell «Vater Vollzeit und Mutter Teilzeit», das von 49 Prozent der Paare mit Kindern unter vier Jahren gelebt wird. Nur 10 Prozent arbeiten beide Eltern Teilzeit.

Ein Drittel der Eltern (34,1%) sind mit ihrer Arbeitssituation im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zufrieden.

Knapp ein Fünftel (18,6%) der erwerbstätigen Eltern, die mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren im Haushalt leben, nennen als grösstes Hindernis bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie lange Arbeitszeiten. 16,3 Prozent beklagen ungünstige oder unvorhersehbare Arbeitszeiten und 13,9 Prozent den langen Arbeitsweg. Nur rund 5 Prozent beschwerten sich über mangelnde Unterstützung im Arbeitsumfeld und/oder eine zu anstrengende bzw. zu anspruchsvolle Arbeit.

Knapp zwei Drittel der erwerbstätigen Mütter (62,2%) und jeder siebte erwerbstätige Vater mit Kind/ern unter 15 Jahren im Haushalt sagen, dass sie wegen den Kinderbetreuungsaufgaben ihr Arbeitsvolumen reduziert haben.

23,8 Prozent der Väter und 30,7 Prozent der Mütter haben ihre Arbeitszeiten geändert. Mütter (32,7%) geben beinahe doppelt so häufig an, dass sie die Arbeitsstelle für eine bessere Vereinbarung von Beruf und Familie gewechselt haben als Väter (17,7%).

Kurzfristige Anpassung der Arbeitszeit aus familiären Gründen

Knapp drei Viertel der angestellten Väter (73,9%), die mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren im Haushalt leben, können in der Regel aus familiären Gründen Anfang und Ende ihrer Arbeitszeit um eine Stunde oder mehr verschieben. 14,0 Prozent können selten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen und 10,5 Prozent haben diese Möglichkeit gar nicht.

Unter den angestellten Müttern können dies in der Regel zwei Drittel (65,0%) tun, 18,3 Prozent selten und 15,6 Prozent gar nicht. Hingegen können Mütter eher als Väter aus familiären Gründen ganze Tage frei nehmen, ohne dafür Ferientage beziehen zu müssen. 56,9 Prozent der Mütter gegenüber 46,9 Prozent der Väter können in der Regel von dieser Möglichkeit Gebrauch machen; dies gegenüber 20,5 Prozent der Mütter, bzw. 29,3 Prozent der Väter, die dies nur selten tun können. Je ein Fünftel der Mütter und Väter haben diese Möglichkeit nicht (19,9% bzw. 21,6%).

Erst wenn die Rahmenbedingungen stimmen, können Paare unter sich eine faire, partnerschaftliche Verteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit aushandeln.

Die gemeinsame Übernahme der Verantwortung für die Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit soll allen Frauen und Männern und nicht nur Personen mit hohen Einkommen offenstehen. Die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Erwerbstätigkeit sowie Ausbildung** ist ein zentrales Element auf dem Weg zur tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern. **Dazu braucht es in erster Linie förderliche Rahmenbedingungen**

- ▶ in der Wirtschaft: Lohngleichheit, Teilzeitarbeit, flexible Arbeitszeitmodelle, Elternurlaub
- ▶ in der familienergänzenden Kinderbetreuung und im Schulsystem: Kinderkrippen, Tageschulen, Blockzeiten
- ▶ in der Sozial- und Familienpolitik: Familienzulagen, Ergänzungsleistungen für Familien, Gutschriften für Familien
- ▶ in den Sozialversicherungen: Familienlastenausgleich, Anerkennung der Leistungen von Familien, Erziehungs- und Betreuungsgutschriften
- ▶ in der Steuerpolitik: Reformen der Familienbesteuerung, Abzüge für Fremdbetreuung der Kinder

4.3.3.1 Mutterschaftsurlaub: Erwerbsunterbrüche vor und nach der Geburt

Quelle: BFS, Familien in der Schweiz, statistischer Bericht 2021

Zum Zeitpunkt der Geburt ihres ersten Kindes arbeiten fast drei Viertel (71%) der Frauen mit einem hohen Beschäftigungsgrad (zwischen 90% und 100%), 21 Prozent sind Teilzeit und 8,1 Prozent nicht erwerbstätig. In dieser Lebensphase hat der Bildungsstand der werdenden Mütter kaum einen Einfluss auf ihre Arbeitsmarktpartizipation. Frauen mit einem Tertiärabschluss arbeiten tendenziell häufiger mit einem hohen Teilzeitpensum (zwischen 70% und 89%) und sind seltener nicht erwerbstätig als Frauen mit einem Abschluss der obligatorischen Schule oder auf Sekundarstufe II (z.B. Lehre).

Es kommt häufig vor, dass schwangere Frauen weniger arbeiten oder einige Wochen vor dem Geburtstermin ganz mit Arbeiten aufhören müssen und somit krankgeschrieben werden. Zwischen 2013 und 2018 konnte nur gut ein Drittel (36%) der erwerbstätigen schwangeren Frauen bis zur Geburt arbeiten, ohne die Arbeitszeit zu reduzieren. In den übrigen zwei Dritteln waren 12 Prozent teilweise und 31 Prozent ganz krankgeschrieben; 57 Prozent waren zuerst teilweise, dann ganz krankgeschrieben. Durchschnittlich dauerte die Arbeitsunfähigkeit zehn Wochen (5 Wochen mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit, 8 Wochen mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit; mit einer Kombination aus teilweiser und vollständiger Arbeitsunfähigkeit dauerte sie 11 Wochen.)

Zwischen 1998 und 2017 ist der Anteil der Geburten, bei denen die erwerbstätigen Mütter Anspruch auf einen bezahlten Urlaub hatten, kontinuierlich von 60 Prozent auf mehr als 90 Prozent angestiegen. Die gesetzliche Verankerung im Jahr 2005 des Anspruchs auf mindestens 14 Wochen Mutterschaftsurlaub scheint weder einen massgeblichen Einfluss auf die Geschwindigkeit dieses Anstiegs noch auf die durchschnittliche Dauer des bezahlten Mutterschaftsurlaubs gehabt zu haben, die während des gesamten Beobachtungszeitraums bei rund 16 Wochen lag.

Häufig beginnen die Mütter nicht sofort nach dem Ende des bezahlten Mutterschaftsurlaubs wieder zu arbeiten. Im Durchschnitt erfolgt die Wiederaufnahme der Arbeit rund sechs Monate nach der Geburt. Die Mehrheit der Frauen, die vor der Geburt arbeiteten, nimmt ihre berufliche Tätigkeit innerhalb eines Jahres nach der Geburt wieder auf (79%). Fast die Hälfte der Frauen, die in dieser Zeit wieder in den Arbeitsmarkt eintreten, tut dies nach dem 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub, auf den sie gemäss Obligationenrecht (OR 329 f) Anspruch haben. Sechs Monate nach der Geburt sind 63 Prozent der Frauen wieder erwerbstätig. Schliesslich kehren 16 Prozent der Frauen in der zweiten Hälfte des Jahres, das auf die Geburt folgt, in den Arbeitsmarkt zurück.

73 Prozent der Frauen reduzieren ihren Beschäftigungsgrad nach der Geburt ihres ersten Kindes auf weniger als 70 Prozent oder sind überhaupt nicht mehr erwerbstätig. Lediglich 16 Prozent der Mütter nehmen innerhalb eines Jahres nach der Geburt wieder eine Vollzeiterwerbstätigkeit auf.

4.3.3.2 Elternzeit

Anders als die meisten OECD-Staaten kennt die Schweiz keine gesetzlich geregelte und bezahlte Elternzeit. Die per 01.07.2005 **eingeführte Mutterschaftsentschädigung** ist eine Entschädigung für den Verdienstausfall direkt im Anschluss an die Geburt. Den per 01.01.2021 eingeführte Vaterschaftsurlaub (Urlaub für den anderen Elternteil) von 14 Tagen kann der andere Elternteil während des ersten Halbjahres nach der Geburt «ihres» Kindchens beziehen.

EKFF-Modell zur Einführung der Elternzeit (auf Bundesebene)

Quelle: Medienmitteilung des Bundesrats vom 14.02.2023

Seit 2010 ist die Unterstützung einer nationalen Elternzeit ein Kernanliegen der Kommission. Mit verschiedenen Publikationen zu Modellvorschlägen, zum Nutzen und zur Finanzierung einer Elternzeit liefert sie Informationen für eine öffentliche Debatte. Diese hat im vergangenen Jahr aufgrund der Einführung eines zweiwöchigen Vaterschaftsurlaubs und aufgrund von kantonalen Elternzeitvorstössen wieder Schwung erhalten. Die kantonalen Begehren scheitern jedoch meist. Neben dem Kostenargument wird auch entgegengehalten, dass es eine nationale Lösung und nicht 26 kantonale Lösungen braucht. Die EKFF hat in diesem Zusammenhang ihr seit 2010 propagiertes 38-Wochen-Modell im vergangenen Jahr weiterentwickelt und den veränderten Bedürfnissen der Eltern, Wirtschaft und Gesellschaft angepasst.

Das adaptierte Modell schränkt die freie Aufteilung der Wochenzeit gegenüber den früheren EKFF-Modellen weiter ein. In Ländern mit Elternzeit hat sich nämlich gezeigt, dass sich die freie Wahl nachteilig auf den Bezug von Elternzeit durch die Väter auswirkt und somit eine erhöhte Arbeitsmarktpartizipation der Mütter mit all den negativen Konsequenzen wie einer unbefriedigenden Laufbahnperspektive, einem tieferen Lohn und letztlich auch einer unzureichenden Altersvorsorge verhindert.

Die Aufteilung des 38-wöchigen Elternurlaubs ist nun entweder paritätisch mit je 19 Wochen für beide Eltern oder auch variabel möglich. Mütter können mit dem neuen Modellvorschlag von 16 bis 23 Wochen und Väter von 15 bis 22 Wochen Elternzeit profitieren. Die heutigen Errungenschaften, d.h. die 14 Wochen Mutterschafts- und zwei Wochen Vaterschaftsurlaub, werden beibehalten.

Die EKFF macht im Positionspapier «Elternzeit – Worauf wartet die Schweiz?» gleichzeitig Verbesserungsvorschläge zur Ausgestaltung der Elternurlaube. Diese betreffen den Kündigungsschutz für die Väter, die Anspruchsleistungen im Fall vorzeitiger reduzierter Wiederaufnahme der Tätigkeit, die Flexibilisierung des Bezugs, die Voraussetzungen zur Anspruchsberechtigung aufgrund der wachsenden familialen Vielfalt und die Verlängerung des gleichzeitigen Bezugs mit erhöhtem Unterstützungsbedarf.

4.3.3.3 Familienergänzende Kinderbetreuung

Quelle: BFS 2023, SILC

In der Schweiz wird für rund 60 Prozent der Kinder unter 13 Jahren familienergänzende Kinderbetreuung in Anspruch genommen. Etwas mehr als ein Drittel der Kinder (36%) besuchen eine Kindertagesstätte oder eine schulergänzende Betreuungseinrichtung, z.B. eine Tagesschule oder einen Hort. 28 Prozent werden von den Grosseltern betreut.

Die familienergänzende Kinderbetreuung wird regional von den Haushalten sehr unterschiedlich genutzt, was unter anderem mit der Verfügbarkeit von Betreuungsangeboten zusammenhängt. In französischsprachigen Kantonen, städtischen Kantonen wie Basel-Stadt und Genf sowie Kantonen mit einer Grossstadt wie Zürich nehmen über 70 Prozent der Eltern familienergänzende Kinderbetreuung in Anspruch, hauptsächlich die institutionalisierten Formen, (insbesondere die Kindertagesstätten und schulergänzenden Angebote). In eher ländlichen Kantonen der Deutschschweiz und im Tessin kommt mehrheitlich die nicht institutionalisierte Betreuung zum Zuge. Dabei greifen die Eltern vor allem auf die Grosseltern zurück.

4.3.3.31 Anstossfinanzierung Betreuungsplätze

Das Bundesgesetz über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung ist seit dem 1. Februar 2003 in Kraft. Der Bund fördert die Schaffung von Kinderbetreuungsplätzen, damit Eltern Familie und Erwerbsarbeit (oder Ausbildung) besser vereinbaren können. Die Trägerschaften erhalten für die Schaffung der neuen Plätze während maximal drei Jahren Finanzhilfen. Insgesamt wurden in den zwanzig Jahren Laufzeit des Impulsprogramms 3961 Gesuche bewilligt.

Das Bundesgesetz, d.h. das Impulsprogramm war ursprünglich auf acht Jahre bis Januar 2011 befristet. Wegen des grossen Bedarfs an zusätzlichen Betreuungsplätzen wurde es im Herbst 2010 ein erstes Mal, im Herbst 2014 ein zweites Mal und im Herbst 2018 ein drittes Mal um je vier Jahre verlängert. Im Dezember 2022 wurde das Programm noch ein viertes Mal bis Ende 2024 verlängert. Dann soll es durch ein neues Gesetz – das noch in den parlamentarischen Beratungen steht – ersetzt werden.

Knackpunkt ist Ende Mai 2024 die Finanzierung. Neue Geldquellen werden gesucht: Der Bund soll für jedes Kind ab der Geburt bis Ende der Primarschule 20 Prozent der Kosten für die Krippe oder Tagesstätte übernehmen (gut 840 Mio. Franken pro Jahr) oder das Familienzulagengesetz soll um eine Betreuungszulage von mtl. CHF 500.– erweitert werden. Letzteres bedeutet eine Finanzierung zulasten der Arbeitgeber, wenn hier nicht neu eine paritätische Finanzierung vorgesehen würde.

Bewilligte Gesuche nach Besuchstyp						
Kindertagesstätten	2201	(56%)	1530	Neue Institutionen	671	Erhöhung bestehendes Angebot
Einrichtungen für schulergänzende Betreuung	1627	(41%)	1069	Neue Institutionen	558	Erhöhung bestehendes Angebot
Bereich Tagesfamilien	130	(3%)	106	Aus- und Weiterbildung	24	Projekte
Projekte mit Innovationscharakter	3					
Total	3 961					

Quelle: EDI 2023, Bilanz nach 20 Jahren familienergänzende Kinderbetreuung

Der Bund unterstützte in den letzten zwanzig Jahren die Schaffung von insgesamt 72 271 neuen Betreuungsplätzen: 42 269 in Kindertagesstätten und 30 002 in Einrichtungen für die schulergänzende Betreuung. Anfangs 2023 waren noch 199 Gesuche in Bearbeitung, mit denen im Zeitraum von 2020 bis Dezember 2024 weitere 4439 Plätze gefördert werden sollen.

4.3.3.32 Evaluation mit Empfehlungen für Politik und Behörden

Quelle: EKFF 2021, Bericht Kinderbetreuung und finanzieren der Elterntarife gestalten

In der im Mai 2021 vom Forschungsinstitut INFRAS im Auftrag der EKFF durchgeführte Studie «Finanzierung der institutionellen Kinderbetreuung und Elterntarife» stellt schlussfolgernd fest, dass eine Chancengerechtigkeit bezüglich Zugangs zu qualitativ hochwertiger Kinderbetreuung in der Schweiz aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, Finanzierungen und Elternbeiträge nicht gegeben ist.

▶ Hohe finanzielle Belastung der Eltern

Die Studie zeigt, dass die Elterntarife für die Nutzung von institutionellen Kinderbetreuungsangeboten im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch sind und vor allem auch sehr unterschiedlich. Sie variieren je nach Kanton, Gemeinde oder Angebot und finanziellen Verhältnissen der Eltern beträchtlich, wobei vor allem die Tarife im Vorschulbereich die Haushaltsbudgets von Familien mit Kindern, speziell von Einelternhaushalten, stark belasten.

▶ Geringe Mitfinanzierung und unterschiedliche Angebotsdichte

Die im internationalen Vergleich geringe Mitfinanzierung der öffentlichen Hand und eventueller Dritter sowie die föderalen Strukturen unseres Landes sind für die Fülle an Finanzierungs- und Tarifmodellen und die im Durchschnitt hohe finanzielle Belastung der Eltern verantwortlich. Auch ist die Versorgung mit Betreuungsangeboten auf dem Land und für Schulkinder nach wie vor noch ungenügend.

▶ Mangelnde Angebotsqualität

Weil nationale Vorgaben für eine gute familien- und schulergänzende Betreuungsqualität fehlen und in den Kantonen, wenn überhaupt, nur Mindestvorgaben zur Struktur- und Prozessqualität vorhanden sind, variiert auch die Angebotsqualität beträchtlich.

4.3.3.4 Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege

Nicht nur die Betreuung von Kindern, bringt Probleme in der Vereinbarkeit mit Berufstätigkeit und Familie, auch die Betreuung von Angehörigen, wie beispielsweise der betagten Eltern. Hier hat das Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung (VVEAbG) vom 20.12.2019 erhebliche Verbesserungen gebracht. So können Arbeitnehmende im Bedarfsfall auch für die Betreuung von Angehörigen bis drei Tage bezahlten Urlaub erhalten (OR 329g, insgesamt 10 Tage pro Jahr) und können leichter AHV-Betreuungsgutschriften erlangen.

4.3.4 Haus-, Familien- und Freiwilligenarbeit/Frau und Karriere

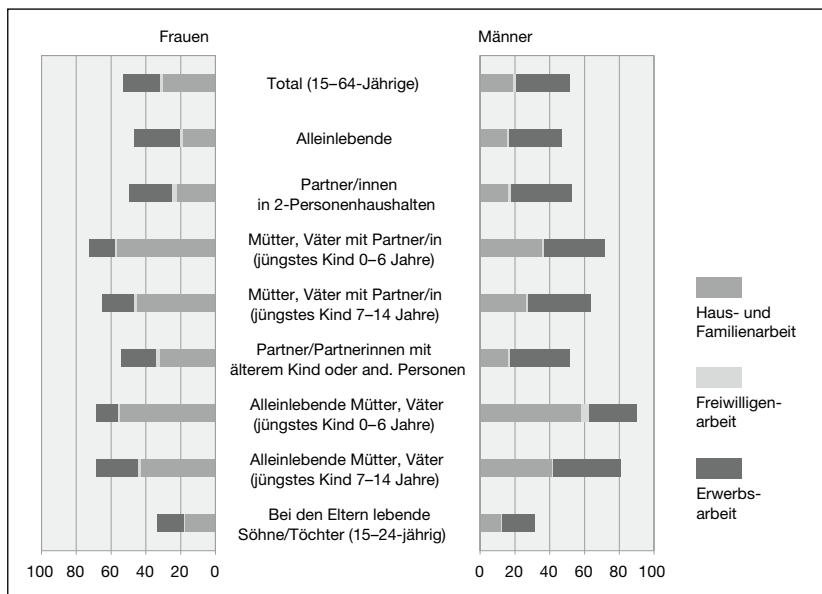
Im Jahr 2020 gaben 41 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren an, in den letzten 4 Wochen Freiwilligenarbeit geleistet zu haben

(institutionalisierte und/oder informelle), das entspricht rund 3 Mio. Personen. Sie haben dafür im Durchschnitt 4,1 Stunden pro Woche unbezahlt gearbeitet.

Die Freiwilligenarbeit umfasst unbezahlte Tätigkeiten für eine Organisation, einen Verein oder eine öffentliche Institution (= institutionalisierte Freiwilligenarbeit) und unbezahlte Hilfeleistungen aus persönlicher Initiative für Personen, die nicht im selben Haushalt leben (= informelle Freiwilligenarbeit).

Zeitaufwand für Erwerbsarbeit, Haus- und Familienarbeit sowie Freiwilligenarbeit 2020

(Ständige Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren; in Stunden pro Woche)



Quelle: BFS 2021 SAKE, unbezahlte Arbeit

Die Haus- und Familienarbeit ist für verschiedene Themenbereiche der umfassenden **Wohlfahrtsmessung** von zentraler Bedeutung (z.B. Sozialkapital, unbezahlte Arbeit).

Aus diesen Aktivitäten resultieren Güter und Dienstleistungen, die nicht im BIP enthalten, für eine Gesellschaft aber dennoch wichtig sind wie beispielsweise Mahlzeiten oder handwerkliche Produkte sowie Erziehungs- und Pflegeleistungen. Bei der Haus- und Familienarbeit ist einerseits der Aspekt der geleisteten Arbeiten und des dafür notwendigen Zeitaufwands, andererseits aber auch der Aspekt der empfangenen Leistung und Unterstützung von Bedeutung. Als Element der Wohlfahrtsdimension «Arbeit und Freizeit» hat die Haus- und Familienarbeit auch einen direkten Bezug zur Wohlfahrt. Von Bedeutung ist hier, inwiefern die Haus- und Familienarbeit mit der Erwerbsarbeit, der Freiwilligenarbeit und der Freizeit vereinbar ist.

Im institutionalisierten Bereich engagieren sich Männer hauptsächlich in Sportvereinen (7,0%; Frauen nur 3,1%) und kulturellen Vereinen (4,1%, Frauen 2,9%). Frauen dagegen sind eher in sozial-kreativen Organisationen (3,1%, Männer 1,9%) oder kirchlichen Institutionen aktiv (2,4%, Männer 1,8%).

In Haushalten mit Pflegeaufgaben wird der grösste Teil des zeitlichen Gesamtbedarfs an Langzeitpflege und Betreuung durch unbezahlte «Care-Arbeit» abgedeckt. Aufgrund der demografischen Alterung wird die Bedeutung von Pflege und Betreuung zu Hause in Zukunft nochmals stark zunehmen. Hier führt oft nicht nur die Care-Arbeit, sondern der Care-Bedarf zu finanziellen Problemen, wenn in hohem Mass auch bezahlte Pflege in Anspruch genommen wird, die ebenfalls im Sozialsystem nicht voll abgedeckt ist.

- ▶▶ Je nachdem, ob die unbezahlten Care-Arbeitenden selber im Erwerbsalter oder im Rentenalter stehen und möglicherweise hochbetagt sind, bestehen andere Herausforderungen.

Im Erwerbsalter bedingt das Aufrechterhalten eines eigenen Einkommens die noch weit weniger realisierte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von Angehörigen, die oft nicht allein durch Betreuungsinstitutionen bewerkstelligt werden kann, sondern auch die Möglichkeit von Beurlaubungen voraussetzt. Im Rentenalter ist das eigene Einkommen gesichert, aber der Entlastungsbedarf steigt.

Die informelle Freiwilligenarbeit umfasst hauptsächlich Dienstleistungen für Verwandte und für Bekannte. Dabei engagieren sich Frauen und Männer in ähnlichem Umfang. Wenn es aber um die Betreuung von Enkelkindern geht, engagieren sich Frauen (6,2%) deutlich stärker als Männer (3,0%). Es werden aber nicht nur Enkelkinder, sondern auch Kinder von anderen Verwandten oder Aussenstehenden betreut; ohne die Betreuung allfälliger noch im Haushalt lebender Kinder bildet die Kinderbetreuung den grössten Anteil an informeller Freiwilligenarbeit (Frauen 12,4%, Männer 5,3%).

Beteiligung an Freiwilligenarbeit 2020 in Prozent der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren Quelle: BFS 2021; SAKE; unbezahlte Arbeit					
	informell	Institutionalisiert			Total
		Total	Führungs- aufgaben	Basis- aufgaben	
Frauen	35,4%	13,6%	12,2%	11,5%	42,1%
Männer	29,6%	18,3%	6,7%	12,0%	39,9%
Total	32,5%	15,9%	9,4%	11,8%	41,0%

4.3.4.1 Bürgerdienst für alle

Quelle: Zürcher Oberländer/AvU, 27.04.2022

Das Schweizer Milizsystem ist angeschlagen: Nur jeder fünfte Bürger leistet noch Dienst in der Armee, und auch der Zivilschutz und verschiedene Feuerwehren klagen über Personalmangel. Der Verein «Servicecitoyen.ch» will das Problem für alle Schweizer Bürger/innen lösen. Am 26.06.2022 hat er dazu eine Initiative lanciert.

Der Verein möchte die Bestände in Armee und Zivilschutz sicherstellen, zusätzlich aber auch das Engagement für die Allgemeinheit stärken. Deshalb sollen Männer und Frauen nicht nur im Militär und im Zivilschutz eingesetzt werden, sondern auch in der Feuerwehr, in Vereinen, Heimen, Spitälern oder im Umweltbereich.

Die Idee kommt in der Bevölkerung gut an. Die Wirtschaftsverbände aber, stehen der Idee eines Bürgerdienstes eher kritisch gegenüber. Das VBS (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Sport) sieht es anders. Nach einer Prüfung möglicher Varianten, um die Armee und den Zivilschutz aufzustocken, beschloss es, die Option eines Bürgerdienstes fallen zu lassen. Stattdessen möchte das VBS die Möglichkeit einer Ausweitung der Wehrpflicht auf Frauen und die Zusammenlegung von Zivilschutz und Zivildienst weiterverfolgen.

4.3.5 Entwicklung der privaten Haushaltsbudgets

Quelle: BFS, Haushaltsbudgeterhebung 2021, 27.11.2023

2021 betrug das mittlere verfügbare Einkommen der Privathaushalte der Schweiz pro Monat – d.h. sämtlichen Einkommen des Haushaltes minus obligatorische Transferausgaben (Sozialversicherungen inklusive Krankenversicherung und Steuern) – CHF 6706.– pro Haushalt. Wie 2020 sind die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Konsumausgaben auch 2021 noch spürbar.

Das Haushaltseinkommen hängt stark von der Zusammensetzung des Haushalts ab, vor allem ob darin minderjährige Kinder leben. Andere Einflussfaktoren gelten für die ganze Wohnbevölkerung. Ausländer/innen, Personen mit einem tiefen Bildungsstand oder Personen, die in einem Haushalt mit einem geringen Beschäftigungsgrad leben, verfügen über ein deutlich tieferes Einkommen als die übrige Bevölkerung. Nicht alle Haushalte verfügen jedoch über CHF 6706.– pro Monat. 2021 wiesen rund 60 Prozent aller Haushalte ein verfügbares Einkommen auf, das unter dem schweizerischen Mittelwert lag.

Zusammensetzung des Bruttoeinkommens

Die Erwerbseinkommen bildeten auch 2021 den wichtigsten Pfeiler auf der Einkommenseite des Haushaltsbudgets. Sie machten 72,1 Prozent des Bruttoeinkommens aus. Die Renten und Sozialleistungen stellten mit durchschnittlich 21,5 Prozent die zweitwichtigste Quelle der Haushaltseinkommen dar. Die Erträge aus Vermögen spielten für einen grossen Teil der Haushalte nur eine untergeordnete Rolle (im Mittel 5,2% des Bruttoeinkommens). Überweisungen aus anderen Privathaushalten (z.B. Alimentezahlungen) trugen im Schnitt 1,2 Prozent zum Bruttoeinkommen bei.

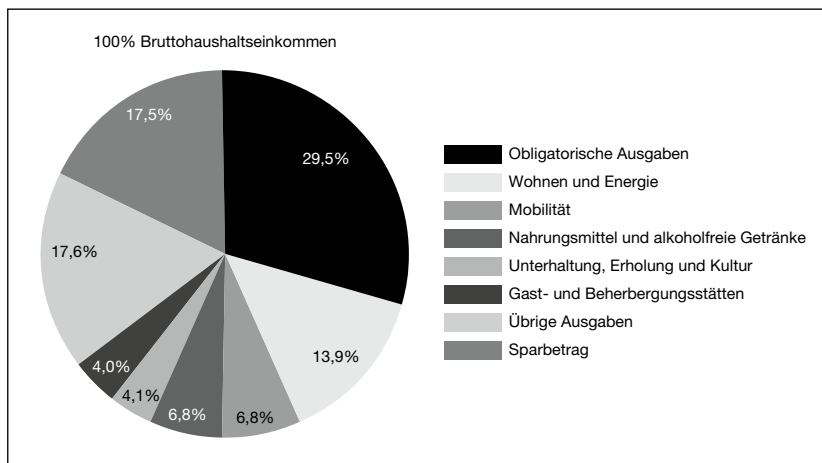
Ausgaben und verfügbares Haushaltseinkommen

Die obligatorischen Ausgaben betragen 2021 rund CHF 3083.– pro Monat, d.h. 31,5 Prozent des Bruttoeinkommens. Unter den obligatorischen Ausgaben bildeten die Steuern mit durchschnittlich 12,3 Prozent des Bruttoeinkommens bzw. CHF 1203.– pro Monat den wichtigsten Posten. Der Rest entfällt auf Sozialversicherungsbeiträge inkl. Krankenkassenprämien und weitere Transferausgaben.

Für Konsumausgaben verwendeten die Haushalte CHF 4648.– pro Monat, d.h. 47,5 Prozent des Bruttoeinkommens. Das sind immer noch deutlich weniger als in den Jahren vor der Covid-19-Pandemie. Dadurch blieb nach allen Ausgaben den privaten Haushalten 2021 ein durchschnittlicher Betrag von CHF 1710.– pro Monat oder 17,5 Prozent des Bruttoeinkommens zum Sparen übrig.

Dennoch konnten auch im 2021 nicht alle Haushalte einen Sparbetrag zur Seite legen. Die Haushalte der untersten Einkommensklasse (mit weniger als CHF 4674.– Franken Bruttoeinkommen) zum Beispiel gaben oft mehr Geld aus, als sie einnahmen. Dieses Ergebnis steht nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem verhältnismässig hohen Anteil von Rentnerhaushalten (61%) in dieser Klasse, in denen der Vermögensverzehr einen Teil des Haushaltsbudgets finanziert.

Zusammensetzung des durchschnittlichen Haushaltsbudgets 2021



Quelle: BFS 27.11.2023

4.3.6 Verstärkte Förderung des inländischen Arbeitskräftepotenzials

Wissensträger vieler Unternehmen gehen in den kommenden Jahren in Pension. Daher ist jetzt dringend an der Zeit, als Führungskraft zu reagieren und sich den unschätzbaren Erfahrungsschatz dieser Mitarbeitenden zu sichern. Denn der Fachkräftemangel wird sich ab 2023 noch zuspitzen.

Der Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften wird in den kommenden Jahren weiter steigen. Gleichzeitig verschärft der demografische Wandel den Wettbewerb um diese Fachkräfte. Deshalb hat der Bundesrat im Mai 2019 eine Reihe von Massnahmen zur Förderung des inländischen Arbeitskräftepotenzials beschlossen. Sie zielen darauf ab, die Konkurrenzfähigkeit von älteren Arbeitskräften zu sichern, schwer vermittelbaren Stellensuchenden den Schritt in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen und in der Schweiz lebende Ausländer besser in diesen zu integrieren.

In der Schweiz werden in 15 Jahren (2035) voraussichtlich auf 100 Erwerbspersonen über 50 Personen im Rentenalter kommen. Dadurch werden qualifizierte Arbeitskräfte hierzulande zunehmend knapp. Weil sich die Bevölkerungsstruktur auch in vielen anderen Staaten ähnlich entwickelt, nimmt der Wettbewerb um Fachkräfte auch auf internationaler Ebene zu. Die Personenfreizügigkeit ist zentral für die Schweiz, um Fachkräfte auch im Ausland unbürokratisch rekrutieren zu können, sie soll aber nur so viel Zuwanderung bringen wie erforderlich.

Bund und Kantone haben bereits reagiert und verschiedene Massnahmen in der Bildungs- und der Arbeitsmarktpolitik beschlossen. So soll das inländische Potenzial an Arbeitskräften mit der Stellenmeldepflicht oder einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie besser genutzt werden.

4.3.6.1 Konkurrenzfähigkeit von älteren Arbeitskräften sichern

Für über 50-jährige Personen, die ihre Arbeit verlieren, ist es oft schwierig, eine neue Stelle zu finden. Mit vier gezielten Massnahmen im Bereich der Vermittlung sowie der Aus- und Weiterbildung will der Bundesrat die Konkurrenzfähigkeit dieser Personen im Arbeitsmarkt erhöhen und die Wiedereingliederung erleichtern:

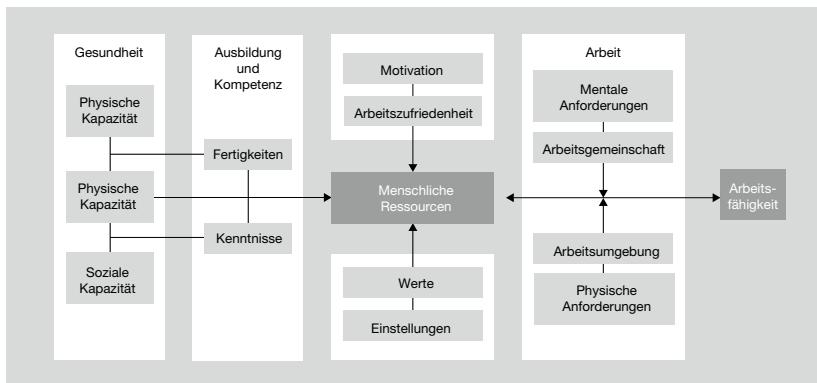
- ▶ Kostenlose Standortbestimmung, Potenzialanalyse und Laufbahnberatung für Arbeitnehmende über 40 Jahren;
- ▶ Aus- und Weiterbildungen sollen konsequenter angerechnet werden können als heute;
- ▶ Schwer vermittelbaren, älteren Arbeitslosen soll die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt mittels eines Impulsprogramms ermöglicht werden (Beratungsangebot der RAV – regionalen Arbeitsvermittlungszentren – soll dazu ausgebaut und verbessert werden); vgl. Kapitel VIII ALV; 12.2.2;
- ▶ Der Zugang von ausgesteuerten über 60-jährigen Personen zu Bildungs- und Beschäftigungsmassnahmen soll erleichtert werden.

Zudem erhalten Personen, die ab Alter 60 von der Arbeitslosenversicherung ausgesteuert werden, bis zum Erreichen des AHV-Renteneintrittsalters (Referenzalter) eine Überbrückungsleistung. Wenn ihnen trotz arbeitsmarktlischer Massnahmen kein Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gelingt, sollen die Überbrückungsleistungen einen gesicherten Übergang in die Pensionierung ermöglichen und so die Sozialhilfeabhängigkeit der Betroffenen verhindern (Details vgl. Kapitel VI).

4.3.6.2 Diversity

Noch immer ist – auch unter Vorgesetzten und HR-Fachleuten – die Fehlmeinung verbreitet, dass die Leistungsfähigkeit altersabhängig sei und insgesamt stetig abnehme. Dies ist ein wesentlicher Grund für die aktuelle Diskriminierung älterer Arbeitnehmender. Der altersbedingte Leistungswandel verläuft individuell sehr unterschiedlich. Viele Leistungsvoraussetzungen sind in hohem Mass von den Arbeitsbedingungen abhängig, denen eine Person während ihres Arbeitslebens ausgesetzt war. Durch eine gezielte Förderung können Funktionen erhalten und nach einer Schwächung wieder gestärkt werden.

Arbeitsfähigkeit als Verhältnis der persönlichen Ressourcen zur Arbeitsanforderung



Quelle: Ilmarinen (1999)/Die Volkswirtschaft

Die Praxis in den Unternehmen lehrt uns, dass Teams dann besonders erfolgreich sind, wenn sie mit Frauen und Männern aus unterschiedlichen Persönlichkeiten, Alterstypen, Mentalitäten, Nationen und Altersklassen zusammengesetzt sind. Dies gilt auch für den Kontakt mit Kunden und Geschäftspartnern. Gerade im Dienstleistungssektor fühlen sich ältere Kunden von gleichaltrigen besser verstanden und beraten als von ganz jungen Mitarbeitenden.

Von grösster Bedeutung ist die Akzeptanz und die Integration älterer Mitarbeitender in Teams. Sie muss von Mitarbeitergruppen auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Instrumenten/Massnahmen erreicht werden.

- ▶ Altersgerechte und ganzheitliche Weiterbildungsangebote
- ▶ Individuelle Förderung älterer Mitarbeitender mit Einzelcoachings
- ▶ Bewusste Zusammenstellung und Förderung altersgemischter Teams
- ▶ Anforderungsprofile und Neuausrichtungen in der Personalrekrutierung
- ▶ Individuelle und altersgerechte Gesundheitsförderung
- ▶ Motivations- und Anreizsystem zur Wissens- und Erfahrungsweitergabe
- ▶ Spezifische Arbeitszeitmodelle und Massnahmen zur Arbeitsergonomie
- ▶ Instrumente zum Erfahrungs- und Know-how-Transfer
- ▶ Schulung, Training und Sensibilisierung der Führungskräfte
- ▶ Altersspezifische Mitarbeiterbindungs-Massnahmen

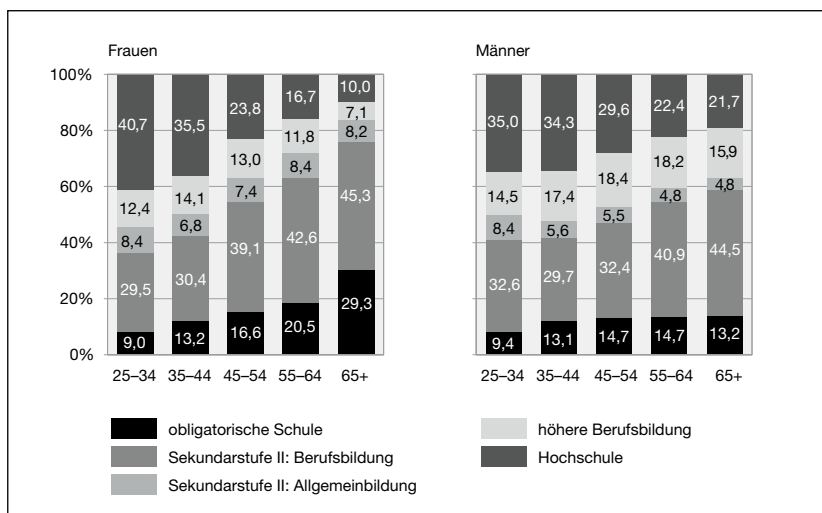
Die Berufserfahrung älterer Mitarbeitender ist von unschätzbarem Wert; dies vor allem in Bezug auf Problemlösungen, Abläufe und vielem mehr, wo sie wertvollen Input und eine Ergänzung zu jüngeren Mitarbeitenden bringen. Es sind vor allem breit gefächerte und praxisnahe Erfahrungen und das angesammelte Know-how, die wesentlich zur Förderung des Leistungspotenzials beitragen. Manche ältere Mitarbeitende – vor allem auch unter den Führungskräften – können zu Mentoren und Coaches für die Förderung und Betreuung von Nachwuchskräften aufgebaut und als solche eingesetzt werden.

4.3.6.3 Lebenslanges Lernen

Die Bedeutung von Bildung als einer wichtigen Einflussgrösse auf die individuelle und die kollektive Wohlfahrt ist unbestritten. Die Bildungsunterschiede zwischen den Geschlechtern haben im Lauf der Zeit abgenommen. Der Anteil von Personen ohne nachobligatorische Bildung ist zurückgegangen. Es sind insbesondere die Frauen, die heute häufiger als früher eine höhere Berufsbildung haben. Unter den Männern und den Frauen hat der Anteil von Personen mit Hochschulbildung deutlich zugenommen. In der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen ist der Anteil Frauen mit einem Abschluss einer Fachhochschule oder einer universitären Hochschule höher als jener der Männer.

Bildungsstand der Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2022

In Prozent der ständigen Schweizer Wohnbevölkerung ab 25 Jahren



Quelle: BFS 2023 – SAKE

Die Integration in den Arbeitsmarkt ist in einer erwerbsorientierten Gesellschaft zentral für die gesellschaftliche Teilhabe. In den Wissens- und Informationsgesellschaften kommt der Bildung eine immer grössere Bedeutung zu. Die durch die Bildung vermittelten Qualifikationen, Kenntnisse und Fähigkeiten werden zu einer wichtigen Komponente der Lebensqualität, die es dem Menschen ermöglicht, sich an die sich im ständigen Wandel befindlichen Lebensbedingungen anzupassen. Die zunehmend wissensbasierten Gesellschaften und Volkswirtschaften verlangen nach einem Bildungssystem, das dem Einzelnen einen Grundstock an Qualifikationen und Kenntnissen mitgibt, der diese neuen Anforderungen erfüllt.

Weil diese Kenntnisse durch den rasanten technologischen Fortschritt immer rascher veralten, muss das Bildungssystem Jugendliche und junge Erwachsene überdies zu kontinuierlicher Weiterbildung befähigen und motivieren. Diese Anreize müssen auf alle Kreise der Bevölkerung ausgedehnt werden – speziell auf ältere Personen, Frauen und Zugewanderte –, weil die Erneuerung der Erwerbsbevölkerung allein durch neue Generationen gut ausgebildeter junger Menschen gemäss den demografischen Perspektiven nicht mehr gewährleistet ist.

Rege Beteiligung an Weiterbildung

Die Bevölkerung der Schweiz im Alter von 25 bis 75 Jahren beteiligt sich rege an der Weiterbildung. Laut SVEB (Schweizerischer Verband für Weiterbildung, der sich auf Daten des BFS stützt – die alle fünf Jahre erhoben werden) ist die Beteiligung zwischen 2011 und 2016 um 4 auf 62 Prozent gestiegen. Die Quote der 25- bis 34-Jährigen nimmt mit 76 Prozent am häufigsten an Weiterbildungen teil. Die Quote sinkt mit zunehmendem Alter, am stärksten ab Alter 65.

Die Beteiligung an einer Weiterbildung hängt mit der Ausbildung der Personen zusammen. Die Teilhabe an Weiterbildung hängt stark vom Bildungsniveau ab. Während 2016 von der Gruppe mit obligatorischem Schulabschluss 40 Prozent eine Weiterbildung besuchten, waren unter der Gruppe mit Tertiärabschluss (Hochschule) 81 Prozent.

Anmerkung der Autorin: Pandemiebedingt sind keine relevanten neueren Erhebungen vorhanden.

4.3.7 Vier Alter

Die westliche Gesellschaft kennt ursprünglich drei Lebensabschnitte: Kindheit/Jugend, Erwerbstätigkeit und Alter. Durch die in den letzten 50 Jahren markant gestiegene Lebenserwartung ist nach dem Rücktritt aus dem Erwerbsleben um die 65 Jahre eine neue Phase mit rund zwölf Jahren in relativ guter Gesundheit gekommen. Die Gerontologen unterscheiden heute vier Lebensabschnitte: Kindheit/Jugend, Erwerbstätigkeit, Jungrentner/innen und Hochbetagte.

Unsere Sozialversicherungen sind nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden. Seither hat sich vieles verändert, mit Gewinnern und Verlierern. Die veränderten Lebens- und Arbeitsformen, die zunehmende Individualisierung und Alterung der Wohnbevölkerung bringen andere und teilweise neue Bedürfnisse nach sozialer Sicherung mit sich. Das Augenmerk wird meist auf wirtschaftliche Bedürfnisse gerichtet. Diese Optik ist so einseitig wie begreiflich.

In einer realistischen Lagebeurteilung ist davon auszugehen, dass die AHV- und Pensionskassenrenten nicht zur Fortsetzung der Lebenshaltung in angemessener Weise reichen werden. Mindestens ein Drittel der hierfür benötigten Einkünfte fehlt (vgl. nachstehend 5.3.2).

Die finanziellen Rahmenbedingungen sind aber nur ein – wenn auch zentraler – Aspekt der Altersvorsorge. Heute können wir davon ausgehen, dass uns im Zeitpunkt der Pensionierung durchschnittlich zwölf oder gar mehr Jahre bei relativ guter Gesundheit bleiben. Somit liegt die Übersiedlung ins Alters-/Pfleheim noch in weiter Ferne. Trotzdem wird mit der Pensionierung das Gehabte infrage gestellt. Das Selbstwertgefühl, das Beziehungsnetz, die Freizeitgestaltung; dies alles ist auf das Erwerbsleben ausgerichtet.

Neue Strukturen sind gefragt. Wo will man sich niederlassen, welches Umfeld ist einem wichtig, ist ein adäquates Angebot von Freizeit-, kulturellen und Wellness-Aktivitäten für ältere Menschen vorhanden? Vorsorgeplanung darf sich nicht nur auf finanzielle Aspekte beschränken, sondern muss auch die Belange der Lebensqualität mit einschliessen! Nicht nur Städteplaner sollten ihr Altersleitbild überdenken.

Was machen wir für die Jungen? Sie sind es, welche die Güter- und Dienstleistungen für die alternde Gesellschaft in ausreichendem Mass und Qualität – zu einem bezahlbaren Preis – herstellen müssen. Dabei gilt es auch ihre Bedürfnisse abzudecken und zu berücksichtigen.

4.3.8 Ethik und Werthaltung

Spätestens seit für die Belange der sozialen Sicherheit zur Verfügung stehende Mittel beschränkt werden müssen, stellt sich die Frage, wie sie verteilt werden sollen. Wie soll die Verteilungsgerechtigkeit gewahrt – welche Leistungen dem Grund- und welche dem Wahlbedarf zugeordnet werden? Ist es einer Schweiz würdig, stets an den sozial Schwachen zu sparen und ihnen die Teilhabe an unserer Gesellschaft zu verunmöglichen (Kürzung des Grundbedarfs in der Sozialhilfe, rigidere Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Einschränkung der Verbilligung der Krankenkassenprämien usw.)?

Dem Entscheid über solche zentralen Fragen steht die Werthaltung der Entscheidungsträger/innen und letztlich der Gesellschaft gegenüber. Dieser Werthaltung liegen in Mitteleuropa christlich-abendländische Traditionen und Motive zugrunde, die auch in die Gesetzgebung (Zivilgesetzbuch usw.) einfließen. Die Werthaltung ist nicht statisch, sondern entwickelt sich mit dem Zeitgeist. So war es noch vor gut dreissig Jahren ein Straftatbestand, wenn ein Paar ohne Trauschein zusammenlebte – heute ist dies nicht mehr verboten und vor allem in städtischen Gebieten gibt es vielfältige Lebensgemeinschaften. Durch den Tourismus, «Gastarbeiter/innen» (Expats) und die Migration kommen Menschen mit anderem religiösem und kulturellem Hintergrund zu uns. Und wieder stellen sich Fragen um unsere Werte und wie weit Toleranz und Integration gehen soll, welche Verträge wir mit welchen ausländischen Staaten eingehen wollen und wie weit Rahmenabkommen dienlich sind.

Auch dessen ungeachtet stellen sich genug Problemstellungen, so z.B. in Bezug auf das Kindeswohl. Sollen einem Kind gegen den Willen der Eltern Bluttransfusionen gegeben werden, wenn es nur so überleben kann? Unter welchen Umständen ist eine Fremdplatzierung eines Kindes angebracht? Wie verhält es sich generell mit der Urteilsfähigkeit – wann und für wie lange ist beispielsweise ein fürsorglicher Freiheitsentzug zu rechtfertigen?

Gerade in medizinischen Belangen, so in der Pränataldiagnostik, spielen ethische Fragen und damit die Werthaltung eine tragende Rolle – dies speziell unter dem Gesichtspunkt der Eugenik (Was ist wertvolles Leben?). In Bezug auf schwere Krankheiten und die anstehende Behandlung haben Angehörige mitzuentcheiden – dies auch dann, wenn seit Jahren untereinander kein Kontakt mehr bestanden hat. Im Zweifelsfall hat die Ethikkommission zu entscheiden. Glücklicherweise, wer da eine Patientenverfügung hinterlegt hat.

Im Gesundheitswesen konnten durch Rationalisierung sinnvolle Einsparungen gemacht werden. Sobald es aber um Rationierung, d.h. den individuellen Zugang zu Ressourcen geht, sperren wir uns gegen eine Einschränkung der Pflichtleistungen. Im Allgemeinen geht es um die Zulassung von Spitälern und deren Angeboten zulasten der sozialen Krankenversicherung. Im individuellen Rahmen stellen sich Fragen in Bezug auf die Kostenübernahme sehr teurer lebensverlängernder Medikamente zulasten der Grundversicherung. Sind

solche generell abzulehnen; wobei dann schnell der Verdacht einer Zweiklassenmedizin aufkommt. Soll die Zuspache altersabhängig sein – oder nach welchen anderen Kriterien erfolgen?

Durch die demografische Entwicklung wird die Zahl Hochbetagter markant zunehmen und mit ihnen die von dementen und gebrechlichen Menschen. Wie kann und soll auf ihre Bedürfnisse und Rechte eingegangen werden? Erste Ansätze dazu finden sich in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (www.samw.ch). Eine andere Frage zielt auf die Betreuung vor dem Tod. Hier wird die nationale Strategie Palliative Care richtungsweisende Anstösse geben ⇒ vgl. nachstehend «Nationale Strategie Palliative Care» und Kapitel X, Absatz 12.2.1.

Es gibt nicht nur in Bezug auf medizinische Aspekte, sondern generell darüber, wie wir mit schwächeren Gliedern unserer Gesellschaft umgehen sollen, Fragen, die in einer breiten Öffentlichkeit diskutiert werden müssen, damit ein landesweiter Konsens möglich wird.

5. Perspektiven

5.1 Das Altern der Gesellschaft verschiebt die Prioritätenordnung

Der demografische Wandel führt zu grundlegenden Umstellungen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge, denn die Proportionen verschieben sich drastisch:

- ▶ zwischen der Erwerbs- und Wohnbevölkerung,
- ▶ zwischen Transferempfangenden und Steuer- sowie Beitragszahlenden,
- ▶ zwischen jungen und älteren Arbeitskräften.

Vom Wandel betroffen ist die ganze Volkswirtschaft:

Die Produktion und die Dienstleistungsmärkte, die sich auf eine andere Kundenschaft mit neuen Präferenzen einstellen müssen (Innovationen im Gesundheitswesen), der Kapitalmarkt, der sich auf ein gewandeltes Sparverhalten und eine veränderte Nachfrage nach Vermögensanlagen einstellen muss, und der Arbeitsmarkt, der längerfristig unter einem Mangel an jungen, qualifizierten Arbeitskräften leiden wird.

Das Altern verschiebt die politische Prioritätenordnung zwischen Arbeitsmarkt ⇔ Ausländerpolitik ⇔ Wirtschaft und Familie ⇔ Ausbildung ⇔ Gesundheit.

Interdisziplinäre Lösungen müssen erarbeitet und ein gesellschaftlicher Lernprozess zum Erkennen und Akzeptieren der grundlegenden Umstellungen eingeleitet werden.

Angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung stellt sich die grundsätzliche Frage, wie die Sozialversicherungen als ganzes System darauf reagieren kann. Der Wandel der Lebens- und Arbeitsformen fordert in Zukunft insgesamt flexiblere, wenn möglich zivilstandsunabhängige Lösungen. Ausserdem stellen sie die Erwerbsarbeit als zentrale Finanzierungsgrundlage infrage.

5.2 Employability und Flexicurity

Bedingt durch die veränderte Bevölkerungsstruktur wird sich die Wertschöpfung (Bruttoinlandprodukt) senken, was teilweise durch eine erhöhte Produk-

tivität kompensiert werden kann. Dazu bedarf es gut ausgebildeter, flexibler Arbeitskräfte, die sich fortwährend weiterbilden. Der stetige Strukturwandel am Arbeitsplatz und die zunehmende Digitalisierung bedingen ein lebenslanges Lernen. Sie beinhalten den Willen der Einzelperson – aber auch die Bereitschaft der Arbeitgeber, ältere Mitarbeitende an Aus- und Weiterbildungsprogrammen teilhaben zu lassen. Employability bedeutet Arbeitsmarktfähigkeit – also fit zu sein und zu bleiben für einen Markt, der in permanenter Bewegung ist und auch noch zyklisch und sehr unsicher daherkommt.

Employability beschreibt eine zukunftsorientierte Form der Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Mitarbeitenden. Aus einem hierarchischen Abhängigkeitsverhältnis, in dem das Unternehmen den Mitarbeitenden klare, planbare Karrierewege aufzeigen konnte und im Gegenzug dafür Loyalität und Identifikation verlangte, wird eine Partnerschaft, in der das Unternehmen Wettbewerbsfähigkeit gegen Eigenverantwortung und Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden tauscht. Auf dieser Basis eröffnet Arbeitsmarktfähigkeit neue Perspektiven, um sich erfolgreich auf dem heutigen Arbeitsmarkt zu bewegen.

Unternehmen richten ihre Strategien immer wieder neu aus: Produktionssteigerungen, Konzentration aufs Kerngeschäft, Outsourcing und globales Optimieren des Standortportfolios. Je nach Bedarf entlassen sie Arbeitskräfte oder stellen neue mit befristeten Arbeitsverhältnissen und Temporärarbeitende ein (externe Flexibilität). Oder die Betriebe stellen die gegebene Belegschaft flexibel ein und entlohnen sie entsprechend (interne Flexibilität). Der Sozialstaat wird als Standortfaktor interpretiert, die soziale Verantwortung der Wirtschaft wird infrage gestellt.

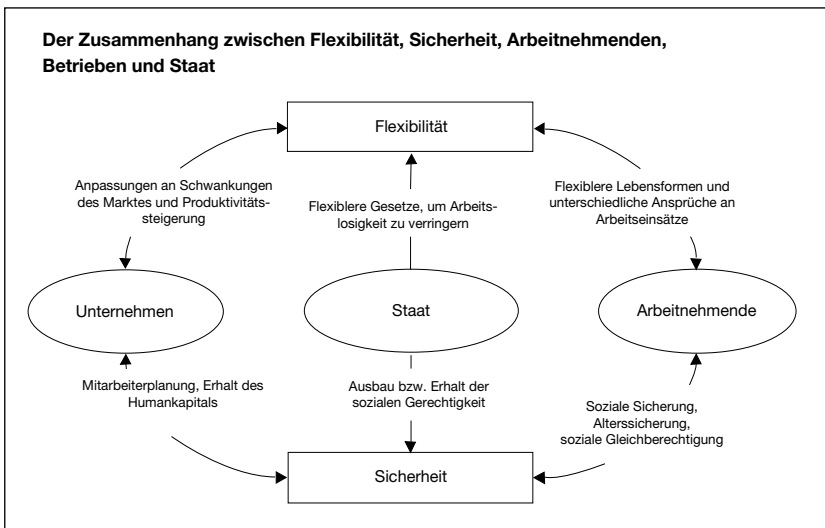
Neu bestimmte soziale Sicherheit

Verschiedene Formen von atypischen Arbeitsverhältnissen (speziell Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverhältnisse) sind weit verbreitet. Die Debatte in der EU zeigte Anfang der 2000er-Jahre, dass die heutigen Sozialversicherungen in vielen europäischen Ländern nur ungenügend auf die zunehmende Flexibilität im Arbeitsmarkt zugeschnitten sind. Beobachtet wurde, dass die rechtliche Absicherung der Arbeitsverhältnisse und die verbundenen Sozialversicherungen schrittweise zurückgenommen werden. Stattdessen wird eine statusunabhängige Grundsicherung auf bescheidenem Niveau (Bedarfsrenten) ausgebaut.

So vermögen sie die soziale Sicherheit der von Arbeitsmarktflexibilisierung Betroffenen nicht gleich gut zu gewährleisten wie diejenige von Arbeitnehmenden in traditionellen Arbeitsverhältnissen. Die zentrale Frage auf der politischen Agenda der Sozialstaaten bleibt eine äusserst komplexe: Wie ist ein flexibler Arbeitsmarkt bei gleichzeitiger guter sozialer Absicherung möglich?

Als Antwort ist ein internationaler Forschungszweig entstanden, der versucht, Flexibilität und soziale Sicherheit sinnvoll zu vereinen. **So entstand aus Flexibility und Security das Kunstwort «Flexicurity».** Der Begriff Flexicurity wurde Mitte der 1990er-Jahre in den Niederlanden geprägt und Ende der Dekade ins politische Programm der EU aufgenommen. Was genau unter Flexicurity zu verstehen sei, wird uneinheitlich definiert. Es sind aber fünf zentrale Elemente, die in allen Umschreibungen den Kern des Flexicurity-Konzepts bilden:

- ▶ Kombination von flexiblem Arbeitsmarkt und sozialer Sicherheit
- ▶ Wichtigkeit der Sozialpartnerschaft: die konkreten länderspezifischen Flexicurity-Politiken müssen von den Sozialpartnern gemeinsam erarbeitet bzw. ausgehandelt werden, damit sie von allen mitgetragen werden
- ▶ Zentrale Funktion von Übergangsarbeitsmärkten
- ▶ Absicherung der Arbeitnehmenden mit unterdurchschnittlichen Arbeitsmarktchancen
- ▶ Hoher Stellenwert der Weiterbildung



Quelle: Tagung der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP) an der FHNW (Hochschule für Soziale Arbeit) vom 19.11.2007

5.2.1 Sicherheit und Flexibilität am Arbeitsmarkt im neuen demografischen Kontext

Die ILO (Internationale Arbeitsorganisation) hat 2013 Richtlinien zur Beschäftigung und zum sozialen Schutz im neuen demografischen Kontext erlassen. Einleitend wird festgehalten, dass jedes Land seinen eigenen Mix grundsatzpolitischer Massnahmen beschliessen muss, der einen fairen Ausgleich zwischen den Interessen der Gesamtgesellschaft und denen einzelner Bevölkerungsgruppen ermöglicht. In alternden Gesellschaften mit schrumpfenden Bevölkerungen im erwerbsfähigen Alter muss zur Bewältigung des Problems einer mangelnden Zahl von Arbeitskräften entweder das Produktivitätswachstum genutzt oder die Erwerbstätigkeit von Bevölkerungsgruppen, die noch nicht vollständig berufstätig sind, gefördert werden.

Mögliche Massnahmen wären

- ▶▶ Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen (durch Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Erleichterung der Karrieremöglichkeiten);
- ▶▶ Erschliessung des Erwerbspotenzials von Menschen mit Behinderung;
- ▶▶ Gegebenenfalls die Migration als Option, um die Abnahme der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in alternden Gesellschaften zu kompensieren;

- ▶ Neue Regelungen für die Bestimmungen des Renteneintrittsalters. Diese Regeln sollten das Verhältnis zwischen der durchschnittlichen Dauer des Ruhestands und des Erwerbslebens unterschiedlicher Bevölkerungs- und Berufsgruppen sowie die jeweiligen gesundheitlichen Befindlichkeiten und Lebenserwartungen dieser Gruppen berücksichtigen.
- ▶ Investitionen in Massnahmen für lebenslanges Lernen zum Erhöhen der Beschäftigungsfähigkeit (Employability), Berufs (Bildung) und Weiterbildung führen zu einer Aufwärtsdynamik zugunsten höherer Produktivität, mehr Beschäftigung, besserer Qualität, Einkommenswachstum und Entwicklung.
- ▶ Anstreben des Gleichgewichts zwischen dem Ziel erschwinglicher Systeme der sozialen Sicherheit und einer angemessenen Leistungshöhe.

5.3 Das Altern der Gesellschaft verschiebt die Prioritätenordnung

Vom Wandel betroffen ist die ganze Volkswirtschaft: Die Produktion und die Dienstleistungsmärkte, die sich auf eine andere Kundschaft mit neuen Präferenzen einstellen müssen (Innovationen im Gesundheitswesen), der Kapitalmarkt, der sich auf ein gewandeltes Sparverhalten und eine veränderte Nachfrage nach Vermögensanlagen einstellen muss, und der Arbeitsmarkt, der längerfristig unter einem Mangel an jungen, qualifizierten Arbeitskräften leiden wird.

Das Altern verschiebt die politische Prioritätenordnung zwischen Arbeitsmarkt ⇔ Ausländerpolitik ⇔ Wirtschaft und Familie ⇔ Ausbildung ⇔ Gesundheit.

Die Studie «demografischer Wandel und dessen Auswirkungen auf die Produktivität und das Wirtschaftswachstum» (Seco November 2019) zeigt, dass Beziehung zwischen der Altersstruktur und dem Wohlstandsniveau eines Landes besteht. Während ein höherer Anteil von Personen im erwerbsfähigen Alter mit einem höheren Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner/in assoziiert ist, geht ein höherer Anteil von Jugendlichen oder älteren Personen mit einem niedrigeren BIP pro Einwohner einher. Darüber hinaus legen die Schätzungen nahe, dass die Altersstruktur nicht nur über den Arbeitseinsatzkanal wirkt, sondern auch die Arbeitsproduktivität beeinflusst.

Schreibt man diese historischen Zusammenhänge in die Zukunft fort, ergibt sich, dass der demografische Wandel das Wirtschaftswachstum in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten deutlich dämpfen wird, und diese demografischen Trends können nur zu einem geringen Teil durch Einwanderung abgeschwächt werden.

Die Effekte sind dabei insbesondere in den kommenden Jahren stark, wenn die geburtenstarken Babyboomer in Rente gehen. In diesem Zeitraum könnte sich das Wirtschaftswachstum unter bestimmten Annahmen demografiebedingt sogar halbieren.

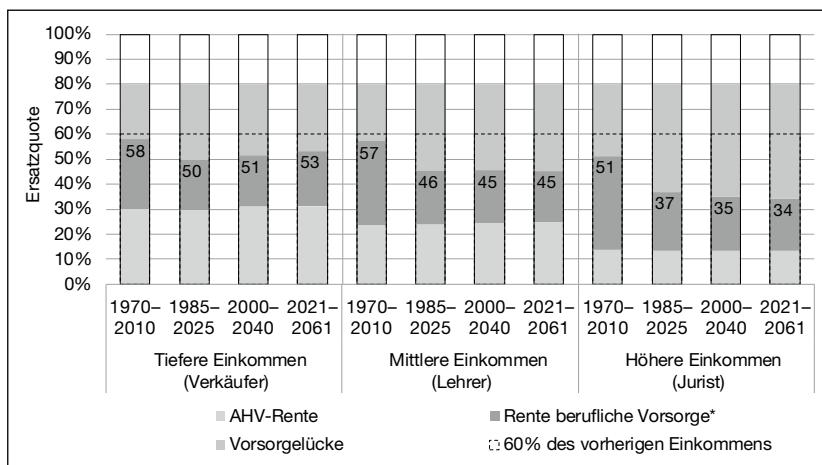
Die Folgen der demografischen Alterung weisen aber nicht nur nationale, sondern auch internationale Aspekte auf. Die «Generationenlücke» wird etwa 2060 überwunden sein. Welche Immigrationsströme herrschen dann vor? Wie werden sich der unausgeglichene globalisierte Markt und vor allem die Finanzsysteme behaupten?

5.3.1 Die Renten der künftigen Generationen sinken markant

Heutige Rentner/innen profitieren von den hohen Renditen der vergangenen Jahrzehnte und von – aus aktueller versicherungstechnischer Sicht – zu hohen Umwandlungssätzen. Die derzeit tiefen Zinsen bremsen hingegen den Vermögensaufbau der Erwerbstätigen. Zudem werden deren Altersguthaben seit Jahren geringer verzinst als jene der Rentenbeziehenden; denn nur so können die überhöhten Rentenversprechen an die Rentner finanziert werden. Auch die Rentenumwandlungssätze sinken inzwischen auf breiter Front.

Die Pensionskassenstudie der Crédit Suisse 2019 zeigt, dass die Ersatzquote aus Leistungen der 1. und der 2. Säule stetig sinkt. Während im Jahr 2010 frisch Pensionierte noch mit einem Renteneinkommen von 57 Prozent des letztverscherten Verdienstes rechnen konnten, werden es für im Jahr 2025 frisch Pensionierte nur noch 46 Prozent sein. Für hohe Einkommen wird die Ersatzquote sogar von (2010) 52 Prozent auf 37 Prozent im Jahr 2025 fallen.

Ohne Gegenmassnahmen werden die Ersatzquoten deutlich sinken



Quelle: CS Pensionskassenstudie, Okt. 2019, Seite 17.

Rentenbezüge aus der 1. und 2. Säule im Verhältnis zum letzten Einkommen im Generationenvergleich für verschiedene Einkommenssegmente.

* Für die Berechnung der Rente der beruflichen Vorsorge wurden zum Pensionierungszeitpunkt für tiefe Einkommen ein Mindestumwandlungssatz von 7,0% im Jahr 2010 und 6,0 ab 2021 angenommen. Für mittlere und hohe Einkommen wurde mit einem Umwandlungssatz von 6,74% (2010) und 5,36% (2025), 5,09% (2040) und 4,70% (2061) gerechnet.

Doch auch die realen Renten sinken, da die Pensionskassen finanziell kaum in der Lage sein werden, einen Teuerungsausgleich zu gewähren. Für heutige Rentenbeziehende ist dies nicht so arg, weil die Inflation Jahre lang sehr tief war. Mit einer Inflation von 0 Prozent sinkt die Kaufkraft der Renten innerhalb von zehn Jahren um knapp 5,0 Prozent. Mit einer Inflationsrate von 2,0 Prozent im Jahr, sinkt die Kaufkraft während zehn Jahren um 18 Prozent.

- ▶ Während heutige Rentner/innen von einer abnehmenden Teuerung profitieren, droht künftigen Generationen in einem ungünstigen Szenario nicht nur – wie aufgezeigt – eine im Generationenvergleich bereits tiefere Tendenz, sondern zusätzlich noch ein höherer Kaufkraftverlust.

Zum Erhalt des Leistungsniveaus muss das System der Altersvorsorge dringend reformiert und dessen Nachhaltigkeit langfristig gesichert werden. Zukünftigen Rentnern stehen aber bereits heute verschiedene Massnahmen zur Verfügung, um ihren Ruhestand zu sichern. Die Reform AHV 21 und angestossenen Reform der beruflichen Vorsorge, bringen auf kurze Sicht kosmetische Verbesserungen. Um die Altersvorsorge auch für künftige Generationen auf einem anspruchsvollen Niveau erhalten zu können, braucht es mehr (da ist die Chirurgie gefragt).

5.3.2 Reform der Altersvorsorge

Wie weiter mit der Reform der Altersvorsorge?

Unser Drei-Säulen-System der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge von 1972/1985 hat sich bewährt und ist noch heute in seiner Konzeption mustergültig. Weil wir es aber wider besseren Wissens geflissentlichst unterlassen haben, diese an die aktuelle demografische und wirtschaftliche Lage anzupassen, rutschen wir damit im internationalen Rating und zu Hause im Geldbeutel immer weiter zurück. Gut, Probleme lassen sich aussitzen. Aber, es dauert noch gut 35 Jahre bis die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge in die ewigen Jagdgründe abgehen. Was machen wir so lange?

Nachdem die «Reform Altersvorsorge 2020» im September 2017 durch Volk und Stände an der Urne verworfen wurde, hat der Bundesrat Ende Dezember 2017 die übergeordneten Ziele einer neuen Reform der Altersvorsorge definiert. Dabei muss das Rentenniveau erhalten bleiben und die Finanzierung der Altersvorsorge mittelfristig gesichert werden. Dazu sollen die AHV und die berufliche Vorsorge separat reformiert werden, mit je einem eigenen Zeitplan.

5.3.2.1 1. Säule, AHV

Am 25. September 2022 wurde die AHV-Reform 21 mit einem Überschuss von 31 189 Ja-Stimmen (50,55% bzw. 1 442 553 Ja) von elf Kantonen und fünf Halbkantonen angenommen. Die Zusatzfinanzierung durch die Mehrwertsteuer wurde von 15 Kantonen und allen sechs Halbkantonen mit einem Mehr von 55,07 Prozent Ja-Stimmen gutgeheissen. Dies mit einer erfreulichen Stimmbeteiligung von 52,2 Prozent. Die AHV-Reform 21 tritt in drei Schritten ab 2024 in Kraft (vgl. 2.2.2.82).

5.3.2.11 Hinterlassenenrenten der AHV

Nachdem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) mit Urteil vom 11. Oktober 2022 klargestellt hat, dass es keinen sachlichen Grund gibt, weshalb Witwer und Witwen unterschiedlich behandelt werden sollten, muss das AHV-Gesetz diesbezüglich revidiert werden.

Im Dezember 2023 hat der Bundesrat per 29. März 2024 die Vernehmlassung zur AHV-Teilrevision eröffnet:

- ▶ Witwen- und Witwerrenten richten sich nach der Betreuungs- und Erziehungszeit, dies unabhängig vom Zivilstand der Eltern. Die Rente wird bis maximal zum 25. Altersjahr des (jüngsten) Kindes ausbezahlt.
- ▶ Ausnahme: länger, wenn behindertes Kind mit Anspruch BGS
- ▶ Der Anspruch dauert längstens bis zum Erreichen des Referenzalters

- ▶ Wenn Witwen/Witwer für keine unterhaltsberechtigten Kindern mehr aufkommen müssen, wird während 2 Jahren eine (Übergangs-)Rente ausgerichtet (sofern eine Unterhaltspflicht bestanden hat).
- ▶ Die Renten für Witwen/Witwer unter 55-Jahren werden aufgehoben.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung ist noch nichts zum weiteren Vorgehen bekannt.

5.3.2.12 Finanzierung der 13. AHV-Rente

Am 3. März 2024 wurde erstmals eine Volksinitiative der Linken zur Verbesserung der AHV-Renten angenommen. Eine Mehrheit von 58,25 Prozent (Stimmbeteiligung 58,3%) hat für das Ausrichten einer 13. AHV-Rente gestimmt. Dies, obwohl die Vorlage nichts über die Finanzierung aussagte.

Die 13. AHV-Monatsrente muss ab 2026 ausgerichtet werden, was zusätzliche Ausgaben von 4,2 Mrd. Franken verursachen wird. Ob und zu welchem Zeitpunkt die 13. AHV-Rente ausgerichtet wird (evtl. anteilmässig zu jeder monatlichen Rente), steht zur Zeit der Drucklegung noch offen.

Der Bundesrat hat sich Ende März 2024 auf zwei Varianten zur Deckung dieser Mehrausgaben verständigt:

Variante 1 sieht eine Finanzierung ausschliesslich über eine Erhöhung der Lohnbeiträge vor. Die Erhöhung der Lohnbeiträge würde 0,8 Prozentpunkte betragen (statt 8,7 neu 9,5%; mit IV/EO statt 10,6 neu 11,4%).

Variante 2 umfasst eine kombinierte Erhöhung von Lohnbeiträgen und Mehrwertsteuer. Damit will der Bundesrat verhindern, dass die Finanzen der AHV sich rasch verschlechtern.

Um eine zusätzliche Belastung der Bundesfinanzen zu vermeiden, soll zudem der Bundesbeitrag temporär reduziert werden.

5.3.2.13 Heiratsstrafe in der AHV minimieren oder eliminieren

Dass das 1948 eingeführte AHV-Gesetz nicht mehr in allen Bereichen zeitgemäss ist, zeigt sich nicht nur in Bezug auf Witwen- und Witwerrenten.

Zwei Ehegatten im Rentenalter erhalten nur 150 Prozent Rente, während Konkubinatspaare in der Regel auf 200 Prozent kommen. Im Extremfall gehen Ehepaare so pro Monat CHF 1225.– verlustig.

Die Mitte will die Heiratsstrafe der AHV mindern oder ganz abschaffen.

(Im Gegenzug müssten dann wohl nichterwerbstätige Ehegatten Beiträge entrichten).

5.3.2.14 Keine Kinderrenten mehr zu den Altersrenten aus 1. und 2. Säule

Altersrentenbeziehende der 1. und 2. Säule sollen für ihre Kinder (18/25) keine Kinderrente mehr erhalten. Der Vorstoss des Nationalrats geht Mitte März 2024 an den Ständerat.

Gemäss Motionstext soll die Abschaffung der Alterskinderrenten in der AHV und der beruflichen Vorsorge mit einer gleichzeitigen Erhöhung der Ergänzungsleistungen für Eltern mit Unterhaltspflichten einhergehen. Waisenrenten und Kinderrenten zur Invalidenrente sowie deren weitere Auszahlung im AHV-Alter sollen hingegen nicht angetastet werden.

Bereits laufende Alterskinderrenten sind nach Meinung der Mehrheit zudem bis zum Ende der Anspruchsvoraussetzungen weiter auszurichten.

5.3.2.2 2. Säule berufliche Vorsorge, BVG-Reform 2022

In der Frühjahrssession 2023 wurde die BVG-Reform nach zähem Ringen von den eidg. Räten abgenommen. Gegen die Reform wurde mit Erfolg das Referendum ergriffen und zu Stande gekommen. Am 22. September 2024 wird darüber abgestimmt.

Die 2. Säule unseres Drei-Säulen-Konzepts der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge beruht auf dem Kapitaldeckungsverfahren, einem kontinuierlichen Sparprozess (Beiträge der Versicherten, des Arbeitgebers und Zinsen). Durch die steigende Lebenserwartung und Schwankungen in den Finanzmärkten sind die Renten der beruflichen Vorsorge seit längerer Zeit unter Druck geraten. Es ist zu einer systemfremden Umverteilung von Aktiven zu Rentenbeziehenden gekommen. Dies soll mit der BVG-Reform verhindert und zudem sollen Arbeitsnehmende mit tiefen Löhnen sowie Teilzeiterwerbstätige besser versichert werden.

BVG-Normversicherung (Obligatorium)		
Parameter	BVG heute	BVG 21
Beginn Alterssparen	ab Alter 25	ab Alter 25
Staffelung Altersgutschriften	7/10/15/18	9/9/14/14
Rentenumwandlungssatz im Schlussalter	6,8%	6,0%
Eintrittsschwelle (Jahr)	CHF 22 050.–	CHF 19 845.–
Koordinationsabzug	CHF 25 725.–	20% des AHV-pflichtigen Lohnes (max. CHF 17 640.–)

Auch umhüllende Vorsorgeeinrichtungen werden von der BVG-Reform betroffen: Durch das Anpassen der Eintrittsschwelle werden (gemäss Schätzung des Bundesamts für Sozialversicherungen im Jahr 2019) rund 70 000 Arbeitnehmende, die vorher nicht versichert waren, neu zu versichern sein. Je nach Vorsorgeplan der umhüllenden Vorsorgeeinrichtung kann die Reform auch eine Anpassung des Koordinationsabzugs erfordern; denn neu werden rund 30 000 Arbeitnehmende mit einem höheren Lohn zu versichern sein.

Verstärkung des Sparprozesses

Nach wie vor sind Arbeitnehmende ab 1. Januar des 18. Altersjahres erst für die Risiken Invalidität und Tod zu versichern, sofern sie einen Jahreslohn von mehr als CHF 19 845.– haben. Das Alterssparen beginnt (wie gehabt) erst mit **Alter 25. Zu versichern sind künftig 80 Prozent des Jahreslohnes bis CHF 88 200.– (versicherter Verdienst = koordinierter Lohn).**

Die Altersgutschriften werden gegenüber heute neu gestaffelt. Fürs Alterssparen betragen sie von 25. bis 44. Altersjahr 9,0 Prozent und vom 45. Altersjahr bis zum Referenzalter 14,0 Prozent.

Präzisierungen gibt es betreffend Selbständigerwerbende und vom Arbeitgeber ab Alter 58 gekündigte Arbeitnehmende. Selbständigerwerbende können sich in der Vorsorgeeinrichtung ihres Berufes, der Vorsorgeeinrichtung ihrer Arbeitgeber oder in einer anderen Vorsorgeeinrichtung – die dies in ihrem Reglement vorsieht – versichern.

Senkung des Umwandlungssatzes und Rentenzuschlag

Der Mindestumwandlungssatz beträgt mit Erreichen des Referenzalters (Alter 65) 6,0 Prozent. Die Mindestumwandlungssätze im Fall eines Rentenvorbezugs oder -aufschubs wird vom Bundesrat in der Verordnung geregelt.

Um den mit der Senkung des Umwandlungssatzes verbundenen Leistungsabbau aufzufangen, erhält die Übergangsgeneration – d.h. die ersten 15 Jahrgänge nach Inkrafttreten der Reform – einen Rentenzuschlag. Dessen Umfang ist abhängig vom Geburtsjahr und von der Höhe des Vorsorgeguthabens.

Anspruch auf einen Zuschlag zur Altersrente haben Personen der Übergangsgeneration, die (alle Punkte müssen erfüllt sein):

- ▶ mit Beginn des Rentenbezugs in einer Vorsorgeeinrichtung versichert sind,
- ▶ das Mindestalter für den Vorbezug der AHV-Altersrente erreicht haben,
- ▶ während mindestens 15 Jahren als Arbeitnehmer/in versichert waren (gilt auch für freiwillig versicherte Selbständigerwerbende und freiwillig versicherte Arbeitnehmende),
- ▶ mindestens 50 Prozent der Altersleistung als Rente beziehen.
- ▶ Zudem darf ihr Vorsorgeguthaben mit Geltendmachen des Rentenanspruchs nicht höher sein als CHF 220 500.– (2,5-facher oberer Grenzbeitrag). Wenn dieser Grenzwert überstiegen wird, aber unter CHF 441 000.– liegt, reduziert sich der Rentenzuschlag. Auf jeden Fall werden in den letzten 20 Jahren vor der Rentenanmeldung getätigte Vorbezüge für Wohneigentum ans massgebliche Altersguthaben angerechnet.

Rentenzuschlag für Übergangsgeneration			
	Vorsorgeguthaben bis CHF 220 500.–	Vorsorgeguthaben zw. CHF 220 501.– und 441 000.–	Vorsorgeguthaben ab CHF 441 001.–
Erste 5 Jahrgänge	mtl. CHF 200.–	degressiv gestaffelter Betrag	mtl. CHF 0.–
Mittlere 5 Jahrgänge	mtl. CHF 150.–		mtl. CHF 0.–
Letzte 5 Jahrgänge	mtl. CHF 100.–		mtl. CHF 0.–
Rund ¼ der Versicherten haben ein Vorsorgeguthaben bis CHF 220 500.–; ½ ein solches über CHF 441 000.–			

Wer die Altersrente vorbezieht, erfährt eine Kürzung des Rentenzuschlags. Die entsprechenden Regelungen finden sich (später) in der Verordnung.

Auch Versicherte, die eine Invalidenrente beziehen, haben – sofern sie die in der Aufzählung erwähnten Kriterien erfüllen – Anspruch auf einen Rentenzuschlag. Teilinvalide mit einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent haben Anspruch auf den halbe, solche ab einem Invaliditätsgrad von 60 Prozent auf den ganzen Zuschlag.

Die Vorsorgeeinrichtung finanziert den Rentenzuschlag im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs.

Der Sicherheitsfonds leistet Zuschüsse an die Vorsorgeeinrichtungen zur teilweisen Finanzierung der Einlagen. Der Zuschuss für eine Einlage berechnet sich aus der Differenz zwischen der Summe der Rente und Zuschlag und der reglementarischen Alters- oder Invalidenrente; bzw. wenn höher, der aus dem Altersguthaben mit Umwandlungssatz 6,8 Prozent entstehenden Rente.

Dafür erhebt der Sicherheitsfonds von den dem FZG unterstellten Vorsorgeeinrichtungen einen Beitrag. Im Jahr nach dem Inkrafttreten sind dies 0,24 Prozent (der 80% der massgebenden Löhne nach AHVG – dies bis CHF 176 400.–). Im Gegenzug entfallen die Zuschüsse für die ungünstige Altersstruktur.

5.3.2.3 3. Säule, private Vorsorge

Der Bundesrat hat im November 2023 auf Grund einer parlamentarischen Motion einen Vorschlag (Anpassung BVV3) zur Einführung von Einkäufen in die Säule 3a publiziert. Damit sollen Personen, welche in früheren Jahren nicht die Maximalbeiträge in die Säule 3a einzahlen konnten, neu die Möglichkeit erhalten, Beitragslücken durch spätere Einkäufe (3a-Einkauf) zu schliessen. Solche Einkäufe sollen zusätzlich vollumfänglich vom steuerbaren Einkommen abgezogen werden können. Die Inkraftsetzung dieser Änderung ist frühestens per 01.01.2025 geplant.

5.3.2.4 Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter

Quelle: Maja Nagel Dettling, Stiftungsrätin Paul Schiller Stiftung; UBA Mitgliederversammlung vom 27.04.2022

Neben der Finanzierung der Altersvorsorge ist die Betreuung und Pflege das zentrale Thema der Alterspolitik in der Schweiz. Letzteres wurde bisher kaum beachtet, obwohl 472 000 Menschen (5,4%) der Wohnbevölkerung über 80-jährig sind. 2050 wird jede zehnte Person in der Schweiz über 80 Jahre alt sein. Damit nimmt auch die Anzahl älterer Menschen stark zu, die Betreuung benötigen.

Doch schon heute (2022) sind gute, zeitgemässe Betreuungsangebote noch nicht allen älteren Menschen zugänglich: Entweder weil passende Angebote fehlen oder weil sie nicht bezahlbar sind.

Wir können uns in der Schweiz auf gute Rahmenbedingungen durch verschiedene Sozialversicherungen und ein Netzwerk aus staatlicher Unterstützung sowie professionellen und freiwilligen Tätigkeiten in der Altersarbeit abstützen. Die Betreuung durch Angehörige ist heute breit abgestützt; doch sie wird durch gesellschaftliche Veränderungen zunehmend schwieriger: Die Familienmitglieder leben oft weit entfernt, Frauen sind beruflich stärker engagiert. Neben der familiären gelangt auch die informelle Betreuung durch Nachbarn, Bekannte und Freiwillige an ihre Grenzen. Zudem werden die individuellen Problemlagen der älteren Menschen immer komplexer.

Wer im Alter Betreuung braucht, muss sie selbst organisieren und finanzieren, wenn keine Familienangehörigen zur Verfügung stehen. Viele Menschen können sich das nicht leisten. Daraus ist in den letzten Jahren eine erste politische Debatte entstanden. Inzwischen steigt die Brisanz: Wie können ältere

fragile Menschen unabhängig von der Wohnform unterstützt und wie können die Prävention und die Selbstbestimmung gestärkt werden? Wie lassen sich Fehlanreize in den heutigen Systemen beseitigen?

Eine gute Betreuung im Alter ist ein zentrales Bedürfnis unserer Bevölkerung und ein wesentlicher Pfeiler guter Unterstützung im Alter. Sie rückt ins Zentrum der Alterspolitik, wenn wir alte Menschen wirkungsvoll begleiten wollen. Das zeigt sich auch in den vielen Initiativen und Engagements einzelner Personen, Institutionen, Fachverbänden, Gemeinden und Parlamentsmitgliedern.

Mehrkosten

Die Studienergebnisse «Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz» der Paul Schillerstiftung (BSS Basel September 2021) zeigen auf, welche Mehrkosten entstehen, wenn eine bedarfsgerechte gute Betreuung angeboten und allen älteren Menschen zugänglich gemacht würde. Beziffert werden somit die Mehrkosten die zusätzlich zur heute schon geleisteten Betreuung, die von den Betroffenen mehrheitlich selbst bezahlt sind.

- ▶ Schon heute ist der Bedarf an zusätzlicher Betreuung gross. Potenziell fehlt es mehr als 620 000 Menschen über 65 Jahren an Unterstützung.
- ▶ 0,8 – 1,6 Mrd. Franken würde es zusätzlich in einem Jahr kosten, um den Bedarf an guter Betreuung vollständig zu decken.
- ▶ Pro Jahr fehlen rund 20 Mio. Betreuungsstunden, um den effektiven Bedarf älterer Menschen an guter Betreuung zu decken.
- ▶ Der Bedarf wird weiter ansteigen: Der Anteil alter Menschen und die Zahl der Haushalte Alleinstehender nimmt zu. Bis 2050 entstehen jährlich zusätzliche Kosten von bis 4 Mrd. Franken.

5.4 Gesundheit

Die Gesundheitsförderung Schweiz ist an einer Tagung im Frühjahr 2019 der Frage nachgegangen, was «Gesundheit» bedeutet und welches die Folgen für die Praxis sind. Dabei wurden Paradigmen, Begriffe und Modelle von Gesundheit beleuchtet und ihre praktischen Folgen diskutiert.

- ▶▶ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) deklariert: «Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.»
- ▶▶ Die Sozialmedizinische Definition lautet: «Gesundheit ist kein Zustand, sondern ein dynamisches Geschehen; sie ist als optimales Verhältnis eines Individuums zu seiner Umwelt zu betrachten.»
- ▶▶ Eine andere Sichtweise bringt das Meikirch-Modell: «Gesundheit ist ein dynamischer Zustand von Wohlbefinden, der sich in günstigen Wechselwirkungen zwischen den Anforderungen des Lebens, den Potentialen eines Individuums und seinen sozialen- und Umwelt-Determinanten verwirlicht.» (Prof. em. Dr. med. Johannes Bircher).

5.4.1 **Gesundheit2030**

Die gesundheitspolitische Strategie 2020–2030 des Bundesrats konzentriert sich auf die vier dringlichsten Herausforderungen:

- ▶ technologischer und digitaler Wandel
- ▶ demografische und gesellschaftliche Veränderungen
- ▶ Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbare Versorgung
- ▶ Chancen auf ein Leben in Gesundheit

Für die Umsetzung von «Gesundheit 2030» sieht der Bundesrat (BAG) 8 Ziele und 16 Massnahmen vor.

5.4.2 **Zahlreiche Neuerungen in der Krankenversicherung im Jahr 2024**

Während es 2022/23 nur technische Änderungen in den Bereichen Datenschutz/Datenweitergabe, Neugliederung der Artikel bezüglich Zulassung der Leistungsbringer gab, sind 2024 mehrere Neuerungen zu vermelden:

- ▶ Erhöhung der Selbstbehalt für Originalpräparate wurde von 20 auf 40 Prozent erhöht, wenn dafür ein günstigeres Arzneimittel verfügbar wäre. Zudem kam es zu weiteren Anpassungen der KLV (Leistungsverordnung).
- ▶ Eltern haften zukünftig solidarisch für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen für Kinder, die vor der Volljährigkeit geschuldet sind. Versicherungswechsel für volljährig gewordene Kinder sind möglich, auch wenn Ausstände vorhanden sind, die in der Zeit der Minderjährigkeit entstanden sind.
- ▶ Verpflichtung der Leistungserbringer und der Versicherer (oder deren Verbände) zur Einführung eines gemeinsamen Monitorings der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erkläraren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen.
- ▶ Am 22. Dezember 2023 haben die eidgenössischen Räte «EFAS», die Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen aus einer Hand, verabschiedet. Im Akutbereich soll diese Regelung am 1. Januar 2028 in Kraft treten, die Pflegeleistungen sollen vier Jahre später in die einheitliche Finanzierung integriert werden.

Neu sieht dann der Kostenverteiler bei ambulanter und stationärer Behandlung wie folgt aus: Bis zum Einbezug der Pflege werden 24,5 Prozent von den Kantonen und 75,5 Prozent von den Versicherern über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert. Vier Jahre später, nach erfolgter Integration der Pflegeleistungen, liegt der Verteilschlüssel bei 26,9 Prozent für die Kantone und 73,1 Prozent für die Versicherer.

Am 9. Juni 2024 sind drei Volksinitiativen zur Abstimmung gelangt

Unerwartet deutlich wurden beide, die Prämienentlastungsinitiative mit 55,5 Prozent und die Kostenbremseinitiative mit 62,8 Prozent Nein-Stimmen verworfen. Sie scheiterten zudem auch am Ständemehr. Nun kommen die beiden vom Parlament ausgearbeiteten Gegenvorschläge zum Zug (sofern nicht das Referendum ergriffen wird). Die Prämienverbilligung ist Sache der Kantone. Neu müssen die Kantone mit hohen Gesundheitskosten mehr Prämienverbilligungen ausrichten als jene mit tieferen Kosten. Andererseits sollen alle vier Jahre von den Akteuren des Gesundheitswesens erarbeitete Kostenziele greifen.

Die Gesundheitskosten dürften auch künftig prozentual stärker wachsen als die Gesamtwirtschaft. Dafür sorgen das Altern der Bevölkerung, die medizinisch-technische Entwicklung mit oft teureren Behandlungsmethoden sowie die mit dem Wohlstand überproportional steigende Leistungsnachfrage. Fehlanreize mit überaltertem Tarifsystem und Kantonen mit Mehrfachinteressen sind weitere Kostentreiber.

5.5 **Kein nationales Impulsprogramm zur Prävention von Gewalt im Alter**

Körperliche und psychische Gewalt oder Vernachlässigung: Missbrauch betrifft eine grosse Anzahl älterer Menschen sowohl zu Hause als auch im Heim. Schätzungen zufolge sind jedes Jahr zwischen 300 000 und 500 000 Personen ab 60 Jahren von einer Form von Gewalt oder Vernachlässigung betroffen.

Der Verlust der Selbständigkeit, Isolation, Demenz sowie emotionale oder finanzielle Abhängigkeit erhöhen das Risiko für ältere Menschen, Opfer von Missbrauch zu werden. Misshandlungen sind allerdings nicht immer nur auf Böswilligkeit zurückzuführen. Hier können mehrere Faktoren mitspielen, darunter auch die Überforderung und Überlastung von Angehörigen, Fachpersonen oder des Pflege- und Betreuungspersonals. Die Coronapandemie hat dieses Phänomen noch verdeutlicht und aufgezeigt, wie schmal der Grat zwischen der Schutzpflicht und der Achtung der Selbstbestimmung ist.

Im Februar 2022 eröffnete das erste nationale Kompetenzzentrum für Gewalt und Misshandlung an Seniorinnen und Senioren «Alter ohne Gewalt».

Die drei selbständigen Organisationen alter ego (Westschweiz), Pro Senectute Ticino e Moesano (Südschweiz), und die Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA (Deutschschweiz), gaben sich mit der Gründung des nationalen Kompetenzzentrums Alter ohne Gewalt ein Dach.

Im Jahr 2023 klärte, vermittelte und schlichtete die UBA in 616 Konfliktfällen (16,7% mehr als im Vorjahr) und bearbeitete 359 Fälle mit Gewaltthematik (+44,8%). 715-mal wurde sie 2023 kontaktiert.

Um die Wirksamkeit der Tätigkeiten des Kompetenzzentrums weiter zu stärken, fordert «Alter ohne Gewalt» den Bundesrat und die Kantone eindringlich auf, das angedachte Impulsprogramm zur Prävention von Gewalt im Alter zu realisieren.

Aufgrund der primären Zuständigkeit der Kantone und der ungünstigen Entwicklung der Bundesfinanzen im aktuell stark belasteten Umfeld **verzichtet das Eidgenössische Departement des Innern nach Abschluss der Abklärungen darauf, die Umsetzung eines Impulsprogramms zu beantragen.** Es gibt bereits laufenden oder geplanten Aktivitäten sowie bestehenden Strukturen und Instrumenten den Vorrang. Diese können gezielt auf ältere Menschen ausgerichtet werden.

» Istanbul-Konvention

Nationaler Aktionsplan 2022–2026 zur Umsetzung des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt («Istanbul-Konvention») (EBG).

Der von Bund, Kantonen und Gemeinden ausgearbeitete und vom Bundesrat am 22. Juni 2022 verabschiedete Aktionsplan konzentriert sich auf drei Schwerpunkte:

- ▶ Information und Sensibilisierung der Bevölkerung
- ▶ Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen und ehrenamtlich Tätigen
- ▶ Prävention und Bekämpfung von sexualisierter Gewalt.

Das EBG sorgt für das jährliche Monitoring des nationalen Aktionsplans und die Abstimmung mit anderen laufenden Strategien und Aktionsplänen. Dies sind hauptsächlich die Gleichstellungsstrategie 2030, in der der nationale Aktionsplan eine prioritäre Massnahme darstellt und die Roadmap «Häusliche Gewalt» von Bund und Kantonen.

6. Links

www.seco.admin.ch (Staatssekretariat für Wirtschaft), Arbeit
Publikationen zur Arbeitsmarktfähigkeit usw.

z.B. unter Arbeit «KMU-Handbuch», «Vereinbarkeit von Beruf und Familie»

www.bfs.admin.ch (Bundesamt für Statistik), Medienmitteilungen zur
Bevölkerung, Arbeit und Erwerb, Volkswirtschaft, Soziale Sicherheit,
Gesundheit usw.
diverse Berichte (Panorama der Wohnbevölkerung usw.)

www.bsv.admin.ch (Bundesamt für Sozialversicherungen)
Aktuelles betr. Sozialversicherungen,
Ratgeber Sozialversicherung: Führer für KMU

www.bag.admin.ch (Bundesamt für Gesundheit)
Gesundheitspolitik; Kranken-, Unfall- und Militärversicherung, Gesundheit
2020

www.avenir-suisse.ch Thinktank und Studien

www.economiesuisse.ch (Verband der Schweizer Unternehmen)
Wirtschafts- und sozialpolitische Themen werden in Fachbeiträgen kritisch
hinterfragt

www.alterohnegewalt.ch

nationales Kompetenzzentrum, 3000 Bern,
info@alterohnegewalt.ch, Tel. (Normaltarif) 0848 00 13 13;

Deutschschweiz unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA,
info@uba.ch, Tel. 044 451 92 91

www.gebo.ch | ***www.Sozialversicherungen.ch***
allgemeine Übersicht zu den Sozialversicherungen

II Struktur der Sozialversicherungen gemäss Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG

1.	Zielsetzung	154
2.	Gesetzliche Grundlagen	154
3.	Geschichtliche Daten	154
4.	Begriffe	155
4.1	Personenbezogene Begriffe	155
4.2	Begriffe aus dem Leistungsbereich	156
5.	Hinweise zu den Leistungen	156
5.1	Das ATSG unterscheidet zwischen Sach- und Geldleistungen	156
5.1.1	Sachleistungen (ATSG 14)	156
5.1.2	Geldleistungen (ATSG 15)	156
5.2	Invaliditätsgrad, Invalidenrente und Revision von IV-Renten (ATSG 16–17)	156
5.3	Leistungskürzung oder -verweigerung (ATSG 21)	157
5.3.1	Durch vorsätzliches Herbeiführen (oder Verschlimmern)	157
5.3.2	Mangelnde Kooperation	157
5.3.3	Während Massnahmenvollzug	158
5.4	Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte (ATSG 72 ff)	158
5.5	Sicherung und Rückerstattung der Leistungen	158
5.6	Leistungsverzug, Verzugszinsen (ATSG 26, ATSV 7)	159
6.	Allgemeine Bestimmungen über Beiträge	159
6.1	Anspruch auf ausstehende Beiträge/Verjährung (ATSG 24)	159
6.2	Rückerstattung von zu viel bezahlten Beiträgen (ATSG 25)	159
6.3	Verzugs- und Vergütungszinsen (ATSG 26)	159
7.	Allgemeine Verfahrensbestimmungen	160
7.1	Aufklärung und Beratung (ATSG 27)	160
7.2	Mitwirken am Vollzug (ATSG 28)	160
7.3	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29)	160
7.4	Meldung von veränderten Verhältnissen (Meldepflicht) (ATSG 31)	160
7.5	(Rechts-)Vertretung (ATSG 37)	161
7.6	Observation (ATSG 43a+b, ATSV 7a–7i)	161
7.7	Gutachten (ATSG 44, ATSV 7j–9b)	161
7.8	Die Verfügung (ATSG 49)	162
7.8.1	Wirkung einer Verfügung	162
7.9	Das formlose Verfahren (ATSG 51)	162
7.10	Das Verwaltungsverfahren	162

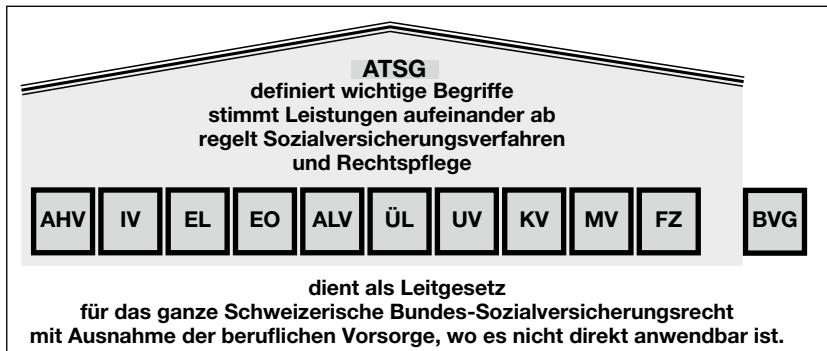
7.11	Der Rechtsweg	163
7.11.1	Einsprache (ATSG 52, ATSV 10–12)	163
7.11.2	Beschwerde (ATSG 56 ff)	163
7.11.2.1	Verfahrensregeln am kantonalen Sozialversicherungsgericht (ATSG 61) (hier Auszug der wesentlichen Bestimmungen)	163
7.11.3	Letztinstanzlich: Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)	164
7.12	Durchführung internationaler Sozialversicherungsabkommen (ATSG 32 III, 75a–75c, ATSV 17a–17e)	164
8.	Koordinationsregeln	165
8.1	In der täglichen Anwendung der Koordinationsnormen unterscheiden sich die Betrachtungsweisen	166
8.1.2	Der Kongruenzgrundsatz	166
8.2	Überentschädigungsverbot/ Übersicherungsabschöpfung (ATSG 69)	166
8.2.1	Anwendbarkeit der Koordinationsregeln (ATSG 63)	167
8.3	Auf einen Blick, wer ist zuständig?	167
8.3.1	Renten (ATSG 66 I–II und 70 II lit. d)	168
8.4	Hinweise aus der Praxis	169
8.4.1	Renten (langfristige oder Dauerleistungen)	169
8.4.2	Taggelder (kurzfristige Leistungen)	169
8.5	Vorleistungspflicht (ATSG 70)	170
8.5.1	Rückerstattung von Vorleistungen (ATSG 71)	171
9.	Weitere Bestimmungen	171
10.	Aktuell	171
11.	Links	172

1. Zielsetzung

Auf den 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Dieses soll als Dach das Bundes-Sozialversicherungsrecht strukturieren, indem wichtige Begriffe verbindlich definiert, die Leistungen aufeinander abgestimmt und das Sozialversicherungsverfahren sowie die Rechtspflege geregelt werden.

Das ATSG ist auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze dies vorsehen (ATSG 2).

Die berufliche Vorsorge (BVG und FZG) hat sich als Ganzes nicht den Bestimmungen des ATSG unterworfen. Dennoch zeigt das ATSG in zweierlei Hinsicht Auswirkungen für die Pensionskassen. Einerseits direkt, in Bezug auf die Rangfolge der Rentenzahlung und die Vorleistungspflicht, und andererseits indirekt, im Verfahren. So stützt sich das BVG im Fall von AHV/IV-Leistungen auf die (dem ATSG unterstehende) Erste Säule ab und ist dadurch auch zur Beschwerde legitimiert, soweit die AHV/IV-Verfügungen an ihre Versicherten erlässt.



2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), vom 11. September 2002 in Kraft seit 1. Januar 2003

3. Geschichtliche Daten

1984 Von einer Arbeitsgruppe der schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht wird die Arbeit für ein Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht aufgenommen.

1985 Am 7. Februar wird von Ständerätin Josi Meier eine parlamentarische Initiative zur Schaffung des ATSG eingereicht.

Wegen der Komplexität der Materie und bedingt durch den Umstand, dass durch die Lancierung als Initiative in der ersten Phase das Mitwir-

- ken der Verwaltung fehlte, wurde das Vorhaben mehrmals verzögert, beraten, bekämpft, wieder aufgenommen, erneut «schubladisiert».
- 2000 Am 6. Oktober konnte das ATSG in seiner heutigen Form verabschiedet werden.
- 2003 Ohne dass ein Referendum ergriffen worden wäre ist das ATSG auf den 1. Januar in Kraft getreten.
- 2019 Auf den 1. Oktober werden als 1. Teil der ATSG-Revision die Bestimmungen über die verdeckte Observation von Versicherten (von denen ein Missbrauch von Sozialversicherungsleistungen vermutet wird) eingeführt.
- 2021 Auf den 1. Januar tritt der 2. Teil der ATSG-Revision mit verfahrensrechtlichen Belangen in Kraft. Es geht um Anpassungen im internationalen Kontext, die Einführung der Kostenpflicht für Verfahren an kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichten, Anpassungen betreffend Rückerstattung sowie die Optimierung des Systems und den Vollzug des ATSG.
- 2022 Im Zusammenhang mit der IV-Reform 2022 (7. IV-Revision) mussten die Regelungen im Abklärungsverfahren und Mitwirkungsrechte bei Gutachten generell angepasst werden, was eine Überarbeitung der diesbezüglichen ATSG-Bestimmungen zur Folge hatte.

4. Begriffe

Bestimmte Begriffe im Sozialversicherungsrecht werden regelmässig angewendet, weil sie eine zentrale Rolle spielen. Sie entscheiden mitunter darüber, ob jemand versichert ist, einen Rechtsanspruch besitzt und wer welche Leistungen erbringen muss.

Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität sind keine identischen Ausdrücke. Ob ein Versicherungsfall durch Unfall oder Krankheit ausgelöst wird, hat wesentliche Auswirkungen auf die Höhe der Leistungen und darauf, wer diese erbringen muss. Wer als Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer gilt, ist mitunter massgeblich für die Unterstellung unter die obligatorische Versicherung.

Damit diese Begriffe von allen Sozialversicherungen stets im gleichen Sinn angewendet werden, wurden die wesentlichen Begriffe in das ATSG aufgenommen (vgl. Definition allgemeiner Begriffe ATSG 3–13a).

4.1 Personenbezogene Begriffe

- ▶ Arbeitnehmer/innen (ATSG 10)
- ▶ Arbeitgeber (ATSG 11)
- ▶ Selbständigerwerbende (ATSG 12)
- ▶ Wohnsitz und Aufenthalt (ATSG 13 – bezieht sich auf ZGB 23–26)
- ▶ Eingetragene Partnerschaft (ATSG 13a – vgl. auch Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare, Partnerschaftsgesetz [PartG]; Neueintrag seit 1. Juli 2022 nicht mehr möglich, weil nun auch solche Paare heiraten können)

4.2 **Begriffe aus dem Leistungsbereich**

- ▶ Krankheit/Geburtsgebrechen (ATSG 3)
- ▶ Unfall (ATSG 4)
- ▶ Mutterschaft (ATSG 5)
- ▶ Arbeitsunfähigkeit (ATSG 6)
- ▶ Erwerbsunfähigkeit (ATSG 7)
- ▶ Invalidität (ATSG 8)
- ▶ Hilflosigkeit (ATSG 9)

5. **Hinweise zu den Leistungen**

5.1 **Das ATSG unterscheidet zwischen Sach- und Geldleistungen**

Der Begriff «Sachleistungen» darf in diesem Zusammenhang nicht zu eng ausgelegt werden. Diese (kurzfristigen) Leistungen erfolgen oft in Form von Kostenübernahmen. So entsendet der Krankenversicherer keine Pflegerin zur erkrankten Person, sondern übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen die angefallenen Kosten.

5.1.1 **Sachleistungen (ATSG 14)**

Sachleistungen sind insbesondere

- ▶ Heilbehandlung (Krankenpflege)
- ▶ Hilfsmittel
- ▶ individuelle Vorsorge- und Eingliederungsmassnahmen
- ▶ Aufwendungen für Transporte und ähnliche Leistungen

5.1.2 **Geldleistungen (ATSG 15)**

Geldleistungen sind insbesondere

- ▶ Taggelder
- ▶ Renten
- ▶ Hilflosenentschädigungen
- ▶ jährliche Ergänzungsleistungen und
- ▶ Zulagen zu solchen

nicht aber der Ersatz für eine von der Versicherung zu erbringende Sachleistung.

5.2 **Invaliditätsgrad, Invalidenrente und Revision von IV-Renten (ATSG 16–17)**

Im schweizerischen Sozialversicherungssystem löst ein Gesundheitsschaden als solcher keine Invalidenrente aus, da wir die Invalidität nicht aufgrund einer medizinisch-theoretischen Schätzung bemessen. **Einzig wichtig ist** für uns **die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person.**

ATSG 16 regelt die **Bemessung des Invaliditätsgrads aufgrund des Einkommensvergleichs** (wirtschaftliche Methode). Dazu wird das Einkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität – und nach

Durchführung der medizinischen Behandlung sowie allfälliger Eingliederungsmassnahmen – durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= Valideneinkommen).

Valideneinkommen minus Invalideneinkommen = Erwerbseinbusse.
Aus der Erwerbseinbusse in Prozent des Valideneinkommens resultiert der Invaliditätsgrad (in Prozent).

Unerheblich ist dabei, ob eine zumutbare Tätigkeit ausgeübt wird oder nicht. Das von der Behinderung her zumutbare Einkommen muss sich die betroffene Person als Invalideneinkommen anrechnen lassen.

Revision der Invalidenrente (ATSG 17)

Die Invalidenrente wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich **um mindestens fünf Prozentpunkte erhöht oder sinkt** (oder auf 100 Prozent erhöht, was nur die Unfall- oder Militärversicherung betrifft).

5.3 Leistungskürzung oder -verweigerung (ATSG 21)

Das ATSG sieht Sanktionen für Versicherte vor, die ihre Gesundheitsschädigung vorsätzlich herbeigeführt oder der Mitwirkungspflicht nicht gebührend Folge geleistet haben. Die in ATSG 21 aufgeführten Bestimmungen werden in den einzelnen Gesetzen teilweise relativiert (dort nachschlagen).

5.3.1 Durch vorsätzliches Herbeiführen (oder Verschlimmern)

Hat die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich (bzw. in vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens/Vergehens) herbeigeführt oder verschlimmert,

- ▶ werden **Geldleistungen** vorübergehend oder dauernd gekürzt bzw. in schweren Fällen verweigert.

Die Geldleistungen für **Angehörige/Hinterlassene** sind aber von der Kürzung ausgenommen; es sei denn, diese hätten den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt.

- ▶ Höchstens die Hälfte der Geldleistungen darf gekürzt werden, wenn die **Sozialversicherung mit Erwerbssersatzcharakter** keine Geldleistungen für Angehörige vorsieht (z.B. Taggelder oder Renten Unfallversicherung).

5.3.2 Mangelnde Kooperation

Sämtliche Leistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sich die versicherte Person **einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben** (die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht) **entzieht oder widersetzt**. Dasselbe gilt, wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare zur Behandlung bzw. Eingliederung beiträgt. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leib und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

Die betroffene Person muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden. Ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen, bevor die Sanktionen eingeleitet werden.

5.3.3 Während Massnahmenvollzug

Während der Zeit, wo sich die versicherte Person im Straf- oder Massnahmenvollzug befindet, können Geldleistungen mit Erwerbscharakter (Arbeitslosenentschädigung, Taggelder oder Renten der Invaliden-, Unfall-, Kranken- oder Militärversicherung) ganz oder teilweise eingestellt werden. Falls sich die versicherte Person dem Straf- oder Massnahmenvollzug entzieht, wird neu die Zahlung ab dem Zeitpunkt eingestellt, an dem dieser Vollzug hätte beginnen sollen. Von der Kürzung/Verweigerung ausgenommen sind die Geldleistungen für Angehörige.

5.4 Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte (ATSG 72 ff)

«Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der Sozialversicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.»

Wird ein Arbeitnehmer, Vater von drei kleinen Kindern, von einem Auto angefahren und erheblich verletzt – oder verstirbt er gar an den Unfallfolgen –, ermitteln die Unfall- und Invalidenversicherung die für sie durch diesen Unfall entstandenen Ausgaben. Sie richten dem Unfallopfer bzw. der Witwe und den Waisen die Renten aus, stellen diese aber (mindestens teilweise) der Fahrzeughalterhaftpflicht in Rechnung. Allfällige weitere Ansprüche gegenüber der Haftpflichtversicherung müssen die Versicherten selber geltend machen.

5.5 Sicherung und Rückerstattung der Leistungen

Der Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen **ist weder abtretbar noch verpfändbar** (ATSG 22). Wenn die anspruchsberechtigte Person von einer Sozialhilfeeinrichtung betreut wird und nicht Gewähr dafür bietet, die Geldleistung für ihren Unterhalt – und den der Personen, für die sie zu sorgen hat – zu verwenden, kann die Auszahlung an diese Einrichtung bzw. die Angehörigen erfolgen. Selbstverständlich kann die anspruchsberechtigte Person selber (z.B. Grossmutter, die mit dem Zahlungsverkehr überfordert ist) mittels entsprechender Vollmacht die Auszahlung an eine Vertrauensperson verlangen.

Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers können jedoch abgetreten werden, wenn der Arbeitgeber oder eine Sozialhilfeeinrichtung Vorschusszahlungen geleistet oder ein anderer Sozialversicherer die Vorleistung erbracht hat (dies im Umfang der Vorschusszahlung bzw. Vorleistung).

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach Ende des Monats, für den die Leistung geschuldet war (ATSG 24).

Unrechtmässige Leistungen sind zurückzuerstatten (ATSG 25, ATSV 2–5). Der Rückforderungsanspruch erlischt neu mit Ablauf von drei Jahren, nachdem der Sozialversicherer davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nach dem Entrichten der einzelnen Leistung. Wer die Leis-

tungen «in gutem Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig eine grosse Härte vorliegt. In der Rückforderungsverfügung ist auf die Möglichkeit eines Erlasses hinzuweisen. Kein Erlass kann geboten werden, wenn die Meldepflicht verletzt wurde (läuft gutem Glauben zuwider).

5.6 Leistungsverzug, Verzugszinsen (ATSG 26, ATSV 7)

Für fällige Beitragsforderungen und Rückerstattungsansprüche sind Verzugszinsen von 5 Prozent pro Jahr zu leisten.

Sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, fallen auf Sozialversicherungsleistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach Entstehung des Anspruchs (Rechtskraft der Verfügung), frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung Vergütungszinsen an. Sie betragen ebenfalls 5 Prozent pro Jahr.

6. Allgemeine Bestimmungen über Beiträge

Das ATSG geht nicht speziell auf die Finanzierung der Sozialversicherungen und den Beitragsbezug ein. Allerdings finden sich – verbunden mit den speziellen Bestimmungen zu den Leistungen – auch verfahrensrechtliche Hinweise auf die Beiträge.

6.1 Anspruch auf ausstehende Beiträge/Verjährung (ATSG 24)

Der Anspruch auf Beiträge erlischt fünf Jahre nach Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war. Hat sich eine beitragspflichtige Person ihren Verpflichtungen durch eine strafbare Handlung entzogen (z.B. Beschäftigung von Schwarzarbeitern, Steuerhinterziehung), gelten die entsprechend höheren strafrechtlichen Verjährungsfristen.

Allfällige weiter zurückliegende (verjährte) Beitragsforderungen kann und darf der Sozialversicherer nicht mehr geltend machen. Hier entspricht die Verjährung – zumindest in der AHV – der Verwirkung, womit verjährte Beiträge weder festgesetzt noch entgegengenommen werden dürfen (auch nicht zum Schliessen von Beitragslücken).

6.2 Rückerstattung von zu viel bezahlten Beiträgen (ATSG 25)

Zu viel bezahlte Beiträge können zurückgefordert werden. Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres, nachdem die beitragspflichtige Person von ihren zu hohen Zahlungen Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge bezahlt wurden.

6.3 Verzugs- und Vergütungszinsen (ATSG 26)

Für fällige Beitragsforderungen sind Verzugszinsen und für fällige Rückerstattungsansprüche von Beiträgen sind Vergütungszinsen zu leisten.

7. Allgemeine Verfahrensbestimmungen

Im vierten Kapitel regelt das ATSG das Verfahren zwischen der betroffenen Person und den Sozialversicherern, aber auch unter Letzteren selber.

7.1 Aufklärung und Beratung (ATSG 27)

Die Sozialversicherer und die Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen **sind verpflichtet**, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereichs **die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären**.

Jede Person hat Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten (Gebührentarif für besonders aufwendige Nachforschungen). Zuständig sind die Sozialversicherer, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder Pflichten zu erfüllen sind. Stellt ein Sozialversicherer fest, dass die betroffene Person oder ihre Angehörigen Leistungen anderer Sozialversicherer beanspruchen können, hat er dies den Betroffenen unverzüglich mitzuteilen!

7.2 Mitwirken am Vollzug (ATSG 28)

Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben am Vollzug der Sozialversicherungen **unentgeltlich mitzuwirken**. Wer Versicherungsleistungen beansprucht, hat alle Personen und Stellen (so Arbeitgeber, Ärzte, Versicherungen und Amtsstellen) im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen – und für die Durchsetzung des Regressanspruchs – erforderlich sind. Die entsprechenden Personen und Amtsstellen sind zur Auskunft verpflichtet.

7.3 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29)

Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherer schriftlich in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden.

- ▶ Unentgeltliche Abgabe der betreffenden Formulare
- ▶ **Vollständiges und wahrheitsgetreues Ausfüllen** durch Ansprecher/in (Arbeitgeber oder Arzt) **und**
- ▶ **Weiterleiten an zuständigen Sozialversicherer**
- ▶ **Fristen laufen** auch, wenn nicht formgerecht oder an nicht zuständige Stelle eingereicht (⇒ Weiterleitungspflicht)

7.4 Meldung von veränderten Verhältnissen (Meldepflicht) (ATSG 31)

Jede wesentliche Änderung **in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen** ist von der Bezügerin/dem Bezüger bzw. ihren Angehörigen (oder Dritten, denen die Leistung zukommt) dem Sozialversicherer oder der zuständigen Durchführungsstelle zu melden.

Die Meldepflicht gilt auch für an der Durchführung beteiligte Personen und Organe.

Hat eine versicherte Person wissentlich mit unwahren Angaben oder in anderer rechtswidriger Weise eine Versicherungsleistung erwirkt oder zu erwirken versucht, kann ihr der Sozialversicherer künftig die entstandenen Mehrkosten belasten. Solche entstehen z.B. durch den Beizug von Spezialisten, die zur Bekämpfung des unrechtmässigen Leistungsbezugs mit der Durchführung der Observationen beauftragt wurden (ATSG 45 IV).

7.5 (Rechts-)Vertretung (ATSG 37)

Jede Partei (Personen, Organisationen oder Behörden, die aus der Sozialversicherung Rechte oder Pflichten ableiten) kann sich – wenn sie nicht persönlich zu handeln hat – **jederzeit vertreten lassen**.

- ▶ Der Sozialversicherer kann die Vertretung auffordern, sich durch schriftliche Vollmacht auszuweisen.
- ▶ Solange die Partei die Vollmacht nicht widerruft, macht der Sozialversicherer seine Mitteilungen an die Vertretung.
- ▶ Wo die Verhältnisse es erfordern, wird der gesuchstellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt.

7.6 Observation (ATSG 43a+b, ATSV 7a–7i)

Ein Sozialversicherer (Bereichsleiter/in Leistungen) kann eine versicherte Person verdeckt observieren lassen und dabei Bild- und Tonaufzeichnungen machen sowie technische Instrumente zur Standortbestimmung einsetzen, wenn:

- ▶ aufgrund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass die versicherte Person unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu erhalten versucht; und
- ▶ die Abklärungen sonst aussichtslos wären oder unverhältnismässig erschwert würden.

Die Observation darf höchstens 30 Tage innerhalb von sechs Monaten ab dem 1. Observationstag gelten; ggf. ist die Observation um weitere sechs Monate verlängerbar. Spätestens mit Eröffnung der Verfügung ist die versicherte Person über die Observation zu unterrichten ⇒ Akteneinsichtsrecht.

7.7 Gutachten (ATSG 44, ATSV 7j–9b)

Wenn ein Sozialversicherer im Rahmen von medizinischen Abklärungen ein Gutachten als notwendig erachtet, legt er je nach Erfordernis die Art des Gutachtens fest (mono-, bi- oder polydisziplinäres Gutachten). In den Ausführungen geht es im Wesentlichen darum

- ▶▶ Es ist eine **Zwischenverfügung** zu erstellen, wenn die versicherte Person und der Sozialversicherer sich bezüglich der sachverständigen Person uneinig sind.
- ▶▶ Auch für **bidisziplinäre Gutachten** sind nur noch zugelassene Gutachterstellen zu beauftragen und die Vergaben müssen nach dem Zufallsprinzip erfolgen.
- ▶▶ Medizinische Sachverständige müssen die bundesrechtlichen Anforderungen erfüllen.
- ▶▶ **Tonaufnahmen der Interviews und Aktenführung** sind Pflicht.
- ▶▶ Die Sozialversicherer müssen **öffentlich zugängliche Listen** betreffend **Gutachterzuteilung** führen.

7.8 Die Verfügung (ATSG 49)

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die **erheblich sind oder** mit denen die betroffene Person **nicht einverstanden** ist, hat der Sozialversicherer **schriftlich** Verfügungen zu erlassen.

7.8.1 Wirkung einer Verfügung

- ▶ Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.
- ▶ Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Aus einer mangelhaft eröffneten Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen.

Erlässt ein Sozialversicherer eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Sozialversicherers berührt, hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

Der Sozialversicherer kann neu in seiner Verfügung einer Einsprache oder Beschwerde die aufschiebende Wirkung entziehen, auch wenn die Verfügung eine Geldleistung zum Gegenstand hat (d.h. die Wirkung tritt vorerst trotz Einsprache sofort ein). Ausgenommen sind Verfügungen über die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen.

7.9 Das formlose Verfahren (ATSG 51)

Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht einer Verfügung im Sinn von ATSG 49 I bedürfen, können im formlosen Verfahren behandelt werden. Darunter fallen in der Regel die Sachleistungen (KVG usw.) sowie die Geldleistungen der Erwerbsersatzordnung und der Mutterschaftsentschädigung.

Wo die betroffene Person mit der Leistung nicht einverstanden ist, kann sie zum Beschreiten des Rechtswegs den Erlass einer Verfügung verlangen.

Vorsorgliche Einstellung der Leistung (ATSG 52a; neu)

Der Sozialversicherer kann das Ausrichten von Leistungen vorsorglich einstellen, wenn die versicherte Person

- ▶ die Meldepflicht (nach ATSG 31 I) verletzt hat,
- ▶ einer Lebens- oder Zivilstandskontrolle nicht fristgerecht nachgekommen ist oder
- ▶ der begründete Verdacht besteht, dass sie die Leistungen unrechtmässig erwirkt.

7.10 Das Verwaltungsverfahren

Details zum Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren wie die Pflichten der Verwaltung (Verwaltungshilfe, Schweigepflicht, Akteneinsicht, Fristen) und der Leistungsansprechenden, aber auch des Verwaltungsgerichtsverfahrens werden in Kapitel «XIX., Rechtliche Aspekte», des Leitfadens abgehandelt.

7.11 Der Rechtsweg

7.11.1 Einsprache (ATSG 52, ATSV 10–12)

Gegen Verfügungen kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügenden Stelle Einsprache** erhoben werden (ausgenommen sind prozess- und verfahrenseinleitende Verfügungen). Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteienentschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

Aufgrund der Einsprache prüft der Sozialversicherer seine Verfügung und hat innert angemessener Frist den Einspracheentscheid zu erlassen. Dieser muss begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen werden. Mit dieser beschwerdefähigen Verfügung kann die Angelegenheit an die kantonale Gerichtsstanz weitergezogen werden.

7.11.2 Beschwerde (ATSG 56 ff)

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) **kann** innerhalb von **30 Tagen am kantonalen (Sozial-) Versicherungsgericht** – in der Regel am Wohnsitz der versicherten Person oder des beschwerdeführenden Dritten – **Beschwerde** erhoben werden.

Für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland leitet sich die örtliche Zuständigkeit des kantonalen Sozialversicherungsgerichts aus dem ATSG und nicht aus einer Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung eines bilateralen Abkommens über die soziale Sicherheit ab; gemeint ist das FZA, d.h. VO 883/04 (BGE 8C_750/2018 vom 06.05.2019).

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

7.11.2.1 Verfahrensregeln am kantonalen Sozialversicherungsgericht (ATSG 61) (hier Auszug der wesentlichen Bestimmungen)

► Das Verfahren muss einfach, rasch und in der Regel öffentlich sein.

Einfaches, rasches – in der Regel öffentliches – und **kostenloses Verfahren**.

Vom bisherigen Grundsatz des kostenlosen Verfahrens wird abgewichen.

Leider konnte sich das Parlament nicht auf eine generelle Lösung wie in der IV einigen ⇒ «In Abweichung dieses Grundsatzes wird für Beschwerden gegen Verfügungen der Invalidenversicherung eine aufwandsabhängige Spruchgebühr zwischen CHF 200.– und CHF 1000.– erhoben».

(ATSG 61, Lit. f^{bis}): In Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Wo das Einzelgesetz keine Kostenpflicht für solche Streitigkeiten vorsieht, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen.

- ▶ Wer sich am Zürcher Sozialversicherungsgericht gegen einen Entscheid wehren will, muss einen Vorschuss von CHF 1000.– zahlen. Dies hat der Kantonsrat in zweiter Lesung beschlossen. In Fällen mit einem Streitwert bis CHF 30 000.– können Richter/innen allein entscheiden. Für Fälle mit höherem Streitwert wird ein Dreier-Gremium notwendig.
- ▶ Die Beschwerde muss eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung enthalten (ggf. gerichtliche Nachbesserungsfrist).
- ▶ Das Gericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest. Es erhebt die notwendigen Beweise, ist aber frei in der Beweisführung und nicht an die Begehren der Parteien gebunden.
- ▶ **Recht auf Verbeiständung** ⇨ wo es die Verhältnisse rechtfertigen, wird der beschwerdeführenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt.

7.11.3 **Letztinstanzlich: Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)**

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann in letzter Instanz innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** (öffentlich-rechtliche Abteilung) in Luzern, erhoben. Dieses entscheidet abschliessend.

Laut Bundesgerichtsgesetz ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kostenbeteiligung beträgt – je nach Aufwand für eine abgewiesene Beschwerde – zwischen CHF 200.– und CHF 1000.–. Weiter gilt eine eingeschränkte Kognition, d.h., das Bundesgericht beschränkt sich auf die Prüfung der Rechtsfragen. Einzig in der Unfall- und Militärversicherung werden alle Aspekte geprüft.

7.12 **Durchführung internationaler Sozialversicherungsabkommen (ATSG 32 III, 75a–75c, ATSV 17a–17e)**

Hier finden sich die Bestimmungen für den internationalen Datenaustausch und die Zuständigkeitsregelung im Rahmen der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Internationalen Verhältnis. Es geht speziell um die grenzüberschreitende Datenbekanntgabe (EESSI) im Rahmen des Abkommens über die Personenfreizügigkeit FZA; z.B. betreffend eine Rentenanmeldung.

Weiter ist die Kompetenz zum Vollzug geregelt, d.h., es sind die Verbindungsstellen und die aushelfenden Träger seitens der Schweiz aufgeführt.

8. Koordinationsregeln

Sobald jemand erkrankt oder verunfallt, kommen für eine dienliche Problemlösung mehrere Sozialversicherungen mit deren spezifischen Leistungen in Betracht.

Zuständigkeit der Sozialversicherungen	
Lebensrisiko	mögliche Leistungserbringer
Alter	AHV, berufliche Vorsorge , Ergänzungsleistungen zur AHV
Arbeitslosigkeit	Arbeitslosenversicherung Nach Aussteuerung, wenn ab Alter 60, ggf. Überbrückungsleistung
Krankheit ATSG 3	Krankenversicherung , Militär- oder Unfallversicherung (Berufskrankheiten) ⇒ Früherfassungsmeldung an die Invalidenversicherung prüfen (Eingliederung; Leistungen, wenn Geburtsgebrechen)
Unfall ATSG 4	Unfallversicherung , Militärversicherung, subsidiär Krankenversicherung ⇒ Früherfassungsmeldung an die Invalidenversicherung prüfen (ggf. Invalidenversicherung betr. Eingliederungsmassnahmen)
Invalidität ATSG 8	Invalidenversicherung , Unfall- oder Militärversicherung, berufliche Vorsorge, Ergänzungsleistungen zur IV
Tod des Ernährers bzw. der Ernährerin	AHV , Unfall- oder Militärversicherung, berufliche Vorsorge, Ergänzungsleistungen zur AHV
PS Im Zusammentreffen von Hinterlassenen- und/oder Invalidenrente der 1. Säule mit der Altersrente wird die höchste dieser Renten unter dem Titel Altersrente weitergewährt. Die Invalidenrenten der Militärversicherung werden ab Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter) halbiert. Jene der Unfallversicherung können ab 2025 gekürzt werden, wenn sich der Unfall ab dem 45. Altersjahr ereignet hat. Die Invalidenrenten aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge sind lebenslänglich geschuldet; der Name unter dem sie ausgerichtet werden, variiert je nach Vorsorgeeinrichtung.	

Das Leistungssystem einer Sozialversicherung kann mit dem einer anderen Sozialversicherung und ferner mit Leistungssystemen ausserhalb der Sozialversicherung (z.B. dem Haftpflichtrecht oder dem Privatversicherungsrecht) Berührungen, Überschneidungen oder Verflechtungen aufweisen.

Die Koordinationsregeln bzw. -normen sollen ein möglichst reibungsloses und sinnvolles Ineinandergreifen der verschiedenen Systeme unter den Sozialversicherungen einerseits sowie zwischen ihnen und dem Privatversicherungs-, Haftpflicht- und Strafrecht andererseits gewährleisten und damit zugleich unbefriedigende und unausgewogene Lösungen verhindern. Die Koordinationsnormen bilden in ihrer Gesamtheit das Koordinationsrecht.

8.1 In der täglichen Anwendung der Koordinationsnormen unterscheiden sich die Betrachtungsweisen in

die intra-systemische Koordination

Koordination innerhalb einer einzelnen Sozialversicherung (z.B. der Alters- mit der Hinterlassenenleistung)

die inter-systemische Koordination

Koordination innerhalb der Sozialversicherungen, wofür die Zuständigkeiten im ATSG geregelt worden sind (z.B. der Invaliden- mit der Unfallversicherung)

die extra-systemische Koordination

Koordination zwischen den Sozialversicherungen und den anderen Schaden- ausgleichssystemen (Haftpflichtrecht, Privatversicherungsrecht usw.).

In der Praxis wurde nach gewissen Vorgehensmustern gesucht, um sich aufgrund dieser Erkenntnisse im Koordinations-Dschungel zurechtzufinden. Ein Grossteil dieser Vorgehensweisen hat im ATSG seinen Niederschlag gefunden.

8.1.2 Der Kongruenzgrundsatz

Damit es überhaupt zu einer Koordination kommen kann, muss es sich um gleichwertige, d.h., kongruente Leistungen handeln. **Der Kongruenzgrundsatz bedeutet, dass**

- ▶ nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung,
- ▶ die sich auf das gleiche Ereignis beziehen und
- ▶ die gleiche Person betreffen,

koordiniert werden können.

Somit lassen sich nur Heilungskosten mit Heilungskosten, Taggelder mit Taggeldern, Renten mit Renten (teilweise nur Invaliden- mit Invalidenrenten) usw. vergleichen.

8.2 Überentschädigungsverbot/ Überversicherungsabschöpfung (ATSG 69)

Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht dazu führen, dass eine Person durch den Eintritt des durch Sozialversicherungen gedeckten Risikos mehr Geldmittel zur Verfügung hat, als ohne diesbezüglichen «Schadenfall» zur Verfügung gestanden hätten.

Eine Überentschädigung liegt in dem Mass vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen

- ▶ den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst
- ▶ zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.

Von der Kürzung ausgeschlossen sind (ATSG 69 III) die Renten der AHV und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen.

Im Fall von Kapitalleistungen wird der entsprechende Rentenwert berücksichtigt.

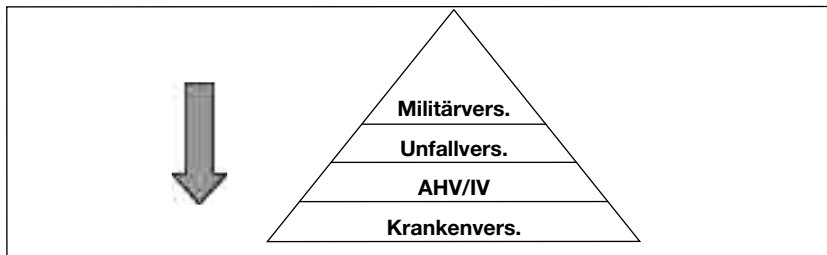
8.2.1 Anwendbarkeit der Koordinationsregeln (ATSG 63)

- ▶ Die Koordinationsbestimmungen beziehen sich auf das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen
 - ⇒ inter-systemische Koordination.
- ▶ Die AHV und die Invalidenversicherung gelten zusammen als eine Sozialversicherung.
- ▶ Die Koordination von Leistungen innerhalb einer Sozialversicherung
 - ⇒ intra-systemische Koordination richtet sich nach dem jeweiligen Einzelgesetz.

8.3 Auf einen Blick, wer ist zuständig?

Abgesehen von den Renten und Abfindungen (und teilweise Taggeldern) **ist gleichzeitig nur ein Sozialversicherer leistungspflichtig**. Dieser übernimmt im Rahmen seiner gesetzlichen Bestimmungen die erforderlichen Leistungen.

Dabei kann nach der Ausschlussmethode der zuständige Sozialversicherer leicht ermittelt werden, indem vom Speziellen zum Allgemeinen die Zuständigkeit geprüft wird.



Dies bedingt allerdings die Kenntnis des Sachverhalts (Gesundheitsschädigung während Militärdienst in der Schweiz entstanden? Arbeitnehmerin mit mehr als acht Wochenstunden beim selben Arbeitgeber? usw.) sowie des Leistungskatalogs der Sozialversicherer.


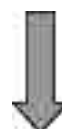
Leistungsarten gemäss ATSG-Katalog											
Kennt nebenstehende Sozialversicherung diese Leistung?	AHV	IV	EO	ALV	BVG	UVG	KVG	MV	EL	ÜL	FZ
Sachleistungen:											
◆ Heilbehandlung (Pflege)	-	(✓)	-	-	-	✓	✓	✓	(✓)	(✓)	-
◆ Hilfsmittel	(✓)	✓	-	-	-	✓	✓	✓	(✓)	-	-
◆ Eingliederung	-	✓	-	✓	-	(✓)	-	✓	(✓)	-	-
Geldleistungen:											
◇ Taggeld	-	✓	✓	✓	-	✓	(✓)	✓	(✓)	-	-
◇ Renten:	✓										
Invalidenrente	-	✓	-	-	✓	✓	-	✓	(✓)	-	-
Hinterlassenenrente	✓	-	-	-	✓	✓	-	✓	(✓)	-	-
Altersrente	✓	-	-	-	✓	-	-	-	(✓)	-	-
◇ Hilflosenentschädigung	✓	✓	-	-	-	✓	-	✓	-	-	-
Legende ✓ = ja möglich (✓) = ja, wenn ... - = keine Leistung möglich											
Besonderheiten:											
EL	Wenn die Voraussetzungen zum EL-Bezug gegeben sind (AHV/IV-Rentenbezug usw.), werden von anderen Sozialversicherungen nicht voll übernommene Leistungen ergänzt.										
UVG	Auslegungsbedürftig, ob Reha = Eingliederung. Anspruch auf Witwerrente gegenüber Witwenrente eingeschränkt, aber weniger stark als in AHV.										
KVG	Transport-/Rettungskosten ja, aber wesentlich kleinerer Anteil als gemäss UVG ⇒ Zusatzversicherung (VVG) abschliessen!										
ÜL	Bedarfsrente für ab Alter 60 ausgesteuerte Arbeitslose bis zum frühest möglichen AHV-Rentenbezug mit EL-Anspruch.										
FZ	Teilweise Abgeltung der Familienlasten erfolgt monatlich, aber keine Rente im engeren Sinn.										
AHV	Witwerrente nur wenn Kind (egal, wie alt) die Mutter überlebt.										

8.3.1 Renten (ATSG 66 I–II und 70 II lit. d)

► **Renten und Abfindungen** verschiedener Sozialversicherer werden – unter Vorbehalt der Überentschädigung – **kumulativ gewährt!**

► Das ATSG bestimmt die Reihenfolge der Leistungspflicht und ggf. die der Überentschädigungsabschöpfung.

Für die Berechnung der Renten und ggf. der Überentschädigungsabschöpfung sind die gesetzlichen Bestimmungen der betreffenden Sozialversicherung massgebend.

Reihenfolge Leistungspflicht		(Privatvers.)	Reihenfolge Kürzung	
	3.	BVG	1.	
	2.	UVG	2.	
	1.	AHV/IV	3.	

8.4 Hinweise aus der Praxis

8.4.1 Renten (langfristige oder Dauerleistungen)

Im Gegensatz zu den Sachleistungen und Entschädigungen können Renten – ggf. auch die Abfindung einer Rente – gleichzeitig von verschiedenen Sozialversicherungen geschuldet werden. Aus der Berufspraxis gesehen, ergeben sich für die Überentschädigungsabschöpfung folgende Gesetzmässigkeiten:

Merke (Koordinationspraxis)

- ▶ Einige Sozialversicherungen kennen neben der von der betroffenen Person ausgelösten Rente (Stammrente in CHF = 100 Prozent) zusätzlich Kinderrenten (sogenannte abgeleitete Ansprüche). Diese Kinderrenten sind in die Koordination mit einzubeziehen.
- ▶ Renten können gleichzeitig von mehreren Sozialversicherungen geschuldet werden (⇒ Rangfolge und Art der Überentschädigungsabschöpfung).
- ▶ Die AHV/IV kürzt im Zusammentreffen mit anderen nie!
Hingegen richten die UVG- und evtl. BVG-Versicherung eine Komplementärrente aus (d.h., sie ergänzen die Leistungen der AHV/IV auf einen bestimmten Prozentsatz des letztersicherten oder mutmasslich entgangenen Verdienstes).

Überentschädigungsabschöpfung auf Renten Die Grenze, ab welcher eine Überentschädigung resultiert, ist je nach Sozialversicherung unterschiedlich definiert (Werte seit 2023).		
AHV/IV	massgebliches durchschnittliches Jahreseinkommen sowie Beitragsdauer Maximalrente ab durchschnittlichem Jahreseinkommen von CHF 88 200.–; Vollrente (Stammrente) max. CHF 29 400.–	«Stammrente» 40% je Kind
UV	letztersicherter Jahresverdienst inkl. Kinderzulagen max. versichert CHF 148 200.– max. 80% (CHF 118 560.–) mit AHV/IV 90% (CHF 133 380.–)	«nur Stammrente»
MV	letztersicherter Jahresverdienst inkl. Kinderzulagen max. versichert CHF 159 502.– max. 80% (CHF 127 602.–)	«nur Stammrente»
BVG	6,8% des Altersguthabens/Deckungskapitals kann Hinterlassenen- und Invalidentleistungen kürzen, soweit sie mit anderen Einkünften 90% des mutmasslich entgangenen Verdienstes übersteigen	«Stammrente» 20% je Kind

8.4.2 Taggelder (kurzfristige Leistungen)

▶ Taggeld vor Rente!

Aus derselben Ursache heraus können nicht gleichzeitig ein Taggeld und eine Rente fliessen.

In gewissen Fällen ist ein Nebeneinander möglich, nämlich da, wo für die Rente und das Taggeld andere auslösende Faktoren greifen. So kann jemand seine halbe IV-Rente und gleichzeitig ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung beziehen (weil die Stelle, wo die Resterwerbsfähigkeit genutzt worden ist, gekündigt wurde).

- ▶ Taggeld wird zur gleichen Zeit für dieselbe Ursache immer nur von einem Versicherer bezahlt.

Erkrankt eine arbeitslose Person ernsthaft, erhält sie von der Arbeitslosenversicherung während der ersten 30 Tage ihrer Krankheit die entsprechenden Taggelder; im Fall mehrerer Erkrankungen innerhalb der Rahmenfrist maximal 44 Taggelder. Hernach gilt sie nicht mehr als vermittlungsfähig und der Krankenversicherer muss die Taggelder übernehmen, wenn ein entsprechender Vertrag besteht. Andernfalls geht die betroffene Person leer aus (ggf. Sozialhilfe).

Taggeldbasis: letzversicherter Verdienst (Werte seit 2023)		
IV	80% Grundentschädigung ggf. plus Kinderzulage; max. CHF 326.–/Tag (mit Kindern 407.–)	letzter Monatslohn × 12 (+ 13., Boni usw.) 360
EO	80% Grundentschädigung, ggf. plus Kinderzulagen; max. CHF 220.– (mit Kind 275.–/Tag)	letzter Monatslohn (inkl. Anteil 13., Boni usw.) 30
ALV	70% (in der Regel) 80%, wenn Unterhaltspflicht für Kinder unter 25 Jahren, IV-Rentner/in oder Taggeld unter CHF 140.–; max. CHF 398.40 (mit Kind 455.30/Tag)	letzter Monatslohn (inkl. Anteil 13., Boni usw.) 21,7
UVG	80% des letzversicherter Jahresverdienstes (mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit anteilmässige Kürzung); max. CHF 324.80/Tag	<u>Jahreslohn + FamZ</u> 365
MV	80% des mutmasslich entgangenen Jahresverdienstes (mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit anteilmässige Kürzung); max. CHF 349.60/Tag	<u>Jahreslohn + FamZ</u> 365
KV	gemäss Vertrag, sofern Kompensation für Lohnfortzahlung mind. 80%	

8.5 Vorleistungspflicht (ATSG 70)

Wenn ein Versicherungsfall einen Anspruch aus Sozialversicherungsleistungen begründet, aber Zweifel darüber bestehen, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, kann die berechnigte Person Vorleistungen verlangen.

Die berechnigte Person hat sich bei den infrage kommenden Sozialversicherungen anzumelden.

Vorleistungspflichtig sind:

a die Krankenversicherung

für Sachleistungen und Taggelder, deren Übernahme durch die Kranken-, Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung umstritten ist;

PS: Eine Vorleistungspflicht besteht nur für **Taggelder nach KVG**, nicht aber für solche nach VVG;

b die Arbeitslosenversicherung

für Leistungen, deren Übernahme durch die Arbeitslosen-, Kranken-, Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung umstritten ist;

c die Unfallversicherung

für Leistungen, deren Übernahme durch die Unfall- oder Militärversicherung umstritten ist;

d die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG)

für Renten, deren Übernahme durch die berufliche Vorsorge nach BVG, Unfall- oder Militärversicherung umstritten ist.

- ▶ In Ergänzung zu ATSG 70 ist die Invalidenversicherung Vorleistungspflicht für Hilfsmittel, deren Übernahme durch die Invaliden- oder die Unfallversicherung umstritten sind und durch die Krankenversicherung ausgeschlossen ist (BGW 9C_529/219 vom 11.05.2020).

8.5.1 Rückerstattung von Vorleistungen (ATSG 71)

Der vorleistungspflichtige Sozialversicherer erbringt die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen.

Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, hat dieser die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten.

9. Weitere Bestimmungen

Weiter finden sich Bestimmungen zum Rückgriff auf haftpflichtige Dritte. Darauf wird im Kapitel XIX, rechtliche Aspekte, eingegangen. Bisher hat es keine klaren Grundlagen zur Durchführung internationaler Sozialversicherungsabkommen, speziell auch für den elektronischen Datenaustausch, gegeben. Mit ATSG 75a–75c wird Abhilfe geschaffen.

10. Aktuell

Nachdem die erste ATSG-Revision inklusive überarbeiteten Bestimmungen zum Abklärungsverfahren und die Mitspracherechte bei Gutachten umgesetzt sind, stehen momentan keine weiteren Neuerungen an.

Eine Frau, die ohne ihr Wissen überwacht wurde, gelangte letztlich mit Ihrer Klage an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, weil sie ihre Privatsphäre verletzt sah und für eine Observation die Rechtsgrundlage fehlte. Im Juli 2017 bestätigte das Bundesgericht (BGE 9C_806/2016) das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage für die Überwachung. Mit der Revision des ATSG – neue Art. 43a und 43b – wurde mit **Wirkung ab 01.10.2019** Abhilfe geschaffen.

Neu kann der Sozialversicherer eine versicherte Person verdeckt observieren und dabei Bild- und Tonaufzeichnungen machen sowie technische Instrumente zur Standortbestimmung (vgl. ATSG 43b) einsetzen, wenn

- a) aufgrund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass die versicherte Person unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu erhalten versucht, und
- b) die Abklärungen sonst aussichtslos wären oder unverhältnismässig erschwert würden.

Die Anordnung der Observation muss durch eine Person mit Direktionsfunktion im fallbearbeitenden oder im Leistungsbereich des Sozialversicherers erfolgen. Die Observierung darf an höchstens 30 Tagen innerhalb von sechs Monaten ab dem ersten Observationstag stattfinden. Wenn hinreichende

Gründe dazu bestehen, kann die Observation um weitere sechs Monate verlängert werden. Der Sozialversicherer kann externe Spezialisten/Spezialistinnen mit der Observation beauftragen.

Anforderungen an Spezialisten/Spezialistinnen, die Observationen durchführen (ATSV 7 a–j).

Im Vorfeld der Beratungen wurden viele Befürchtungen betreffend Bespitzelung von Personen und eines Nachtwächterstaats laut. Die im ATSV enthaltenen Bestimmungen regeln die Anforderungen an Observationen und die diesbezüglichen Fachpersonen. In ATSV 8–8c sowie 9–9b sind die Aktenführung-, -aufbewahrung, -einsicht und -vernichtung sowie die Zustellung der Unterteile geregelt.

- ▶ Observationen dürfen nur an allgemein zugänglichen Orten durchgeführt werden oder an Orten, die von solchen aus frei einsehbar sind. Nicht frei einsehbar sind insbesondere das Innere von Wohnhäusern, einschliesslich die von aussen durch ein Fenster einsehbare Räume sowie zu Wohnhäusern gehörende Gärten und Vorplätze, die üblicherweise Blicken entzogen sind.
- ▶ Für Bild- und Tonaufzeichnungen dürfen keine Instrumente eingesetzt werden, die das menschliche Seh- und Hörvermögen wesentlich erweitern (namentlich keine Teleobjektive, Nachtsichtgeräte, Wanzen oder Richtmikrofone, ebenso keine Drohnen). Zur Standortbestimmung sind nur explizit zu diesem Gebrauch bestimmte Instrumente zulässig (namentlich GPS-Tracker).
- ▶ Spezialistinnen und Spezialisten für Observationen benötigen eine Bewilligung (diese muss nach fünf Jahren erneuert werden) und erhalten Vorgaben zum Schutz der Privatsphäre und zum Einsatz von technischen Geräten.
- ▶ Die Sozialversicherer müssen die Betroffenen über eine erfolgte Observation mündlich oder schriftlich informieren und ihnen auf Wunsch Kopien des vollständigen Observationsmaterials aushändigen. Dies gibt den Betroffenen die Möglichkeit, die Rechtmässigkeit der Observation von einem Gericht prüfen zu lassen.

11. Links

www.admin.ch > ***Bundesrecht*** > ***systematische Sammlung***

SR 830.1 ATSG, SR 830.11 ATSV, (Gesetzes- und Verordnungstext)

www.sozialversicherungen.ch

Website mit geraffter Darstellung der Sozialversicherungen (Haus) und Updates

www.koordination.ch

Website mit interessanten praxisbezogenen Beiträgen zur Sozialversicherungskoordination

III Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV

1.	Zielsetzung	177
2.	Gesetzliche Grundlagen	177
3.	Geschichtliche Daten	178
4.	Organisation	181
4.1	Die AHV-Ausgleichskassen	181
4.1.1	Zuständigkeit der Ausgleichskassen	182
4.1.1.1	Aufgaben der Ausgleichskassen (AHVG 63)	182
4.1.1.2	Kassenzugehörigkeit (AHVG 64)	183
5.	Versicherte Personen (AHVG 1+2, AHVV 1–5, WVP)	183
5.1	Obligatorisch versicherte Personen (Pflichtversicherung)	184
5.1.1	Ausnahmen von der Versicherungspflicht (AHVG 1a II, AHVV 1b–43)	185
5.1.2	Asylsuchende (AHVG 14 II ^{bis})	186
5.1.3	Grenzüberschreitende Sozialversicherung (Details vgl. Kapitel XVIII)	186
5.1.3.1	Grenzüberschreitende Sozialversicherung für befristet im Ausland eingesetzte Erwerbstätige («Entsandte»)	187
5.2	Freiwillige Versicherung	187
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes	188
5.4	Die AHV-Nummer (Versichertennummer) (AHVV 133–134^{octies})	188
5.5	Das individuelle Konto (IK) (AHVV 135^{bis}, 137–141)	189
5.5.1	Der IK-Auszug (AHVV 141)	189
6.	Finanzierung	190
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel (AHVG 102–107 und 111)	190
6.1.1	AHV-Ausgleichsfonds Compenswiss (Bundesgesetz Ausgleichsfonds)	191
6.2	Beitragspflichtige Personen (AHVG 3–16, AHVV 6–43)	191
6.3	Dauer der Beitragspflicht (AHVG 3, AHVV 6^{quater})	192
6.4	Beitragshöhe und -bemessungsbasis	193
6.4.1	Erwerbstätige ⇒ selbständig oder unselbständig erwerbend?	193
6.4.2	Unselbständigerwerbende	194
6.4.2.1	Die Elemente des massgebenden Lohns (AHVG 5, AHVV 6–15)	195
6.4.2.11	Unkosten (AHVV 9)	196
6.4.2.12	Naturallohn (AHVV 11, 13)	196
6.4.2.13	Globallöhne für mitarbeitende Familienglieder in der Landwirtschaft (AHVG 3 und 7, AHVV 14)	198
6.4.2.14	Weitere Zuwendungen des Arbeitgebers	199
6.4.2.15	Vergütungen des Arbeitgebers	199
6.4.2.16	Sozialleistungen und Härtefallleistungen (AHVV 8 ^{bis} –8 ^{ter})	200
6.4.2.17	Taggelder und Übernahme der Arbeitnehmerbeiträge durch den Arbeitgeber	201

6.4.2.2	Beitragsabrechnung, -zahlung und IK-Eintrag	202
6.4.2.21	Umrechnung Netto- in Bruttolohn; Nettolohnvereinbarung (AHVV 7p)	203
6.4.2.22	Geringfügige Löhne (AHVG 14 V, AHVV 34d)	204
6.4.2.23	Pauschales Abrechnungsverfahren	204
6.4.2.24	Vereinfachtes Abrechnungsverfahren AHV/IV/EO/ALV/FamZ	204
6.4.2.25	Jahresendabrechnung (Lohnbescheinigung)	205
6.4.2.26	Verbuchung im IK (Individuelles Konto)	206
6.4.2.27	Verwaltungskosten	206
6.4.2.28	Beitragsabrechnung mit ausländischen Sozialversicherungen (FZA bzw. EFTA-Übereinkommen)	207
6.4.3	Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG) (AHVG 6 und AHVV 16)	207
6.4.3.1	Abrechnung, Zahlung und IK-Eintrag	208
6.4.4	Selbständigerwerbende	208
6.4.4.1	Beitragsfestsetzung und Beitragsperiode (AHVV 22–23)	211
6.4.4.2	Abrechnung, Zahlung und IK-Eintrag	212
6.4.5	Nichterwerbstätige (AHVG 10, AHVV 28–32)	213
6.4.5.1	Abrechnung, Zahlung und IK-Eintrag	213
6.4.5.2	Für verheiratete Personen gilt	216
6.4.5.3	Personen, die nicht dauernd voll erwerbstätig sind	217
6.4.6	Ratenzahlung, Herabsetzung oder Erlass der Beiträge von Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen (AHVG 11, AHVV 31–32)	218
6.4.7	Verfahrensrechtliche Bestimmungen zum Beitragsbezug	218
6.4.7.1	Fälligkeit der Beiträge (AHVV 34 III)	218
6.4.7.2	Verzugszinsen (ATSG 26, AHVG 14, AHVV 41 ^{bis} –42)	218
6.4.7.3	Mahnung und Betreibung (AHVV 34a)	219
6.4.7.4	Vergütungszinsen (ATSG 26, AHVV 41 ^{ter} und 42)	219
6.4.7.5	Verjährung (AHVG 16)	220
6.4.7.51	Festsetzungsverjährung (ATSG 24 I, AHVG 16 I)	220
6.4.7.52	Vollstreckungsverjährung (AHVG 16 II)	220
6.4.7.53	Rückerstattungsverjährung (AHVG 16 III)	220
6.4.7.54	Verjährung bei Haftung nach AHVG 52	221
7.	Leistungsübersicht	221
8.	Anspruchsberechtigte Personen	221
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	222
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	222
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	222
8.3.1	Asylsuchende bzw. Flüchtlinge und Staatenlose	222
8.3.2	Beitragsrückvergütung für Angehörige von Nichtvertragsstaaten (AHVG 18 III, RV-AHV)	223

9.	Sachleistungen (inkl. kollektive Leistungen/Prävention)	223
9.1	Hilfsmittel der Altersversicherung (AHVG 43 ^{quater} , AHVV 66 ^{ter} , HVA)	223
9.2	Förderung der Altershilfe (AHVG 101 ^{bis} , AHVV 222–225; kollektive Leistungen)	224
10.	Geldleistungen	225
10.1	Renten	225
10.1.1	Übersicht über die monatlichen Vollrenten seit 2023	225
10.1.2	Anspruch auf Hinterlassenenrenten	225
10.1.2.1	Witwenrenten (AHVG 23–24, AHVV 46)	225
10.1.2.1.1	Witwenrente für die geschiedene Frau (AHVG 24a)	226
10.1.2.2	Witwerrente	226
10.1.2.2.1	Witwerrente für den geschiedenen Mann (AHVG 23–24a)	227
10.1.2.3	Koordination Witwen-/Witwerrente (AHVG 24b)	227
10.1.2.4	Waisenrente (AHVG 25, AHVV 49)	227
10.1.2.4.1	Koordination Kinder-/Waisenrenten (AHVG 37 ^{bis} , AHVV 54)	227
10.1.2.5	Koordination im Zusammenhang mit Überentschädigung	227
10.1.3	Referenzalter und Anspruch auf Altersrente (AHVG 21)	228
10.1.3.1	Flexibler Rentenbezug	228
10.1.3.1.1	Anreize fürs Fortsetzen der Erwerbstätigkeit ab Erreichen des Referenzalters	230
10.1.3.2	Wirkung des Referenzalters auf die übrigen Sozialversicherungen	231
10.1.3.3	Koordination die eigene Altersrente betreffend	232
10.1.3.4	Abgeleitete Rentenansprüche	232
10.1.3.4.1	Kinderrenten (AHVG 22 ^{ter})	232
10.1.4	Systematik der AHV/IV-Renten-Berechnung	233
10.1.4.1	Die Beitragszeit – Voll- oder Teilrente? (AHVG 29)	233
10.1.4.1.1	Ausserordentliche Rente (AHVG 42)	234
10.1.4.1.2	Schliessen von Beitragslücken (AHVV 52a–52d ^{quater})	234
10.1.4.1.3	Neuberechnung für über das Referenzalter hinaus Erwerbstätige (AHVG 29 ^{bis} III+IV, AHVV 52d ^{bis} –52d ^{quater})	235
10.1.4.2	Das massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen	235
10.1.4.2.1	Das Total der Einkommenssumme	236
10.1.4.2.1.1	Splitting (AHVG 29 ^{quinquies} III–IV, 50b und 50c)	236
10.1.4.2.2	Der Aufwertungsfaktor (AHVV 51 ^{bis})	237
10.1.4.2.3	Der Karrierezuschlag (AHVV 54)	237
10.1.4.2.4	Erziehungs- und Betreuungsgutschriften (AHVG 29 ^{sexies} und 29 ^{septies} , AHVV 52e bis 52g)	238
10.1.4.3	Rentenformel und -betrag (AHVG 30 und 34)	239
10.1.4.3.1	Skala 44, monatliche Vollrenten seit 01.01.2023 in Franken	240
10.1.4.3.1	Plafonierung der Renten von Verheirateten (AHVG 35, AHVV 53 ^{bis}) bzw. von zwei Rentenansprüchen für dasselbe Kind (AHVG 35 ^{ter} und 37 ^{bis})	241
10.1.5	Anpassung an Teuerung und Lohnentwicklung (AHVG 33 ^{ter} , AHVV 51 ^{ter} +51 ^{quater})	241
10.2	Hilflosenentschädigung für Altersrentner (AHVG 43 ^{bis} , AHVV 66 ^{bis})	242

11.	Vollzug	243
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30, AHVV 67–68)	243
11.1.1	Nachzahlung (ATSG 24, AHVG 46)	243
11.2	Festsetzen und Auszahlen der Leistung (ATSG 19, AHVV 72)	243
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland (AHVG 43 ^{bis} und 43 ^{ter})	244
11.2.1.1	Rückvergütung der von ausländischen Staatsangehörigen an die AHV bezahlten AHV-Beiträge (AHVG 18 III, RV-AHV)	244
11.2.2	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)	245
11.2.2.1	Gewährleisten zweckmässiger Verwendung (ATSG 20, AHVG 22 ^{ter})	246
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31; AHVG 87–88)	246
11.4	Kürzung oder -verweigerung von Leistungen (ATSG 21)	246
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25, ATSV 4–5)	246
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)	247
11.6	Rechtspflegeverfahren	247
12.	Aktuell	248
12.1	Kennzahlen	248
12.1.1	Aus der AHV-Statistik 2023	248
12.2	Compenswiss	251
12.3	13. AHV-Rente ab 2026	253
12.4	Reform der AHV-Hinterlassenenrenten	254
12.5	Keine Kinderrenten mehr zur Altersrente (1. + 2. Säule!)	254
12.6	Heiratsstrafe in der AHV minimieren oder eliminieren	254
12.7	Links	255

1. Zielsetzung

Die schweizerische Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) bezweckt das Decken des Existenzgrundbedarfes, der durch Wegfall des Erwerbseinkommens im Alter oder durch Tod des Versorgers/der Versorgerin entsteht.

Die AHV bildet mit der Invalidenversicherung und den Ergänzungsleistungen die 1. Säule unserer Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Verfassungsrechtlich bildet die AHV zusammen mit der Invalidenversicherung eine Versicherung und wird auch im Rahmen des ATSG als Einheit betrachtet.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 111 definiert das Dreisäulenkonzept und BV 112 die 1. Säule.

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vom 20. Dezember 1946, in Kraft seit 1. Januar 1948
- ▶ über die Anstalt zur Verwaltung der Ausgleichsfonds von AHV, IV und EO (Ausgleichsfondsgesetz) vom 16. Juni 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ Verordnung über die AHV (AHVV) in Kraft seit 1. Januar 1948
- ▶ Verordnung über die freiwillige Versicherung für Auslandschweizer (VfV) vom 26. Mai 1961
- ▶ Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) vom 28. August 1978
- ▶ Verordnung über die Betriebsaufnahme der Anstalt «Compenswiss» Ausgleichsfonds AHV/IV/EO vom 22. November 2017
- ▶ usw.

Verordnungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Wegleitung über die Versicherungspflicht in der AHV/IV (WVP)
- ▶ Wegleitung über den Bezug der Beiträge (WBB)
- ▶ Wegleitung über den massgebenden Lohn (WML)
- ▶ Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen (WSN)
- ▶ Wegleitung über die Renten (RWL)
- ▶ usw.

3. Geschichtliche Daten

- 1866 Die Delegiertenversammlung des «Schweizerischen Grütlivereins» heisst die Grundsätze für eine eidg. Alters- und Invalidenversicherung gut.
- 1912/18 Anträge an den Bundesrat, eine Vorlage für das Errichten einer eidg. Alters- und Invalidenversicherung in die Bundesversammlung einzubringen.
- 1925 Annahme des Verfassungsartikels (BV34^{quater}) mit 410 988 Ja- (sowie 13 Voll- und 3 Halbkantonen) zu 217 483 Nein-Stimmen.
- 1931 Volk verwirft das erste Ausführungsgesetz (Lex Schulthess).
- 1939/47 Übergangsordnung; System des Ausgleichs und der Ausgleichskassen, das sich im 2. Weltkrieg bei der Lohnersatzordnung der Dienstleistenden bewährt hat, wird übernommen.
- 1947 In der Referendumsabstimmung wird am 6. Juli das AHV-Gesetz mit 862 036 (79,3 Prozent) Ja- zu 215 496 (20,7 Prozent) Nein-Stimmen angenommen; eine Zustimmung, die bis heute kein anderes Sozialversicherungsgesetz gefunden hat. Der Erlass eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung wurde aufgeschoben (Inkraftsetzung per 1. Januar 1960).
- 1948 Das AHV-Gesetz tritt in Kraft.
- 1957/64 Das ursprünglich für beide Geschlechter auf 65 Jahre angesetzte Rentenalter wird im Rahmen der 4. AHV-Revision für Frauen von 65 auf 63 und mit der 6. Revision von 63 auf 62 Jahre gesenkt.
Mit der 4. AHV-Revision von 1964 wird die Zusatzrente für die 45- bis 60-jährige Ehefrau sowie die Kinderrente zur Altersrente eingeführt.
- 1969 Im Rahmen der 7. AHV-Revision wird der Aufschub des Rentenbezugs möglich.
- 1972 Verankerung des Dreisäulenkonzepts in der Bundesverfassung; gleichzeitig werden die Rentenindexierung (automatische Teuerungsanpassung) und Beiträge zur Förderung der Altershilfe in die Verfassung aufgenommen. Somit werden erstmals nicht nur Individual-, sondern auch Kollektivleistungen zugunsten einer Bevölkerungsgruppe, d.h., hier der Alten, erbracht.
- 1973/75 Mit der 8. AHV-Revision werden die Renten um 80 und in der zweiten Stufe nochmals um 25 Prozent erhöht.
- 1979/80 9. AHV-Revision: trotz vieler technischer Neuerungen wird noch am Ehepaarrentenmodell festgehalten.
- 1993 Mit einem neuen Artikel in der Bundesverfassung wird der Bundesrat ermächtigt, die Mehrwertsteuer um maximal einen Prozentpunkt zu erhöhen, dies als Zusatzfinanzierung der AHV.

- 1997 Inkrafttreten der 10. AHV-Revision mit Einführung des zivilstands-unabhängigen Individualrentensystems und (unter gewissen Voraussetzungen) der Witwerrente sowie Erhöhung des Frauenrentenalters. Erstmals in der Geschichte der sozialen Sicherheit wird im Rahmen einer Sozialversicherung der Unterschied zwischen entlöhnter und unentlöhnter Arbeit aufgehoben, indem Erziehungs- und Betreuungsgutschriften in die Rentenberechnung miteinbezogen werden.
- 2001 Im Rahmen der 10. AHV-Revision wird das Renteneintrittsalter für Frauen von 62 auf 63 Jahre angehoben.
- Auf den 1. April wird die «Freiwillige Versicherung für Auslandsschweizer» total umgebaut. Neu können nur noch Schweizer/innen und Angehörige eines EU-/EFTA-Mitgliedsstaates beitreten, wer die bestehende AHV-Deckung weiterführt (Schweizer/innen und Bürger/innen eines EU-/EFTA-Mitgliedsstaates) und Wohnsitz ausserhalb eines EU-/EFTA-Staates haben.
- 2004 Die Vorlage für die 11. AHV-Revision wird am 16. Mai mit einem Zweidrittelsmehr verworfen. Gerügt wird von der Linken der Sozialabbau, insbesondere dass die durch das Erhöhen des Frauenrentenalters gewonnenen Mittel nicht für eine sozialverträgliche Finanzierung des Rentenvorbezugs eingesetzt werden.
- 2005 Ab diesem Jahr beträgt das ordentliche Frauenrentenalter 64 Jahre.
- 2008 Das Bundesgesetz betreffend Schwarzarbeit zeigt auch in der AHV Wirkung: In Bezug auf geringfügige Entgelte wird nicht mehr zwischen Haupt- und Nebenerwerb unterschieden, zudem entfällt die Verzichtserklärung; für Arbeitgeber mit geringen Lohnsummen wird ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren eingeführt.
- Neu leistet der Bund den gesamten Beitrag der öffentlichen Hand. Durch den neuen Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen entfallen die Beiträge der Kantone.
- Am 1. Juli wird die (anonymisierte) 13-stellige AHV-Nummer eingeführt. Sie ersetzt die bisherige 11-stellige AHV-Nummer und dient neu über den Sozialversicherungsbereich hinaus als Personenidentifikationsnummer.
- 2010 Nach jahrelangem Hin und Her hat sich das Parlament in der Herbstsession 2010 auf einen Kompromiss in der 11. AHV-Revision geeinigt. In der Schlussabstimmung 2011 verwarfen die SVP und die SP die ganze Vorlage.
- 2012 Die in der 2011 verworfenen Vorlage zur 11. AHV-Revision unbestrittenen Punkte werden als technische Revision umgesetzt. So wird festgelegt, dass für Nichterwerbstätige der Maximalbeitrag dem 50-Fachen des Mindestbeitrags entspricht, ANobAG Beiträge wie Arbeitnehmende zu entrichten haben, die Arbeitgeberhaftung verstärkt und die Bedingungen für den Bezug von Betreuungsgutschriften gelockert werden.

- 2017 Die Reform Altersvorsorge 2020 ist am 24. September sowohl seitens der Stimmberechtigten als auch der Stände verworfen worden. Betreffend AHV wäre das Frauenrentenalter in vier Schritten bis 2021 auf 65 Jahre angehoben worden. Die Neurentner/innen hätten einen mtl. Zuschlag von CHF 70.– (Vollrenten) erhalten und die Plafonierungsgrenze für Ehepaare wäre von 150 auf 155 Prozent der massgebenden Maximalrentenskala angehoben worden. Weiter waren die Aufhebung des Freibetrags für Altersrentenbeziehende vorgesehen und, im Fall einer weiteren Erwerbstätigkeit, die Möglichkeit, mit solchen Beiträgen frühere Lücken zu schliessen.
- 2018/19 Die Verwaltung der Ausgleichsfonds von AHV, IV und EO war bisher in den einzelnen Gesetzen nicht zweckdienlich geregelt. Per 01.01.2019 tritt das Ausgleichsfondsgesetz in Kraft, das in 24 Artikeln die einschlägigen Bestimmungen enthält. Für den Vollzug wird per 01.01.2018 eine öffentlich-rechtliche Anstalt «compenswiss (Ausgleichsfonds AHV/IV/EO)» errichtet.
- 2020 Am 19. Mai 2019 wurde die «STAF-Vorlage» (Steuern und AHV-Zusatzfinanzierung) bei guter Wahlbeteiligung mit einem Ja-Stimmen-Anteil von 66,4 Prozent angenommen. Für die AHV bringt die Zusatzfinanzierung Mehreinnahmen von rund zwei Mrd. Franken pro Jahr. Nämlich durch die erste Beitragserhöhung seit 1975 um 0,3 Prozentpunkte (rund 1,2 Mrd.), die Zuführung des ganzen Demografiefprozentes der Mehrwertsteuer an die AHV (rund 520 Mio.) und die Erhöhung des Bundesbeitrages (rund 300 Mio.).
- 2021 In der Wintersession 2021 wurde die Reform AHV 2021 in der Schlussabstimmung angenommen. Damit soll das Rentenniveau gehalten und die Finanzierung bis 2030 (d.h. für acht Jahre) gesichert werden.
- 2022 Am 25. September wurde die Reform AHV 21 mit einer Differenz von 31 189 Ja-Stimmen (50,55% bzw. 1 442 553 Ja) von elf Kantonen und fünf Halbkantonen angenommen. Die Zusatzfinanzierung durch die Mehrwertsteuer wurde von 15 Kantonen und allen sechs Halbkantonen mit einem Mehr von 55,07 Prozent Ja-Stimmen gutgeheissen. Dies mit einer hohen Stimmbeteiligung von 52,2 Prozent.
- 2024 Die AHV-Reform 21 wird in drei Etappen umgesetzt. Auf 1. Januar 2024 wird der Rentenvorbezug monatsweise möglich. Zudem kann auch nur ein Anteil der Rente vorbezogen oder aufgeschoben werden. Erwerbstätige ab Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter) können mit den dann entrichteten Beiträgen die Rente (bis zum Maximum) aufbessern; dazu kann auf den Freibetrag von mtl. CHF 1400.– verzichtet werden. Für Versicherte, die ab Erreichen des Referenzalters neu eine Hilflosenentschädigung benötigen, beträgt die Wartezeit sechs Monate (vorher zwölf Monate).
Zudem wird die Mehrwertsteuer um 0,4 Prozentpunkte erhöht.
Volk und Stände nehmen eine Initiative an, die spätestens ab 2026 eine 13. AHV-Rente fordert.

- 2025 Die zweite Etappe der AHV-Reform 21 bringt die schrittweise Erhöhung des Referenzalters für Frauen. 2029 beträgt das Referenzalter für beide Geschlechter 65 Jahre. Frauen der Übergangsgeneration (Jahrgänge 1961 bis und mit 1969) können die Altersrente immer ab 62. Altersjahr vorbezahlen; dies mit reduzierten Kürzungssätzen. Jene Frauen, welche die Rente erst mit Erreichen des Referenzalters beziehen, erhalten lebenslänglich einen Zuschlag zur Rente.
- 2027 Mit der dritten Etappe der AHV-Reform 21 (frühestens 2027) erhält der Bundesrat den Auftrag, die Vorbezugskürzungssätze und Zuschläge für den Aufschub zu überprüfen und nötigenfalls an die Lebenserwartung anzupassen.

4. Organisation

Die Durchführungsorgane der AHV sind die Arbeitgeber, die Ausgleichskassen (evtl. mit Zweigstellen) und die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS). Hinzu kommen die Revisionsorgane, welche die Tätigkeit dieser Durchführungsorgane mittels Arbeitgeberkontrollen und Kassenrevisionen überwachen. Dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) obliegt die Aufsicht über die Durchführung. An der Durchführung der AHV wirken aber noch weitere Instanzen mit.

So melden die kantonalen Steuerverwaltungen den Ausgleichskassen die für die Beitragsfestsetzung der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen massgebenden Einkommen und Vermögen. Müssen die Beiträge auf dem Weg der Zwangsvollstreckung eingetrieben werden, treten die Betreibungsämter in Funktion. Die Renten werden über die Postfinance und Banken ausbezahlt. In der freiwilligen Versicherung (AHVG 2) nehmen die schweizerischen Botschaften und Konsulate die Beitrittsgesuche entgegen und wirken beim Beitragsbezug mit (Verordnung über die freiwillige Alters-Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, VFV 3).

4.1 Die AHV-Ausgleichskassen

Der «Vollzug» (Beitragsbezug, Führen der individuellen Konti [IK], Rentenfestsetzung und -auszahlungen usw.) erfolgt dezentral über die AHV-Ausgleichskassen, die dafür mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet wurden.

77 AHV-Ausgleichskassen (Gliederung aufgrund der Trägerschaft)		
Bundesausgleichskassen	Kantonale Ausgleichskassen	Verbandsausgleichskassen
Eidg. Ausgleichskasse > für Bundespersonal Schweizerische Ausgleichskasse > Verkehr mit Ausland (Vertragsstaaten) > freiw. Versicherung gemäss AHVG 2	pro Kanton eine Ausgleichskasse mit (total ca. 2000) Gemeindezweigstellen ⇨ für Nichterwerbstätige, Betriebe und Selbständigerwerbende, die nicht einem Gründerverband angehören	von Gründerverbänden > Medisuisse (Ärzte) > Swissmem (Maschinen) > GastroSocial (Wirte) > Zürcher Arbeitgeber > usw. im Bedarfsfall mit Zweigstellen in einzelnen Kantonen/Sprachregionen
2	26	ca. 49

4.1.1 Zuständigkeit der Ausgleichskassen

4.1.1.1 Aufgaben der Ausgleichskassen (AHVG 63)

Die Ausgleichskassen sind öffentlich-rechtliche Anstalten (wo kantonale Ausgleichskasse und IV-Stelle in einer Verwaltungseinheit zusammengefasst sind, spricht man von einer «Sozialversicherungsanstalt»).

Ihnen obliegt primär der Vollzug der AHV;

das bedeutet Aufgaben wie:

- ▶ Beitragsfestsetzung und -bezug
- ▶ Festsetzung und Auszahlung der Leistungen
- ▶ Abrechnung mit der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS)
- ▶ Führen des Zentralregisters (kantonale Ausgleichskassen)
- ▶ Führen der individuellen Konti (IK)

Daneben nehmen die Ausgleichskassen weitere Funktionen für andere Sozialversicherungsträger wahr:

- ▶ **Für die Invalidenversicherung (IV), Erwerbsersatzordnung (EO), Familienzulagen (FamZ)**
Beitragsfestsetzung und -bezug sowie Leistungsfestsetzung und -auszahlung.
- ▶ **Für die Ergänzungsleistungen (EL) und für die Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose**
Leistungsfestsetzung und -auszahlung wird durch die kantonalen Ausgleichskassen durchgeführt (Ausnahme: BL, GE und teilweise ZH).
- ▶ **Für die Arbeitslosenversicherung (ALV)**
Beitragsbezug.
- ▶ **Für die obligatorische Unfallversicherung (UVG) und die berufliche Vorsorge (BVG)**
Kontrolle, ob alle Arbeitgeber die entsprechenden Versicherungen für ihre Mitarbeitenden abgeschlossen haben (Anschluss an Unfallversicherer bzw. Vorsorgeeinrichtung).
- ▶ **Für die soziale Krankenversicherung (KVG)**
In vielen Kantonen erfolgt der Vollzug der individuellen Prämienverbilligung durch kantonale Ausgleichskassen bzw. Sozialversicherungsanstalten. Auch die Zwangszuweisungen von Personen, die sich keiner Krankenversicherung angeschlossen haben, obliegt einzelnen kantonalen Ausgleichskassen.
- ▶ **Für die CO₂-Abgabe**
Rückerstattung an Arbeitgebende.

4.1.1.2 Kassenzugehörigkeit (AHVG 64)

Welche AHV-Ausgleichskasse für einen zuständig ist, richtet sich nach dem Beitragsstatus der betreffenden Person. Für Arbeitnehmende ist diejenige Ausgleichskasse zuständig, mit welcher der Arbeitgeber die Beiträge abrechnet.

▶ **Arbeitgeber und Selbständigerwerbende**

- ▶ wenn einem Gründerverband angehörend, Anschluss an betreffende Verbandsausgleichskasse
- ▶ für das Bundespersonal und der Bundesanstalten ist die Eidgenössische Ausgleichskasse (EAK) zuständig
- ▶ sonst Anschluss an die kantonale Ausgleichskasse (Auffangkasse) am Geschäftssitz

▶ **Hausdienstarbeitgeber**

und Arbeitgeber, die mit ihrem Personal dem Bundesgesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) unterstehen.

Anschluss generell an kantonale Ausgleichskasse am Wohnort

▶ **Nichterwerbstätige**

in der Regel Anschluss an kantonale Ausgleichskasse am Wohnort

Ausnahmen

- ▶ **Studierende:** Anschluss an die kantonale Ausgleichskasse am Studienort für Beitragsbezug und des Wohnortes für EO-Leistungsbezug
- ▶ **Personen, die ab Alter 58 pensioniert werden,** bleiben der Ausgleichskasse angeschlossen, über die zuletzt Beiträge aus Erwerbstätigkeit abgerechnet wurden.

5. Versicherte Personen (AHVG 1+2, AHVV 1–5, WVP)

«Versichert»		
Als versichert gilt jemand, der einer Versicherung untersteht.		Im jeweiligen Bundesgesetz wird festgehalten, wer in welchem Zeitraum den Versicherungsschutz genießt.
bedeutet in der Regel einerseits Beitragspflicht und andererseits Leistungsanspruch		

Es ist die AHV-Gesetzgebung, die grundsätzlich für sämtliche Sozialversicherungen regelt, wer einerseits zum Kreis der versicherten Personen gehört, und andererseits festlegt, welches Entgelt zum massgebenden Lohn gehört (d.h. eine Beitragspflicht auslöst). Denn in der Regel beziehen sich die übrigen Sozialversicherungsgesetze auf das AHV-Gesetz. So ist beispielsweise «der Arbeitnehmer, der nach dem AHVG versichert und für die Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit beitragspflichtig ist» AVIG-unterstellt (AVIG 2) oder es «gilt für den Bereich der Beiträge und der Zuschläge auf den Beiträgen die AHV-Gesetzgebung sinngemäss» (AVIG 6).

Dort, wo sich Berührungspunkte zum Ausland ergeben, sind die anwendbaren Bestimmungen und sozialversicherungsrechtlichen Standards ebenfalls durch die «AHV» in der Wegleitung über die Versicherungspflicht (WVP) definiert worden.

Diese Aspekte werden in Kapitel XVIII, grenzüberschreitende Sozialversicherungen, dargelegt.

Das AHV-Gesetz unterscheidet zwischen

- ▶ obligatorisch versicherten Personen (Pflichtversicherung AHVG 1a I)
- ▶ Personen, die sich freiwillig der obligatorischen AHV anschliessen können
 - ▶ Weiterführen der obligatorischen Versicherung (AHVG 1a III)
 - ▶ Beitritt zur obligatorischen Versicherung (AHVG 1a IV)
- ▶ Beitritt zur freiwilligen Versicherung gemäss AHVG 2

5.1 Obligatorisch versicherte Personen (Pflichtversicherung)

Die obligatorische AHV/IV umfasst alle natürlichen Personen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben oder/und (als Nichterwerbstätige) hier den zivilrechtlichen Wohnsitz begründen (Volksversicherung).

Obligatorisch versichert sind ferner Schweizer/innen, die im Ausland tätig sind:

- ▶ im Dienst der Eidgenossenschaft (Bundespersonalgesetz)
- ▶ für eine internationale Organisation mit Sitzabkommen¹ (IKRK bzw. Roter Halbmond)
- ▶ für eine vom Bund namhaft subventionierte private Hilfsorganisation, die im Ausland Entwicklungsprojekte durchführt¹ (z.B. Caritas, Helvetas, Swissaid; vollständige Liste vgl. WVP 3096)

¹ Die obligatorische Versicherung gilt nur für Einsätze ausserhalb der EU, der EFTA und ausserhalb eines Vertragsstaates.

Angehörige der EU-/EFTA-Staaten sind grundsätzlich nicht versichert.

- ▶ **Das Erlangen der Versicherteneigenschaft in der AHV ist unabhängig von jener der Beitragspflicht** (AHVG 3).
- ▶ **Eine Person kann in der Schweiz versichert sein, ohne beitragspflichtig zu sein.**
 - ▶ Erwerbstätige Kinder bis zum 31. Dezember nach Vollendung des 17. Altersjahres und nicht erwerbstätige Personen bis zum 31. Dezember nach Vollendung des 20. Altersjahres,
 - ▶ nicht erwerbstätige Personen, deren Ehegatte erwerbstätig ist und wenigstens den doppelten Mindestbeitrag (seit 2023 zweimal CHF 514.– = CHF 1028.–/Jahr;) bezahlt hat.
 - ▶ Nichterwerbstätige Personen, die das Referenzalter erreicht haben.

Wohnsitz in der Schweiz

Der zivilrechtliche Wohnsitz ist für die versicherungsmässige Unterstellung von Nichterwerbstätigen und Personen mit ausländischem Erwerbort von Bedeutung. Weiter kann er für die Bezugsberechtigung von Leistungen aus der Schweiz ausschlaggebend sein.

Als zivilrechtlicher Wohnsitz gilt der Ort, an dem sich eine Person mit der Absicht des dauernden Verbleibens aufhält (ATSG 13 mit Verweis auf ZGB 23.–26). Das Vorliegen des zivilrechtlichen Wohnsitzes in der Schweiz wird unabhängig der Staatszugehörigkeit der betroffenen Person nach schweizerischem Recht beurteilt (Vorbehalten bleiben anders lautende internationale Abkommen).

- ▶ Kinder (Minderjährige) sind – solange sie den Wohnsitz in der Schweiz haben – aufgrund ihres Wohnsitzes versichert.

Erwerbstätigkeit

Von Bedeutung ist einzig der Zusammenhang zwischen Einkommen und der dem Einkommen zugrunde liegenden Tätigkeit. Es ist unerheblich, ob die Erwerbstätigkeit aus ideellen Beweggründen oder mit Erwerbsabsicht, aufgrund vertraglicher Verpflichtungen oder freiwillig, im Haupt- oder im Nebenberuf ausgeübt wird und selbst, ob sie evtl. gar widerrechtlich oder unsittlich erfolgt (WVP).

- ▶ Eine andere Definition gilt für die Abgrenzung der Beitragspflicht als Nicht- oder Selbständigerwerbstätige (Frage, ob im Zweifelsfall eine selbständige Erwerbstätigkeit trotz – in den ersten Geschäftsjahren – ausgewiesenem Verlust anerkannt oder eine solche zur Umgehung einer erheblichen Beitragsleistung als nicht erwerbstätige Person vorgetäuscht wird).

Als Erwerbstätigkeit gilt eine Tätigkeit, die auf Erzielung von Einkommen gerichtet ist und zu einer Erhöhung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit führt. Einerseits muss die Absicht gegeben sein, Gewinn zu erzielen, andererseits muss sich die Tätigkeit zur nachhaltigen Gewinnerzielung eignen (WSN 2004).

5.1.1 Ausnahmen von der Versicherungspflicht (AHVG 1a II, AHV 1b–43)

Folgende Personen sind – trotz Erfüllens mindestens einer der vorerwähnten Voraussetzungen – nicht versichert:

- ⚡ Ausländische Staatsangehörige mit diplomatischen Vorrechten und Befreiungen gemäss Regeln des Völkerrechts.
- ⚡ Personen (unabhängig ihrer Nationalität), für die Beitragszahlungen an die schweizerische und zugleich eine ausländische Sozialversicherung eine nicht zumutbare Doppelbelastung bedeuten würde.
- ⚡ Personen (unabhängig ihrer Nationalität), welche die Voraussetzungen nur für eine verhältnismässig kurze Zeit erfüllen,
 - ◀ d.h., sich ausschliesslich zu Besuchs-, Kur-, Ferien- oder Studienzwecken in der Schweiz aufhalten, sofern sie hier keine Erwerbstätigkeit ausüben und keinen Wohnsitz begründen. (Studienaufenthalt begründet keinen Wohnsitz!)
 - ◀ die in der Schweiz während längstens dreier aufeinanderfolgende Monate pro Kalenderjahr eine Erwerbstätigkeit ausüben und dafür von einem Arbeitgeber im Ausland entlohnt werden – bzw. dort als Selbständig-erwerbende abrechnen.

5.1.2 Asylsuchende (AHVG 14 II^{bis})

Die Versicherungsunterstellung von Asylsuchenden, vorläufig Aufgenommenen und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung ist, solange sie keine Erwerbstätigkeit ausüben, latent. Erst wenn die betreffende Person als Flüchtling anerkannt wird, eine Aufenthaltsbewilligung erhält oder sie eine Leistung der AHV/IV (wegen Invalidität, Tod oder Alter) auslöst, wird sie ab Einreise in die Schweiz der Beitragspflicht unterstellt und gilt somit ab diesem Zeitpunkt als voll versichert.

5.1.3 Grenzüberschreitende Sozialversicherung (Details vgl. Kapitel XVIII)

Die Schweiz unterhält mit den meisten Industriestaaten und europäischen Ländern **internationale Abkommen** (Staatsverträge), welche die Gleichstellung der Angehörigen beider Vertragsstaaten bezüglich Leistungsansprüchen und das Vermeiden von Doppelbelastungen der gleichen beitragspflichtigen Person durch Sozialversicherungsbeiträge garantieren. Die Bestimmungen der internationalen Abkommen gehen jenen der betreffenden staatlichen Sozialversicherung vor.

Liste der Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen unterhält – Stand Mai 2024		
Quelle: gebo Sozialversicherungen, Dübendorf (Basis BSV)		
1 Albanien	1 Israel	★ Polen
1 Argentinien	★1 Italien	★1 Portugal
1 Australien	1 Japan	★ Rumänien
★1 Belgien	1 Kanada/Quebec	1 San Marino
1 Bosnien und Herzegowina	# 1 Korea (Südkorea)	★1 Schweden
1 Brasilien	1 Kosovo	1 Serbien
★1 Bulgarien	★1 Kroatien	★1 Slowakei
1 Chile	★ Lettland	★1 Slowenien
# 1 China	◇1 Liechtenstein	★1 Spanien
★1 Dänemark	★ Litauen	★1 Tschechien
★1 Deutschland	★1 Luxemburg	1 Tunesien
★ Estland	★ Malta	1 Türkei
★1 Finnland	1 Montenegro	★1 Ungarn
★1 Frankreich	★1 Niederlande	1 Uruguay
★1 Griechenland	1 Nordmazedonien	1 USA
# 1 Indien	◇1 Norwegen	1 UK (England...)
★1 Irland	★1 Österreich	★1 Zypern
◇ Island	1 Philippinen	
<p>1 Staaten, mit denen die Schweiz ein «Länderabkommen» unterhält (UK = England, Schottland, Wales, Nordirland und hier bezüglich Geltungsbereichs inkl. Gibraltar) (Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Abkommens mit Argentinien ist mit Drucklegung noch offen)</p> <p># 1 Abkommen «light» bzw. Entsendeabkommen, d.h., ohne Leistungsexport</p> <p>★ Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedsstaaten (FZA)</p> <p>◇ EFTA-Staaten mit Übereinkommen, dessen Bestimmungen, jenen des Abkommens über Personenfreizügigkeit mit der EU (FZA) entsprechen</p> <p>In Ausarbeitung sind ferner Abkommen mit Ecuador, Moldau und Peru</p>		

5.1.3.1 Grenzüberschreitende Sozialversicherung für befristet im Ausland eingesetzte Erwerbstätige («Entsandte»)

Wer von seinem Arbeitgeber für bestimmte oder unbestimmte Zeit im Ausland beschäftigt wird, gehört nicht mehr automatisch der AHV/IV an! Um den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten, bieten sich zwei Möglichkeiten:

► **Die Entsendung von Erwerbstätigen in einen Vertragsstaat** (im Sinne der AHV, hierfür besetzter Fachausdruck):

Durch die Entsendungsbescheinigung bleiben die in einem Vertragsstaat eingesetzten Erwerbstätigen in unserem Sozialversicherungssystem, so auch der AHV/IV weiter pflichtversichert; dies ohne im Vertragsstaat der Sozialversicherung anzugehören.

► **Das Weiterführen der obligatorischen Versicherung** mit Einverständnis des Arbeitgebers (freiwillig):

wobei unter Umständen im staatlichen System des Einsatzortes ebenfalls Sozialversicherungsbeiträge erhoben werden (Doppelunterstellung).

PS Im internationalen HR-Management wird von solchen Verhältnissen generell von einer «Entsendung» gesprochen. Dabei handelt es sich um einen personaltechnischen Begriff. In den Sozialversicherungen ist es unerlässlich, zu unterscheiden, ob es sich im konkreten Fall um eine wirkliche Entsendung im Sinne des Sozialversicherungsrechts (einen befristeten Einsatz in einem Vertragsstaat) oder gegebenenfalls um eine Weiterführung der Versicherung handelt.

Diese Aspekte werden in Kapitel XVIII unter Absatz 4 betreffend die Entsendung und Absatz 7 Weiterführung (in Verbindung mit 7.1) eingehend behandelt.

5.2 Freiwillige Versicherung

Neben der Versicherungspflicht für (natürliche) Personen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben, und für nicht erwerbstätige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz besteht für die nicht mehr pflichtversicherten Personen die Möglichkeit, der AHV/IV freiwillig beizutreten.

Das Weiterführen der Versicherung ist zwar freiwillig. Wer aber der obligatorischen Versicherung freiwillig beitrifft oder die obligatorische Versicherung freiwillig weiterführt, untersteht der obligatorischen Versicherung mit allen Konsequenzen (Beitragsbemessung usw.).

Die detaillierten Bestimmungen finden sich in Kapitel XVIII unter Absatz 7 für:

► **Weiterführen der obligatorischen Versicherung (AHVG 1a III)**

- ▶ Personen, welche im Ausland von einem Schweizer Arbeitgeber beschäftigt werden, können in der AHV/IV verbleiben
- ▶ Nicht erwerbstätige Studierende mit Wohnsitz im Ausland können bis zum 30. Altersjahr ebenso in der obligatorischen AHV/IV verbleiben

► **«Freiwilliger Beitritt zur obligatorischen AHV/IV» (AHVG 1a IV)**

- ▶ Personen mit CH-Wohnsitz und Beitragspflicht im Ausland gemäss Erwerbortsprinzip

- ▶ nicht erwerbstätige Personen, die ihren in der AHV/IV versicherten Ehegatten ins Ausland begleiten
 - ▶ internationale Beamtinnen und Beamte mit Schweizer Bürgerrecht
- ▶▶ **Freiwillige Versicherung (AHVG 2)**
- Fortsetzen der AHV/IV für Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten mit Wohnsitz ausserhalb der EU bzw. EFTA

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes

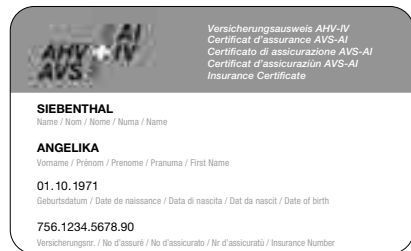
Grundsätzlich besteht die Versicherungsdeckung, solange jemand den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz hat. Konkrete Bestimmungen über den Beginn und das Ende der Versicherungsunterstellung wie beispielsweise im UVG fehlen. Entsprechende Hinweise dazu finden sich unter Absatz 8, anspruchsberechtigte Personen.

5.4 Die AHV-Nummer (Versichertennummer) (AHV 133–134^{octies})

Die AHV-Nummer wurde zur eigentlichen Personenidentifikationsnummer und Versichertennummer genannt. Diese bleibt unabhängig von Zivilstands- und Namensänderung oder Wechsel der Nationalität oder des Geschlechts unverändert ein Leben lang bestehen. Nicht nur die AHV/IV und alle Sozialversicherungen, auch die Einwohnerkontrolle, das Steueramt, das Militär, das Zivilstandswesen usw. verwenden diese.

Die AHV-Nummer setzt sich zusammen aus:

- ▶ dem dreistelligen Ländercode für alle in der Schweiz verteilten Nummern (756),
- ▶ der neunstelligen, nach dem Zufallsprinzip gebildeten Nummer für die versicherte Person,
- ▶ der Kontrollziffer.



Zuweisung der AHV-Nummer

Für die Zuweisung der AHV-Nummer ist ausschliesslich der ZAS (Zentrale Ausgleichsstelle in Genf) vorbehalten. Dies geschieht automatisch, sobald

- ▶▶ die Geburt der zentralen Datenbank Infostar gemeldet wird,
- ▶▶ das Bundesamt für Migration laut Zemis-Verordnung die Daten von Personen der ZAS gemeldet hat,
 - ▶ denen zum ersten Mal eine Aufenthaltsbewilligung von mehr als vier Monaten erteilt wurde,
 - ▶ die in der Schweiz Aufenthalt haben (Asylbereich).

- ▶ Sonst erfolgt die Zuweisung, sobald die ZAS aufgrund der ihr gemeldeten Daten ausschliessen kann, dass die betreffende Person bereits über eine AHV-Nummer verfügt.

Die AHV-Nummer findet sich auf der Rückseite der Krankenversicherungskarte. Versicherungsausweise der AHV/IV werden nur noch auf Wunsch der versicherten Person oder für Personen, die nicht in der Schweiz krankenversichert sind, ausgestellt. Anmeldung mittels Formular 318.260 Anmeldung für einen Versicherungsausweis (www.ahv-iv.ch > Merkblätter & Formulare > Formulare > Allgemeine Verwaltungsformulare). Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung ist über den Arbeitgeber oder direkt an die AHV-Ausgleichskasse, mit der Beiträge abgerechnet werden, zu richten.

- ▶ Entweder die Krankenversicherungskarte oder der Versicherungsausweis AHV/IV ist mit jedem Stellenwechsel dem neuen Arbeitgeber vorzulegen. Dies gilt auch für die Anmeldung zum Leistungsbezug.

Wichtig: Im Schriftverkehr mit den Ausgleichskassen ist die AHV-Nummer immer anzugeben.

Anmeldung neuer Mitarbeitender

Unter dem Jahr eingetretene neue Mitarbeitende sind der AHV nicht speziell zu melden. Es genügt, sie Ende Jahr in der Lohndeklaration aufzuführen.

5.5 Das individuelle Konto (IK) (AHVV 135^{bis}, 137–141)

Werden oder wurden über eine Ausgleichskasse für die versicherte Person Beiträge entrichtet, hat diese Ausgleichskasse für sie ein individuelles Konto (IK) zu erstellen und nachzuführen. So werden in grösseren Ausgleichskassen über eine Million IK geführt.

5.5.1 Der IK-Auszug (AHVV 141)

Der Kontoauszug gibt Aufschluss über die der einzelnen Ausgleichskasse gemeldeten beitragspflichtigen Einkommen und Betreuungsgutschriften. Im laufenden Jahr erzielte Einkommen sind noch nicht eingetragen. Das Einkommen des Vorjahres kann auf dem Auszug ebenfalls noch fehlen, wenn die entsprechende Einkommensmeldung noch nicht verarbeitet ist.

Die Eintragungen im IK-Auszug umfassen

- ▶ den Namen der versicherten Person und deren Versichertennummer;
- ▶ die Abrechnungsnummer des Beitragspflichtigen, der über die Beiträge mit der Ausgleichskasse abgerechnet hat, oder die AHV-Nummer des geschiedenen Ehegatten, dessen Einkommen aufgeteilt worden ist;
- ▶ die Schlüsselzahl, welche Auskunft über die Art des Eintrages in das IK gibt (z.B. 1 = Arbeitnehmer/in, 2 = ANOBAG (Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber), 3 = selbständig erwerbend ausserhalb der Landwirtschaft, 4 = nicht erwerbstätig; WL VA/IK 2315);
- ▶ die Beitragsdauer in Monaten und das Beitragsjahr;
- ▶ das Jahreseinkommen in Franken (nicht die entrichteten Beiträge, sondern die Einkommen sind aufgeführt!);
- ▶ die für das Festsetzen der Betreuungsgutschriften erforderlichen Angaben.

Die versicherte Person kann prüfen, ob sämtliche AHV-relevanten Einkommen auf ihrem IK verbucht sind, indem sie von jeder AHV-Ausgleichskasse ihre IK-Auszüge oder aber von einer den Gesamtkontoauszug anfordert (Liste der kontoführenden Ausgleichskassen unter www.inforegister.zas.admin.ch; Bestellung eines IK-Auszuges unter: <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkbl%C3%A4tter-Formulare/Bestellung-Kontoauszug>). Diese Dienstleistung ist kostenlos. Die IK-Auszüge werden normalerweise innert 14 Tagen per Post (Datenschutz und Datensicherheit!) zugestellt.

Die IK-Auszüge werden von den Ausgleichskassen über die ZAS eingeholt und weisen ein vollständiges Bild der verbuchten Erwerbseinkommen aus.

Sollten Unstimmigkeiten bestehen, kann sich die versicherte Person innerhalb von 30 Tagen ab Zustellung der Auszüge eine Berichtigung verlangen. Andernfalls gilt der angeforderte Auszug als kontrolliert und für richtig befunden.

- Diesem Gesuch um Berichtigung sind allfällige Lohnausweise oder sonstige Beweismittel über die Entrichtung der nicht verbuchten Lohnsummen (bzw. Beiträge) beizulegen. Allfällige nicht verbuchte Beiträge müssen nachgebucht werden.

Unter gewissen Voraussetzungen können andere Beitragslücken der letzten fünf Kalenderjahre noch geschlossen werden (nachträgliche Erfüllung der Beitragspflicht).

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel (AHVG 102–107 und 111)

Die Finanzierung erfolgt über das Ausgaben-Umlageverfahren. Die in einer Periode eingenommenen Beiträge werden zur Deckung der Leistungen derselben Periode verwendet. Die AHV-Ausgleichskassen rechnen bezüglich AHV, IV und EO die Differenz zwischen den Beitragseinnahmen und Ausgaben (Renten, Taggelder ...) täglich mit der ZAS ab.

Der Ausgleichsfonds dient zum Ausgleich kurzfristiger Belastungsschwankungen. Der AHV-Ausgleichsfonds soll laut Gesetz ein Jahresbetreffnis der auszurichtenden Leistungen (zurzeit rund 48 Mrd. Franken) enthalten. Dieses Geld ist sicher anzulegen.

Die Einnahmen stammen aus folgenden Quellen:

- Zu gut 70 Prozent erfolgt die Finanzierung über Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber.
- 20,2 Prozent sind Beiträge des Bundes (inkl. Alkohol- und Tabaksteuer). Seit 1. Januar 2008 (Neuer Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen) entrichtet der Bund den gesamten Beitrag an Mitteln aus öffentlicher Hand. Die Kantone leisten keinen Beitrag mehr.
- Mehrwertsteuer (d.h. das sogenannte «Demografie-Prozent», ab 2020 ohne Abzug des Bundesanteils).

Ab 2024 Erhöhung um 0,4 Prozentpunkte, womit von der Mehrwertsteuer (Normalsteuersatz) 1,4 Prozent in die AHV fliessen.

- ▶ Abgabe aus dem Betrieb von Spielbanken.
- ▶ Zinsen aus dem Ausgleichsfonds.
- ▶ Regresseinnahmen.

6.1.1 **AHV-Ausgleichsfonds Compenswiss (Bundesgesetz Ausgleichsfonds)**

Für die Finanzierung der AHV/IV/EO greift das sogenannte modifizierte Ausgaben-Umlageverfahren. Das bedeutet, dass für diese Sozialwerke ein Ausgleichsfonds besteht, der Ertragsschwankungen ausgleicht. Die Fonds werden durch Compenswiss gemeinsam verwaltet.

Die Verwaltung der Gelder der Ausgleichsfonds von AHV, IV und EO durch die öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit unter der Bezeichnung «compenswiss» wird im Ausgleichsfondsgesetz geregelt. Compenswiss (verwaltet die drei Ausgleichsfonds mit einem Vermögen von 37,7 Mrd. Franken (per 31.12.2023)).

6.2 **Beitragspflichtige Personen (AHVG 3–16, AHVV 6–43)**

Die Frage nach der Beitragspflicht stellt sich nur für Personen, die in der AHV versichert sind. Wer keine der Versicherungsvoraussetzungen erfüllt, kann und muss keine Beiträge entrichten. Der Gesetzgeber ist von der Grundidee ausgegangen, dass jede Person nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Sozialwerks beitragen soll.

- ▶ Für Erwerbstätige wird diese Leistungsfähigkeit durch das Erwerbseinkommen ausgedrückt (gegen oben offen, d.h., nicht plafoniert);
- ▶ für Nichterwerbstätige durch die Kaufkraft aufgrund des Vermögens und Ersatz Einkommens (plafoniert).

Die AHV/IV unterscheidet für die Unterstellung unter die Beitragspflicht somit zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Personen. Die Erwerbstätigen werden primär in zwei Gruppen eingeteilt, die Selbständigerwerbenden und die Unselbständigerwerbenden (Arbeitnehmende).

Das ATSG äussert sich in Art. 10 bis 12 grundsätzlich zum Personenkreis der Erwerbstätigen, während die für das ganze Sozialversicherungsrecht massgebenden Details in der AHV definiert und – wo erforderlich – im Einzelgesetz präzisiert werden.

ATSG 10

Als **Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer** gelten Personen, die in unselbständiger Stellung Arbeit leisten und dafür massgebenden Lohn nach dem jeweiligen Einzelgesetz beziehen.

ATSG 11

Arbeitgeber ist, wer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigt.

ATSG 12

Selbständigerwerbend ist, wer Erwerbseinkommen erzielt, das nicht Entgelt für eine als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer geleistete Arbeit darstellt. Selbständigerwerbende können gleichzeitig auch Arbeitnehmende sein, wenn sie entsprechendes Erwerbseinkommen erzielen. Beurteilt wird nicht die Person, sondern die Tätigkeit, die sie ausgeübt.

Arten der Beitragsentrichtung			
	Beitragspflicht als	aufgrund	Erfassungsort
AG/ AN	▶ Arbeitgeber/ ▶ Arbeitnehmende	massgebender Lohn	KAK, VAK, EAK
	▶ Hausdienststarbeitgeber		KAK am Betriebs- bzw. Wohnort
	▶ für Hauswartung		KAK, VAK am Ort der Liegenschaft
ANOBAG	Arbeitnehmer ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber	Reineinkommen aus betr. Erwerbstätigkeit (aber darauf massgebender Lohn)	KAK, VAK, EAK
SE	Selbständigerwerbende	Reineinkommen aus selbst. Erwerbstätigkeit	KAK, VAK, EAK
NE	Nichterwerbstätige	Vermögen und allfälliges kapitalisiertes Ersatzeinkommen	KAK am Wohnort, bzw. wenn ab Alter 58 pensioniert, bisherige
	▶ Studierende bis 31. Dezember des 25. Altersjahres ▶ Personen, die Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen	Minimalbeitrag	KAK am Studienort KAK am Wohnort
KAK = kantonale Ausgleichskasse, VAK = Verbandsausgleichskasse, EAK = eidgenössische Ausgleichskasse			

6.3 Dauer der Beitragspflicht (AHVG 3, AHVV 6^{quater})

Die Beitragspflicht beginnt für Erwerbstätige am 1. Januar des 18. Altersjahres, für Nichterwerbstätige am 1. Januar des 21. Altersjahres.

Geburt bis 31. Dezember des 17. Altersjahres	↓ in allen Fällen nicht pflichtig
ab 1. Januar des 18. Altersjahres bis 31. Dezember des 20. Altersjahres	pflichtig für Erwerbseinkommen
ab 1. Januar des 21. Altersjahres bis Erreichen des Referenzalters	in jedem Fall pflichtig, egal, ob erwerbstätig oder nicht
ab Referenzalter	Erwerbseinkommen über Freibetrag, pflichtig
ab Aufgabe Erwerbstätigkeit	nicht mehr pflichtig

Für die Nichterwerbstätigen endet die Beitragspflicht **mit Erreichen des Referenzalters, d.h.** Ende des Monats, in dem Versicherte das 65. Altersjahr vollenden. Für Frauen mit Jahrgang 1960 beträgt das Referenzalter noch 64 Jahre, mit Jahrgang 1961 = 64 $\frac{1}{4}$ Jahre, mit Jahrgang 1962 = 64 $\frac{1}{2}$ Jahre, mit Jahrgang 1963 = 64 $\frac{3}{4}$ Jahre. Ab Jahrgang 1964, d.h. 2029, beträgt das Referenzalter für alle Geschlechter 65 Jahre.

Für Erwerbstätige endet die Beitragspflicht mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit. Wer zu diesem Zeitpunkt das Referenzalter noch nicht erreicht hat, muss als nicht erwerbstätige Person seine Beitragspflicht erfüllen.

Nach Erreichen des Referenzalters Erwerbstätige

Ab Erreichen des Referenzalters erwerbstätige Personen sind für das den Freibetrag übersteigende Erwerbseinkommen weiterhin beitragspflichtig. Der Freibetrag beläuft sich je Monat und Beschäftigung auf CHF 1400.– (CHF 16 800.– pro Kalenderjahr).

Grundsätzlich sind die nach Erreichen des Referenzalters geschuldeten Beiträge nicht rentenbildend. Durch die AHV-Reform besteht ab 2024 die Möglichkeit, einmal – innerhalb von fünf Jahren – nach Erreichen des Referenzalters eine **Neuberechnung der Rente unter Miteinbezug dieses Einkommens** zu verlangen. Mehr als die Maximalrente der jeweiligen Rentenskala gibt es aber nicht (vgl. dazu 10.1.3.11 Anreize fürs Fortsetzen der Erwerbstätigkeit im Referenzalter).

6.4 Beitragshöhe und -bemessungsbasis

6.4.1 Erwerbstätige ⇔ selbständig oder unselbständig erwerbend?

Die sozialversicherungsrechtliche Beitragspflicht Erwerbstätiger richtet sich unter anderem danach, ob das Erwerbseinkommen als solches aus selbständiger oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit zu qualifizieren ist.

▶ Als selbständig erwerbend gilt, wer in eigenem Namen, auf eigene Rechnung unter dem Einsatz von erheblichen Eigenmitteln tätig ist und das volle Unternehmerrisiko trägt.

Selbständigerwerbende können Inhaber einer Einzelfirma oder Teilhaber einer Personengesellschaft (einfache Gesellschaft, Kollektivgesellschaft, Kommanditgesellschaft, stiller Teilhaber oder Erbengemeinschaft) sein. Die selbständige Erwerbstätigkeit kann im Haupt- oder im Nebenberuf ausgeübt werden.

▶ Die unselbständig erwerbende Person steht in einem arbeitsorganisatorischen und betriebswirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis und trägt kein Unternehmerrisiko.

Diese Unterscheidung wirft in der Praxis viele Fragen auf, dies z.B. in Bezug auf «Freelancer», die von einer Firma zum Ausführen eines Auftrages hinzugezogen werden.

Die Abklärung des Beitragsstatus ist sowohl für den Auftraggeber als auch für die zu versichernde Person von erheblicher Tragweite: Unselbständigerwerbende sind zwingend in der Arbeitslosenversicherung, der Unfallversicherung und ab gewissem Entgelt auch in der beruflichen Vorsorge versichert. Für Selbständigerwerbende entfällt dieser obligatorische Versicherungsschutz, für AHV/IV/EO haben sie die ganzen Beiträge zu tragen. Der Arbeitgeber haftet gegenüber der AHV-Ausgleichskasse für den Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil des Einkommens aus unselbständigem Erwerb.

Wer in Bezug auf die Sozialversicherungen als selbständig oder als unselbständig gilt, entscheidet in der Regel die AHV-Ausgleichskasse und in Ausnahmefällen die Suva. Allfällige, dem Entscheid der AHV zuwiderlaufende Vertragsbestimmungen sind sozialversicherungsrechtlich nicht bindend. Nach der Rechtsprechung beurteilt sich die Frage, ob im Einzelfall selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit vorliegt, nicht aufgrund der Rechtsnatur des Vertragsverhältnisses zwischen den Parteien. Entscheidend sind vielmehr die wirtschaftlichen Gegebenheiten. Die zivilrechtlichen Verhältnisse vermögen dabei allenfalls Anhaltspunkte für die AHV-rechtliche Qualifikation zu bieten, ohne jedoch ausschlaggebend zu sein.

ATSG 12 II unterstreicht die AHV-rechtliche Praxis, wonach eine Person nicht grundsätzlich als selbständig oder unselbständig erwerbend erfasst ist, sondern für jede einzelne der ausgeübten Tätigkeiten die AHV-rechtliche Stellung (als selbständig oder unselbständig erwerbend) zu klären ist.

Gelte ich als selbständig- oder unselbständig erwerbend?	
<p>Selbständig erwerbend</p> <p>Handelt im eigenen Namen und auf eigene Rechnung; ist in unabhängiger Stellung und trägt ihr/sein eigenes wirtschaftliches Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ bestimmt die Art und Weise der Auftragserledigung, selbsttätig Investitionen ▶ beschafft Aufträge und kann solche ablehnen ▶ trägt anfallende Unkosten und allfällige Verluste ▶ beschäftigt Personal ▶ ist für mehrere Auftraggeber tätig 	<p>Unselbständig</p> <p>Handelt im Namen und auf Rechnung des Auftraggebers; erhält Gehalt unabhängig vom Geschäftsgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ untersteht betrieblichen Anordnungen und Weisungen ⇒ ist zum Verrichten bestimmter Arbeiten sowie zur persönlichen Arbeitserfüllung verpflichtet ⇒ hat Ferienanspruch ⇒ erhält Unkosten vom Arbeitgeber ersetzt ⇒ erhält Gehalt unabhängig vom Geschäftsgang

6.4.2 Unselbständigerwerbende

Als massgebender Lohn gilt jedes Entgelt für in unselbständiger Stellung auf bestimmte oder unbestimmte Zeit geleistete Arbeit; als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit gilt jedes Einkommen, das nicht Entgelt für in unselbständiger Stellung geleistete Arbeit darstellt. Auf dem massgebenden Lohn werden die Sozialversicherungsbeiträge erhoben.

Der massgebende Lohn umfasst, vereinfacht ausgedrückt

- ▶ den Grundlohn sowie Entschädigungen und Zulagen mit Lohncharakter;
- ▶ die Orts- und Teuerungszulagen;
- ▶ zusätzliche Monatslöhne, Gratifikationen, Treueprämien, Gewinnbeteiligungen, Dienstaltersgeschenke usw.;
- ▶ Verwaltungsratshonorare, Tantiemen, Sitzungsgelder, die den Spesenersatz (grundsätzlich maximal CHF 120.– für halbtägige bzw. CHF 200.– für ganztägige Sitzung) übersteigen;

- ▶ Naturalleistungen (z.B. Verpflegung, Unterkunft, Verbilligung der Dienstwohnung, Gratisparkplatz);
- ▶ usw.

Nicht zum massgebenden Lohn gehören

- ◀ Taggelder der Kranken- oder Unfallversicherung (nach KVG, UVG oder VVG);
- ◀ Beiträge an die Kranken- und Unfallversicherungen, sofern die Prämien direkt an die Versicherung gezahlt und alle Arbeitnehmenden gleich behandelt werden;
- ◀ Militärsold und Funktionsvergütungen an Zivilschutzleistende sowie sold-ähnliche Vergütungen in öffentlichen Feuerwehren bis CHF 5300.– pro Jahr;
- ◀ Familienzulagen sowie Haushalts- und Heiratszulagen im orts- und branchenüblichen Rahmen (vgl. 6.4.2.14);
- ◀ usw.

Der massgebende Lohn gemäss AHVG bildet die Ausgangslage für die Beitragspflicht der übrigen Sozialversicherungen, diese definieren in deren Gesetzgebung nur noch die Abweichungen.

IV/EO/FamZ	analog AHV
ALV	höchstversicherter/beitragspflichtiger Verdienst Beitragsfreiheit im Rentenalter
BVG	Ausgangslage für koordinierten Lohn, ggf. Abweichungen im Reglement
UVG	höchstversicherter/beitragspflichtiger Verdienst, altersunabhängige Prämienpflicht

6.4.2.1 Die Elemente des massgebenden Lohns (AHVG 5, AHVV 6–15)

Zeitguthaben (WML)

Wiederholt wurde die Frage nach der korrekten beitragsrechtlichen Behandlung von Zeitguthaben gestellt. Dabei gilt es zwei Konstellationen zu unterscheiden:

- ▶ Solche, mit denen während des Arbeitsverhältnisses Sabbaticals, Auszeiten und verlängerte Ferien bezogen werden können.
Im Zeitpunkt ihrer Gutschrift auf dem «Zeitkonto» stellen sie noch keinen massgebenden Lohn dar. Die entsprechenden Beiträge auf den entsprechenden Löhnen sind erst im Zeitpunkt des Bezugs der Zeitguthaben zu entrichten.
- ▶ Solche, die unwiderruflich frühestens mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder mit Antritt des vorzeitigen Ruhestandes bezogen werden können.
Solche Zeitguthaben gelten im Zeitpunkt der Gutschrift als realisiert und beitragspflichtig. Zu diesem Zeitpunkt sind sie umzurechnen und darauf Beiträge zu entrichten.

6.4.2.11 Unkosten (AHVV 9)

Unkosten (Spesen) erwachsen zusätzlich zu den üblichen Lebenshaltungskosten, die in gleicher oder ähnlicher Weise auch ohne Erwerbstätigkeit anfallen. Sie gehören grundsätzlich nicht zum massgebenden Lohn (keine Beitragspflicht).

Keine Unkosten – und somit «beitragspflichtig» – sind übliche Lebenshaltungskosten

- ▶ regelmässige Entschädigung für die Fahrt vom Wohnort zum gewöhnlichen Arbeitsort;
Die Abgabe eines Generalabonnements der SBB oder des regionalen Verkehrsverbunds, ohne dass eine geschäftliche Notwendigkeit besteht, ist zum Marktwert zu deklarieren. Der Wert allfälliger durchgeführten Dienstfahrten ist zu berücksichtigen
- ▶ übliche Verpflegung am Wohnort oder am gewöhnlichen Arbeitsort.

Als Unkosten (kein massgebender Lohn) gelten

- ▶ kostenlose oder verbilligte Abgabe eines Halbtax-Abonnements;
- ▶ Lunch-Checks und andere Gutscheine für Restaurants oder Essenslieferungen bis mtl. CHF 180.– (vgl. nachstehenden Naturallohn)
- ▶ Zuwendungen des Arbeitgebers an die Aus- und Weiterbildung, sofern sie in einem engen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen (andernfalls bilden sie massgebenden Lohn ⇒ Beitragspflicht).

Ermittlung der Unkosten (AHVV 9, WML)

Unkosten sind nachzuweisen bzw. glaubhaft zu machen!

Sie sind in der Festsetzung des massgebenden Lohns auszuschneiden und in ihrer tatsächlichen Höhe zu berücksichtigen. Die von den Steuerbehörden anerkannten Spesenreglemente werden in aller Regel auch von den Ausgleichskassen akzeptiert.

- ▶▶ Unkosten nach GAV oder Lohnausweis sind unbedenklich.

Wo Arbeitgebende die Unkosten effektiv unter Einhaltung der steuerlichen Vorgaben nach Belegen oder in Form von Einzelfallpauschalen abrechnen, die nicht in der Steuererklärung betragsmässig deklariert werden müssen (Ziffer 13.1.1 Lohnausweis RZ 52 der Wegleitung zum Ausfüllen des Lohnausweises), kann dies von den Ausgleichskassen übernommen werden.

6.4.2.12 Naturallohn (AHVV 11, 13)

Entschädigungen für geleistete Arbeit, die nicht in Geldform erfolgen, werden als Naturallohn bezeichnet. Dabei unterscheidet die AHV zwischen Unterkunft/Verpflegung (inkl. Verbilligung der Dienstwohnung) und anders gartetem Naturaleinkommen wie gelegentliche Geschenke.

- ▶▶ Damit Naturaleinkommen überhaupt als massgebender Lohn betrachtet wird, muss es aus einem regelmässigen Arbeitsverhältnis erzielt werden und auch von einer gewissen Bedeutung sein (über CHF 500.– /Jahr).
- ▶▶ **Der Naturallohn wird immer als Bruttolohn behandelt** (d.h. kein Aufrechnen der AHV-Beiträge).

Von der Beitragspflicht ausgenommen sind

- ✦ Einkaufsvergünstigungen
z.B. Reka-Checks bis CHF 600.–/Jahr
- ✦ Zuwendung/Geschenke des Arbeitgebers bis CHF 500.– für bestandene Prüfung, Verbesserungsvorschläge, Weihnachtsgeschenk, grosses familiäres Ereignis wie Hochzeit (AHVV 8c – Betrag langjährige Praxis).

Pro Kalenderjahr sind jedoch nur Zuwendungen bis insgesamt CHF 500.– von der Beitragspflicht ausgenommen. Sobald die Zuwendungen/Geschenke mehr als CHF 500.– ausmachen, ist alles beitragspflichtig.

Unterkunft und Verpflegung

Für die Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge auf Unterkunft und Verpflegung gelten Mindestansätze, die periodisch in Zusammenarbeit mit den Steuerbehörden festgelegt werden. Wo das Naturaleinkommen diese Mindestansätze übersteigt – z.B. durch das Überlassen einer Dienstwohnung –, ist der entsprechende höhere Wert massgebend. Im konkreten Einzelfall ist, sofern belegbar, auch ein Unterschreiten dieser Mindestwerte möglich (Rechtsprechung).

Naturallohnansätze seit 2007 (AHVV 11)				
Bestandteil	pro Tag in CHF	pro Monat in CHF	pro Quartal in CHF	pro Jahr in CHF
Frühstück	3.50	105.–	315.–	1260.–
Mittagessen	10.–	300.–	900.–	3600.–
Abendessen	8.–	240.–	720.–	2880.–
Volle Verpflegung	21.50	645.–	1935.–	7740.–
Unterkunft	11.50	345.–	1035.–	4140.–
Total	33.–	990.–	2970.–	11880.–

Wird freie Unterkunft/Verpflegung auch Familienangehörigen gewährt, gilt derselbe Ansatz – für Kinder die Hälfte.

Die vom **Arbeitgeber angebotene Verpflegung** im Betrieb gilt grundsätzlich als Naturallohn. Die genannten Naturallohnansätze gelten – sofern Unterkunft und Verpflegung in ihrem Betrieb oder in ihrer Hausgemeinschaft gewährt werden – auch für das Gast- und Hotelgewerbe. Diese Ansätze gelten auch für Essen, die während einer Betreuungstätigkeit in einer Kindertagesstätte oder Heim eingenommen werden.

Wenn der Naturallohn nur mit **unverhältnismässigem Administrativaufwand ermittelt werden kann, ist für die Abrechnung mit der Ausgleichskasse vorgängig eine Lösung festzulegen**. Wenn Mitarbeitende für den Arbeitgeber im Aussendienst oder auf Weiterbildung auswärts sind, gilt die Übernahme der Essensspesen im üblichen Rahmen als Unkosten (d.h. keine Beitragspflicht).

- **Lunch-Checks/Restaurantgutscheine** bis mtl. CHF 180.– sind von der Beitragspflicht ausgenommen. Allfällige übersteigende Anteile gelten als massgebender Lohn.

Die Entschädigung für angemessene **Wohnkosten von Expatriates** kann während längstens eines Jahres übernommen werden, wenn die ständige Wohnung im Ausland bzw. in der Schweiz beibehalten wird (Nachweis erforderlich).

Geschenke

Naturalgeschenke, wie sie üblicherweise zu Weihnachten/Neujahr usw. gewährt werden, sind bis CHF 500.– (Gestehungskosten) beitragsfrei. Wird dieser Höchstbetrag überschritten (auch wenn nur knapp), ist der ganze Gegenwert massgebender Lohn.

- ▶ **Gold- und Silbergeschenke**, einschliesslich Münzen und Barren, gelten als Naturalgeschenke.
- ◀ **Bargeschenke** hingegen gelten als Gratifikation und gehören voll zum massgebenden Lohn.

Werden einer/einem Mitarbeitenden unter dem Jahr mehrere Naturalgeschenke überreicht, darf deren Summe CHF 500.– nicht übersteigen. Anderenfalls ist alles massgebender Lohn (d.h. beitragspflichtig).

Regelung betreffend bestandene Prüfung/Innovationsbeiträge vgl. 6.4.2.15, Vergütungen des Arbeitgebers.

6.4.2.13 Globallöhne für Mitarbeitende Familienglieder in der Landwirtschaft (AHVG 3 und 7, AHVV 14)

Ehefrau des Betriebsinhabers bzw. Ehemann der Betriebsinhaberin ohne Barlohn

Hier stellt sich die Frage, ob die Ehegatten, die auf einen Barlohn verzichten, als Nichterwerbstätige zur Beitragspflicht zu erfassen sind. Beitragsfrei sind sie nur dann, wenn der Betriebsinhaber bzw. die Betriebsinhaberin aus Erwerbstätigkeit pro Kalenderjahr mindestens CHF 1028.– an AHV/IV/EO-Beiträgen entrichtet.

Für die übrigen Mitarbeitenden Familienglieder des Betriebsinhabers bzw. der Betriebsinhaberin gelten Mindestansätze, die in der Beitragsabrechnung zu berücksichtigen sind:

- ▶ mtl. CHF 2070.– für alleinstehende Mitarbeitende Familienglieder;
- ▶ mtl. CHF 3060.– für Verheiratete
bzw., wenn beide Ehegatten arbeiten, je CHF 2070.–;
- ▶ mtl. CHF 690.– für minderjährige Kinder des Mitarbeitenden Familienmitglieds.

Im Fall von Teilzeitarbeit sind die Globallöhne entsprechend dem Arbeitspensum zu reduzieren.

Fallen die tatsächlich gewährten Bar- und Naturallohnbestandteile höher aus, sind selbstredend diese massgebend.

Keine Beitragspflicht auf Naturallohnen von Mitarbeitenden Familienmitgliedern

- ◀ bis zum 31. Dezember nach Vollendung des 20. Altersjahres,
- ◀ nach Erreichen des Referenzalters,
- ◀ generell (ungeachtet des Alters) für im Betrieb Mitarbeitende Ehepartner.

6.4.2.14 Weitere Zuwendungen des Arbeitgebers

Für Dienstjubiläen der Mitarbeitenden, z.B. fünf oder zehn Jahre, kommt die Regelung für Naturalgeschenke zur Anwendung.

Zuwendungen zur **Feier des langjährigen Bestehens des Unternehmens** (Firmenjubiläum; frühestens alle 25 Jahre) im üblichen Mass gehören nicht zum massg. Lohn. Der Umfang ist abhängig vom Dienstalter und der Lohnhöhe. Empfehlung: Vergabereglement aufstellen und vorgängig mit AHV-Ausgleichskasse prüfen.

Vom massgebenden Lohn ausgenommen sind Zuwendungen des Arbeitgebers anlässlich von **Hochzeiten und Todesfällen**, soweit sie den üblichen Wert nicht übersteigen. Die Weiterzahlung über die Lohnfortzahlungspflicht hinaus ist ebenfalls beitragsfrei.

Arbeitgeberbeiträge an die Kinderbetreuungskosten der Arbeitnehmenden gelten hingegen als massgebender Lohn.

Ergänzung der Familienzulagen

Die Familienzulagen sind in jedem Fall vom massgebenden Lohn ausgenommen, d.h., beitragsfrei, wenn sie aufgrund einer gesetzlichen oder gesamtarbeitsvertraglichen Verpflichtung ausgerichtet werden.

► **Darüber hinaus vom Arbeitgeber ausgerichtete** Familienzulagen, die Arbeitnehmenden gemäss **Personalreglement** zustehen, sind beitragsfrei bis

- CHF 250.– mtl. für Kinder- und Ausbildungszulagen
- CHF 1250.– für Geburts- und Adoptionszulagen (einfacher bzw. fünffacher Betrag der Ausbildungszulage)

Ohne Reglement ausgerichtete Leistungen stellen massgebenden Lohn dar und sind beitragspflichtig.

6.4.2.15 Vergütungen des Arbeitgebers

Gratifikationen

Gratifikationen gehören zum massgebenden Lohn, d.h., sie sind beitragspflichtig; ggf. sind sie für die Jahresendabrechnung mit der AHV-Ausgleichskasse vom Netto- auf den Bruttolohn aufzurechnen.

Da die Gratifikationen erst nach Ende des Geschäftsjahres ausgerichtet werden, stellt sich die Frage, ob eine Nachtragsabrechnung zu erstellen ist. Grundsätzlich gilt für nachträglich ausbezahlte Entgelte das **Realisierungsprinzip**; ⇒ Abrechnung und Verbuchung im individuellen Konto im Jahr, in dem diese ausbezahlt werden.

Hingegen sind Gratifikationen immer im Bestimmungsjahr (Erwerbsjahr) im individuellen Konto einzutragen, wenn:

- das Arbeitsverhältnis nicht mehr besteht,
- inzwischen ein Rentenanspruch besteht

Das bedeutet, dass ein Nachtrag zur Jahresendabrechnung (Lohnbescheinigung) des Vorjahrs erstellt werden muss. Für die nachträgliche Zahlung gelten die Beitragssätze, ALV-Grenzwerte und ggf. Rentenfreibeträge des Erwerbsjahres.

Anerkennungsprämie für Innovation

Werden für herausragende Leistungen oder besondere Einsätze einmalige Prämien ausgerichtet, ist für die beitragsrechtliche Behandlung zwischen Naturalgeschenken und Barentschädigungen zu unterscheiden. Naturalgeschenke (inkl. Gold oder Silber) bis CHF 500.– sind beitragsfrei. Wird dieser Betrag überschritten, gilt die ganze Prämie als Bargeschenk und gehört zum massgebenden Lohn (ggf. von Netto- in Bruttolohn aufrechnen).

Bestandene berufliche Prüfung

Zuwendungen für bestandene berufliche Prüfungen (Lehrabschlussprüfung oder gleichartige Zwischen- und Hauptprüfungen einer beruflichen Weiterbildung) in Geld oder natura bis CHF 500.– sind beitragsfrei. Ist die Zuwendung höher, wird der ganze Betrag als massgebender Lohn betrachtet.

Sitzungsgelder/Ehrenamt

Als Unkosten betrachtet und somit beitragsfrei sind **Sitzungsgelder** grundsätzlich maximal **bis** CHF 120.– für halb- bzw. CHF 200.– für ganztägige Sitzung, wenn keine weiteren Unkosten vergütet werden. Fallen die Sitzungsgelder höher aus, sind sie als massgebender Lohn zu behandeln und allfällige Spesen separat auszuweisen.

Entschädigung bis CHF 500.–/Jahr für grundsätzlich **ehrenamtliche Funktion** in Vereinen, Verbänden und sozialen Institutionen bilden keinen massgebenden Lohn.

Wenn die betroffenen Personen sonst nicht für diesen Arbeitgeber tätig sind, gelten eh die Bestimmungen über den geringfügigen Lohn (AHVV 34d), wonach auf Einkommen bis CHF 2300.– die Beiträge nur auf Verlangen der Versicherten erhoben werden.

Geldwerte Vorteile aus Mitarbeiterbeteiligungen (AHVV 7c^{bis})

Werden Aktien, Optionsrechte oder andere Mitarbeiterbeteiligungen gratis oder zu Vorzugsbedingungen abgegeben, gilt die entsprechende Vergünstigung als massgebender Lohn.

- ▶ **Mitarbeiteraktien:** Beitragsenthebung zum Zeitpunkt des Erwerbs, wenn Verfügungssperre, minus sechs Prozent des Verkehrswerts pro Jahr, maximal für zehn Jahre. Der höchste Einschlag liegt somit bei 44,161 Prozent.
- ▶ **Börsenkotierte Mitarbeiteroptionen,** die frei verfüg- und ausübbar sind, Beitragsenthebung im Zeitpunkt des Erwerbs. Den Wert von nicht börsenkotierten Mitarbeiteraktien legt die Steuerverwaltung fest. Die AHV übernimmt diesen Wert.

Wenn nicht börsenkotiert oder mit Sperrfristen belegt, Beitragsenthebung erst mit Ausübung (Verkauf).

- ▶ Der mit Optionsausübung erzielte geldwerte Vorteil entspricht dem Verkehrswert bzw. Steuerwert der Aktie im Zeitpunkt der Ausübung, vermindert um die Gestehungskosten.

6.4.2.16 Sozialleistungen und Härtefalleistungen (AHVV 8^{bis}–8^{ter})

Hier gilt es den «Charakter» der Leistung zu beachten; hierzu konkretisiert die WML die Bestimmungen von AHVV 8^{bis} und 8^{ter}.

Sozialleistungen bei ungenügender beruflicher Vorsorge (AHVV 8^{bis})

Leistungen des Arbeitgebers, die mit Beendigung eines mehrjährigen Arbeitsverhältnisses gewährt werden, können für jedes Jahr, in dem die versicherte Person nicht einer Vorsorgeeinrichtung angehörte, vom massgebenden Lohn ausgenommen werden (Freibetrag, nicht beitragspflichtig),

- ▶ wenn sie die im Zeitpunkt der Auszahlung geltende halbe minimal monatliche Altersrente nicht übersteigen (seit 2023 CHF 612.– pro entsprechendes Dienstjahr).

Sozialleistungen bei Entlassungen aus betrieblichen Gründen (AHVV 8^{ter})

Im Fall von Entlassungen aus betrieblichen Gründen gilt für Leistungen des Arbeitgebers bei Entlassungen aus betrieblichen Gründen ein Freibetrag von CHF 132 300.– (4,5-Faches der maximalen jährlichen AHV-Vollrente). Als betriebliche Gründe gelten Betriebsschliessungen, -zusammenlegungen und -restrukturierungen.

Eine Betriebsrestrukturierung liegt vor,

- ▶ wenn die Voraussetzungen für eine Teilliquidation der Vorsorgeeinrichtung (BVG 53b I lit. a oder I lit. b) erfüllt sind und durchgeführt werden oder
- ▶ im Fall einer durch Sozialplan geregelten kollektiven Entlassung.

Härtefalleleistungen (AHVV 8^{quater})

Ausserordentliche Unterstützungsleistungen des Arbeitgebers zur Linderung einer finanziellen Notlage (betriebsrechtliches Existenzminimum nicht gesichert) der versicherten Person zählen nicht mehr zum massgebenden Lohn; d.h., sie sind beitragsfrei.

6.4.2.17 Taggelder und Übernahme der Arbeitnehmerbeiträge durch den Arbeitgeber

Taggelder der Erwerb ersatzordnung (MSEAE, BUE, AdopE) IV, ALV oder MV

Diese Taggelder sind dem massgebenden Lohn gleichgestellt. Das bedeutet, dass der betreffende Sozialversicherer die **Arbeitnehmerbeiträge** (AHV/IV/EO und ALV) **von der Taggeldzahlung direkt in Abzug** bringt. Der Arbeitgeberbeitrag geht zulasten des entsprechenden Ausgleichsfonds.

Der Arbeitgeber hat dafür wie üblich mit seiner AHV-Ausgleichskasse abzurechnen. In der Jahresendabrechnung/Lohnbescheinigung darf er keinen Unterschied zwischen effektivem Lohn und mit dem Lohn verrechneten Taggeldern der EO oder IV machen. Somit schuldet er auf der gemeldeten Lohnsumme den Arbeitgeberanteil.

- ▶▶ Damit er nicht zu kurz kommt, vergütet die EO/MSE bzw. IV dem Arbeitgeber (zusammen mit der Taggeldzahlung) die Arbeitgeberbeiträge für AHV/IV/EO und ALV.

Taggelder der Unfall- oder Krankentaggeldversicherung

Taggelder der Kranken- bzw. Unfallversicherung (unabhängig ob Sozialversicherung = UVG, KVG oder Privatversicherung = VVG) gehören NICHT zum massgebenden Lohn. Sie beeinflussen aber die Höhe des NE-Beitrags.

- ▶▶ Zahlt der Arbeitgeber derweilen den Lohn fort, unterliegt die Differenz zwischen dem Taggeld und dem Lohn der Beitragspflicht (⇒ massgebender Lohn).

Sold

Militärsold und Sold an Zivilschutzleistende, Taschengeld für Zivildienstleistende sowie soldähnliche Vergütungen in öffentlichen Feuerwehren bis CHF 5300.– pro Jahr.

Hingegen unterliegen Pauschalzulagen für Kader, Funktionszulagen sowie Entschädigungen für administrative Arbeiten und Dienstleistungen, die die Feuerwehr freiwillig übernimmt, dem massgebenden Lohn und lösen die Beitragspflicht aus.

Übernahme der Arbeitnehmerbeiträge durch den Arbeitgeber

Die Übernahme der Arbeitnehmerbeiträge an die Kranken-, **Unfall- bzw. Kranken-Taggeldversicherung** sind vom massgebenden Lohn ausgenommen und somit beitragsfrei, wenn dies für alle Arbeitnehmenden gilt und die Zahlung direkt an die betreffende Versicherung geht.

Wenn der Arbeitgeber die von Arbeitnehmenden geschuldeten Beiträge an die **AHV/IV/EO und ALV** freiwillig oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften übernimmt (Nettolohnvereinbarung), gilt das als massgebender Lohn. Sie sind vom Netto- auf den Bruttolohn umzurechnen.

- ▶ Dasselbe gilt in Bezug auf die Übernahme der (Quellen-)Steuern des/der Arbeitnehmenden durch den Arbeitgeber. Die übernommenen Steuern (Betrag) sind vom Netto- auf den Bruttolohn umzurechnen.

Übernimmt der Arbeitgeber die laufenden bzw. die **Einkaufsbeiträge an die Personalvorsorge**, welche Arbeitnehmende selber zu tragen hätten, gehören sie zum massgebenden Lohn. Sie sind vom Netto- auf den Bruttolohn umzurechnen.

- ◀ Einlagen (laufende Beiträge und Einkaufsbeiträge) der Arbeitgeber an die berufliche Vorsorge ihrer Arbeitnehmenden gehören NICHT zum massgebenden Lohn, wenn und soweit die Statuten oder das Reglement dies zwingend vorschreiben (Kann-Bestimmung genügt nicht).

6.4.2.2 Beitragsabrechnung, -zahlung und IK-Eintrag

Beitragspflicht Unselbständigerwerbende ab 2023		
Arbeitgeber und Arbeitnehmende je hälftig vom massgebenden Lohn (Beitragsbezug durch Ausgleichskasse voll vom Arbeitgeber)		
Arbeitnehmer	Sozialversicherung	Arbeitgeber
4,35%	AHV	4,35%
0,7%	IV	0,7%
0,25%	EO	0,25%
5,3%	AHV/IV/EO	5,3%
1,1%	ALV	1,1%
–	Familienzulagen	2,0% ca.
–	Verwaltungskosten	0,3% ca.
6,4% + NBUV/BVG	Total	8,7% + BUV/BVG

Der Arbeitgeber hat von jeder Lohnzahlung den Arbeitnehmeranteil abziehen. Für AHV/IV/EO zusammen sind dies 5,3 Prozent. Dazu kommt der ALV-Beitrag von 1,1 Prozent für Löhne bis CHF 12 350.– pro Monat bzw. CHF 148 200.– pro Kalenderjahr (Ansätze ab 2016). Bis Ende 2022 wurden für diesen Betrag übersteigende Löhne 0,5 Prozent abgezogen.

Diese Beiträge sind zusammen mit dem gleich hohen Arbeitgeberanteil – und dem Beitrag an die Familienausgleichskasse sowie den Verwaltungskosten auf den AHV/IV/EO-Beiträgen, die beide voll zulasten des Arbeitgebers gehen – periodisch mit der für ihn zuständigen AHV-Ausgleichskasse abzurechnen.

6.4.2.21 Umrechnung Netto- in Bruttolohn; Nettolohnvereinbarung (AHVV 7p)

Arbeitgeber und Arbeitnehmende können vereinbaren, dass der Arbeitgeber auch den Arbeitnehmerbeitrag aufbringt, also die Arbeitnehmenden einen Lohn frei von Abzügen erhalten. Wurde ein Nettolohn vereinbart, so gelten die Arbeitnehmerbeiträge als vom Arbeitgeber entrichtet. Der vom Arbeitgeber übernommene AHV/IV/EO/ALV- und BVG/PK-Arbeitnehmerbeitrag sowie vom/von der Arbeitnehmenden geschuldete Steuern, die der Arbeitgeber übernimmt, sind für die Beitragserhebung dem ausbezahlten Lohn zuzuzählen.

Ausgenommen von der Umrechnung in Bruttolöhne sind

- ▶ Naturalleistungen
- ▶ Globallöhne
- ▶ einmalige Sonderzuwendungen wie (Bar-)Geschenke, Treueprämien, Sondergratifikationen, wenn sie im Kalenderjahr einen Bruttomonatslohn nicht übersteigen.

Nicht als Sonderzuwendungen gelten hingegen zusätzliche Monatslöhne, vertraglich vereinbarte oder gesetzlich vorgesehene Treueprämien und regelmässige Gratifikationen. Sie sind in Bruttolöhne umzurechnen.

Umrechnungsformel für Monatslöhne netto in brutto ab 2023 (gemäss Umrechnungstabelle BSV)	
bis CHF 11 559.–	Nettolohn geteilt durch 0,936
ab CHF 11 560.–	Nettolohn + CHF 135.85 geteilt durch 0,947

Umrechnungsformel für Monatslöhne netto in brutto 2021/22 (gemäss Umrechnungstabelle BSV)	
bis CHF 11 559.–	Nettolohn geteilt durch 0,936
ab CHF 11 560.–	Nettolohn + CHF 74.10 geteilt durch 0,942

Umrechnungsformel für Monatslöhne netto in brutto pro 2020 (gemäss Umrechnungstabelle BSV)	
bis CHF 11 581.–	Nettolohn geteilt durch 0,93625
ab CHF 11 582.–	Nettolohn + CHF 74.10 geteilt durch 0,94225

6.4.2.22 Geringfügige Löhne (AHVG 14 V, AHVV 34d)

Auf geringfügigen Löhnen, die je Arbeitgeber pro Jahr CHF 2300.– nicht übersteigen, gilt ein Abrechnungsverzicht.

- ▶ Wer die Beitragsabrechnung will, muss dies innerhalb von drei Monaten nach der Lohnauszahlung verlangen (eine Verzichtserklärung entfällt).

Der Grenzbetrag bezieht sich auf das reine Entgelt (ggf. zusätzliche Spesenvergütung); unabhängig davon, ob es sich um einen Haupt- oder einen Nebenerwerb handelt. Wird der Grenzbetrag überschritten, sind vom ganzen Entgelt Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten.

Für **im Privathaushalt** beschäftigte Personen (Reinigung, Wäschebesorgung, Betreuung von Kindern, Betagten und Tieren usw.) müssen die Beiträge grundsätzlich in jedem Fall abgerechnet werden.

- ▶ Wenn sie im Privathaushalt Jugendliche (bis zum 25. Altersjahr) beschäftigen, bleiben hingegen Löhne bis CHF 750.– pro Jahr und Arbeitgeber beitragsfrei (falls der Jahreslohn höher ist, wird der Gesamtbetrag beitragspflichtig).

Keine Ausnahmen von der Beitragspflicht gilt von Personen, die von Tanz- und Theaterproduzenten, Orchestern, Chören, Phono- und Audiovisionsproduzenten, Radio und Fernsehen, elektronischen Medien und Printmedien, Grafikateliers, Museen sowie Schulen im künstlerischen Bereich beschäftigt werden.

Unfallversicherung

Obwohl auf die Abrechnung der AHV-Beiträge verzichtet worden ist, müssen solche Mitarbeiter/innen gegen Unfälle (BU) versichert werden. Wo auch AHV-pflichtiges Personal beschäftigt wird, ist die Gesamtlohnsumme zu deklarieren. Andernfalls muss eine Unfallversicherung abgeschlossen werden.

6.4.2.23 Pauschales Abrechnungsverfahren

Die Beitragsabrechnung erfolgt aufgrund der geschätzten Jahreslohnsumme. Die Differenz wird Ende Jahr ausgeglichen. Grössere Abweichungen sind der Ausgleichskasse aber bereits früher zu melden, damit die Akontozahlungen angepasst werden können.

Zahlungsperioden (AHVV 34)

für Jahreslohnsummen ab	CHF 200 000.–	= monatlich
	unter CHF 200 000.–	= vierteljährlich
für Hausdienst	generell	= halbjährlich oder jährlich
Wenn gesamte Beitragssumme		= jährlich
unter CHF 3000.–/Jahr		

6.4.2.24 Vereinfachtes Abrechnungsverfahren AHV/IV/EO/ALV/FamZ

Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Bekämpfung von Schwarzarbeit (BGSA) wurde ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren eingeführt. Das Angebot richtet sich an Arbeitgeber, die gelegentlich oder teilzeitlich Personal beschäftigen, so beispielsweise eine Putzfrau im Privathaushalt, Aushilfen im Betrieb des Kleingewerbetreibenden. Arbeitgeber können alle Sozialversicherungen (Ausnahme: UV) und die «Quellensteuer» mit einer einzigen Abrechnung pro Jahr über die AHV-Ausgleichskasse erledigen.

Voraussetzung ist, dass der Lohn pro Arbeitnehmer/in unter der Eintrittsschwelle für die berufliche Vorsorge liegt (CHF 22 050.–) und für das gesamte Personal entsprechend abgerechnet wird. Die Gesamtlohnsumme des Betriebes pro Jahr darf CHF 58 800.– nicht übersteigen.

- ▶ Entschädigungen aus Kapitalgesellschaften (AG, GmbH und Kommanditgesellschaften), Genossenschaften sowie für Ehegatten und Kinder, die im eigenen Betrieb mitarbeiten, können nicht mehr im vereinfachten Verfahren abgerechnet werden. Für diese ist – unabhängig von der Lohnsumme – nur noch das ordentliche Verfahren anwendbar.

Die AHV-Ausgleichskasse ist einziger Ansprechpartner für alle Bereiche. Neben der AHV/IV auch für die Erwerbsersatzordnung mit Mutterschaftsent-schädigung (EO), Arbeitslosenversicherung (ALV) und Familienzulagen (FamZ). So verbleibt dem Arbeitgeber nur noch die Abrechnung der Unfallversicherung.

Ab 2025 kann die Unfaldeckung jedoch auch über die Ausgleichskassen abgeschlossen werden.

Der Arbeitgeber zieht den Angestellten von der jeweiligen Lohnzahlung 6,4 Prozent für die Sozialversicherungen und 5,0 Prozent Quellensteuer (0,5 für direkte Bundes- und 4,5 Prozent für kantonale/kommunale Steuern) ab. Die Beiträge an die Familienausgleichskasse und die Prämien für die Unfallversicherung gehen voll zulasten des Arbeitgebers.

- ▶ Die Ausgleichskasse erstellt für Arbeitgeber, die mit Quellensteuer abrechnen, auch gleich die Lohnausweise für ihre Arbeitnehmenden.

«Quellensteuer»

Für Aussenstehende mag der verwendete Begriff Quellensteuer missverständlich sein, da er meist nur mit Ausländern ohne Niederlassung in Verbindung gebracht wird. Im vereinfachten Verfahren werden allen Arbeitnehmenden – auch Niedergelassenen und schweizerischen Staatsangehörigen – die Steuern direkt vom Lohn abgezogen.

Ausnahme: Arbeitgeber, die Grenzgänger/innen mit Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein beschäftigen, dürfen aufgrund des Doppelbesteuerungsabkommens nicht im vereinfachten Verfahren abrechnen. Dasselbe gilt für Arbeitgeber mit Sitz in den Kantonen BE, BL, BS, JU, NE, SO, VD oder VS, die in Frankreich wohnhafte Grenzgänger/innen in einem dieser Kantone beschäftigen.

6.4.2.25 Jahresendabrechnung (Lohnbescheinigung)

Sobald die Dezemberlöhne ausgerichtet worden sind, hat der Arbeitgeber die im abgelaufenen Kalenderjahr effektiv ausbezahlten Löhne zu melden. Die Lohnbescheinigung pro 2024 muss bis 30.01.2025 auf der Ausgleichskasse eingehen). Pro versicherte Person ist unter Angabe der AHV-Nummer, des Namens und der Beschäftigungsdauer der im Kalenderjahr erzielte massgebende Lohn (vor Abzug der Sozialversicherungsbeiträge) aufzulisten.

Aufgrund dieser Angaben erstellt die AHV-Ausgleichskasse die Schlussabrechnung und sorgt für den Ausgleich zu den im pauschalisierten Verfahren bereits entrichteten Beiträgen (Nachforderung bzw. Gutschrift auf das

nächste Kalenderjahr). Sollte eine spätere Arbeitgeberkontrolle durch die AHV-Ausgleichskasse Abweichungen ergeben, bleibt immer der Arbeitgeber für die vollen Beiträge haftbar.

6.4.2.26 Verbuchung im IK (Individuelles Konto)

Der in der Lohnbescheinigung ausgewiesene massgebende Lohn wird unter Angabe der Beschäftigungsdauer (Schlüsselzahl 1) und der Abrechnungsnummer des Arbeitgebers im IK der versicherten Person im Verlauf des folgenden Jahres (bis spätestens 31.10. des Folgejahres) eingetragen.

Der Eintrag erfolgt selbst dann, wenn infolge Insolvenz des Arbeitgebers die Beiträge abgeschrieben werden mussten, da den Mitarbeitenden ihre Lohnbeiträge abgezogen worden sind (Vorlage der Lohnbescheinigung bzw. der monatlichen Lohnabrechnungen, auf denen der Abzug ersichtlich ist). Wurden aufgrund einer Nettolohnvereinbarung (vgl. 6.4.2.21) keine Beiträge abgezogen, erfolgt die Gutschrift ebenfalls. Die Nettolohnvereinbarung muss nachgewiesen bzw. glaubhaft gemacht werden.

PS Beiträge von Nichterwerbstätigen und Selbständigerwerbenden werden immer in dem Jahr eingetragen, für das sie festgesetzt worden sind. Eingetragen wird nur, was effektiv bezahlt worden ist.

6.4.2.27 Verwaltungskosten

Für ihre Aufwendungen stellt die Ausgleichskasse Arbeitgebern (voll zulasten der Arbeitgeber), Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen Verwaltungskosten in Prozent der AHV/IV/EO-Beitragssumme in Rechnung.

Die Ausgleichskassen sind in der Gestaltung des Verwaltungskostensatzes autonom. Er beläuft sich auf höchstens fünf Prozent der AHV/IV/EO-Beitragssumme. Wer höhere Beitragssummen zu entrichten hat, und wer die Abrechnung elektronisch vornimmt (z.B. mit AHVeasy, swissdec oder Partnerweb), kann meist von einem reduzierten Verwaltungskostensatz profitieren, wenn termingemäss einwandfreie Abrechnungsunterlagen eingereicht sowie die Beiträge rechtzeitig bezahlt werden.

Beispiel für Verwaltungskostensätze	
Jahresbeitragssumme (AHV/IV/EO)	Ansatz
CHF 1.– bis CHF 24 999.–	= 5,0% ¹
CHF 25 000.– bis CHF 49 999.–	= 4,5% ¹
CHF 50 000.– bis CHF 99 999.–	= 4,0% ¹
CHF 100 000.– bis CHF 199 999.–	= 3,5% ¹
CHF 200 000.– bis CHF 399 999.–	= 3,0% ¹
ab CHF 400 000.– bis CHF 749 999.–	= 2,5% ¹
ab CHF 750 000.–	= 2,0% ¹

¹ mit Partnerweb 1% weniger

6.4.2.28 Beitragsabrechnung mit ausländischen Sozialversicherungen (FZA bzw. EFTA-Übereinkommen)

Grenzgänger/innen, die sowohl im Wohnsitz- als auch im Beschäftigungsland unselbständig erwerbstätig sind, unterstehen – sofern sie dort eine erhebliche Tätigkeit ausführen; d.h. ab 25 Prozent – für die gesamten Sozialversicherungen dem Wohnsitzstaat. Für den Arbeitgeber im Beschäftigungsland stellt sich die Frage, wie er für die Beitragsabrechnung vorzugehen hat.

Es stehen ihm zwei Wege offen

- ▶ Grundsätzlich hat in diesen Fällen der Arbeitgeber im Beschäftigungsland die Arbeitnehmerbeiträge nach ausländischem Recht vom Lohn in Abzug zu bringen und mit dem zuständigen Versicherungsträger im Wohnsitzstaat des Grenzgängers bzw. der Grenzgängerin direkt abzurechnen.
- ▶ Der Arbeitgeber im Beschäftigungsland kann aber auch mit dem/der Mitarbeitenden vereinbaren, dass sie selbst die Beiträge in ihrem Wohnsitzstaat abrechnet (Erfassung als Arbeitgeber) und er dem/der Mitarbeitenden die Arbeitgeberbeiträge vergütet.

Vorgehen: Der ausländische Versicherungsträger im Wohnsitzstaat bestätigt die Unterstellung des Grenzgängers bzw. der Grenzgängerin mit dem Formular A1. Diese Bestätigung nimmt der Arbeitgeber im Beschäftigungsland zu seinen Akten bzw. leitet sie dem für ihn zuständigen Sozialversicherungsträger weiter. Zusätzlich wird das Formular Vereinbarung nach Artikel 21 Absatz b der Verordnung (EG) Nr. 987/09 ausgefüllt, womit bestätigt wird, dass der/die Mitarbeitende im Wohnsitzstaat selbst über die ganzen im Beschäftigungsland erzielten Erwerbseinkommen abrechnet und der Arbeitgeber ihr seinen Beitragsanteil vergütet.

6.4.3 Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG) (AHVG 6 und AHVV 16)

Arbeitnehmende, deren Arbeitgeber nicht beitragspflichtig ist, zahlen ihre Beiträge selbst.

Zu den ANOBAG gezählt werden unter anderen

- ▶ Mitarbeitende von Konsulaten und Botschaften ausländischer Staaten in der Schweiz, die keinen diplomatischen Status haben (wie Reinigungspersonal oder Sekretärinnen) (AHVG 12 II & III).
- ▶ In der Schweiz wohnhafte und/oder arbeitende Personen, die von keinem Sozialversicherungsabkommen erfasst werden und deren Arbeitgeber in der Schweiz weder eine Betriebsstätte noch den Firmen- oder Wohnsitz hat (AHVG 12 II & III).
- ▶ Arbeitnehmende mit Wohnsitz in der Schweiz und Erwerbssort in einem Vertragsstaat – die aufgrund des FZA (EU-/EFTA-Staaten) oder Länderabkommens einer ausländischen Sozialversicherung angehören – und zusätzlich auch in der Schweiz den Sozialversicherungen unterstellt sein wollen (AHVG 1a IV lit. a).

Beitragspflicht ANOBAG ab 2023	
Unselbständigerwerbende, deren Arbeitgeber keine Betriebsstätte in der Schweiz unterhält, entrichten ihre Beiträge vom Reineinkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit (Beitragsfestsetzung und -bezug durch Ausgleichskasse)	
8,7% 1,4% 0,5%	AHV IV EO
10,6%	AHV/IV/EO
ca. 0,5%	max. 5,0% Verwaltungskosten auf der Beitragssumme
2,2% + ca. 2,0%	ALV Familienzulagen
ca. 15,3% + BU/NBU und BVG	Total

«EU-ANOBAG»

Als solche werden Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in der Schweiz bezeichnet, die hier ebenfalls eine Erwerbstätigkeit ausüben. Somit sind die im EU-Raum bzw. in Liechtenstein erzielten Erwerbseinkommen in der Schweiz den Sozialversicherungen unterstellt und hier auch die Beiträge abzurechnen. Sie sind demzufolge keine richtigen ANOBAG, weil sie einen in der Schweiz beitragspflichtigen Arbeitgeber haben.

Wenn solche Grenzgänger/innen mit ihrem Arbeitgeber vereinbart haben, dass sie selbst für die Beitragsabrechnung in der Schweiz besorgt sind (Vereinbarung 21 Absatz b betr. EU-Staaten bzw. im EFTA-Raum), werden sie als normale Arbeitgeber erfasst. Sie entrichten die Beiträge für Arbeitnehmende und den Teil des Arbeitgebers, den sie von diesem (zusätzlich zum Lohn) vergütet erhalten.

6.4.3.1 Abrechnung, Zahlung und IK-Eintrag

Für ANOBAG gilt ein der Beitragserhebung für Selbständigerwerbende analoges Verfahren (massgebend ist das von den Steuerbehörden ermittelte Einkommen, wobei vom rohen Lohn sämtliche Gewinnungskosten abgezogen werden). Nur werden hier das aus unselbständiger Tätigkeit erzielte Reineinkommen und die Beitragssätze für unselbständig Erwerbende berücksichtigt.

Die Beitragserhebung erfolgt ebenfalls durch vierteljährliche Akontobeiträge. Zuständig für ANOBAG ist in der Regel die kantonale Ausgleichskasse am Wohnsitz der betreffenden Person.

Verbuchung im IK (Individuellen Konto des/der ANOBAG)

Das als ANOBAG erzielte Erwerbseinkommen wird unter der Schlüsselzahl «2» im IK verbucht.

6.4.4 Selbständigerwerbende

Das ATSG und AHVG definieren den Kreis der Selbständigerwerbenden nicht näher. ATSG 12 I und AHVG 9 I deklarieren lediglich, dass Einkommen aus

selbständiger Erwerbstätigkeit jenes ist, das nicht Entgelt für in unselbständiger Stellung geleistete Arbeit darstellt.

Nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts, übt eine selbständige Erwerbstätigkeit aus, wer das Geschäftsrisiko trägt und berechtigt ist, die betrieblichen Anordnungen zu treffen.

Im Unterschied zu den Arbeitnehmenden verfügt die selbständigerwerbende Person über eine eigene Betriebsorganisation, ist keinen fremden Weisungen unterworfen und trägt ein spezifisches Unternehmerrisiko.

Als Selbständigerwerbende beitragspflichtig sind in erster Linie Eigentümer, Miteigentümer oder Teilhaber eines Betriebes. Sie rechnen mit der für sie zuständigen Ausgleichskasse aufgrund des Reineinkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit laut direkter Bundessteuer ab.

Zu Beginn der selbständigen Erwerbstätigkeit erhebt die AHV-Ausgleichskasse die AHV/IV/EO-Beiträge aufgrund der Selbstangaben der Selbständigerwerbenden. Sobald die kantonale Steuerverwaltung die definitive Veranlagung erlassen hat, meldet sie der AHV-Ausgleichskasse die zum Erheben der Beiträge notwendigen Faktoren, damit diese definitive Beiträge festsetzen und verfügen kann.

Basis für die Beiträge, die von Selbständigerwerbenden erhoben werden, ist das Reineinkommen, das sie aus selbständiger Erwerbstätigkeit erzielen. In der Buchhaltung und der Steuerdeklaration gilt es, den als selbständig und unselbständig erzielten Erwerb auseinanderzuhalten. Sonst würden auf gewissen Erwerbseinkommen zweimal AHV/IV/EO-Beiträge erhoben (einmal über den Auftraggeber als Arbeitgeber und im Rahmen des Reineinkommens ein weiteres Mal als Selbständigerwerbender).

Beitragspflicht Selbständigerwerbende ab 2023	
Vom Reineinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit aufgrund Meldung der direkten Bundessteuer (Beitragsbezug durch Ausgleichskasse)	
8,1% 1,4% 0,5%	AHV IV EO
10,0%	Total für Jahreseinkommen ab CHF 58 800.– Darunter sinkende Beitragsskala bis auf 5,371%, mindestens aber CHF 514.– pro Jahr.
+ ca. 5,0%	Verwaltungskosten auf der Beitragssumme
Personen, die im Hauptberuf aus unselbständiger Erwerbstätigkeit den Minimalbeitrag bereits geleistet haben und im selbständigen Nebenerwerb ein Jahreseinkommen zwischen CHF 2301.– und 9800.– erzielen, bezahlen nicht den Minimalbeitrag (CHF 514.–), sondern den tiefsten Ansatz der sinkenden Beitragsskala (5,371%). Dies gilt auch für die Selbständigerwerbenden ab Erreichen des Referenzalters.	

Das Reineinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit wird in zwei Schritten ermittelt. Basis ist das von der direkten Bundessteuer festgesetzte Reineinkommen (d.h. nach Abzug der Gewinnungskosten) aus selbständiger Erwerbstätigkeit. Als Erstes wird der Zins für allfälliges im Betrieb investiertes

Eigenkapital (AHVV 18; 2019 bis 2021 = 0,0%, pro 2022 = 1,5%, 2023 = 2,0%) abgezogen. Erst dann werden die vom Steueramt abgezogenen AHV/IV/EO-Beiträge wieder aufgerechnet. Vom so ermittelten Reineinkommen werden die AHV-Beiträge von 10,0 Prozent (wenn das Erwerbseinkommen unter CHF 58 800.– gemäss sinkender Beitragssatz) erhoben.

Zins auf investiertem Eigenkapital (AHVV 18 II)			
2019–2021	0,0%	2023	2,0%
2022	1,5%	2024	% ¹
¹ Der Ansatz pro 2024 wird Anfang 2025 bekannt gegeben.			

Sinkende Beitragsskala

Zur Entlastung von Selbständigerwerbenden mit bescheidenen Einkommen wurde die sinkende Beitragsskala geschaffen. Mit jeder allgemeinen Rentenerhöhung werden die Grenzbeträge angepasst. Der obere Grenzbetrag, ab dem der volle Beitrag von 10,0 Prozent zu entrichten ist, beläuft sich auf CHF 58 800.–. Für beitragspflichtige Einkommen von weniger als CHF 9800.– ist grundsätzlich der Mindestbeitrag von derzeit CHF 514.– pro Jahr geschuldet (Mindestbeitragssatz von 5,371%).

Sinkende Beitragsskala für Selbständigerwerbende gültig ab Januar 2023					
Jährliches Einkommen in Franken		Beitragssatz in Prozent des Erwerbseinkommens			
von mindestens	aber weniger als	AHV	IV	EO	AHV/IV/EO
CHF 9800	CHF 17 500	4,35	0,752	0,269	5,371
CHF 17 500	CHF 21 300	4,45	0,769	0,275	5,494
CHF 21 300	CHF 23 800	4,55	0,786	0,281	5,617
CHF 23 800	CHF 26 300	4,65	0,804	0,287	5,741
CHF 26 300	CHF 28 800	4,75	0,821	0,293	5,864
CHF 28 800	CHF 31 300	4,85	0,838	0,299	5,987
CHF 31 300	CHF 33 800	5,05	0,873	0,312	6,235
CHF 33 800	CHF 36 300	5,25	0,907	0,324	6,481
CHF 36 300	CHF 38 800	5,45	0,942	0,336	6,728
CHF 38 800	CHF 41 300	5,65	0,977	0,349	6,976
CHF 41 300	CHF 43 800	5,85	1,011	0,361	7,222
CHF 43 800	CHF 46 300	6,05	1,046	0,373	7,469
CHF 46 300	CHF 48 800	6,35	1,098	0,392	7,840
CHF 48 800	CHF 51 300	6,65	1,149	0,410	8,209
CHF 51 300	CHF 53 800	6,95	1,201	0,429	8,580
CHF 53 800	CHF 56 300	7,25	1,253	0,448	8,951
CHF 56 300	CHF 58 800	7,55	1,305	0,466	9,321
CHF 58 800	und mehr	8,10	1,400	0,500	10,000

Geringfügiges Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit (AHV 19)
Übersteigt das im Nebenerwerb erzielte Einkommen pro Jahr CHF 2300.– nicht, werden die Beiträge nur auf Verlangen der Selbständigerwerbenden erhoben.

Personen, die nach Erreichen des Referenzalters (weiterhin) eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, wird der gleiche Freibetrag gewährt wie den Arbeitnehmenden (CHF 16 800.– pro Kalenderjahr). Beträgt das beitragspflichtige Einkommen einer ab dem Referenzalter selbständigerwerbenden Person weniger als CHF 9800.–, werden vom entsprechenden Betrag 5,371 Prozent AHV/IV/EO-Beiträge erhoben (und nicht der Mindestbetrag von CHF 514.–).

Ein Verzicht auf den Abzug des Freibetrags ist möglich, wenn die Versicherten innert höchstens fünf Jahren nach Erreichen des Referenzalters eine Neuberechnung der Rente unter Miteinbezug der im Rentenalter erzielten Erwerbseinkommen verlangen wollen. Der Verzicht auf den Freibetrag muss der AHV-Ausgleichskasse, welche die Rente auszahlt, mit Erreichen des Referenzalters, oder dann auf 1. Januar des betreffenden Jahres schriftlich mitgeteilt werden.

Auch für Selbständigerwerbende im Nebenerwerb mit einem Einkommen von weniger als CHF 9800.– beträgt der Beitragssatz 5,371 Prozent. Sie schulden also nicht den Mindestbeitrag.

6.4.4.1 Beitragsfestsetzung und Beitragsperiode (AHV 22–23)

Im Einklang mit der Bundessteuer und den kantonalen Steuerbehörden setzt die AHV seit Januar 2001 die Beiträge in einjährigen Veranlagungsperioden, d.h., jedes Jahr einzeln, fest. Als Beitragsjahr gilt das Kalenderjahr. Als Stichtag für die Bewertung des im Betrieb investierten Eigenkapitals gilt der letzte Tag des Geschäftsjahres.

Zeittafel für Beitragsbemessung (AHV 22)		
Quelle: Leitfaden 1. Säule der Infostelle AHV/IV		
Erwerbseinkommen (Geschäftsergebnis)	Beitragsjahr	Stichtag Eigenkapital
01.01.2019 bis 31.12.2019	2019	31.12.2019
01.01.2020 bis 31.12.2020	2020	31.12.2020
01.01.2021 bis 31.12.2021	2021	31.12.2021
01.01.2022 bis 31.12.2022	2022	31.12.2022
01.01.2023 bis 31.12.2023	2023	31.12.2023
Geschäftsjahr entspricht nicht Kalenderjahr		
01.07.2018 bis 30.06.2021	2021	30.06.2021
01.04.2021 bis 31.03.2022	2022	31.03.2022
01.10.2022 bis 30.09.2023	2023	30.09.2023
Geschäftsbeginn bzw. -aufgabe unter dem Jahr		
01.01.2021 bis 31.08. 2021	2021	31.08.2021
01.05.2022 bis 31.12.2022	2022	31.12.2022
01.03.2023 bis 30.11.2023	2023	30.11.2023

Beitragsfestsetzung aufgrund der Steuermeldung (AHVV 23 I)

Die Steuerbehörde teilt der AHV-Ausgleichskasse das Reineinkommen nach Abzug der AHV/IV/EO-Beiträge (Nettoeinkommen) mit. Damit Selbständigerwerbende gegenüber Arbeitnehmenden (deren Beiträge vom Bruttolohn erhoben werden) gleichgestellt sind, muss die AHV-Ausgleichskasse den Abzug wieder aufrechnen. Dies geschieht nach folgender Formel:

$$\frac{\text{von der Steuerverwaltung gemeldetes Einkommen minus Zins auf dem im Betrieb investierten Eigenkapital} \cdot 100}{(100 \text{ minus in Abhängigkeit des gemeldeten Einkommens und dem Zinsabzug anwendbarer Beitragssatz})}$$

Beispiel vom 01.01. bis 31.12.2023 beträgt das Reineinkommen (nach Zinsabzug) CHF 53 800.–; der entsprechende Beitragssatz beträgt 8,951.

$$\frac{53\,800.- \cdot 100}{(100 \text{ minus } 8,951) \cdot 91,049} = \text{CHF } 59\,084.05$$

Einkommen gemäss Steuermeldung

▶▶ Abzüglich Zins auf Eigenkapital

Kapital auf CHF 1000.– aufrunden

- ▶ Zins prorataisieren, wenn Tätigkeit nicht das ganze Kalenderjahr ausgeübt wird (durch 12 Mal betreffende Anzahl Monate)
- ▶ ggf. abzüglich Rentenfreibetrag

▶▶ Aufrechnung der persönlichen Beiträge

- ▶ Massgebendes Erwerbseinkommen auf die nächsten CHF 100.– abrunden
- ▶ Betrag gemäss Tabelle
- ▶ Zuzüglich Verwaltungskostenbeiträge

= **Gesamtbetrag**

6.4.4.2 Abrechnung, Zahlung und IK-Eintrag

Die AHV-Ausgleichskasse erstellt aufgrund der Steuermeldung die Verfügung und erhebt die Beiträge.

Die Angaben der kantonalen Steuerbehörden sind für die Ausgleichskassen verbindlich. Selbständigerwerbende müssen somit ihre Rechte im Steuerjustizverfahren wahrnehmen.

Bis zur definitiven Beitragsfestsetzung erhebt die AHV-Ausgleichskasse aufgrund des voraussichtlichen Einkommens quartalsweise Akontobeiträge. Sie kann dabei vom Einkommen ausgehen, das der letzten Beitragsverfügung zugrunde lag. Zeigt es sich während oder nach Ablauf des Beitragsjahres, dass das tatsächliche Einkommen wesentlich von den Akontobeiträgen abweicht, meldet die beitragspflichtige Person dies der Ausgleichskasse. In der Folge passt die Ausgleichskasse die Akontobeiträge an.

Verbuchung im IK (Individuelles Konto)

Das der Beitragsverfügung zugrunde liegende massgebende Reineinkommen wird nach der Bezahlung der Beiträge mit Schlüsselzahl «3» für Selbständig-

erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft und mit «9» für selbständigerwerbende Landwirte im IK eingetragen.

6.4.5 Nichterwerbstätige (AHVG 10, AHVV 28–32)

Als Nichterwerbstätige gelten Personen – ab dem 1. Januar des 21. Altersjahres bis Ende des Monats, in dem sie das Referenzalter erreichen (dies auch im Fall eines Rentenvorbezugs) –, die keine oder weniger als die Minimalbeiträge aus Erwerbstätigkeit (CHF 514.–/Jahr mit Arbeitgeber zusammen) entrichten. Dies sind vorwiegend Studierende, Weltenbummler, geschiedene Personen oder Witwen, Ehepartner, deren Gatte nicht versichert ist, Invalide, ausgesteuerte Arbeitslose und vor Erreichen des Referenzalters Pensionierte.

Wegen Fehlens eines beitragspflichtigen Einkommens musste der Gesetzgeber eine Basis finden, auf welcher ein Beitragssystem aufgebaut werden konnte. Die Höhe der von Nichterwerbstätigen geschuldeten Beiträge richtet sich deshalb nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der betreffenden Person.

Für die Beitragshöhe sind die Höhe des Vermögens (im In- und Ausland) und Ersatzeinkommen massgebend. Diese Ersatzeinkommen werden mit dem Faktor 20 multipliziert und zum Vermögen geschlagen.

Spezielle Fragen stellen sich in Bezug auf Ehepaare und für Personen, die nicht das ganze Kalenderjahr voll erwerbstätig sind. Sie werden am Schluss dieses Kapitels beantwortet.

6.4.5.1 Abrechnung, Zahlung und IK-Eintrag

Nichterwerbstätige entrichten die Beiträge aufgrund des Vermögens (inkl. allfälliges Vermögen des Ehepartners – dies unabhängig vom Güterstand – und der Kinder, soweit ihnen die Nutzniessung am Kindsvermögen zusteht) und des kapitalisierten Ersatzeinkommens.

D.h. Alimente, Pensionen, Leistungen einer Unfall- und Krankenversicherung usw. mit dem Faktor 20 multipliziert und zum Vermögen geschlagen werden. Auf Basis des so ermittelten Gesamtvermögens werden die Beiträge bemessen. Sie belaufen sich pro Jahr auf CHF 514.– bis CHF 25 700.– für Vermögen ab 8,74 Mio. Franken.

Beitragspflicht Nichterwerbstätige ab 2023	
Vom Vermögen, zuzüglich allfälliges kapitalisiertes Ersatzeinkommen (Beitragsbezug durch Ausgleichskasse)	
Je nach Höhe des massgebenden Vermögens (vgl. Tabelle) Für Vermögen unter CHF 340 000.– = Mindestbeitrag von CHF 514.– pro Jahr (AHV CHF 422.–, IV CHF 68.–, EO CHF 24.–) Für Vermögen ab CHF 340 000.– gilt eine progressive Beitragsskala. Ab Vermögen von 8,74 Mio. Franken = Maximalbeitrag, d.h. jährlich CHF 25 700.– (AHV CHF 21 100.–, IV CHF 3400.–, EO CHF 1200.–)	
+ maximal 5,0%	Verwaltungskosten auf der Beitragssumme

Personen mit einem massgebenden Vermögen ab CHF 340 000.– haben den entsprechenden Nichterwerbstätigenbeitrag zu entrichten.

Den Mindestbeitrag von CHF 514.– jährlich bezahlen

- ▶ Studierende bis zum 31. Dezember des 25. Altersjahrs (AHVG 10/II);
Nachher richtet sich die Höhe ihres Beitrags nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen.
- ▶ Versicherte, die aus öffentlichen Mitteln oder von Dritten unterstützt werden (AHVG 10/II).
- ▶ Versicherte die Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose beziehen (AHVV 28/VI).

Für Nichterwerbstätigenbeitrag massgebendes Vermögen und Ersatzeinkommen	
<p>Für Nichterwerbstätigenbeitrag relevante Vermögenswerte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ gesamtes Vermögen in- und ausländisches <ul style="list-style-type: none"> ▶ inkl. Rückkaufswert von Lebensversicherungen ▶ Liegenschaften¹ ohne Hypotheken ▶ Nutzniessungsvermögen ▶ im Scheidungsfall ausstehende Vermögenswerte ▶ + kapitalisiertes Ersatzeinkommen 	<p>während Ehejahren zu beachten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ für Verheiratete ist die Hälfte des ehelichen Vermögens anzurechnen ⇔ dies unabhängig vom Güterstand dies für das ganze Kalenderjahr der Heirat bis Ende des Monats der Verwitwung ▶ im Kalenderjahr der Ehescheidung ist aber das individuelle Vermögen massgebend
<p>Als Ersatzeinkommen gelten (zu kapitalisieren mit Faktor 20)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Taggelder der Unfall- oder Krankenversicherung (KVG oder VVG) ▶ Renten der Unfall-, Militär- oder Privatversicherung ▶ Renten der AHV ▶ Pensionen, Renten der Pensionskasse ▶ Ausländische Renten und Pensionen ▶ Kinderrenten der AHV und Pensionskasse (wenn die Kinder keinen eigenen Anspruch haben) ▶ Alimente für sich ▶ das Erwerbseinkommen des im Ausland versicherten Ehegatten ▶ usw. 	<p>Kein Ersatzeinkommen bilden (nicht in Beitragsberechnung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◄ Vermögenserträge ◄ Taggelder der Invaliden-, Arbeitslosen-, Militärversicherung oder Erwerbersatz (EO) ◄ Renten der schweizerischen IV ◄ Waisenrenten für die Beiträge der Witwe bzw. des Witwers (Waisen haben einen eigenen Rechtsanspruch auf die Rente) ◄ Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ◄ Kinderalimente ◄ Sozialhilfeleistungen
<p>¹ Der Ausschuss der Schweizerischen Steuerkonferenz hat aufgrund von Erhebungen in den Kantonen Ansätze für die Bewertung der Grundstücke bei der interkantonalen Steuerauscheidung festgelegt (Repartitionswerte). Der Repartitionswert bezieht sich in Prozenten auf den kantonalen Steuerwert. Dieser ist auch für die AHV anwendbar.</p>	

Die Beitragsfestsetzung erfolgt durch die zuständige AHV-Ausgleichskasse aufgrund der Steuermeldung bzw. einer Selbstdeklaration (vgl. analoge Ausführungen zu Selbständigerwerbenden 6.4.4.2).

Nichterwerbstätigenbeiträge ab 2023					
Quelle: BSV und Merkblatt 2.03 der AHV-Infostelle					
Vermögen und mit 20 vervielfachtes jährliches Ersatzeinkommen	AHV/IV/EO-Beiträge im				
	Jahr	Semester	Quartal	Monat	
unter CHF	340 000.–	514.00	256.80	128.40	42.80
ab CHF	340 000.–	614.80	307.20	153.60	51.20
	390 000.–	720.80	360.60	180.30	60.10
	440 000.–	826.80	413.40	206.70	68.90
	490 000.–	932.80	466.20	233.10	77.70
	540 000.–	1 038.80	519.60	259.80	86.60
	590 000.–	1 144.80	572.40	286.20	95.40
	640 000.–	1 250.80	625.20	312.60	104.20
	690 000.–	1 356.80	678.60	339.30	113.10
	740 000.–	1 462.80	731.60	365.70	121.90
	790 000.–	1 568.80	784.20	392.10	130.70
	840 000.–	1 674.80	837.60	418.80	139.60
	890 000.–	1 780.80	890.40	445.20	148.40
	940 000.–	1 886.80	943.20	471.60	157.20
	990 000.–	1 992.80	966.60	498.30	166.10
	1 040 000.–	2 098.80	1 049.40	524.70	174.90
	1 090 000.–	2 204.80	1 102.20	551.10	183.70
	1 140 000.–	2 310.80	1 155.60	577.80	192.60
	1 190 000.–	2 416.80	1 208.40	604.20	201.40
	1 240 000.–	2 522.80	1 261.20	630.60	210.20
	1 290 000.–	2 628.80	1 314.60	657.30	219.10
	1 340 000.–	2 734.80	1 376.40	683.70	227.90
	1 390 000.–	2 840.80	1 420.20	710.10	236.70
	1 440 000.–	2 946.80	1 473.60	736.80	245.60
	1 490 000.–	3 052.80	1 526.40	763.20	254.40
	1 540 000.–	3 158.80	1 579.20	789.60	263.20
	1 590 000.–	3 264.80	1 632.60	816.30	272.10
	1 640 000.–	3 370.80	1 685.40	842.70	280.90
	1 690 000.–	3 476.80	1 738.20	869.10	289.70
	1 740 000.–	3 582.80	1 791.60	895.80	298.60
	1 790 000.–	3 741.80	1 870.80	935.40	311.80
Für je weitere CHF 50 000.– Vermögen erhöht sich der Beitrag um CHF 159.00/Jahr.					
	8 690 000.–	25 683.80	12 841.80	6 420.90	2 140.30
	8 740 000.–	25 700.00	12 850.20	6 425.10	2 141.70
Mindestbeitrag pro Jahr CHF 514.–, Maximalbeitrag 50-Faches. Dazu kommen Verwaltungskosten von maximal 5% der Beiträge.					

Entwicklung der durch Nichterwerbstätige zu entrichtenden Beiträge		
Beitragsjahr	Mindestbeitrag pro Jahr	Höchstbeitrag pro Jahr
2010	CHF 460.–	CHF 10300.–
2011	CHF 475.–	CHF 10300.–
2012	CHF 475.–	CHF 23750.–
2013–2015	CHF 480.–	CHF 24000.–
2016–2018	CHF 478.–	CHF 23900.–
2019	CHF 482.–	CHF 24100.–
2020	CHF 496.–	CHF 24800.–
2021–2022	CHF 503.–	CHF 21510.–
ab 2023	CHF 514.–	CHF 25700.–

Der Höchstbeitrag beträgt das 50-fache des Mindestbeitrags.

Zuständige Ausgleichskasse

Zuständig ist in der Regel die kantonale Ausgleichskasse am Wohnort.

- ▶ Für Studierende ist es die kantonale Ausgleichskasse am Ort der Studienanstalt.
- ▶ Personen, die ab dem 58. Altersjahr pensioniert werden, gehören als Nichterwerbstätige weiterhin der Ausgleichskasse an, über die sie zuletzt als Erwerbstätige erfasst waren (AHVG 64).

Nichterwerbstätige Ehegatten sind in derselben Ausgleichskasse zu erfassen.

Verbuchung im IK (Individuellen Konto)

Sobald die Verfügung rechtskräftig geworden ist, erfolgt die entsprechende Buchung im IK. Da im IK die Erwerbseinkommen und nicht die Beiträge aufgelistet werden, hat eine Umrechnung zu erfolgen. Die Nichterwerbstätigenbeiträge entsprechen (abgesehen vom Mindest- CHF 4851.– und Höchstbeitrag CHF 242 529.– pro Jahr) 10,6 Prozent des zu registrierenden Erwerbseinkommens.

$$\text{«Erwerbseinkommen»} = \frac{\text{Nichterwerbstätigenbeitrag} \cdot 100}{10,6}$$

6.4.5.2 Für verheiratete Personen gilt

Der Beitrag einer verheirateten, nicht erwerbstätigen Person gilt als bezahlt, wenn der erwerbstätige Ehegatte mindestens den doppelten Minimalbeitrag aus Erwerbstätigkeit entrichtet hat. Das sind aus Erwerbstätigkeit pro Kalenderjahr CHF 1028.– (zweimal CHF 514.–), dies inkl. Arbeitgeberbeitrag.

- ▶ Solange nicht erwerbstätige Ehegatten den Wohnsitz in der Schweiz haben, sind keine weiteren Vorkehrungen zu treffen.

Sobald die versicherte Person den Wohnsitz aber ins Ausland verlegt (und nicht ein Sozialversicherungsabkommen die Weiterversicherung des Ehepartners in der Schweiz vorsieht), muss der Beitritt zur AHV erklärt werden (schriftlich an AHV-Ausgleichskasse, welche die Beiträge für den erwerbstätigen Ehegatten abgerechnet werden). Nur so ist der/die Nichterwerbstätige «beitragsfrei mit-versichert». Ohne Beitrittserklärung wäre er/sie nicht mehr versichert und es entstünden beitragslose Jahre mit entsprechender Rentenkürzung.

Nichterwerbstätiger Ehegatte von Pensionierten

Wenn der erwerbstätige Ehegatte das Referenzalter erreicht, muss die nicht erwerbstätige Ehefrau neu zur Beitragspflicht als Nichterwerbstätige gemeldet werden, dies der AHV-Ausgleichskasse, wo der Ehemann zuletzt die Beiträge entrichtet hat.

Ist der Ehepartner nach dem erreichten Referenzalter weiterhin erwerbstätig, muss er vom Pensum her zumindest 50 Prozent und mindestens neun Monate/Jahr erwerbstätig sein und vom Erwerbseinkommen (nach Abzug des Rentnerfreibetrags) mindestens den doppelten Minimalbeitrag entrichten, damit der nichterwerbstätige Partner beitragsfrei bleibt.

6.4.5.3 Personen, die nicht dauernd voll erwerbstätig sind

Eine versicherte Person gilt innerhalb eines Kalenderjahres entweder als erwerbstätig oder nichterwerbstätig (kein Statuswechsels während des Jahres).

Die Krux liegt nun in der Praxis im Festlegen des Beitragsstatus von Personen, die im fraglichen Kalenderjahr nicht dauernd voll erwerbstätig sind, d.h. im Festlegen des Grenzwertes. Es handelt sich unter anderem um Teilzeitbeschäftigte, für längere Zeit Erkrankte oder Verunfallte (Deckung des Lohnausfalles durch die Kranken-, Unfall- oder Privatversicherung ist kein massgebender Lohn), im Lauf des Jahres Pensionierte oder Geschiedene usw.

Grundsatz

Für die versicherten Personen sind sowohl die Beiträge aus Erwerbstätigkeit als auch jene, die im entsprechenden Kalenderjahr als Nichterwerbstätige geschuldet wären, festzusetzen. Dann sind diese Nichterwerbstätigenbeiträge mit den aus Erwerbstätigkeit entrichteten Beiträgen (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge) zu vergleichen.

Sind mindestens die halben Nichterwerbstätigenbeiträge aus solchen aus Erwerbstätigkeit gedeckt, gilt die betreffende Person für das ganze Kalenderjahr als erwerbstätig und schuldet keine Nichterwerbstätigenbeiträge.

Ist der Grenzwert erreicht? (AHVV 28^{bis})



Vergleich der als nicht erwerbstätig zu entrichtenden Beiträge mit den aus Erwerbstätigkeit tatsächlich entrichteten Beiträgen

Beitrag aus Erwerbseinkommen

(ggf. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag zusammen)

< **kleiner als Mindestbeitrag** (CHF 514.-/Jahr)

oder ½ des NE-Beitrags

▶▶ Beitragspflicht als Nichterwerbstätige/r

> **grösser als ½ des NE-Beitrags**

(und wenigstens Mindestbeitrag, d.h., CHF 514.-/Jahr)

▶▶ Beitragspflicht als Erwerbstätige/r

▶▶ In jedem Fall muss aber der Mindestbeitrag (CHF 514.-/Jahr) bezahlt sein.

Ist der aus Erwerbstätigkeit entrichtete Beitrag jedoch geringer, gilt die betreffende Person für das ganze Kalenderjahr als nicht erwerbstätig und hat die vollen Nichterwerbstätigenbeiträge zu entrichten. Die aus Erwerbstätigkeit bereits entrichteten Beiträge können auf Antrag hin an die geschuldeten Nichterwerbstätigenbeiträge angerechnet werden.

Eine freiwillige Beitragsentrichtung von nicht beitragspflichtigen Nichterwerbstätigen ist nicht möglich!

6.4.6 Ratenzahlung, Herabsetzung oder Erlass der Beiträge von Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen (AHVG 11, AHVV 31–32)

Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige in finanziellen Engpässen können mit ihrer Ausgleichskasse einen **Zahlungsplan** vereinbaren und so die geschuldeten Beiträge in Raten (zuzüglich Verzugszins) begleichen. So werden nach eingegangenen Nachzahlungen die entsprechenden Einkommen im IK (Individuellen Konto) eingetragen.

Ist aufgrund der ungünstigen finanziellen Lage des/der Selbständigerwerbenden bzw. Nichterwerbstätigen eine Abzahlung unrealistisch, kann der Ausgleichskasse ein **Herabsetzungsgesuch** gestellt werden. Nach entsprechender Gutheissung werden die geschuldeten Beiträge angemessen (bis höchstens bis zur Zahlungsfähigkeit), aber nicht unter den Mindestbeitrag von zurzeit CHF 514.– reduziert.

Der Mindestbeitrag kann in grossen Härtefällen auf begründetes Gesuch hin und nach Anhörung der vom Wohnsitzkanton bezeichneten Behörde erlassen werden. Für diese Versicherten hat der Wohnsitzkanton den Mindestbeitrag zu übernehmen. Die Kantone können die Wohnsitzgemeinden zum Mittragen heranziehen.

6.4.7 Verfahrensrechtliche Bestimmungen zum Beitragsbezug

6.4.7.1 Fälligkeit der Beiträge (AHVV 34 III)

Die AHV erhebt die Beiträge nachfällig. Daher kennt sie ein strenges Beitragsbezugsverfahren.

Mit Ablauf der Zahlperiode sind die geschuldeten Beiträge fällig. Die Zahlungsfrist beträgt zehn Tage.

Beispiel: Die Beiträge pro 1. Quartal sind am 31. März fällig und bis 10. April zu bezahlen.
Wenn das Geld nicht bis am 30. April auf der Ausgleichskasse eintrifft, werden ab 1. April Verzugszinsen erhoben!

6.4.7.2 Verzugszinsen (ATSG 26, AHVG 14, AHVV 41^{bis}–42)

Eine Mahnung ist keine Voraussetzung für das Erheben von Verzugszinsen! Verzugszinsen stellen keine Strafe dar. Sie haben vielmehr den Zweck, einen Ausgleich dafür zu schaffen, dass der Schuldner durch verspätete Zahlung einen Zinsvorteil geniessen kann, während der Gläubiger einen Zinsnachteil erleidet.

Verzugszinsen sind zu entrichten, wenn bestimmte Zahlungs- und Abrechnungsfristen überschritten sind. Verzugszinsen werden erhoben, wenn

- ▶ die Beiträge nicht innert 30 Tagen entrichtet wurden;
- ▶ die Lohnbescheinigung nicht bis 30. Januar auf der AHV-Ausgleichskasse eintrifft, für die Differenz zur Akontozahlung;
- ▶ geleistete Akontobeiträge von Selbständigerwerbenden, ANOBAG oder Nichterwerbstätigen mindestens einen Viertel zu tief sind, für die Differenz zu den tatsächlich geschuldeten Beiträgen;
- ▶ Beiträge aufgrund einer rektifizierten (nicht aber einer Nach-)Steuermeldung fällig wurden.

Der Zinssatz für Verzugszinsen beläuft sich auf **5,0 Prozent im Jahr**. Es gelten die kaufmännischen Regeln: Die Zinsen werden tageweise berechnet, wobei ganze Monate generell mit 30 und das ganze Jahre mit 360 Tagen gezählt werden.

Verzugszinspflichtig sind die nach Bundesrecht geschuldeten AHV/IV/EO-Beiträge sowie ggf. jene für die ALV und Familienzulagen. Auch die Verwaltungskosten unterliegen der Verzugszinspflicht. Mahngebühren, Bussen, Betreuungsspesen und Veranlagungskosten sind von der Verzugszinserhebung ausgenommen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Zinseszinsen.

6.4.7.3 Mahnung und Betreuung (AHVV 34a)

Werden die Beiträge **nicht fristgemäss bezahlt** – Akontobeiträge innert 10 Tagen nach Ablauf der Zahlungsperiode, für vergangene Kalenderjahre nachgeforderte Beiträge innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung –, erlässt die AHV-Ausgleichskasse eine Mahnung. Die Mahngebühr beträgt zwischen CHF 20.– und CHF 200.– (zusätzlich zu den Verzugszinsen).

Nach erfolgloser Mahnung – d.h. innert 60 Tagen – werden die Schuldner (beitragspflichtige Mitglieder) betrieben.

Zahlungsaufschub

Beindet sich der Schuldner/die Schuldnerin vorübergehend in einem finanziellen Engpass, kann ihm/ihr ein Zahlungsaufschub gewährt werden (Abzahlungsvereinbarung).

Die laufenden Beiträge, welche neu anfallen, müssen aber fristgemäss bezahlt werden. Ein Zahlungsaufschub wirkt als Mahnung; d.h., Erhebung der Verzugszinsen ab Fälligkeit und, falls der Zahlungsplan nicht genau eingehalten wird, sofortige Betreuung.

6.4.7.4 Vergütungszinsen (ATSG 26, AHVV 41^{ter} und 42)

Vergütungszinsen werden ausgerichtet für nicht geschuldete Beiträge, die von der Ausgleichskasse zurückerstattet oder verrechnet werden. Der Zinsenlauf beginnt in der Regel am 1. Januar nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die nicht geschuldeten Beiträge bezahlt wurden.

Vergütungszinsen werden ausgerichtet für

- ▶ zu viel entrichtete Lohnbeiträge
- ▶ zu viel entrichtete persönliche Beiträge
- ▶ ausgleichende persönliche Beiträge und Lohnbeiträge

Der Zinssatz für Vergütungszinsen beläuft sich auf 5,0 Prozent im Jahr. Es gelten die kaufmännischen Regeln: Die Zinsen werden tageweise berechnet, wobei ganze Monate generell mit 30 und das ganze Jahre mit 360 Tagen gezählt werden.

6.4.7.5 Verjährung (AHVG 16)

Die gesetzlichen Bestimmungen unterscheiden folgende Arten der Verjährung:

▶▶ **Festsetzungsverjährung**

Geltendmachen einer Forderung mittels Verfügung

▶▶ **Vollstreckungsverjährung**

Inkasso der rechtskräftig festgesetzten Beitragsforderung

▶▶ **Rückerstattungsverjährung**

betr. zu viel oder zu Unrecht bezahlter Beiträge

Die Verjährungsfristen sind von Amtes wegen zu beachten. Die Verjährung im AHV-Recht entspricht der Verwirkung; d.h., verjährte Beiträge dürfen weder festgesetzt noch entgegengenommen werden, auch nicht zum Schliessen von Beitragslücken.

6.4.7.51 Festsetzungsverjährung (ATSG 24 I, AHVG 16 I)

- ▶ Die Beiträge müssen innerhalb von fünf Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für das sie geschuldet sind, mit Verfügung festgesetzt werden.
- ▶ Für persönliche Beiträge (Selbständigerwerbende, Nichterwerbstätige, ANOBAG) endet die Frist – in Abweichung von ATSG 24 I – ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die massgebende Steuerveranlagung rechtskräftig wurde.

Die Verfügung muss spätestens am letzten Tag der Verjährungsfrist der schweizerischen Post übergeben werden. Wenn eine Nachforderung aus einem Straftatbestand herrührt, gilt auch für die AHV die (allenfalls längere) Verjährungsfrist aus dem Strafrecht (Beispiel: Beschäftigung von Schwarzarbeitern oder Nach- und Strafsteuerverfahren).

6.4.7.52 Vollstreckungsverjährung (AHVG 16 II)

- ▶ Eine rechtzeitig geltend gemachte Beitragsforderung **erlischt fünf Jahre** nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie **rechtskräftig** geworden ist.
- ▶ Mit Entstehen des Rentenanspruches nicht erloschene Beitragsforderungen können in jedem Fall noch verrechnet werden.

Die Frist ruht während der Dauer des öffentlichen Inventars oder der Nachlassstundung. Ist mit Ablauf der Frist ein Betreibungs- oder Konkursverfahren hängig, endet die Frist mit dessen Ablauf.

6.4.7.53 Rückerstattungsverjährung (AHVG 16 III)

Der Anspruch auf Rückerstattung zu viel oder zu Unrecht bezahlter Beiträge verjährt

- ▶ ein Jahr, nachdem die beitragspflichtige Person von ihren zu hohen Zahlungen Kenntnis erhalten hat;
- ▶ spätestens aber fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge bezahlt wurden.

6.4.7.54 Verjährung bei Haftung nach AHVG 52

Werden Beiträge von Arbeitgebern nicht bezahlt, entsteht der AHV-Ausgleichskasse ein Schaden. Diesen Schaden macht sie bei den verantwortlichen Organen (Verwaltungsrat, Direktorium, Kontrollstelle) geltend. Diese haften einzeln für den vollen Schaden mit ihrem gesamten privaten Vermögen.

Für die Schadenersatzforderung nach Art. 52 AHVG gelten die Bestimmungen des OR über die unerlaubten Handlungen (OR 60I). Dies bedeutet, dass die Forderung in der Regel drei Jahre nach Kenntnis des Schadens, spätestens aber nach zehn Jahren verjährt (AHVG 52III).

7. Leistungsübersicht



8. Anspruchsberechtigte Personen

Primär muss die Person, die Leistungen der AHV (Rente, Hilflosenentschädigung, Hilfsmittel) beziehen will, versichert sein. In der Beurteilung des Anspruchs ist der Wohnsitz und gewöhnliche Aufenthalt der betreffenden Person von zentraler Bedeutung (ATSG 13, AHVG 18).

Hilflosenentschädigungen und Hilfsmittel an Personen im Rentenalter werden nur mit Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz gewährt. Dasselbe gilt für Personen, die eine ausserordentliche Rente beziehen (Rentenanspruch von Personen, die eine vollständige Versicherungsdauer aufweisen, aber nicht beitragspflichtig waren; vgl. AHVG 42). Sobald sie den Wohnsitz ins Ausland verlegen oder länger als drei Monate pro Kalenderjahr im Ausland weilen, erlischt der Anspruch auf diese Leistungen.

Anspruch auf eine ordentliche AHV-Rente haben Versicherte oder ihre Hinterlassenen, denen mindestens ein volles Jahr Einkommen oder Erziehungs- bzw. Betreuungsgutschriften angerechnet werden können.

Je nach Staatsangehörigkeit sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, dies insbesondere für Personen, die den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz aufgeben. Für Angehörige von Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen unterhält (vgl. Aufstellung Vertragsstaaten Abschnitt 5.1.3), gehen diese Bestimmungen dem AHVG vor.

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Für in der Schweiz wohnhafte Versicherte mit Schweizer Bürgerrecht oder demjenigen eines EU- bzw. EFTA-Staates und ihre Kinder sind keine weiteren Voraussetzungen zu erfüllen.

Wenn sie den Wohnsitz ins Ausland verlegen, wird ihnen die AHV-Rente weiterhin gewährt.

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Für Angehörige von Vertragsstaaten mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz werden die AHV/IV-Renten – sofern das betreffende Länderabkommen nicht ausdrücklich etwas anderes besagt – zu denselben Bedingungen ausgerichtet wie für schweizerische Staatsangehörige.

Wohnsitznahme im Ausland

Sobald Angehörige eines Vertragsstaates die Schweiz verlassen, kommen die Bestimmungen des betreffenden Länderabkommens zur Anwendung. Es gibt Abkommen, die einen Leistungsexport nur mit Wohnsitznahme im jeweils anderen Vertragsstaat vorsehen, andere, die den Leistungsexport nur innerhalb Westeuropas kennen, und solche, die bezüglich des Wohnsitzes keine Vorbehalte anbringen.

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

Angehörige von Staaten, mit denen die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen unterhält, haben nur so lange einen Anspruch auf AHV-Rente, als sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben.

Sobald sie oder ihre Angehörigen (abgeleitete Ansprüche wie Kinderrente) die Schweiz verlassen, erlischt der Rentenanspruch. Sie können sich die AHV-Beiträge (nicht aber die für IV und EO) rückvergüten lassen, sofern sie nicht schon Renten bezogen haben; vgl. 8.3.2.

Eine **Ausnahme** besteht für Waisen mit Angehörigkeit eines Nichtvertragsstaates, deren verstorbener Elternteil Schweizer/in war oder einem EU-/EFTA- oder einem Staat mit Länderabkommen angehörte. Sie haben weiterhin Anspruch auf eine Waisenrente. Dasselbe gilt in Bezug auf Kinderrenten zur Altersrente.

8.3.1 Asylsuchende bzw. Flüchtlinge und Staatenlose

Primär zu beachten gilt, dass Asylsuchende im Sinne der AHV/IV keine Flüchtlinge sind. Asylsuchende werden wie die übrigen ausländischen Staatsangehörigen behandelt. Je nach dem sind die Bestimmungen des betreffenden Sozialversicherungsabkommens (z.B. mit der Türkei) anwendbar oder – da kein Staatsvertrag, d.h. Sozialversicherungsabkommen besteht – nicht (z.B. Sri Lanka).

Flüchtlinge und Staatenlose, die sich zu Studienzwecken in einem EU-/EFTA-Staat aufhalten, fallen unter die Bestimmungen der bilateralen Verträge (FZA).

Wohnsitznahme von Flüchtlingen/Staatenlosen im Ausland

Haben anerkannte Flüchtlinge oder Staatenlose ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz aufgegeben, wird die AHV-Rente nur weitergewährt, wenn sich die Betroffenen in einem Vertragsstaat aufhalten. Es gelten dazu die im Staatsvertrag vereinbarten Bestimmungen. Mit Wohnsitz bzw. Aufenthalt in einem Nichtvertragsstaat entfällt der AHV-Rentenanspruch mit Verlassen der Schweiz.

8.3.2 Beitragsrückvergütung für Angehörige von Nichtvertragsstaaten (AHVG 18 III, RV-AHV)

Angehörige von Staaten, mit denen die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen unterhält, können die AHV-Beiträge zurückfordern, wenn sie aller Voraussicht nach endgültig aus unserer AHV/IV ausgeschieden sind.

Allerdings dürfen weder die betroffene Person selbst noch ihre Ehefrau bzw. ihr Ehemann oder ihre Kinder (bis Abschluss der Ausbildung, maximal bis 25-jährig) den Wohnsitz oder Aufenthalt in der Schweiz begründen.

Wo durch den Tod des/der versicherten Nichtvertragsstaatsangehörigen keine Hinterlassenenrenten der AHV fällig werden, können die AHV-Beiträge den Hinterlassenen rückvergütet werden. Erfolgt der Wegzug aus der Schweiz bzw. Tod erst nach Erreichen des Referenzalters, sind spezielle Bestimmungen zu beachten.

► Rückvergütet werden die tatsächlich bezahlten Beiträge an die AHV (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil), jedoch ohne Zinsen.

Der Antrag auf Beitragsrückvergütung löst ggf. das Einkommenssplitting aus. Für die Rückvergütung wird auf das Einkommen nach erfolgtem Splitting bzw. die entsprechenden Beiträge abgestellt.

Zudem wird höchstens der Barwert des entgangenen Altersrentenanspruchs vergütet. Dadurch leisten Gutverdienende ungeachtet davon, ob sie im AHV-System verbleiben oder nicht, ihre Solidaritätsbeiträge an unsere AHV. Auf Beitragsrückerstattungen werden Quellensteuern erhoben.

- Nicht rückvergütet werden die für die Invalidenversicherung, die Erwerbsersatzordnung und die Arbeitslosenversicherung erhobenen Beiträge sowie allfällige nach Erreichen des Referenzalters entrichtete AHV-Beiträge.

Aus den rückvergüteten Beiträgen und den entsprechenden Beitragszeiten können gegenüber der AHV und der Invalidenversicherung keine Rechte abgeleitet werden. Die Wiedereinzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen (Details vgl. 11.2.1.1).

9. Sachleistungen (inkl. kollektive Leistungen/Prävention)

9.1 Hilfsmittel der Altersversicherung (AHVG 43^{quater}, AHVV 66^{ter}, HVA)

Altersrentner/innen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz können unabhängig von deren finanzieller Situation Hilfsmittel (aufgrund der Hilfsmittelliste für Altersrentner, HVA) abgegeben werden. Wurden vor Erreichen des Referenzalters bereits Hilfsmittel der Invalidenversicherung bezogen, besteht darauf eine «Besitzstandsgarantie».

Die AHV übernimmt in der Regel 75 Prozent der Nettokosten.

Die abschliessende HVA-Liste umfasst:

- ▶ orthopädische Mass- und orthopädische Serienschuhe (jährlich 1 bzw. 2 Paar);
- ▶ Perücken (max. CHF 1000.– pro Jahr);
- ▶ Hörgeräte: Pauschalbetrag für ein Ohr (monaural) CHF 630.–, wenn für beide Ohren (binaural) erforderlich, Pauschalbetrag von CHF 1237.50, dies je für Geräte und Dienstleistung auf die Dauer von fünf Jahren;
- ▶ Lupenbrillen für hochgradig Sehschwache (alle fünf Jahre, maximal CHF 590.– für monokulare bzw. CHF 900.– für binokulare Lupenbrillen, CHF 1334.– für monokulare bzw. CHF 2048.– für binokulare Fernlupenbrillen);
- ▶ Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperation (alle fünf Jahre);
- ▶ Gesichtsephthesen (alle zwei Jahre);
- ▶ Motorloser Rollstuhl (CHF 900.–, alle fünf Jahre), wenn die versicherte Person voraussichtlich dauernd und ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist und nicht in einem Heim lebt. Wird invaliditätsbedingt eine Rollstuhlspezialversorgung benötigt, kann der Pauschalbetrag auf CHF 1840.–, mit Dekubituskissen auf CHF 2200.–, erhöht werden.

Austauschbefugnis: Schafft die versicherte Person anstelle eines Hilfsmittels, auf das sie Anspruch hat, einen anderen Behelf an, der dem gleichen Zweck dient, kann die AHV Leistungen bis maximal im Umfang des vorerwähnten Anspruchs erbringen.

Anlaufstellen für weitergehende Leistungen

Zusätzlich zu vorerwähnten Leistungen können Altersrentner/innen mit bescheidenem Einkommen und Vermögen Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beantragen. Können die Bedürfnisse einer Altersrentnerin bzw. eines Altersrentners durch die AHV und Ergänzungsleistungen zur AHV/IV nicht gedeckt werden, stehen die Pro Senectute und der Sozialdienst der Gemeinden gerne zur Verfügung.

9.2

Förderung der Altershilfe

(AHVG 101^{bis}, AHVV 222–225; kollektive Leistungen)

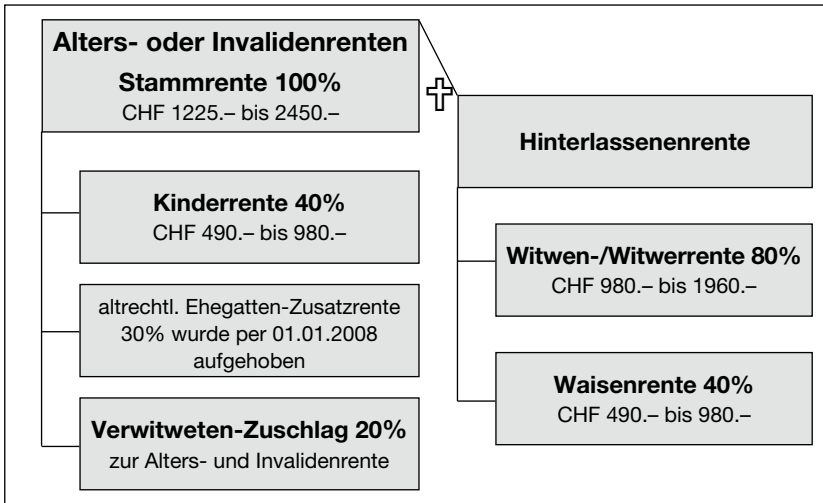
Die AHV gewährt gemeinnützigen privaten Institutionen (z.B. Pro Senectute) Beiträge an die Personal- und Organisationskosten für Aufgaben zugunsten Betagter.

- ▶ Beratung, Betreuung und Beschäftigung,
- ▶ Kurse, die der Erhaltung oder Verbesserung der geistigen oder körperlichen Fähigkeiten, der Selbstvorsorge und Herstellung des Kontakts mit der Umwelt dienen,
- ▶ Koordinations- und Entwicklungsaufgaben,
- ▶ Weiterbildung von Hilfspersonal.

10. Geldleistungen

10.1 Renten

10.1.1 Übersicht über die monatlichen Vollrenten seit 2023



Rentenberechtigte Personen, die Kinder haben, können Kinder- oder Waisenrenten auslösen. Wenn sie verheiratet waren, erhalten sie für diese unter gewissen Voraussetzungen (vgl. Bezugsbedingungen) anteilmässige Zuschläge zur eigenen Rente. Die eigene Rente wird als Hauptrente – auch Stammrente genannt – bezeichnet, die unabhängig von Beitragsdauer und Betrag 100 Prozent ausmacht. Die Zuschläge bzw. Hinterlassenenrenten bemessen sich in Prozent der Haupt-/Stammrente (vgl. Abbildung).

10.1.2 Anspruch auf Hinterlassenenrenten

Hinterlässt eine verstorbene Person einen Ehemann bzw. eine Ehefrau und/oder Kinder, kann ab dem Monat nach dem Tod der versicherten Person eine Hinterlassenenrente ausgerichtet werden, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

10.1.2.1 Witwenrenten (AHVG 23–24, AHVV 46)

Die Witwenrente beträgt 80 Prozent der Alters- oder ganzen Invalidenrente, welche der Verstorbene ausgelöst hätte (AHVG 36).

Eine Witwenrente wird ausgerichtet, wenn die Ehefrau zum Zeitpunkt der Verwitwung mindestens ein Kind hat (dessen Alter und Zivilstand spielt keine Rolle).

Leiblichen Kindern gleichgestellt werden Stiefkinder – d.h. Kinder des verstorbenen Ehemannes –, die mit der Witwe im gleichen Haushalt leben, und Pflegekinder, die im Hinblick auf eine Adoption mit ihr leben.

Sind keine Kinder vorhanden, muss die Ehefrau zum Zeitpunkt der Verwitwung mindestens 45-jährig sein und fünf Ehejahre ausweisen können. Diese können hier aus mehreren Ehen der jetzigen Witwe stammen.

Ist die Betroffene jünger bzw. weniger als fünf Jahre verheiratet gewesen, kann sie später höchstens vom Splitting und Verwitwetenzuschlag profitieren. Die Witwenabfindungen wurden mit der 10. AHV-Revision aufgehoben.

Der Anspruch auf die Witwenrente endet im Monat der Wiederverheiratung, im Todesmonat oder durch die Ablösung durch eine (höhere) Altersrente. Sonst würde die Witwenrente lebenslänglich ausgerichtet.

10.1.2.11 Witwenrente für die geschiedene Frau (AHVG 24a)

Die geschiedene Ehefrau ist der Witwe gleichgestellt,

- ▶ **wenn die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat** (Anspruch bis Wiederverheiratung, Tod oder Ablösung durch eine Altersrente) und wenn die geschiedene Frau
 - ▶ im Zeitpunkt der Verwitwung mindestens ein Kind hat (egal wie alt, egal ob aus dieser Ehe) oder
 - ▶ im Zeitpunkt der Ehescheidung mindestens 45 Jahre alt war;
- ▶ **wenn diese Ehe weniger als 10 Jahre gedauert hat**
 - ▶ bis das jüngste Kind 18-jährig ist
 - ▶ wenn das jüngste Kind das 18. Altersjahr vollendet, nachdem die geschiedene Mutter 45 Jahre alt geworden ist, erhält die Mutter ihre Witwenrente bis zur Wiederverheiratung bzw. Tod oder Ablösung durch Altersrente.

10.1.2.2 Witwerrente

Grundsätzlich hatten Männer, deren Ehefrau oder Exfrau verstorben ist, nur so lange Anspruch auf eine Witwerrente, wie sie Kinder unter 18 Jahren haben (AHVG 23 I und II sowie AHVG 24 II). Sobald das jüngste Kind das 18. Altersjahr erreicht hat, fällt der Anspruch auf die Witwerrente weg.

Die Ungleichbehandlung gegenüber Witwen widerspricht dem Rechtsgleichheitsgebot der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und diskriminiert die Witwer (Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 11.10. 2022).

Daher endet der Anspruch auf eine Witwerrente ab dem Datum des Urteils nicht mehr mit dem Erreichen der Volljährigkeit des jüngsten Kindes. Durch den Tod der Ehefrau nach dem 11.10.2022 steht den Witwern ein Anspruch auf eine Witwerrente ungeachtet des Alters der Kinder zu.

Kinderlose Witwer gehen leer aus. Ihre Belange waren nicht Gegenstand der Klage am EGMR.

- ⇒ Der Anspruch auf eine Witwen- und neu Witwerrente dauert bis zur Wiederverheiratung, zum Tod, oder zur Ablösung durch eine höhere Altersrente. Der Bund muss nun eine EMRK-konforme Gesetzänderung auch für die anderen Situationen schaffen.

10.1.2.21 Witwerrente für den geschiedenen Mann (AHVG 23–24a)

Die Belange «geschiedener Witwer» waren nicht Gegenstand der Klage am EGMR. Sie erhalten weiterhin nur so lange eine Witwerrente, bis das jüngste Kind 18-jährig ist (keine Mindest-Ehedauer).

10.1.2.3 Koordination Witwen-/Witwerrente (AHVG 24b)

Verwitwete Bezüger/innen von Alters- oder Invalidenrenten erhalten auf ihrer Rente einen Zuschlag von 20 Prozent. Die Rente und der Zuschlag dürfen zusammen den Höchstbetrag der Altersrente nicht übersteigen (AHVG 35^{bis}).

«Geschiedene Witwen und Witwer» erhalten keinen Verwitwetenzuschlag.

Erfüllt eine Person gleichzeitig die Voraussetzungen für den Bezug einer Witwen- bzw. Witwerrente und für eine Altersrente oder eine Rente der Invalidenversicherung, wird nur die höhere Rente ausbezahlt.

10.1.2.4 Waisenrente (AHVG 25, AHVV 49)

Kinder, deren versicherte Mutter stirbt, erhalten eine Mutterwaisenrente bzw., wenn der versicherte Vater stirbt, eine Vaterwaisenrente. Sind beide Elternteile verstorben, haben sie Anspruch auf zwei Waisenrenten. Pflegekinder und Stiefkinder, die unentgeltlich betreut werden, sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

Die Waisenrente beträgt 40 Prozent der Altersrente, die der verstorbene Elternteil ausgelöst hätte (AHVG 37).

Waisenrenten werden bis zum Erreichen des 18. Altersjahres der Waise ausgerichtet. Ist diese noch in Ausbildung, wird die Waisenrente – gleich wie die Kinderrente – bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr ausbezahlt.

10.1.2.41 Koordination Kinder-/Waisenrenten (AHVG 37^{bis}, AHVV 54)

Treffen für ein und dasselbe Kind zwei Rentenansprüche zusammen, weil beide Elternteile verstorben sind – oder die Waisenrente mit einer Kinderrente des überlebenden Elternteils zusammentrifft –, wird der Anspruch auf 60 Prozent der maximalen Altersrente gekürzt (vgl. Plafonierung 10.1.4.31).

In Abweichung von ATSG 69 III werden Kinder- und Waisenrenten anteilmässig gekürzt, soweit sie zusammen mit der Rente des Elternteils 90 Prozent des ihr zugrunde liegenden massgeblichen durchschnittlichen Jahreseinkommens übersteigen (⇒ intrasystemische Koordination). Diese Kürzung entfällt, wenn die Renten pro Jahr CHF 39 690.– (150 Prozent der minimalen Vollrente plus drei minimale Kinder-/Waisenrenten) nicht übersteigen. Diese Kürzungsgrenze erhöht sich vom vierten Kind an um CHF 2450.– für jedes weitere Kind.

10.1.2.5 Koordination im Zusammenhang mit Überentschädigung

Renten können für denselben Versicherungsfall von verschiedenen (Sozial-) Versicherungen geschuldet sein. Die AHV/IV kürzt ihre Renten im Zusammentreffen mit anderen Rentenansprüchen nie (⇒ intersystemische Koordination ATSG 69 III)!

10.1.3 Referenzalter und Anspruch auf Altersrente (AHVG 21)

Der Anspruch der Altersrente entsteht am ersten Tag des Monats, welcher der Vollendung des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter) folgt.

Das Referenzalter wird mit (Vollendung) des 65. Altersjahres erreicht.

Schrittweise Erhöhung des Referenzalters für Frauen		
Quelle: BSV 7. Juli 2023		
Jahrgang	Referenzalter	Beginn des Anspruchs auf eine Altersrente
1960	64 Jahre	zw. Feb. 2024 und Jan. 2025
1961	64 Jahre + 3 Monate	zw. Mai 2025 und April 2026
1962	64 Jahre + 6 Monate	zw. Aug. 2026 und Juli 2027
1963	64 Jahre + 9 Monate	zw. Nov. 2027 und Okt. 2028
1964	65 Jahre	zw. Feb. 2029 und Jan. 2030
Ab 2029 gilt für Frauen und Männer das Referenzalter von 65 Jahren.		

Beispiel (Referenzalter):

Robert, geb. 2. Juli 1959 ⇒ AHV-Rente ab 1. August 2024

Monika, geb. 15. März 1962 ⇒ AHV-Rente mit 64 ½ Jahren, ab 1. Oktober 2026

10.1.3.1 Flexibler Rentenbezug

Die Altersrente kann zwischen 1 und 24 Monaten vorbezogen oder der Bezug um 12 bis 60 Monate aufgeschoben werden. Das muss nicht zwingend die ganze Rente sein. Es kann auch nur ein prozentualer Anteil (zwischen 20 und 80%) vorbezogen oder aufgeschoben werden.

⇒ Der Anteil des Vorbezugs oder Aufschubs kann einmal zwischen Alter 63 und 70 angepasst werden.

Rentenvorbezug (AHVG 40, AHVV 56–56^{quater})

Der Rentenvorbezug kann zwischen 1 und 24 Monate vor Erreichen des Referenzalters erfolgen. Dieser hat eine lebenslängliche Kürzung der Altersrente zur Folge.

Kürzungssätze für Männer sowie Frauen mit Jahrgang 1960												
Quelle: BSV, AHVV 56 ^{bis} ab 2024												
Vorbezugsdauer ...												
... in Jahren	... und Monaten											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	0,0	0,6	1,1	1,7	2,3	2,8	3,4	4,0	4,5	5,1	5,7	6,2
1	6,8	7,4	7,9	8,5	9,1	9,6	10,2	10,8	11,3	11,9	12,5	13,0
2	13,6											

Frauen der Übergangsgeneration

Frauen der Übergangsgeneration (Jahrgänge 1961 bis und mit 1969) können die Rente wie bisher ab Alter 62 vorbezuhlen, d.h. bis zu drei Jahre. Im Fall des Vorbezugs gelten reduzierte Kürzungssätze. Die Höhe wird durch zwei Faktoren beeinflusst: Höhe des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens und der Vorbezugsdauer.

Frauen mit einem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen bis und mit dem Betrag der vierfachen minimalen jährlichen Altersrente
(Wert 2024: CHF 58 800.–; **Vorbezugskürzungssätze in %**)

Vorbezugsdauer ...												
... in Jahren	... und Monaten											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	–	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0,2	0,3	0,5	0,7	0,8	1,0	1,2	1,3	1,5	1,7	1,8
2	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8	2,8	2,9
3	3,0											

Frauen mit einem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen zwischen dem vierfachen und bis zum fünffachen Betrag der minimalen jährlichen Altersrente
(Wert 2024: CHF 58 801.– bis 73 500.–; **Vorbezugskürzungssätze in %**)

Vorbezugsdauer ...												
... in Jahren	... und Monaten											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	–	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	1,3	1,5	1,7	1,9	2,1	2,3
1	2,5	2,7	2,8	3,0	3,2	3,3	3,5	3,7	3,8	4,0	4,2	4,3
2	4,5	4,7	4,8	5,0	5,2	5,3	5,5	5,7	5,8	6,0	6,2	6,3
3	6,5											

Frauen mit einem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen über dem fünffachen Betrag der minimalen jährlichen Altersrente
(Wert 2024: ab CHF 73 501.–; **Vorbezugskürzungssätze in %**)

Vorbezugsdauer ...												
... in Jahren	... und Monaten											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	–	0,3	0,6	0,9	1,2	1,5	1,8	2,0	2,3	2,6	2,9	3,2
1	3,5	3,8	4,0	4,3	4,5	4,8	5,0	5,3	5,5	5,8	6,0	6,3
2	6,5	6,8	7,2	7,5	7,8	8,2	8,5	8,8	9,2	9,5	9,8	10,2
3	10,5											

Möglichkeiten des Rentenvorbezugs von Frauen Jahrgang 1960–1963

Während der schrittweisen Erhöhung des Referenzalters haben **Frauen** die folgenden Vorbezugsmöglichkeiten

Jahrgang	Referenzalter	Beginn des Rentenanspruchs	Vorbezug möglich ab
1960 oder früher	64	ab Feb. 2024 bis Jan. 2025	Feb. 2022: 2 Jahre nach altem Recht Feb. 2023: 1 Jahr nach altem Recht Jan. 2024: monatsweise nach neuem Recht ¹
1961	64 + 3 Mte	von Mai 2025 bis April 2026	Feb. 2023: 2 Jahre nach altem Recht Jan. 2024: monatsweise, ab Alter 63, nach neuem Recht ¹
1962	64 + 6 Mte	von Aug. 2026 bis Juli 2027	Feb. 2024: monatsweise nach neuem Recht ¹
1963	64 + 9 Mte	von Nov. 2027 bis Okt. 2028	Feb. 2025: monatsweise nach neuem Recht ¹

¹ ausgenommen sind im Dezember geborene Frauen

Rentenaufschub (AHVG 39, AHVV 55^{bis}–55^{quater})

Der Bezug der AHV-Rente um mindestens 12 bis maximal 60 Monate aufgeschoben werden, was einen Zuschlag auf die später ausgerichtete Altersrente ergibt.

Mit dem Geltendmachen des Rentenanspruchs darf aber nicht bis zum gewünschten Bezugsbeginn zugewartet werden! Spätestens innerhalb von zwölf Monaten nach Erreichen des Referenzalters muss die Rente mit dem offiziellen Formular über die AHV-Ausgleichskasse, über welche die letzten Beiträge bezahlt worden sind, geltend gemacht werden. Wer dies versäumt, bekommt die Altersrente rückwirkend nach den allgemein geltenden Vorschriften (kein Zuschlag und keine Verzinsung).

In der Rentenanmeldung kann die Option Aufschub gewählt werden. Wer davon Gebrauch macht, erhält von der Ausgleichskasse ein Formular, mit dem die Rente bei Bedarf abgerufen werden kann.

Aufschub des Rentenbezuges – Zuschlag in Prozent				
Anzahl Monate → und Jahre ↓	0–2	3–5	6–8	9–11
1	5,2	6,6	8,0	9,4
2	10,8	12,3	13,9	15,5
3	17,1	18,8	20,5	22,2
4	24,0	25,8	27,7	29,6
5	31,5	–	–	–

Kombination von (Teil-)Vorbezug und (Teil-)Aufschub

Ein gleitender Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand wird möglich, in dem zwischen dem 63. und 70. Altersjahr auch ein Teil der Rente (20% bis 80% oder Frankenbetrag) vorbezogen oder aufgeschoben werden kann.

Wer eine Kombination zwischen Teil-Vorbezug und Teil-Aufschub wählt, kann den entsprechenden Anteil einmal ändern. Jedoch kann der aufgeschobene Teil der Rente nicht gesenkt werden, wenn der vorbezogene Teil während der Vorbezugsdauer bereits einmal erhöht worden ist.

10.1.3.11 Anreize fürs Fortsetzen der Erwerbstätigkeit ab Erreichen des Referenzalters

Grundsätzlich sind die nach Erreichen des Referenzalters bezahlten Beiträge nicht rentenbildend. Durch die AHV-Reform 21 besteht die Möglichkeit, einmal – innerhalb von fünf Jahren – nach Erreichen des Referenzalters eine **Neuberechnung der Rente unter Miteinbezug dieser Einkommen** zu verlangen. Mehr als die Maximalrente der jeweiligen Rentenskala gibt es aber nicht.

Mit einer Neuberechnung kann folgendes erreicht werden

- ▶ höheres massgebendes durchschnittliches Jahreseinkommen (jedoch nicht mehr als die Maximalrente der betreffenden Rentenskala)
- ▶ Lückenfüllung:
Damit durch die Neuberechnung Beitragslücken (fehlende Beitragsjahre) geschlossen werden können, müssen die in den Jahren ab Erreichen des

Referenzalters erzielten Erwerbseinkommen mindestens 40 Prozent des durchschnittlich in der aktiven Zeit (vom 21. Altersjahr bis zum 31.12. vor dem Erreichen des Referenzalters) ausmachen. Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften, Splitting und Aufwertungsfaktor werden dazu ausgeblendet. Zudem müssen die 40 Prozent höher sein als der Mindestbeitrag von (2024) CHF 514.– pro Kalenderjahr.

Wer weniger verdient als vor Erreichen des Referenzalters (anderer Beruf, Teilpensum usw.) kann durch den Freibetrag von mtl. CHF 1400.– unter Umständen die vorerwähnte 40-Prozent-Grenze nicht erreichen. Um dies zu vermeiden, **können Betroffene auf den Freibetrag verzichten** und auf dem vollen Lohn Beiträge entrichten. Das muss mit Erreichen des Referenzalters dem Arbeitgeber gemeldet werden oder für den ersten Lohn jedes folgenden Jahres. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Die Option betreffend Neuberechnung der Rente besteht nicht nur für Neurentner/innen: Wer das Referenzalter bereits überschritten hat, kann dies betreffend Erwerbseinkommen ab dem 01.01.2024 bis fünf Jahre nach Erreichen seines/ihrer Referenzalters verlangen.

10.1.3.2 Wirkung des Referenzalters auf die übrigen Sozialversicherungen

Auf die Invalidenversicherung (IV)

Bezüger/innen einer Invalidenrente, die das Referenzalter erreichen, erhalten nur noch eine Rente, nämlich die im Betrag höhere (gewisse Details in der Rentenberechnung – z.B. die Höhe der nach Eintritt der Invalidität geleisteten Beiträge und das Splitting – können zu einem unterschiedlichen Resultat in Bezug auf die Rentenhöhe führen). Für Personen, die keine ganze IV-Rente beziehen, ist ein Vorbezug der Altersrente möglich, allerdings nur im Anteil zwischen IV-Grad und 100 Prozent. Wer eine ganze IV-Rente bezieht, ist vom Vorbezug der Altersrente ausgeschlossen.

Auf die Erwerbsersatzordnung (EO)

Hier sind keine gesetzlichen Vorschriften zu beachten.

Auf die Arbeitslosenversicherung (ALV)

Mit Erreichen des Referenzalters entfällt der Anspruch auf Leistungen der ALV.

Auf die berufliche Vorsorge (BVG/PK)

Gemäss BVG-Normversicherung gilt dasselbe Referenzalter wie in der AHV (BVG 13, BVV2 62a). Das Reglement der betreffenden Pensionskasse kann abweichende Bestimmungen über das Referenzalter enthalten, wobei die Altersleistung in der Regel nicht vor dem 58. Altersjahr bezogen werden darf (BVV2 1i). Auch ein Vorbezug oder Aufschub Altersleistung ist mindestens analog zur AHV vorzustehen.

Auf die Unfallversicherung (UVG)

Die Unfallversicherung sieht keine spezifischen Altersleistungen vor. Die Invalidenrenten der Unfallversicherung sind grundsätzlich lebenslänglich geschuldet. Hier ergibt sich keine Änderung (ggf. Anpassung der Komplementärrente, wenn die AHV-Rente nicht gleich hoch ist wie die IV-Rente).

Vorzeitig Pensionierte, die in der Nachdeckungsfrist verunfallen, haben in der Regel keinen Anspruch auf ein Unfalltaggeld. Der Taggeldanspruch setzt am Unfalltag einen Erwerbsausfall voraus.

Auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG/OKP)

Hier sind keine gesetzlichen Vorschriften zu beachten.

Auf die Krankentaggeldversicherung

Ein Abschluss auf KVG-Basis hat bis und mit Alter 64 zu erfolgen. Hernach ist kein Beitritt mehr möglich. Hat aber schon vor Erreichen des Referenzalters eine Krankentaggeldversicherung bestanden, kann diese weitergeführt werden. Details – wie auch der ganze Vollzug der nach VVG (Privatversicherungsrecht) getroffenen Lösungen – bilden Vertragsgegenstand.

10.1.3.3 Koordination die eigene Altersrente betreffend

Erfüllt eine Person gleichzeitig die Voraussetzungen für den Bezug einer Witwen- bzw. Witwerrente und einer Altersrente und/oder einer Invalidenrente (Erste Säule), wird die betraglich höchste Rente ausgerichtet (AHVG 24b).

Verwitwete Bezüger/innen von Altersrenten erhalten auf ihren Renten einen Zuschlag von 20 Prozent. Die Rente und der Zuschlag dürfen zusammen den Höchstbetrag der Altersrente nicht übersteigen (AHVG 35^{bis}).

PS «geschiedene Witwen/Witwer» erhalten keinen Verwitwetenzuschlag.

10.1.3.4 Abgeleitete Rentenansprüche

Ein Rentenfall kann innerhalb einer Familie mehrere Ansprüche auslösen (Kinderrente, Witwen-/Witwerrente und Waisenrente). Die Rente, welche die versicherte Person auslöst (Alters-, Invaliden- oder Hinterlassenenrente), wird als «Haupt- oder Stammrente» bezeichnet und der entsprechende Frankenbetrag als 100 Prozent angesehen ⇒ Rentenberechnung vgl. nachfolgend.

Beispiel: Die Altersrente von Vreni beträgt mtl. CHF 1921.– = 100 Prozent; die Kinderrente für ihre Tochter Susi beträgt 40 Prozent, somit CHF 768.–.

10.1.3.41 Kinderrenten (AHVG 22^{ter})

Bezüger und Bezügerinnen einer Alters- bzw. Invalidenrente haben Anspruch auf eine Kinderrente im Betrag von 40 Prozent ihrer eigenen Rente (während eines Vorbezugs der Altersrente, besteht aber kein Anspruch auf Kinderrenten, AHVG 40 III). Dies, solange das betreffende Kind das 18. Altersjahr noch nicht vollendet hat. Ist dieses in Ausbildung begriffen, wird die Kinderrente bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, ausbezahlt.

Koordination Kinder/Waisenrente vgl. 10.1.2.41 und Koordination im Zusammenhang mit Überentschädigung vgl. 10.1.2.5.

10.1.4 Systematik der AHV/IV-Renten-Berechnung

Die Rentenhöhe ist abhängig von zwei Faktoren:

▶ der Beitragszeit

▶ und dem massgeblichen durchschnittlichen Jahreseinkommen

Massgebend ist grundsätzlich der Zivilstand der rentenberechtigten Person zum Zeitpunkt, in welchem der Rentenanspruch entsteht. Für die Rente von Verheirateten müssen zwischen zwei Berechnungen unterschieden werden, je nachdem, ob erst ein Ehegatte rentenberechtigt ist oder neu auch der andere Ehegatte rentenberechtigt wird (Eintritt des zweiten Versicherungsfalles und damit Auslösen des Splittings).

- ▶ Versicherte können die mutmassliche Höhe ihrer Invaliden- und Altersrente – von derjenigen AHV-Ausgleichskasse, mit der die letzten Beiträge abgerechnet wurden – vorausberechnen lassen. (Download-Formular von <https://www.ahv-iv.ch/p/318.282.d>). Die Rentenprognose ist für ab 40-Jährige (alle fünf Jahre einmal) kostenlos.

10.1.4.1 Die Beitragszeit – Voll- oder Teilrente? (AHVG 29)

Primär muss die Person, welche die Rente auslöst (durch den Tod eine Hinterlassenenrente, mit Erreichen des Referenzalters die eigene Altersrente), **versichert sein**. Die Versicherteneigenschaft hat in der Regel die Beitragspflicht zur Folge.

Neben der Beitragsdauer (AHVG 29^{ter}) sind Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt (ATSG 13, AHVG 18 II) für den Rentenanspruch von zentraler Bedeutung.

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben versicherte Personen oder ihre Hinterlassenen, denen mindestens ein volles Jahr Einkommen oder Erziehungs- bzw. Betreuungsgutschriften angerechnet werden können.

Ein volles Beitragsjahr liegt vor, wenn eine Person während insgesamt länger als elf Monaten obligatorisch oder freiwillig versichert war und während dieser Zeit

- ▶ den Mindestbeitrag bezahlt hat **oder**
- ▶ als nicht erwerbstätige Person mit einem Ehegatten verheiratet war, der mindestens den doppelten Mindestbeitrag bezahlt hat, **oder**
- ▶ Anspruch auf Anrechnung von Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften hat.

Massgebend für die Beurteilung ist der Vergleich der Beitragsdauer der versicherten Person mit der Anzahl für den betreffenden Jahrgang möglicher Beitragsjahre.

Vollrente

Die versicherte Person weist gleich viele Beitragsjahre aus, wie dies für den betreffenden Jahrgang möglich ist ⇒ sie erhält eine Vollrente.

Teilrente (AHVV 52)

Die versicherte Person weist weniger Beitragsjahre aus als dies für den betreffenden Jahrgang möglich ist. Demzufolge wird eine anteilmässig tiefere

Rente, d.h., eine Teilrente, ausgerichtet. Dies ergibt im Vergleich zur Vollrente je fehlendes Beitragsjahr $\frac{1}{44}$ Leistungskürzung der Altersrente. Für Hinterlassenenrenten wird die Kürzung in Prozenten der fehlenden Beitragszeit bewertet.

Neu mit Rentenvorbezug nur Teilrente

Wer die Rente vorbezieht, hatte bisher – mit gleichvielen Beitragsjahren, wie das für den entsprechenden Jahrgang möglich war – eine Vollrente. Seit 2024, löst der Rentenvorbezug eine Teilrente aus, weil in der Bemessung der Beitragszeit auf die Anzahl Jahre mit Erreichen des Referenzalters abgestellt wird.

Von dieser (tieferen) Teilrente wird in der Folge die Kürzung vorgenommen. Ein Rentenvorbezug gilt nicht mehr als sog. zweiter Versicherungsfall. Das bedeutet, dass dadurch kein Splitting ausgelöst wird (vgl. 10.1.4.211).

Wie bis anhin kommt es mit Erreichen des Referenzalters zu einer Neuberechnung, wobei der Kürzungsbetrag und die Rentenskala definitiv bestimmt werden (nun wird auch eine Vollrente möglich). Der Kürzungsbetrag wird der Teuerung angepasst.

10.1.4.11 Ausserordentliche Rente (AHVG 42)

Schweizer/innen sowie Personen, die unter die Bestimmungen der bilateralen Verträge (FZA) oder eines entsprechenden Staatsvertrags (Länderabkommen) fallen, können, solange sie den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz begründen, eine ausserordentliche AHV/IV-Rente auslösen. Dies trifft zu, wenn sie **keine Beitragszeit ausweisen können**, sich aber während aller für ihren Jahrgang möglichen Beitragsjahren, in der Schweiz aufgehalten haben und somit versichert waren.

Zum Kreis der Bezugsberechtigten zählen hauptsächlich Geburts- oder Frühinvalide sowie alte Witwen und einige Mutterwaisen.

10.1.4.12 Schliessen von Beitragslücken (AHVV 52a–52d^{quater})

Unter gewissen Voraussetzungen können Beitragslücken geschlossen werden. Die Ausgleichskasse prüft dies und nimmt die Schliessung von Amtes wegen vor. Hierfür werden angerechnet:

1. die Jugendjahre (Beitragszeiten vom 18. bis zum 20. Altersjahr mit entsprechenden AHV-pflichtigen Einkommen)
2. Beitragszeiten im Jahr der Entstehung des Rentenanspruchs (Rentenmonate, ohne Berücksichtigung des entsprechenden Einkommens)

Jugendjahre (AHVV 52b)

Vor dem Erreichen des 21. Altersjahres erzielte Beitragszeiten werden zur Lückenschliessung herangezogen. Die Einkommen dieser Jahre werden berücksichtigt. Damit kann auch ein erster IK-Eintrag mit einem höheren Aufwertungsfaktor ausgelöst werden.

Es gilt, immer zuerst die älteste Lücke zu schliessen, dies mit den Einkommen die am nächsten beim 21. Altersjahr liegen (spiegeln).

Die letzten fünf Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalls können keine Beitragslücken mit Jugendjahren geschlossen werden, da die entsprechenden Beiträge noch nachzuzahlen sind.

Ein freiwilliger Einkauf oder eine Beitragsnachzahlung zwecks Schliessen von mehr als fünf Jahren zurückliegenden Beitragslücken ist nicht möglich.

10.1.4.13 Neuberechnung für über das Referenzalter hinaus Erwerbstätige (AHVG 29^{bis} III+IV, AHVV 52d^{bis}–52d^{quater})

Grundsätzlich sind die nach Erreichen des Referenzalters entrichteten Beiträge nicht mehr rentenbildend. Neu können Erwerbstätige einmal innerhalb von fünf Jahren nach Erreichen des Referenzalters eine Neuberechnung ihrer Rente (unter Einbezug der AHV-pflichtigen Erwerbseinkommen) verlangen.

Die nach Erreichen des Referenzalters erzielten AHV-pflichtigen können zu einer Erhöhung der Rente führen. Mehr als die Maximalrente der jeweiligen Rentenskala gibt es aber nicht.

Damit durch die Neuberechnung Beitragslücken (fehlende Beitragsjahre) geschlossen werden können, muss das in den Jahren ab Erreichen des Referenzalters erzielte Erwerbseinkommen mindestens 40 Prozent des durchschnittlich in der aktiven Zeit (vom 21. Altersjahr bis zum 31.12. vor dem Erreichen des Referenzalters) ausmachen. Zudem müssen die 40 Prozent höher sein als der Mindestbeitrag von zurzeit CHF 514.– pro Kalenderjahr.

Im Referenzalter gilt das dann erzielte unaufgewertete Erwerbseinkommen ohne allfällige Erziehungs-/Betreuungsgutschriften (kein Splitting). Beitragszeiten, in denen die Erwerbstätigkeit nicht ausgeübt wurde, oder die Versicherungseigenschaft nicht das ganze Jahr bestanden hat (Jahr im Erreichen des Referenzalters, 70. Altersjahr usw.), werden pro rata angerechnet.

Die anrechenbaren Beitragszeiten werden keiner spezifischen Beitragslücke zugeordnet. Dies im Gegensatz zu den Jugendjahren.

Verzicht auf Freibetrag auf Erwerbseinkommen ab Erreichen des Referenzalters

Damit im Fall einer angestrebten Neuberechnung zur Rentenverbesserung bzw. einer Lückenfüllung das AHV-pflichtige Einkommen möglichst hoch ausfällt, kann die versicherte Person auf den Abzug des Freibetrags zu verzichten um so auf dem ganze Erwerbseinkommen Beiträge zu entrichten (vgl. 6.3).

Die Option betreffend Neuberechnung der Rente besteht nicht nur für Neurentner/innen: Wer am 1. Januar 2024 das 70. Altersjahr noch nicht vollendet hat, und über das Alter 65 hinaus noch Beiträge bezahlt hat, kann eine Neuberechnung nach den allgemeinen Bestimmungen verlangen (Schlussbestimmung der Änderung vom 18. Dezember 2020, Bst. b).

10.1.4.2 Das massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen

Nachdem die zu verwendende Beitragsskala aufgrund des Verhältnisses der effektiv zurückgelegten zur erforderlichen Beitragszeit bestimmt ist, hängt nun die Rentenhöhe vom massgeblichen durchschnittlichen Jahreseinkommen ab.

Das massgebliche durchschnittliche Jahreseinkommen (MDJ) setzt sich zusammen aus:



Total der Einkommenssumme

(ab 1. Januar des 21. Altersjahr bis 31. Dezember des Vorjahres vor dem Erreichen des Referenzalters/Todesfalls).



Aufwertungsfaktor

berücksichtigt die Teuerung seit dem ersten Eintrag ins individuelle Beitragskonto (frühestens im 21. Altersjahr).



Karrierezuschlag

für Personen, die vor dem 46. Altersjahr eine Hinterlassenenrente auslösen.

Für ab Januar 2008 neu zugesprochene IV-Renten wurde der Karrierezuschlag abgeschafft.



der massgebenden Beitragsdauer;

unter Berücksichtigung der Erziehungs-/Betreuungsgutschriften.

10.1.4.21 Das Total der Einkommenssumme

Zusammengezählt werden die im IK (individuelles Konto) verbuchten Erwerbseinkommen ab dem 21. Altersjahr bis zum 31. Dezember vor Eintritt des Leistungsfalles.

10.1.4.211 Splitting (AHVG 29^{quinquies} III–IV, 50b und 50c)

Alle Einkommen und Gutschriften von Verheirateten **werden für die ganzen Kalenderjahre, während denen die Ehe bestand, zweigeteilt** und je hälftig gutgeschrieben,



wenn im betreffenden Kalenderjahr

- » beide in der AHV/IV versichert waren
- » beide mindestens 21-jährig sind und
- » keiner das Referenzalter überschritten hat

Das Splitting erfolgt, wenn

- ▶ beide Ehegatten das Referenzalter erreicht haben (zweiter Versicherungsfall);
- ▶ eine verwitwete Person das Referenzalter erreicht;
- ▶ beide Ehegatten Anspruch auf eine IV-Rente haben;
- ▶ ein Ehegatte einen Anspruch auf eine IV-Rente hat und der andere Ehegatte das Referenzalter erreicht;
- ▶ eine geschiedene Person, die das Splitting nicht schon nach Rechtskraft der Scheidung beantragt hat und nun eine AHV/IV-Rente erhält.
Dasselbe gilt für den Fall, dass die Ehe für ungültig erklärt wurde.

Ein Rentenvorbezug führt nicht zu einem Splitting!

Von geschiedenen Personen kann das Splitting auf Antrag hin sofort (ab Rechtskraft der Ehescheidung) erfolgen. Andernfalls wird im Rentenfall von Amtes wegen gesplittet (die rechtskräftige Ehescheidung entspricht erstem Versicherungsfall).

10.1.4.22 Der Aufwertungsfaktor (AHVV 51^{bis})

Um die seit dem ersten IK-Eintrag ab 21. Altersjahr erfolgte Teuerung auszugleichen, erlässt das BSV jährlich eine Tabelle mit den Aufwertungsfaktoren. Das Total der Einkommenssumme wird mit dem massgebenden Faktor multipliziert.

Aufwertungsfaktoren für 2024 eingetretene Versicherungsfälle								
Jahr	1. Eintrag	Faktor	Jahr	1. Eintrag	Faktor	Jahr	1. Eintrag	Faktor
1954	1975	1,098	1957	1978	1,063	1960	1981	1,026
1955	1976	1,086	1958	1979	1,052	1961	1982	1,019
1956	1977	1,075	1959	1980	1,041	1962	1983	1,009
						ab 1963/ab 1984 =1,000		

(Quelle: BSV)

10.1.4.23 Der Karrierezuschlag (AHVV 54)

Das durchschnittliche Erwerbseinkommen von Personen, die vor dem 46. Altersjahr eine Hinterlassenenrente auslösen, wird um einen vom Alter abhängigen prozentualen Zuschlag erhöht (vgl. nachstehende Tabelle).

Karrierezuschlag			
Eintritt im Alter	Zuschlag in Prozent	Eintritt im Alter	Zuschlag in Prozent
18–22	100	28–29	40
23	90	30–31	30
24	80	32–34	20
25	70	35–38	10
26	60	39–45	5
27	50	ab 46	0

10.1.4.24 Erziehungs- und Betreuungsgutschriften

(AHVG 29^{sexies} und 29^{septies}, AHVV 52e bis 52g)

Diese Gutschriften sind auf keiner entlöhnten Arbeitsleistung begründet, sondern stellen ein fiktives Erwerbseinkommen dar. **Erziehungs- und Betreuungsgutschriften entsprechen dem Betrag der dreifachen minimalen jährlichen Vollrente im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs.** Sie können zwischen dem 21. Altersjahr und dem Jahr vor Erreichen des Rentenanspruchs gewährt werden. Für Ehepaare wird im betreffenden Jahr je eine halbe Gutschrift gewährt.

► **Pro Kalenderjahr nur eine Gutschrift** (kein Zusammenzählen von gleichzeitig erzielter Erziehungs- und Betreuungsgutschriften).

Erziehungsgutschriften (AHVG 29^{sexies}, AHVV 52e–52f)

Erziehungsgutschriften werden Versicherten mit Kindern, denen gegenüber sie das Sorgerecht haben, gutgeschrieben. Dies ab dem Jahr nach der Geburt des ersten Kindes bis und mit dem Jahr, in welchem dieses – bzw. das jüngste – 16 Jahre alt wird. Erziehungsgutschriften werden nicht pro Kind angerechnet, sondern nur pro Erziehungsjahr.

- Ab Jahr nach Geburt bis und mit dem Jahr, in dem das Kind 16-jährig wird (ein Kind = 16 Gutschriftsjahre);
- Mit mehreren Kindern: Pro Kalenderjahr nur eine Gutschrift;
- Anspruch nur für Jahre, in denen die Mutter bzw. der Vater in der AHV/IV versichert (frühestens ab Einreise in die Schweiz) und mindestens 21-jährig ist. Zudem darf noch kein Anspruch auf Altersrente (und auch kein Rentenvorbezug) bestehen;
- Für verheiratete Versicherte wird während der Kalenderjahre der Ehe die Gutschrift geteilt (je eine halbe Gutschrift);
- Sind die Eltern geschieden oder nicht verheiratet, muss das Gericht bzw. das Zivilstandsamt oder die KESB die Anrechnung der Erziehungsgutschriften regeln. ⇒ Mit überwiegender alleiniger Betreuung: Ganze Gutschrift an diesen Elternteil (je eine halbe Gutschrift); Gutschrift an diesen Elternteil.

Der Anspruch ist mit der Rentenanmeldung geltend zu machen.

Beispiel: Erziehungsgutschrift für Vreni Schwyzer, geb. 4. Juli 1962, volle Beitragsdauer, verheiratet seit 16. Mai 1992, 1 Kind, geb. 28. August 1993, Rentenvorbezug um zwei Jahre

Bezug der AHV-Rente per August 2024

$$\frac{\text{CHF } 1225.- \cdot 36 \text{ Monate} \cdot 16 \text{ Gutschriftsjahre}}{41 \text{ Beitragsjahre} \cdot 2 \text{ (halbe Gutschrift während Ehe)}} = \text{CHF } 8605.-$$

Betreuungsgutschriften (AHVG 29^{septies}, AHVV 52g–I)

Betreuungsgutschriften werden für Zeiten gewährt, in denen Versicherte direkte Verwandte betreuen, die

- **eine Hilfflosenentschädigung** (leichten, mittleren oder schweren Grades) der AHV/IV – oder der Unfall- oder Militärversicherung – **beziehen und**

- ▶ **leicht erreichbar sind.** Das ist erfüllt, wenn die Betreuungsperson nicht mehr als 30 km entfernt von der betreuten Person wohnt oder diese innerhalb einer Stunde erreichen kann.

Als direkte Verwandte gelten: Eltern, Schwiegereltern, Grosseltern, Ehegatte, über 16-jährige Kinder oder Stiefkinder und Geschwister. Der Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin ist direkten Verwandten gleichgestellt, wenn sie mit der versicherten Person seit mindestens fünf Jahren ununterbrochen einen gemeinsamen Haushalt führen.

Keine Gutschrift resultiert aus der Betreuung von fremden Personen (z.B. Freunden, Nachbarn).

Obwohl die Anrechnung der **Betreuungsgutschrift** erst mit der Rentenberechnung erfolgt, ist diese **sofort**, spätestens innerhalb von fünf Jahren, **geltend zu machen**; dies mit Meldung an der AHV-Ausgleichskasse am Wohnsitz der betreuten Person. Nachher verjährt (erlischt) der Anspruch.

10.1.4.3 Rentenformel und -betrag (AHVG 30 und 34)

Massgebend sind immer die Werte derjenigen Person, welche die Rente auslöst!

Die Rentenhöhe ergibt sich aus der Summe der zwei Durchschnittswerte A dem durchschnittlichen Jahreseinkommen aus dem aufgewerteten Erwerbseinkommen;

$$\text{MDJ A} = \frac{\text{anrechenbare Einkommenssumme} \cdot \text{Aufwertungsfaktor}^1}{\text{massgebende Beitragsjahre}}$$

¹Falls die Hinterlassenenrente vor dem 46. Altersjahr ausgelöst wird, mit prozentualem Karrierezuschlag.

B und ggf. dem durchschnittlichen Jahreseinkommen aus Erziehungs-/Betreuungsgutschriften.

$$\text{MDJ B} = \frac{\text{Summe der Erziehungs- bzw. Betreuungsgutschriften} \cdot \text{dreifache jährliche minimale Vollrente}}{\text{massgebende Beitragsjahre} \cdot 2 \text{ (wenn während Ehedauer entstanden)}}$$

Die Summe von MDJ A + MDJ B ergibt das massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen, das in der entsprechenden Rentenskala (Beitragszeit Voll- oder entsprechende Teilrente Skala 1 bis 43) die Rentenhöhe ausweist. Liegt der ermittelte Betrag zwischen zwei Tabellenwerten, gilt der nächst höhere.

Der Vorbezug der Altersrente führt zu einer tieferen Teilrente (vgl. 10.1.4.1)

Skala 44, monatliche Vollrenten seit 01.01.2023 in Franken

AHV/IV-Renten ab 1. Januar 2023
Rentes AVS/AI dès le 1^{er} janvier 2023

Skala
Echelle **44**

Monatliche Vollrenten Rentes complètes mensuelles

Beträge in Franken
Montants en francs

Bestimmungsgrösse Base de calcul	Alters- und Invalidenrente Rente de vieillesse et d'invalidité	Alters- und Invalidenrente für Witwen/Witwer Rente de vieillesse et d'invalidité pour veuves/veufs	Hinterlassenenrenten und Leistungen an Angehörige Rentes de survivants et rentes complémentaires aux proches parents			
			Witwen/Witwer Veuves/veufs	Zusatzrente Rente complémentaire	Waisen- und Kinderrente Rente d'orphelin ou pour enfant	Waisenrente 60 % *) Rente d'orphelin 60 % *)
Massgebendes durchschnittliches Jahreseinkommen Revenu annuel moyen déterminant	1/1			1/1	1/1	1/1
bis 14 700	1 225	1 470	980	368	490	735
16 170	1 257	1 508	1 005	377	503	754
17 640	1 289	1 546	1 031	387	515	773
19 110	1 321	1 585	1 056	396	528	792
20 580	1 352	1 623	1 082	406	541	811
22 050	1 384	1 661	1 107	415	554	831
23 520	1 416	1 699	1 133	425	566	850
24 990	1 448	1 737	1 158	434	579	869
26 460	1 480	1 776	1 184	444	592	888
27 930	1 512	1 814	1 209	453	605	907
29 400	1 544	1 852	1 235	463	617	926
30 870	1 575	1 890	1 260	473	630	945
32 340	1 607	1 929	1 286	482	643	964
33 810	1 639	1 967	1 311	492	656	983
35 280	1 671	2 005	1 337	501	668	1 003
36 750	1 703	2 043	1 362	511	681	1 022
38 220	1 735	2 082	1 388	520	694	1 041
39 690	1 766	2 120	1 413	530	707	1 060
41 160	1 798	2 158	1 439	539	719	1 079
42 630	1 830	2 196	1 464	549	732	1 098
44 100	1 862	2 234	1 490	559	745	1 117
45 570	1 882	2 258	1 505	564	753	1 129
47 040	1 901	2 281	1 521	570	760	1 141
48 510	1 921	2 305	1 537	576	768	1 152
49 980	1 940	2 328	1 552	582	776	1 164
51 450	1 960	2 352	1 568	588	784	1 176
52 920	1 980	2 376	1 584	594	792	1 188
54 390	1 999	2 399	1 599	600	800	1 200
55 860	2 019	2 423	1 615	606	808	1 211
57 330	2 038	2 446	1 631	612	815	1 223
58 800	2 058	2 450	1 646	617	823	1 235
60 270	2 078	2 450	1 662	623	831	1 247
61 740	2 097	2 450	1 678	629	839	1 258
63 210	2 117	2 450	1 693	635	847	1 270
64 680	2 136	2 450	1 709	641	855	1 282
66 150	2 156	2 450	1 725	647	862	1 294
67 620	2 176	2 450	1 740	653	870	1 305
69 090	2 195	2 450	1 756	659	878	1 317
70 560	2 215	2 450	1 772	664	886	1 329
72 030	2 234	2 450	1 788	670	894	1 341
73 500	2 254	2 450	1 803	676	902	1 352
74 970	2 274	2 450	1 819	682	909	1 364
76 440	2 293	2 450	1 835	688	917	1 376
77 910	2 313	2 450	1 850	694	925	1 388
79 380	2 332	2 450	1 866	700	933	1 399
80 850	2 352	2 450	1 882	706	941	1 411
82 320	2 372	2 450	1 897	711	949	1 423
83 790	2 391	2 450	1 913	717	956	1 435
85 260	2 411	2 450	1 929	723	964	1 446
86 730	2 430	2 450	1 944	729	972	1 458
88 200	2 450	2 450	1 960	735	980	1 470

und mehr et plus

*) Beträge gelten auch für Vollwaisen- und ganze Doppel-Kinderrenten
) Montants également applicables aux rentes d'orphelins doubles et aux rentes entières doubles pour enfants

10.1.4.31 Plafonierung der Renten von Verheirateten (AHVG 35, AHVV 53^{bis}) bzw. von zwei Rentenansprüchen für dasselbe Kind (AHVG 35^{ter} und 37^{bis})

Trotz des zivilstandsunabhängigen Rentenanspruches bleiben die individuellen Renten von Ehepaaren auf 150 Prozent der maximalen Einzelrente laut massgebender Rentenskala begrenzt, solange der gemeinsame Haushalt nicht richterlich aufgelöst ist. Die Renten der beiden Ehegatten werden anteilmässig aufgrund des ihnen gesamthaft zustehenden Rentenbetrages gekürzt.

$$\text{betr. Ehemann: } \frac{\text{Rente Mann} \cdot 150\% \text{ der Maximalrente}}{\text{Rente Mann} + \text{Rente Frau}}$$

$$\text{betr. Ehefrau: } \frac{\text{Rente Frau} \cdot 150\% \text{ der Maximalrente}}{\text{Rente Mann} + \text{Rente Frau}}$$

Für Ehegatten mit unterschiedlicher Beitragsdauer bzw. mit unterschiedlichen Beitragsskalen ist vorgängig die für die Plafonierung massgebende Rentenskala festzusetzen. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

$$\frac{(\text{höhere Rentenskala} \cdot 2) + (\text{tiefere Rentenskala} \cdot 1)}{3}$$

Beispiel Ehefrau mit Rentenskala 28 und Ehemann mit Rentenskala 35:

$$\frac{(35 \cdot 2) + (28 \cdot 1)}{3} = \text{Skala 33 für 150\% Plafonierungsgrenze}$$

PS Im Fall eines Rentenvorbezugs wird die Rentenkürzung in der Plafonierung mitberücksichtigt.

Plafonierung von zwei Rentenansprüchen für dasselbe Kind (AHVG 37)

Treffen für **ein und dasselbe Kind** eine Kinderrente der Mutter mit einer solchen des Vaters zusammen (ggf. auch Halbweisenrente), werden die beiden Rentenansprüche nach den Plafonierungsgrundsätzen auf 60 Prozent der maximalen Rente der betreffenden Rentenskala reduziert.

10.1.5 Anpassung an Teuerung und Lohnentwicklung (AHVG 33^{ter}, AHVV 51^{ter}+51^{quater})

Der Bundesrat passt die ordentlichen Renten in der Regel **alle zwei Jahre** auf den Beginn des Kalenderjahrs **der Lohn- und Preisentwicklung** an, dies auf Empfehlung der Eidg. AHV/IV-Kommission, wenn

- ▶ der Landesindex der Konsumentenpreise Ende Juni innert Jahresfrist um mehr als vier Prozent gestiegen ist
- ▶ oder die Renten auf den vorangehenden 1. Januar nicht erhöht worden sind.

Der Rentenindex basiert auf dem arithmetischen Mittel des vom Bundesamt für Statistik (BFS) ermittelten Lohnindex und des Landesindex der Konsumentenpreise.

10.2 **Hilflosenentschädigung für Altersrentner (AHVG 43^{bis}, AHV 66^{bis})**

Zusätzlich zur Altersrente wird Versicherten mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz eine Hilflosenentschädigung (HILO) ausgerichtet, wenn sie in ihren täglichen Lebensverrichtungen dauernd und in erheblichem Mass auf die Hilfe Dritter angewiesen sind. Die HILO ist von der finanziellen Situation der versicherten Person unabhängig.

Die Bemessung richtet sich nach dem Grad des Bedarfs an Hilfe Dritter.

Der Anspruch auf HILO besteht erst nach einer 6-monatigen Wartezeit (Karenzfrist).

Ab Erreichen des Referenzalters werden drei Ansätze der Hilflosenentschädigung unterschieden:

- ▶ Leichte Hilflosigkeit: 25 Prozent der minimalen Vollrente (wird nur ausgerichtet, wenn im privaten Haushalt lebend);
- ▶ Mittlere Hilflosigkeit: 50 Prozent der minimalen Vollrente;
- ▶ Schwere Hilflosigkeit: 80 Prozent der minimalen Vollrente.

Personen, die schon vor Erreichen des Referenzalters eine HILO bezogen haben, können diese auch nachher in gleicher Art und gleichem Umfang weiter beziehen (Besitzstand).

Umfang der Hilflosenentschädigung (HILO) ab Erreichen des Referenzalters			
mtl. in CHF ab 2023	Im (AHV) Referenzalter hilflos geworden	Besitzstand HILO aus IV	
Hilflosigkeit	zu Hause oder im Heim	zu Hause	im Heim
leichten Grades	245.– ¹	490.–	123.–
mittleren Grades	613.–	1225.–	306.–
schweren Grades	980.–	1960.–	490.–

¹ Für zu Hause lebende Personen; wenn im Heim, Anspruch erst ab einer Hilflosigkeit mittleren Grades.

Wer bereits eine HILO der IV bezogen hat, erhält als Heimbewohner/in mit HILO mittleren oder schweren Grades den Ansatz ab Erreichen des Referenzalters. Zu Hause lebende (ehemalige) Bezüger/innen der HILO der IV erhalten den bisherigen Betrag (Besitzstand im Rentenalter).

Details vgl. Kapitel IV, Invalidenversicherung.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30, AHVV 67–68)

Alle AHV-Leistungen sind mit amtlichem Formular geltend zu machen (Download von www.ahv-iv.ch > Merkblätter & Formulare). Für Altersrenten **ist der Antrag ca. sechs Monate vor dem Vorbezugstermin oder Erreichen des Referenzalters zu stellen.**

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung kann, zusammen mit dem AHV-Versicherungsausweis, dem Schriftenempfangsschein oder für Ausländer einer Kopie des Reisepasses und der Aufenthaltsbewilligung, der AHV-Ausgleichskasse eingereicht werden.

Zuständige Ausgleichskasse

- ▶ Anträge Geschiedener fürs Splitting sind an eine der kontenführenden Ausgleichskassen zu richten.
- ▶ Anträge für Rentenprognosen sind an eine der kontenführenden Ausgleichskassen zu richten.
- ▶ Für die erste Rentenanmeldung ist diejenige Ausgleichskasse zuständig, der die letzten AHV/IV-Beiträge vor Eintritt des Versicherungsfalles entrichtet worden sind.
- ▶ AHV/IV-Renten für im Ausland wohnhafte Personen fallen generell in den Zuständigkeitsbereich der Schweizerischen Ausgleichskasse in Genf.
 - ▶ Im zweiten Rentenfall ist die Ausgleichskasse zuständig, die schon zuvor eine Rente ausgerichtet hat.
 - ▶ Anträge für Hilflosenentschädigungen zur Altersrente sind derjenigen Ausgleichskasse einzureichen, welche die Altersrente ausrichtet.

11.1.1 Nachzahlung (ATSG 24, AHVG 46)

Der Anspruch auf ausstehende **Renten** erlischt fünf Jahre nach Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.

Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf **Hilflosenentschädigung** mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs geltend, werden die Leistungen in Abweichung von ATSG 24 I lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet.

11.2 Festsetzen und Auszahlen der Leistung (ATSG 19, AHVV 72)

Die periodischen Geldleistungen werden in der Regel monatlich ausbezahlt. Renten und Hilflosenentschädigungen werden stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus (in den ersten zwanzig Tagen des betreffenden Monats) ausbezahlt. Vorauszahlungen können ausgerichtet werden, sofern der Leistungsanspruch als gegeben erscheint und sich die Auszahlung verzögert. Dies kann insbesondere für neu entstehende Hinterlassenenrenten zutreffen.

Die Ausgleichskasse erlässt eine Verfügung, mit der die AHV-Leistungen zugesprochen werden. Dieser Verfügung liegen die Versicherungsausweise bei.

11.2.1 Leistungsbezug im Ausland (AHVG 43^{bis} und 43^{ter})

Hilfsmittel und Hilflosenentschädigung werden nur Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt.

Der Bezug von AHV-Renten im Ausland ist für Schweizer/innen und Angehörige von Vertragsstaaten, sei dies unter den Bestimmungen der bilateralen Verträge (FZA) oder dem betreffenden Länderabkommen, möglich. Angehörige von Nichtvertragsstaaten verlieren mit dem Wegzug aus der Schweiz den Rentenanspruch (vgl. Absatz 8, anspruchsberechtigte Personen).

11.2.1.1 Rückvergütung der von ausländischen Staatsangehörigen an die AHV bezahlten AHV-Beiträge (AHVG 18 III, RV-AHV)

Angehörigen von Nichtvertragsstaaten (in Aufstellung unter 5.1.3 nicht enthaltene Staaten) und ihren Hinterlassenen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben oder nachweislich beabsichtigen, den Wohnsitz ins Ausland zu verlegen, können die AHV-Beiträge – nicht aber jene für die IV und EO – rückvergütet werden. Dazu müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- ▶ Zugehörigkeit zu einem Staat, mit dem kein Sozialversicherungsabkommen besteht.
Personen mit Doppelbürgerrecht, die neben der Staatsangehörigkeit eines Nichtvertragsstaates eine solche eines Vertragsstaates oder das Schweizer Bürgerrecht besitzen, können nicht von der Rückvergütung Gebrauch machen. Sie können eine AHV-Rente beanspruchen.
- ▶ Erfüllen der Mindestbeitragsdauer von einem Jahr.
Es müssen insgesamt während mehr als elf Monaten AHV-Beiträge entrichtet worden sein.
- ▶ Endgültiges Ausscheiden aus der Versicherung.
Die Beiträge können zurückgefordert werden, sobald die betroffene Person endgültig aus der Versicherung ausscheidet und sowohl sie selbst als auch ihre Ehefrau bzw. ihr Ehemann und ihre noch nicht 25-jährigen Kinder den Wohnsitz in der Schweiz aufgeben.

Grundsätzlich steht der Anspruch auf Rückvergütung der Person zu, welche die Beiträge bezahlt hat. Dieser Anspruch ist nicht vererbbar und geht mit dem Tod der Person unter. Im Todesfall steht der Rückvergütungsanspruch der Witwe bzw. dem Witwer (überlebenden eingetragenen Partner/in) und nach ihr/ihm den Waisen zu. Zudem muss grundsätzlich ein Hinterlassenenrenten-Anspruch gegeben sein, der aber mangels Wohnsitzes in der Schweiz dahinfällt.

Auch ausländische Staatsangehörige, die bereits Leistungen der AHV oder IV bezogen haben und den Wohnsitz ins Ausland verlegen, können die Rückvergütung der AHV verlangen. Die bis dahin bezogenen AHV/IV-Leistungen werden in der Rückvergütung angerechnet.

Der Anspruch besteht bis zum Eintritt des Versicherungsfalls. Die Bestimmungen über die Nachzahlung der AHV-Renten und die Verjährung gelten sinngemäss.

Umfang der Rückvergütung

Rückvergütet werden die tatsächlich geleisteten Beiträge an die AHV (nicht aber die IV- und EO-Beiträge), Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil unverzinst. Der Rückerstattungsanspruch besteht auf bis zum Monat nach Entstehen des Rentenanspruchs entrichtete – bzw. für Personen, welche die Schweiz vorher verlassen, bis zu diesem Zeitpunkt geleistete – Beiträge.

- ◄◄ Nicht rückvergütet werden Beiträge, die nach Erreichen des Referenzalters entrichtet worden sind, und solche, die durch das Gemeinwesen für ausländische Staatsangehörige bezahlt wurden.
- ◄◄ Ebenfalls nicht rückvergütet werden Solidaritätsbeiträge. Mit dem definitiven Ausscheiden aus der Schweizer AHV ist die Berechnung der Rentenanwartschaft (auf den Zeitpunkt der Gesuchstellung, spätestens aber auf den Zeitpunkt des Referenzalters) vorzunehmen. Der Rückvergütungsbetrag wird nach versicherungsmathematischen Berechnungen gekürzt, wenn die vergütbaren AHV-Beiträge die Rentenanwartschaft übersteigen.

Verlangt eine **verheiratete Person** die Beitragsrückvergütung, wird für die bis zur Rückvergütung zurückgelegten Ehejahre kein Splitting durchgeführt! Im Scheidungsfall wird aber auf Antrag hin gesplittet.

Mit der Rückvergütung verzichten ausländische Staatsangehörige gegenüber der AHV/IV auf die mit den Beiträgen und den entsprechenden Beitragszeiten verknüpften Rechte. Die Beiträge können nicht wieder einbezahlt und die Beitragsperioden nicht angerechnet werden.

Einreichen des Rückvergütungsgesuchs

Die Beitragsrückvergütung ist über die Schweizerische Ausgleichskasse, 18, Avenue Edmond Vaucher, CH-1211 Genève, geltend zu machen. Dies ist die einzige zur Auszahlung berechnete Stelle.

Vor der Rückreise kann die Beitragsrückvergütung aber auch über die für den Beitragsbezug zuständige AHV-Ausgleichskasse beantragt werden. Sie bearbeitet den Fall soweit möglich und leitet das Gesuch nach Prüfung aller Angaben zur abschliessenden Behandlung an die Schweizerische Ausgleichskasse weiter. Diese leistet dann die Auszahlung.

Die Ausgleichskasse, die das Rückvergütungsverfahren durchführt, ist verpflichtet, die gesuchstellende Person auf die allenfalls nachteiligen Folgen der Beitragsrückvergütung aufmerksam zu machen. Gesuchstellende mit Angehörigen, die das Schweizer Bürgerrecht oder dasjenige eines Vertragsstaates haben, sind darauf hinzuweisen, dass (nach ihrem Tod) ihre Hinterlassenen keinen Anspruch auf Witwen-/Witwer- oder Waisenrenten haben.

11.2.2 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)

Der Anspruch auf Leistungen ist weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig.

Nachzahlungen von AHV-Leistungen des Sozialversicherers können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit sie Vorschusszahlungen geleistet haben. Dasselbe gilt für im Rahmen der Vorleistungspflicht gemäss ATSG 70 erbrachte Leistungen.

11.2.2.1 Gewährleisten zweckmässiger Verwendung (ATSG 20, AHVG 22^{ter})

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorgerisch betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfeeinrichtung angewiesen – ist. Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

In Abweichung zu ATSG 20 können für Kinderrenten, in Sonderfällen – namentlich für Kinder aus getrennter oder geschiedener Ehe – abweichende Regelungen getroffen werden.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31; AHVG 87–88)

Personen, die von einer Sozialversicherung Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

Die Leistungsbezüger/innen sind ihrerseits verpflichtet, alle Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (z.B. Umzug, Zivilstandsänderung, Bezug weiterer Versicherungsleistungen, Abbruch der Ausbildung des Kindes) umgehend der zuständigen AHV-Ausgleichskasse zu melden.

Vergehen (z.B. unwahre Angaben machen, Abzug der Arbeitnehmer-Beiträge ohne Weiterleitung an die Ausgleichskasse) werden mit einer Geldstrafe bis 180 Tagessätze bestraft. Übertretungen (z.B. Widersetzen einer angeordneten Arbeitgeberkontrolle) werden mit Bussen bis CHF 1000.– sanktioniert.

11.4 Kürzung oder -verweigerung von Leistungen (ATSG 21)

Hinterlassenenrenten können gekürzt oder verweigert werden, wenn der überlebende Ehegatte bzw. die Waise den Versicherungsfall vorsätzlich oder in vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt hat. Die Kürzung betrifft nur die verursachende Person selber, nicht aber allfällige weitere an der Rente beteiligte Familienmitglieder.

11.5 Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25, ATSV 4–5)

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «in gutem Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider; d.h., hier ist die zu viel bezogene Entschädigung generell zurückzuerstatten.

11.5.1 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)

Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt die AHV im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.

Familien-/Arbeitgeberprivileg (ATSG 75)

Nur wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben, besteht ein Rückgriffsrecht

- ▶ auf die Ehefrau bzw. den Ehemann der versicherten Person, auf deren Eltern und Kinder oder sonstige mit ihr im Haushalt lebende Personen
- ▶ für Berufsunfälle gegenüber dem Arbeitgeber (der versicherten Person), gegen dessen Familienangehörige und gegen dessen Arbeitnehmende

11.6 Rechtspflegeverfahren

1. Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52)

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügenden Stelle Einsprache** erhoben werden. Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. Beschwerde (ATSG 58, AHVG 84)

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann innerhalb von 30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht – betreffend kantonale Ausgleichskassen in Abweichung vom ATSG am Sitz der verfügenden Ausgleichskasse – Beschwerde erhoben werden.

Über Beschwerden von Personen im Ausland entscheidet in Abweichung von ATSG 58 II das Bundesverwaltungsgericht (AHVG 85^{bis} I).

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

3. Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

AHV (in Millionen CHF)	1995	2000	2010	2015	2020	2022
Einnahmen Total	24 512	28 792	38 495	41 177	46 556	45 101
Beiträge						
▸ Versicherte und Arbeitgeber	18 646	20 482	27 461	30 415	34 139	36 266
▸ der öffentliche Hand	4 809	7 417	9 776	10 737	12 415	13 170
davon Bund/	3 116	4 535	7 156	8 159	9 287	9 657
Kantone	550	1 010	0	0	0	0
MwSt. und Spielbanken	–	1 872	2 620	2 306	3 127	3 513
Ertrag der Anlagen	1 046	881	1 247	272	533	–4 337
Regresseinnahmen	11	12	10	6	4	2
Ausgaben Total	24 503	27 722	36 604	41 735	45 997	47 807
Geldleistungen	24 131	27 317	36 442	41 372	45 543	47 378
Kosten für individuelle Massnahmen	57	66	110	77	107	106
Beiträge an Institutionen	228	244	118	85	108	103
Durchführungs-/ Verwaltungskosten	87	95	162	202	219	220
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	9	1 070	1 891	–558	1 941	–2 706
Kapitalkonto AHV	23 836	22 720	44 158	44 229	47 158	47 035
Altersrente maximale Vollrente	2 010	2 010	2 280	2 350	2 370	2 390
mtl. CHF durchschnittliche Rente	1 654	1 654	1 806	1 850	1 862	1 884
Anzahl Altersrentner/innen in Tausend	1 358,2	1 516,0	1 981,2	2 239,8	2 439,0	2 505,0
Anzahl Hinterlassenenrenten in Tausend	102,0	110,1	144,9	153,6	201,0	2 132,0
Witwen	79,7	84,3	118,8	129,8	169,8	179,0
Witwer	–	2,3	2,6	2,4	–	2,0
Waisen	22,3	23,5	23,5	21,4	31,2	31,0

(Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik und AHV-Statistik 2023 und Vorjahre)

12.1.1 Aus der AHV-Statistik 2023

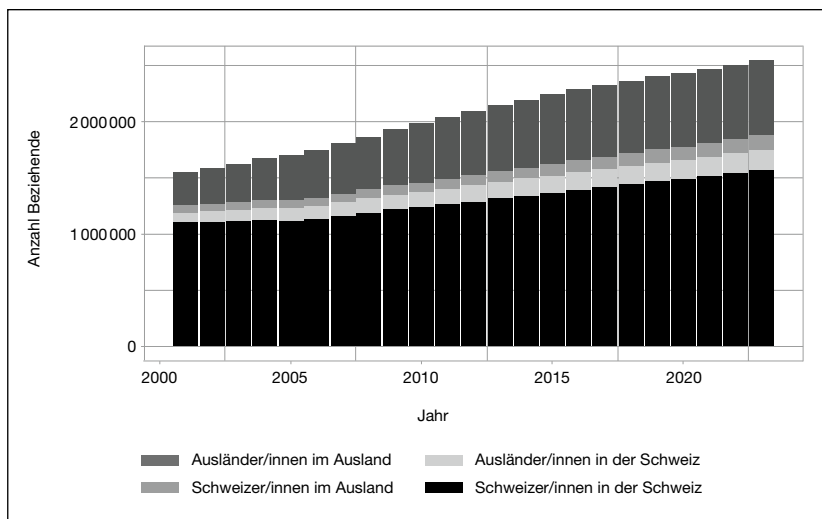
Quelle: BSV, AHV-Statistik 2023

Die Jahresrechnung 2023 der AHV weist, mit Versicherungseinnahmen von 52,8 Mrd. Ausgaben von 50,0 Mrd. Franken, einem Gewinn von 2,9 Mrd. Franken aus. Davon sind 1,6 Mrd. Franken Erträge aus den Kapitalanlagen des Ausgleichfonds. Der AHV-Ausgleichsfonds deckt – unter dem Vorbehalt, dass die Schuld der Invalidenversicherung (IV) gegenüber der AHV als Guthaben betrachtet wird – mit 49,9 Mrd. Franken, tatsächlich fast eine Jahresausgabe (99,9%).

2023 bezogen 2 810 000 Personen eine Rente der AHV, davon über 91 Prozent (2 546 000; darunter 40 900 Neurentner/innen) eine Altersrente. Rund 34 Prozent (986 000) aller Renten flossen an Personen, die im Ausland leben. Zwei Drittel der Personen mit Altersrente sind schweizerischer Nationalität. Dies trifft auch auf die Hälfte der Witwen- und ein Viertel der Witwerrentenbeziehenden zu.

Schweizer/innen und Angehörige von Staaten mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen unterhält (FZA mit EU-Mitgliedsstaaten und EFTA-Übereinkommen oder Länderabkommen) können ihre AHV-Rente im Ausland beziehen. Von den 796 000 ins Ausland bezahlten Altersrenten, flossen die meisten (rund 84%) an Personen in die Nachbarländer, d.h. Italien, Deutschland, Frankreich und Österreich sowie nach Spanien und Portugal. Diese Renten gehen an ehemalige Grenzgänger/innen, an Personen, die wieder in ihr Heimatland zurückwandern oder an Schweizer/innen, die zu einem gewissen Zeitpunkt auswandern. Ausserhalb Europas flossen die meisten Renten nach Kanada (11 000) und in die USA (14 000).

Anzahl Personen mit einer AHV-Altersrente (Dezember 2001 bis 2023)

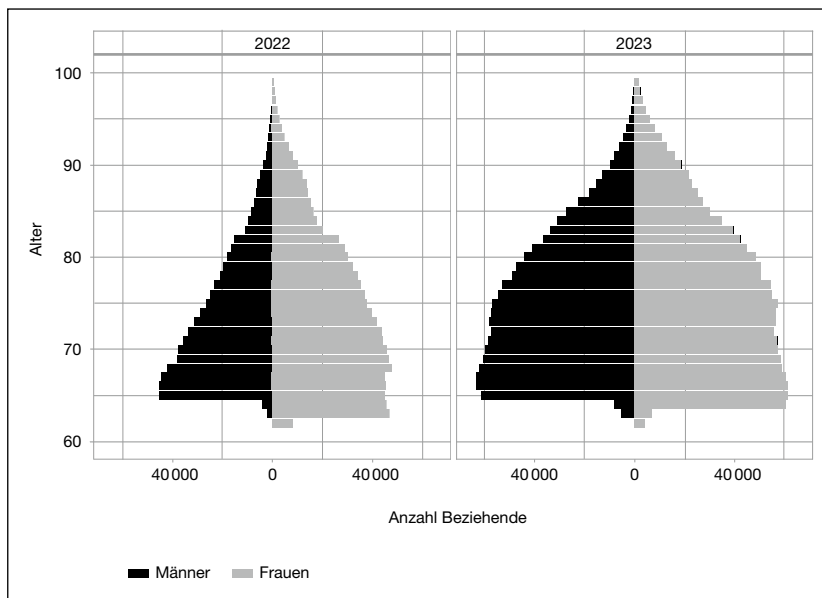


Quelle: BSV, AHV-Statistik 2023

Im Jahr 2023 hat die AHV Altersrenten in der Höhe von 46,2 Mrd. Franken ausgerichtet. Hinzu kamen 266 Mio. Franken für Kinderzusatzrenten sowie 2,1 Mrd. für Hinterlassenenrenten (an Witwen/Witwer und Waisen). **Rund 15 Prozent der Rentensumme (7,3 Mrd. Franken) floss an Bezugsberechtigte im Ausland.** Dies ist im Vergleich zur Anzahl Bezüger/innen von 35 Prozent ein relativ tiefer Wert. Der Unterschied ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass im Ausland lebende Personen unvollständige Beitragsjahre aufweisen und dadurch tiefere Renten erhalten.

Die Entwicklung der demografischen Struktur (z.B. durch Migration, Alterung und steigende Lebenserwartung) von Altersrentenbeziehenden seit 2002 ist besonders an den Bevölkerungspyramiden sichtbar. In den letzten zwei Jahrzehnten ist die Zahl Altersrentenbeziehender aller Altersgruppen stark angestiegen, wobei die Männer ein stärkeres Wachstum als Frauen verzeichnen.

Alterspyramide der Altersrentenbeziehenden im Dezember 2022 und 2023



Quelle: BSV, AHV-Statistik 2023

Renten von Mann und Frau

Der Anteil der beitragszahlenden Männer (54%) ist höher als der Anteil der Frauen (46%), was auf die geringere Partizipation von Frauen auf dem Arbeitsmarkt zurückzuführen ist. Dagegen beträgt der Anteil der Altersrentenbeziehenden Männer nur 47 Prozent, weil Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung auch länger Rente beziehen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in den jeweiligen Rentensummen. Entsprechend der höheren Erwerbsbeteiligung bzw. Einkommen wird die Summe der AHV-pflichtigen Einkommen zu 65 Prozent von Männern aufgebracht. Rentenseitig machen Frauen 53 Prozent der Rentenbeziehenden aus und sie erhalten rund 55 Prozent der Summe aller ausbezahlten Altersrenten. Ausschlaggebend für diesen höheren Anteil ist der sogenannte Verwitwetenzuschlag. Dieser kommt für verheiratete Personen zum Tragen. Durch den Tod des Ehegatten erhalten die/der Überlebende einen Verwitwetenzuschlag von 20 Prozent, höchstens aber die Maximalrente. Frauen sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung öfter verwitwet und haben entsprechend öfter Anspruch auf einen Rentenzuschlag.

In Bezug auf die Rentenhöhe spielt nicht (nur) das Geschlecht, sondern der Zivilstand eine Rolle. Unter den ledigen Personen (in deren Rentenberechnung nur die eigenen Beiträge und allenfalls zusätzliche Gutschriften berücksichtigt werden), sowie unter geschiedenen und getrennten Personen, sind die Rentenhöhen für Frauen und Männer ähnlich.

Für verheiratete Personen im ersten Versicherungsfall (d.h. der andere Ehegatte hat noch keinen eigenen Rentenanspruch) sind hingegen in der Rentenhöhe erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen. So ist

die Durchschnittsrente der Frauen wegen ihren Erwerbsbiografien mit rund CHF 1574.– insgesamt deutlich tiefer als jene der Männer (CHF 2047.–). Erst wenn beide Ehepartner altersrentenberechtigt sind, wird das ausgleichende Splitting vorgenommen (d.h. mit Eintritt des zweiten Versicherungsfalls).

Für verheiratete Ehepaare darf die Summe der beiden Renten das 1,5-fache der Maximalrente der massgebenden Rentenskala nicht übersteigen, ansonsten findet eine Plafonierung der Renten statt. Unter in der Schweiz wohnhaften, verheirateten 422 000 Paaren, von denen beide Ehegatten eine Altersrente beziehen, erhielten 2023 insgesamt 374 000 Ehepaare (89%) eine plafonierte Rente. Diese Personen haben in der Regel während der gesamten Beitragszeit von 43 Jahren (Frauen) bzw. 44 Jahren (Männer) Beiträge entrichtet und haben deshalb Anspruch auf eine Vollrente der Rentenskala 44, d.h. zusammen monatlich CHF 3675.–. Dies trifft auf 58 Prozent der Schweizer Ehepaare zu. Weisen die Ehepartner unvollständige Beitragszeiten auf, wird die Rente des Ehepaares auf einer Teilrente der Rentenskala 1–43 plafoniert, wodurch die Renten tiefer ausfallen, als für Ehepaare mit einer vollen Beitragszeit.

Rentenvorbezug bzw. -aufschub

Die Altersrente kann – mit entsprechender lebenslänglicher Rentenkürzung – um ein oder zwei Jahre vorgezogen werden. Seit 2010 hat sich die AHV-Vorbezugsquote der Frauen denen der Männer angeglichen und liegt in den letzten Jahren sogar darunter. Im aktuellsten Jahrgang beziehen rund 7700 Männer und 6200 Frauen ihre Altersrente vor.

Der Aufschub der Altersrente ist zwischen einem und fünf Jahren möglich und bewirkt einen entsprechenden lebenslänglichen Rentenzuschlag. Die Möglichkeit des Rentenaufschubs wird deutlich weniger wahrgenommen als der Vorbezug. Obwohl eine Zunahme für die jüngeren Generationen zu verzeichnen ist, nutzen nur rund 2,4 Prozent der Männer und 2,6 Prozent der Frauen des letzten bekannten Jahrgangs diese Option. Im aktuellsten Jahrgang schieben rund 1500 Männer und 1600 Frauen ihre Altersrente auf.

12.2

Compenswiss

Die Ausgleichsfonds von AHV, IV und EO werden durch Compenswiss in einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes gemeinsam verwaltet und bewirtschaftet. Ziel der Vermögensverwaltung sind Liquidität, Sicherheit und ein marktkonformer Ertrag. Die Ausgleichsfonds sollen die AHV-Renten für ein Jahr und die Zahlungen der IV sowie der EO für ein halbes Jahr decken können. Das Anlageergebnis bildet zusammen mit dem Umlageergebnis das Betriebsergebnis der jeweiligen Sozialversicherung. Diese werden im April 2024 veröffentlicht.

Am 20.02.2024 wurden in Bern von Compenswiss die noch nicht revidierten Finanzdaten vorgestellt. Das Anlagevermögen der drei Sozialwerke hat per 31.12.2023 zusammen 40,597 Mrd. Franken betragen. 37,7 Mrd. Franken waren im Marktportfolio angelegt. In der Tresorerie mit flüssigen Mitteln wurden 2,9 Mrd. Franken gehalten.

2023 stand erneut im Zeichen politischer, wirtschaftlicher und monetärer Turbulenzen. Geopolitische Spannungen, insbesondere die Kriege in der Ukraine und im Nahen Osten, aber auch die Inflation und das Zinsniveau prägten das

Jahr. Mit dem Marktportfolio konnte schlussendlich eine Rendite von 4,98 Prozent erzielt werden. Dafür waren die Resultate von November und Dezember verantwortlich. Zuvor zeigte sich ein ähnlich düsteres Bild wie 2022. Da keine Wertschriften veräussert werden mussten und zurzeit müssen, handelt es sich um reine Buchverluste bzw. -gewinne. 2023 schnitten sämtliche Anlageklassen positiv ab, was sehr selten ist.

Weil die AHV, wie die IV und EO nach dem Umlageverfahren – also mit kurzem Anlagehorizont – ausgestaltet sind, dürfen keine illiquiden Anlagen (Immobilien, private Equity usw.) gehalten werden. Die Ausgleichsfonds sind Reservefonds. Das ist anders als in der nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisierten beruflichen Vorsorge, wo die Kapitalanlagen quasi der dritte Beitragszahler sind.

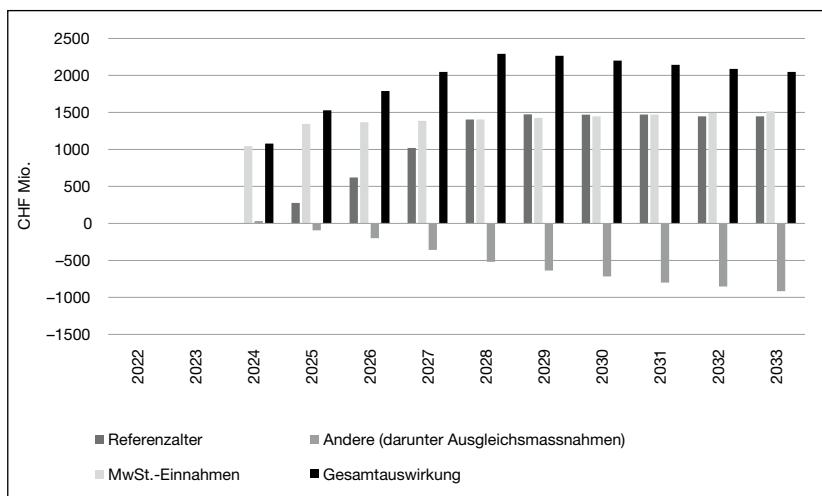
In der Tresorerie wurde eine Rendite von 1,5 Prozent erzielt. Die Aufteilung der Anlagen und Renditen auf die Sozialwerke findet sich in nachstehender Tabelle.

Das Vermögen wird je zur Hälfte intern und extern verwaltet, dies in 45 Mandaten plus Tresorerie. Die Fremdwährungen sind zu 80 Prozent abgesichert. Pro 2023 konnte daraus eine Mehrrendite von 1,97 Prozent erzielt werden. Die Betriebs- und Vermögensverwaltungskosten (einschliesslich Stempelsteuer) betragen 1,9 Prozent; im Vorjahr noch 2,0 Prozent.

Interessant war die Antwort auf die Frage eines Journalistenkollegen «Welche Auswirkungen hätte die Annahme der Initiative für eine 13. AHV-Rente auf die Anlagen der Compenswiss?»: Das hängt davon ab, ob gleichzeitig mit dem Inkraftsetzen auch die die Finanzierung geregelt wird. Wenn nicht oder erst später, müssen die entsprechenden Finanzen von Compenswiss zur Verfügung gestellt werden. Es sind entsprechende Kapitalanlagen zu veräussern – dies egal, wie dann jeweils der Finanzmarkt steht.

Finanzielle Auswirkungen der AHV 21

(ohne 13. AHV-Rente)



Quelle: Compenswiss, d.h. BSV-Perspektiven Oktober 2023 (diskontierte Zahlen zu Preisen von 2023)

12.3 13. AHV-Rente ab 2026

Am 3. März 2024 hat das Stimmvolk die Volksinitiative des Gewerkschaftsbundes «für ein besseres Leben im Alter (Initiative für eine 13. AHV-Rente)» mit einem Ja-Stimmenanteil von 58,25 Prozent (Stimmbeteiligung 58,35%) angenommen. Die Umsetzung, insbesondere die Finanzierung der Mehrkosten von anfangs rund 4,2 Mio. Franken pro Jahr, ist noch offen. Klar ist einzig, dass die Ergänzungsleistungen zur AHV durch die 13. Rente nicht gekürzt werden.

An seiner Sitzung vom 27. März 2024 hat der Bundesrat die Eckwerte für die Umsetzung am 3. März 2024 angenommen der Volksinitiative festgelegt. Die 13. Monatsrente verursacht 2026 zusätzliche Ausgaben von 4,2 Milliarden Franken. Der Bundesrat hat sich auf zwei Varianten zur Deckung dieser Mehrausgaben verständigt.

Variante 1 sieht eine Finanzierung ausschliesslich über eine Erhöhung Lohnbeiträge vor. Die Erhöhung der Lohnbeiträge würde 0,8 Prozentpunkte betragen (statt 8,7 neu 9,5%; mit IV/EO statt 10,6 neu 11,4%).

Variante 2 sieht eine kombinierte Erhöhung von Lohnbeiträgen und Mehrwertsteuer vor. Damit will der Bundesrat verhindern, dass die Finanzen der AHV sich rasch verschlechtern.

Um eine zusätzliche Belastung der Bundesfinanzen zu vermeiden, soll zudem der Bundesbeitrag temporär reduziert werden.

Finanzperspektiven der AHV gemäss Volksinitiative 13. AHV-Rente				
Beträge in Mio. Franken				
Jahr	Ausgaben	Einnahmen	Umlage- ergebnis	Stand AHV-Fonds ¹
2022	48 859	50 526	1 667	37 559
2025	52 406	54 793	2 387	46 972
2026	57 028	59 190	2 162	50 090
2030	64 302	63 488	-814	56 877
2035	75 602	70 953	-4 649	53 883
2040	82 923	76 903	-6 020	28 229

¹ Stand AHV-Ausgleichsfonds ohne IV-Schuld

Finanzielle Auswirkungen der Massnahmen der Volksinitiative für eine 13. AHV-Rente: Anhebung der Mehrwertsteuer um 0,6 Punkte ab 2026 und des Beitragssatzes um 0,6 Punkte ab 2026. Senkung des Bundesbeitrags ab 2026 (Variante 2B).

Quelle: BSV 27.03.2024, Finanzperspektiven

Wie es aussieht, können sich die eidg. Räte vorerst nicht auf eine Lösung einigen. Bis eine Gesamtrevision vorliegt, soll die Finanzierung zulasten des Ausgleichsfonds gehen.

12.4 Reform der AHV-Hinterlassenenrenten

Im Dezember 2023 hat der Bundesrat per 29.03.2024 die Vernehmlassung zur AHV-Teilrevision eröffnet. Er schläft folgendes vor:

- ▶ Witwen- und Witwerrenten richten sich nach der Betreuungs- und Erziehungszeit, dies unabhängig vom Zivilstand der Eltern.
Die Rente wird bis maximal zum 25. Altersjahr des (jüngsten) Kindes ausbezahlt.
Ausnahme: länger, wenn behindertes Kind mit Anspruch BGS
- ▶ Der Anspruch dauert längstens bis zum Erreichen des Referenzalters
- ▶ Wenn Witwen/Witwer für keine unterhaltsberechtigten Kindern mehr aufkommen müssen, wird während 2 Jahren eine (Übergangs-)Rente ausgerichtet (sofern eine Unterhaltspflicht bestanden hat).
- ▶ Die Renten für Witwen-/Witwer unter 55-Jahren werden aufgehoben.

Bis zur Drucklegung wurde noch nichts über das Vernehmlassungsergebnis und das weitere Vorgehen bekannt.

12.5 Keine Kinderrenten mehr zur Altersrente (1. + 2. Säule!)

Altersrentenbeziehende der 1. und 2. Säule sollen für ihre Kinder (18/25) keine Kinderrente mehr erhalten. Der Vorstoss des Nationalrats ging Mitte März 2024 an den Ständerat.

Gemäss Motionstext soll die Abschaffung der Alterskinderrenten in der AHV und der beruflichen Vorsorge mit einer gleichzeitigen Erhöhung der Ergänzungsleistungen für Eltern mit Unterhaltspflichten einhergehen.

Waisenrenten und Kinderrenten zur Invalidenrente sowie deren weitere Auszahlung im AHV-Alter sollen hingegen nicht angetastet werden.

Bereits laufende Alterskinderrenten sind nach Meinung der Mehrheit zudem bis zum Ende der Anspruchsvoraussetzungen weiter auszurichten.

12.6 Heiratsstrafe in der AHV minimieren oder eliminieren

Dass das 1948 eingeführte AHV-Gesetz nicht mehr in allen Bereichen zeitgemäss ist, zeigt sich nicht nur in Bezug auf Witwen- und Witwerrenten. Zwei Ehegatten im Rentenalter erhalten nur 150 Prozent Rente, während Konkubinatpaare in der Regel auf 200 Prozent kommen können. Im Extremfall gehen Ehepaare so pro Monat CHF 1225.– verlustig.

Die Mitte will die Heiratsstrafe der AHV mindern oder ganz abschaffen.

(Im Gegenzug müssten dann wohl nichterwerbstätige Ehegatten Beiträge entrichten).

12.7

Links

www.ahv-iv.ch

Merkblätter, Formulare usw. betr. AHV/IV/EO.

www.ausgleichskasse.ch

Portal zu den kantonalen Ausgleichskassen, wo jeweils die betreffenden Informationen, kantonalen Merkblätter, kassenspezifischen Formulare usw. erhältlich sind.

www.entwicklung-AHV.ch

Das wichtigste Sozialwerk der Schweiz besteht seit 1948. Hier erfahren Sie Interessantes über die Geschichte und die Meilensteine in der Entwicklung der AHV, der IV, der EO, der EL und der Familienzulagen.

www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen: Aktuelles.

www.sozialversicherungen.admin.ch

Vollzug: Wegleitungen, Mitteilungen, Beitrags- und Rententabellen.

IV Invalidenversicherung IV

1.	Zielsetzung	260
2.	Gesetzliche Grundlagen	260
3.	Geschichtliche Daten	261
4.	Organisation (IVG 53–65, IVV 40–64)	264
4.1	Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ, IVG 68^{bis}, VVG 39b, BVG 86a II lit. f)	266
4.1.1	Kantonale Brückenangebote (IVV 4 ^{quinquies} III, IVV 96 ^{quater})	267
4.1.2	Einführung eines Personalverleihs (IVG 18a ^{bis} /III lit. b, IVV 6 ^{quinquies})	267
4.1.3	Arbeitgeber – Risiko für Mitwirkende senken	268
4.1.4	Arztpersonen stärker am Eingliederungsprozess beteiligen	268
5.	Versicherte Personen (IVG 1, AHVG 1–2, AHVV 1–5)	269
6.	Finanzierung	270
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel (IVG 3, 77–80)	270
6.2	Beitragspflichtige Personen (IVG 2)	271
6.3	Dauer der Beitragspflicht (IVG 3)	271
6.4	Beitragshöhe und Berechnungsbasis (IVG 3, IVV 1, AHVG 3–16, AHVV 6–43)	271
6.4.1	Unselbständigerwerbende	271
6.4.2	Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG)	272
6.4.3	Selbständigerwerbende	272
6.4.4	Nichterwerbstätige	272
7.	Leistungsübersicht	272
8.	Anspruchsberechtigte Personen	273
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	274
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	275
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	275

9.	Sachleistungen	276
	(inkl. kollektive Leistungen/Prävention)	
9.1	Erstmassnahmen (IVG 3a–3c)	276
9.1.1	Eingliederungsorientierte Beratung (IVG 3a)	276
9.1.2	Früherfassung (IVG 3a ^{bis} –3c, 7d; IVV 1 ^{quater} +1 ^{quinquies})	276
9.1.2.1	Meldung	277
9.1.3	Frühintervention (IVG 7d, IVV 1 ^{sexties} –1 ^{octies})	278
9.2	Eingliederung (IVG 8–21^{quater}, IVV 2–14)	279
	Arten der Eingliederungsmassnahmen (IVG 8/III)	280
9.2.0	Massnahmen zum Aufbau und Erhalt der Erwerbsfähigkeit: Jugendliche und junge Erwachsene	281
9.2.1	Medizinische Massnahmen (IVG 12–14, IVV 2–4 ^{ter} , GgV)	282
9.2.1.1	Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (IVG 13, IVV 3–3 ^{octies} , GgV)	282
9.2.1.2	Medizinische Massnahmen zur Eingliederung (IVG 12–14 ^{ter} , IVV 2)	283
9.2.2	Beratung und Begleitung (IVG 14 ^{quater})	283
9.2.3	Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (IVG 14a, IVV 4 ^{quater} –4 ^{novies})	284
9.2.3.1	Für Versicherte mit Erwerbserfahrung	284
9.2.3.2	Für Jugendliche, d.h. 13- bis 25-Jährige; (IVG 14a, 16, IVV 4 ^{quater} –4 ^{novies})	285
9.2.3.3	Arbeitgeberentschädigung (KSBEM)	286
9.2.4	Massnahmen beruflicher Art (IVG 15–18a, IVV 4a–7)	286
9.2.4.1	Berufsberatung (IVG 15, IVV 4a)	286
9.2.4.2	Erstmalige berufliche Ausbildung (IVG 16, IVV 5 und 5 ^{bis})	286
9.2.4.3	Umschulung (IVG 17, IVV 6)	287
9.2.4.4	Arbeitsvermittlung (IVG 18)	288
9.2.4.5	Arbeitsversuch (IVG 18a, IVV 6 ^{bis})	288
9.2.4.6	Personalverleih (IVG 18a ^{bis} , IVV 6 ^{quinquies})	288
9.2.4.7	Einarbeitungszuschuss (IVG 18b, IVV 6 ^{ter})	289
9.2.4.8	Entschädigung für Beitragserhöhung (IVG 18c, IVV 6 ^{quater})	289
9.2.4.9	Kapitalhilfe (IVG 18d, IVV 7)	290
9.2.5	Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden mit Eingliederungspotenzial (IVG 8a)	290
9.2.5.1	Übergangsleistung, wenn erneut arbeitsunfähig (IVG 32, IVV 30+31)	291
9.2.6	Versicherungsschutz während Eingliederungsmassnahmen	292
9.2.6.1	IV-Taggelder/IV-Rente (IVG 22 ^{bis} V, IVV 20 ^{quater})	292
9.2.6.2	Heilungskosten/Krankenversicherung	293
9.2.6.3	Unfalldeckung (IVG 11, UVG 1a/1 Bst. c)	293
9.2.6.4	Haftung für Schäden in Einsatzbetrieben (IVG 68 ^{quinquies})	293
9.2.6.5	Berufliche Vorsorge (Pensionskasse)	294
9.2.6.6	Arbeitslosenversicherung – Taggeldanspruch nach Wegfall der IV-Rente	294
9.2.6.7	Ergänzungsleistungen zur IV	294
9.2.7	Betroffene und Arbeitgeber haben Vorteile, wenn sie sich an den (Wieder-)Eingliederungsmassnahmen beteiligen	294
9.3	Hilfsmittel (IVG 21–21^{ter}, IVV 14, HVI)	295
9.4	Förderung der Invalidenhilfe (IVG 74–75, IVV 108–110; kollektive Leistungen)	297

10.	Geldleistungen	297
10.1	Taggelder (IVG 22–25, IVV 17–22)	297
10.1.1	Das «grosse» Taggeld (IVG 22/I, 22 ^{bis} –24, 17–19)	297
10.1.1.1	Höhe und Berechnung des IV-Taggelds (IVG 22 ^{bis} –24, IVV 21–22)	298
10.1.2	Taggeld während der erstmaligen beruflichen Ausbildung («Kleines» Taggeld)	299
10.1.2.1	Anspruch auf ein «kleines» Taggeld (IVG 22 II–V, IVV 22)	299
10.1.2.2	Höhe des «kleinen» Taggelds (IVG 24 ^{ter} , IVV 22)	300
10.1.2.3	Besitzstandswahrung auf Taggeldern während laufenden Eingliederungsmassnahmen	301
10.1.3	Kostenübernahme	301
10.1.3.1	Reisekosten und Zehrgeld (IVG 14 I Bst. g, IVV 90 I)	301
10.1.3.3	Entschädigung für Betreuungskosten (IVG 11a, IVV 22 ^{quater})	302
10.1.4	Koordination – Zusammentreffen von Taggeldansprüchen	302
10.2	Renten (IVG 28–41, IVV 25–34)	302
10.2.1	Invaliditätsgrad (IVG 28)	304
10.2.1.1	Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (ATSG 16; IVG 28a I, IVV 25 – IVV 26 ^{bis} , IVV 27 ^{bis})	305
10.2.1.1.1	Teilzeiterwerbstätige (IVV 27 ^{bis})	307
10.2.1.2	Spezifische Methode des Betätigungsvergleichs (IVG 28a II, IVV 27)	308
10.2.1.2.1	Die Methodenwahl zum Festsetzen des Invaliditätsgrads	310
10.2.1.3	Gemischte Methode (IVG 28a III)	310
10.2.1.4	Unterschiedlicher Invaliditätsgrad der Invaliden- und der Unfallversicherung	311
10.2.2	Berechnung der IV-Rente	311
10.2.2.1	Übergangsfristen für Wechsel ins neue IV-Rentensystem	313
10.2.2.2	Invalidität und Resterwerb	313
10.2.2.3	Revision der Rente – Überprüfung des Invaliditätsgrads (ATSG 17 I, IVV 86–88 ^{bis})	314
10.2.2.4	An der IV-Rente beteiligte Familienangehörige (abgeleitete Rentenansprüche)	315
10.2.2.5	Zusammentreffen von Leistungen	315
10.2.3	Teuerung	316
10.3	Hilflosenentschädigung (HILO)	316
	(ATSG 9, 66; IVG 42, IVV 35–39; AHVG 43^{bis}, AHVV 66^{bis})	
10.3.1	Wie erfolgt die Abstufung der Hilflosigkeit? (IVG 42 ^{ter} , IVV 37, AHVV 66 ^{bis})	316
10.3.1.1	Abstufung der Hilflosigkeit	317
10.3.1.2	Lebenspraktische Begleitung (IVG 42 III, IVV 38)	318
10.3.2	Umfang der HILO (IVG 42 ^{ter} , IVV 36–37)	319
10.3.2.1	HILO-Entschädigungsanspruch für Erwachsene	319
10.3.2.2	HILO-Entschädigungsanspruch für Minderjährige	320
10.3.3	Assistenzbeitrag zum selbständigen Wohnen (IVG 42 ^{quater} –42 ^{octies} , IVV 39a–39j)	321
10.3.3.1	Anspruchsvoraussetzungen personell (IVG 42 ^{quater} , IVV 39a, 39b)	321
10.3.3.2	Bemessen und Umfang des Assistenzbeitrags (IVG 42 ^{sexies} , IVV 39e)	323
10.3.3.3	Gewähren und Abrechnen des Assistenzbeitrags (IVG 42 ^{septies} , IVV 39i)	325

11.	Vollzug	326
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29, IVV 65–68)	326
11.1.1	Administratives Vorgehen nach Eingang der IV-Anmeldung Integration/Rente	327
11.1.1.1	Fallführung (IVV 41a; vgl. auch 4.1)	327
11.2	Festsetzen und Auszahlen der IV-Geldleistungen (ATSG 19, IVG 47)	328
11.2.1	Nachzahlung von Leistungen (ATSG 24, IVG 29, 48)	328
11.2.2	Auszahlung	328
11.2.2.1	Leistungsbezug im Ausland	329
11.2.3	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, IVG 50 bzw. AHVG 20)	329
11.2.3.1	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	329
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31; IVG 3c, 7–7b)	330
11.4	Leistungskürzung- oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21, IVG 7b)	331
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25 Verjährung, ATSV 4–5 Erlass)	331
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)	331
11.6	Rechtspflegeverfahren	332
12.	Aktuell	333
12.1	Kennzahlen	333
12.3	Links	337

1. Zielsetzung

Die Invalidenversicherung (IV) bildet zusammen mit der AHV und den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV die Erste Säule unserer Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Verfassungsrechtlich bildet die Invalidenversicherung zusammen mit der AHV eine Versicherung und wird auch im Rahmen des ATSG als Einheit betrachtet.

Die Leistungen sollen laut IVG 1a

- a) die Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindern, vermindern oder beheben;
- b) die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgleichen;
(⇒ Eingliederung vor Rente!)
- c) zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Versicherten beitragen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 111 definiert das Dreisäulenkonzept und BV 112 die Erste Säule.

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959, in Kraft seit 1. Januar 1960
- ▶ Bundesgesetz über die Sanierung der Invalidenversicherung vom 13. Juni 2008, in Kraft seit 1. Januar 2011
- ▶ Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG) vom 13. Dezember 2002, in Kraft seit 1. Januar 2004

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 19. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961, in Kraft rückwirkend ab 1. Januar 1961
- ▶ usw.

Verordnungen des Eidg. Departements des Innern und des Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI)
- ▶ Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) vom 3. November 1921, in Kraft seit 1. Januar 2022
- ▶ usw.

3. Geschichtliche Daten

- 1925 Aufnahme des Verfassungsartikels betr. AHV/IV (aBV 34^{quater})
- 1948 Das AHVG tritt in Kraft. Mit dem Einführen der Invalidenversicherung wird zugewartet. Die Kantone und die Hilfswerke richten weiterhin Leistungen an Invalide aus.
- 1955 Der Bundesrat setzt eine Expertenkommission für die Vorbereitung der Invalidenversicherung ein.
- 1958/59 Gestützt auf den Bericht der Expertenkommission wird dem Parlament im Oktober die Botschaft für ein Bundesgesetz über die Invalidenversicherung unterbreitet und im Folgejahr der Gesetzesentwurf von den eidg. Räten verabschiedet. Nach ungenutzt verstrichener Referendumsfrist wird die Invalidenversicherung vom Bundesrat auf den 1. Januar 1960 in Kraft gesetzt.
- 1960 Das IVG tritt auf den 1. Januar in Kraft.
- 1968 Die 1. IV-Revision tritt auf den 1. Januar in Kraft. Sie bringt einen Ausbau der beruflichen Eingliederungsmassnahmen und der Sonderschulung für behinderte Kinder, Neuerungen im Leistungsbezug für hilflose Minderjährige, die Abgabe von Hilfsmitteln an nicht mehr ins Erwerbsleben integrierte Behinderte sowie eine Senkung des Bezugsalters für IV-Renten und Hilflosenentschädigungen von 20 auf 18 Jahre.
- 1987 Die 2. IV-Revision tritt in einer ersten Stufe auf den 1. Juli in Kraft. Darin enthalten sind Massnahmen zum Beschleunigen des Verwaltungsverfahrens, die Anhörung der Versicherten vor abschlägigen Bescheiden (Vorbescheid) und neu das kleine Taggeld.
- 1988 Die zweite Stufe der 2. IV-Revision tritt auf den 1. Januar in Kraft. Es werden die Viertelrente eingeführt und die IV-Taggelder als AHV-pflichtiges Einkommen erfasst.
- 1992 Die 3. IV-Revision tritt auf den 1. Januar in Kraft. Sie bewirkt eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen. Zugleich werden professionelle IV-Stellen geschaffen, welche die bisherigen Miliz-IV-Kommissionen sowie die IV-Sekretariate und -Regionalstellen ersetzen.
- 2004 Die 4. IV-Revision tritt auf den 1. Januar in Kraft. Erstmals wird die Zielsetzung und damit der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» im Gesetz erwähnt. Das Taggeldsystem wird vereinheitlicht und an jenes der Unfallversicherung angeglichen, für Invaliditätsgrade zwischen 60 und 69 Prozent wird eine Dreiviertelrente eingeführt und die Hilflosenentschädigung für zu Hause lebende Personen verdoppelt (nicht aber für solche, die erst im AHV-Alter der vermehrten Assistenz bedürfen). Dafür werden für neu entstehende Rentenfälle die Ehegattenzusatzrenten abgeschafft. Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) werden gebildet und damit die IV-Ärzte erstmals seit 1960 mit Untersuchungskompetenz ausgestattet. Zudem wird die Interinstitutionelle Zusammenarbeit (www.iiz.ch) aufgegleist.

- 2006 Auf den 1. Juli tritt eine sogenannte kleine IV-Revision in Kraft, die Änderungen im Rechtspflegeverfahren bringt: Entgegen den Bestimmungen des ATSG wird auf die Einsprache an die verfügende IV-Stelle verzichtet und wieder das Vorbescheidsverfahren eingeführt. Als weitere Massnahme gegen die Beschwerdeflut hat das Parlament – im Einklang mit dem künftigen Bundesgerichtsgesetz – eine moderate Kostenpflicht eingeführt. Je nach Aufwand wird eine Kostenbeteiligung von CHF 200.– bis 1000.– für eine abgewiesene Beschwerde erhoben. Neu prüft das Bundesgericht nur noch die korrekte Rechtsanwendung, aber nicht mehr den ganzen Sachverhalt (Kognitionsbeschränkung). Der Sachverhalt wird jedoch von den kantonalen Versicherungsgerichten vollumfänglich geprüft.
- 2007 Die 5. IV-Revision wird in der Referendumsabstimmung mit 59,1 Prozent Ja-Stimmen gutgeheissen.
- 2008 Inkrafttreten der 5. IV-Revision und der Bestimmungen über den neuen Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen (NFA). Mit der 5. IV-Revision werden Früherfassungs- und Frühinterventions-Massnahmen sowie Integrationsmassnahmen und Einarbeitungszuschüsse eingeführt. Die laufenden Ehegatten-Zusatzrenten werden aufgehoben und die Bestimmungen betreffend Rentenbeginn und -revision verschärft. NFA: Der Bund übernimmt 37,7 Prozent der jährlichen IV-Ausgaben. Daran müssen sich die Kantone nicht mehr beteiligen, dafür aber die Sonderschulung sowie die Bau- und Betriebsbeiträge an Institutionen voll übernehmen.
- 2010 Die Botschaft zur 6. IV-Revision (erstes Massnahmenpaket 6a) wird rege diskutiert. Es geht darum, den nach Wegfall der Zusatzfinanzierung durch die Mehrwertsteuer im Jahr 2018 verbleibenden Fehlbetrag von rund 800 Mio. Franken durch Leistungseinsparungen in zwei Schritten (6a und 6b) auszugleichen. Der Slogan «Eingliederung aus der Rente» macht die Runde.
- 2011 Die IV wird aus dem AHV-Ausgleichsfonds herausgelöst und erhält einen eigenen Ausgleichsfonds, der zusammen mit denjenigen der AHV und der EO von der ZAS verwaltet wird. Zudem greift ab Januar die auf sieben Jahre, d.h., bis Ende 2017, befristete Zusatzfinanzierung durch Mehrwertsteuereinnahmen.
- 2012 Das erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (6a) tritt per 1. Januar in Kraft. Es bringt eine eingliederungsorientierte Rentenrevision (weg von «einmal Rente, immer Rente» hin zu «Rente als Brücke zur Eingliederung») mit verbesserten Anreizen für Arbeitgeber, Übergangsleistungen und ein erleichtertes Wiederaufleben der Rente. Weiter erfolgen ein Umbau der Hilflosenentschädigung mit Einführung des Assistenzbeitrags und Preissenkungen im Hilfsmittelbereich.

- 2013 Nachdem die IV-Revision 6b schon in der parlamentarischen Behandlung wesentlich zurückgestutzt wurde, scheidet sie in der Schlussabstimmung der Sommersession im Parlament. Dies, weil sich SP und SVP nicht über den Interventionsmechanismus zur Entschuldung einigen konnten.
- 2014 Der Bundesbeitrag an die IV ist nicht mehr an 37,7 Prozent der Ausgaben gebunden, sondern wird entsprechend den MwSt.-Einnahmen indiziert.
- 2017 Der Bundesrat lanciert im Februar seine Botschaft zur *Weiterentwicklung* der IV. Ziel ist eine angemessene, koordinierte Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Versicherten mit psychischen Beeinträchtigungen. Zudem soll zu einem stufenlosen Rentensystem (beginnend ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent, ganze Rente ab Invaliditätsgrad 70 Prozent) gewechselt werden. Die befristete Zusatzfinanzierung durch die Mehrwertsteuer läuft Ende Jahr aus.
- 2018 Für die Ermittlung des Invaliditätsgrads von Personen mit Teilzeitarbeit wird neu betreffend Erwerbstätigkeit auf eine hypothetische Vollerwerbstätigkeit abgestellt. Für die Betätigung im Aufgabenbereich (Haushalt) wird gleich gerechnet wie für Versicherte, die sich vollständig dem Aufgabenbereich widmen.
- 2020 Das Parlament nimmt in der Schlussabstimmung der Sommersession die Vorlage zur 7. IV-Revision an. Die IV-Revision 6b wurde 2013 abgelehnt und fallen gelassen. Die Weiterentwicklung der IV ist breit abgestützt. Auf ein Referendum wurde verzichtet. Das Entwickeln der einschlägigen Verordnungen braucht Zeit.
- 2022 Per 1. Januar tritt die 7. IV-Revision in Kraft. Die Weiterentwicklung der IV hat zum Ziel, die Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und psychisch erkrankten Versicherten – in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren – zu verbessern. Das Eingliederungspotenzial der Versicherten soll ausgeschöpft und die Vermittlungsfähigkeit optimiert werden. Zudem wird das Rentensystem feiner abgestuft.
- 2024 Wenn bei der Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf ein tatsächliches Einkommen, sondern auf ein hypothetisches Einkommen abgestützt werden muss, werden Tabellenlöhne gemäss Lohnstrukturhebung des Bundesamts für Statistik herangezogen. Ab 2024 sind die Tabellenlöhne pauschal um 10 Prozent, bzw. mit funktioneller Leistungsfähigkeit von unter 50 Prozent um 20 Prozent zu reduzieren. Bereits laufende Renten werden nach den neuen Voraussetzungen von der IV-Stelle innerhalb von drei Jahren revidiert. Weiter werden neu neben den Kostenbeiträgen (HVI) für Blindenhunde solche auch für Mobilitätsassistenten-, Epilepsiewarn- und Autismusbegleithunde gewährt.
- Anpassungen erfolgen auch aufgrund der AHV-Reform 21 (Altersrentenvorbezug, schrittweise Erhöhung Referenzalter Frauen, usw.).

4. Organisation (IVG 53–65, IVV 40–64)

Die Invalidenversicherung wird durch die IV-Stellen in Zusammenarbeit mit den Organen der AHV und unter Aufsicht des Bundes durchgeführt (IVG 53 I).

Sie ist organisatorisch eng mit der AHV verbunden. Der IV-Beitragsbezug sowie die Berechnung und die Ausrichtung von IV-Taggeldern und IV-Renten erfolgen durch die AHV-Ausgleichskassen.

Die 26 kantonalen IV-Stellen – und die IV-Stelle des Bundes für Versicherte im Ausland (IV-Stelle 27 an der Zentralen Ausgleichsstelle in Genf) – sind zuständig für (IVG 57):

- ▶ die eingliederungsorientierte Beratung;
- ▶ die Früherfassung;
- ▶ das Bestimmen, das Überwachen und das Durchführen der Massnahmen der Frühintervention einschliesslich der notwendigen Beratung und Begleitung;
- ▶ das Abklären der versicherungsmässigen Voraussetzungen;
- ▶ das ressourcenorientierte Abklären der Eingliederungsfähigkeit der versicherten Personen unter Einbezug der jeweils relevanten Akteure;
- ▶ das Bestimmen der Eingliederungsmassnahmen (unter Einbezug der jeweiligen Akteure), das Durchführen und Überwachen dieser Massnahmen, Beratung und Begleitung der versicherten Person und deren Arbeitgeber während der Eingliederung und Prüfen des Rentenanspruchs sowie Prüfen der Wiederholung einer Eingliederungsmassnahme und Anpassung des Eingliederungsziels im Fall des Abbruchs der Massnahme, dies speziell bei jungen Versicherten sowie die notwendige Begleitung der versicherten Personen während der Massnahmen;
- ▶ Beraten und Begleiten der versicherten Person und von deren Arbeitgeber nach Abschluss von Eingliederungsmassnahmen oder nach Aufhebung einer Rente;
- ▶ Beraten und Begleiten von Rentenbeziehenden mit Eingliederungspotenzial ab dem Zeitpunkt der Berentung;
- ▶ das Bemessen des Invaliditätsgrads, der Hilflosigkeit und der von der versicherten Person benötigten Hilfeleistungen;
- ▶ den Erlass der Verfügungen über die IV-Leistungen;
- ▶ die Öffentlichkeitsarbeit;
- ▶ die Koordination der medizinischen Massnahmen mit dem Kranken- und Unfallversicherer;
- ▶ die Kontrolle der Rechnungen für die medizinischen Massnahmen;
- ▶ das Führen und Veröffentlichen einer Liste – die insbesondere Angaben zu allen beauftragten Sachverständigen und Gutachterstelle enthält – strukturiert nach Fachbereich, Anzahl der jährlich begutachteten Fälle und attestierten Arbeitsunfähigkeiten.

Der Bundesrat kann ihnen weitere Aufgaben zuweisen (vgl. IVV 41).

Regionalärztliche Dienste (RAD; IVG 54a, IVV 49/I^{bis})

Um über den Leistungsanspruch einer versicherten Person mit gesundheitlicher Beeinträchtigung entscheiden zu können, müssen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs beurteilen können. Dazu richten die IV-Stellen interdisziplinär zusammengesetzte regionale ärztliche Dienste ein (RAD). Die RAD sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig.

Die RAD legen für die IV die massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für das Ausüben einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich fest. In der Festsetzung der funktionalen Leistungsfähigkeit haben die RAD sämtliche Einschränkungen – die aus der Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit der versicherten Person folgen – zu berücksichtigen. Zudem haben sie die festgesetzte funktionelle Leistungsfähigkeit nachvollziehbar zu begründen.

- ▶ Weil den IV-Stellen im Rahmen der IV-Reform 2022 die Fallführung (auch im medizinischen Bereich) übertragen wurde, werden die IV-Stellen, speziell betreffend Leistungen für Minderjährige, auf die Beurteilung durch den RAD angewiesen sein.

Aufgaben der AHV-Ausgleichskassen (IVG 60, IVG 66)

Grundsätzlich gelten für den Vollzug der IV die Bestimmungen der AHV. Die Ausgleichskassen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- ▶ das Mitwirken in der Abklärung der versicherungsmässigen Voraussetzungen
- ▶ das Berechnen der Renten, Taggelder und Entschädigungen für Betreuungskosten;
- ▶ das Auszahlen der Renten, Taggelder und Entschädigungen für Betreuungskosten sowie die Auszahlung der Hilflosenentschädigungen an Volljährige.

Der zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) fällt die Aufgabe zu, gewisse behinderungsbedingte Leistungen (z.B. den Assistenzbeitrag, Hilflosenentschädigung für Minderjährige) direkt an die anspruchsberechtigte Person auszu zahlen.

Fallführung (IVV 41a; vgl. auch 11.1.1.1)

Die Stärkung des Eingliederungspotenzials von Kindern, Jugendlichen und psychisch erkrankten Versicherten hängt von der Zusammenarbeit zwischen der versicherten Person einerseits und den beteiligten Akteuren andererseits ab. Mit der Weiterentwicklung der IV wird der **Grundsatz einer einheitlichen und durchgehenden Fallführung durch die IV-Stellen** konsequent umgesetzt bzw. weiter gestärkt (die richtige Massnahme zur richtigen Zeit).

Neu wird die Fallführung auch im medizinischen Bereich (IVG 12+13) eingeführt. Eine persönliche und aktive Begleitung der IV-Stelle im Rahmen dieser Fallführung wird nur mit dem Einverständnis der versicherten Person oder von deren gesetzlichen Vertretung durchgeführt. Die IV-Stellen können für die Durchführung der Fallführung bei medizinischen Massnahmen im Einzelfall geeignete Dritte beiziehen.

Damit die Fallführung in den IV-Stellen möglichst einheitlich umgesetzt wird, werden die wichtigsten Elemente (die Grundidee, die Arbeitsschritte, die Instrumente sowie die Verantwortlichkeiten) in einer Verordnung geregelt.

Aufsicht (IVG 64, IVV 53)

Das BSV übt die fachliche, die administrative und finanzielle Aufsicht über die IV-Stellen (und über die RAD) aus. Dabei gibt es Kriterien vor, um die Wirksamkeit, die Qualität und die Einheitlichkeit im Erfüllen der Aufgaben zu gewährleisten, und überprüft das Einhalten dieser Kriterien.

Tarifverträge durch BSV (IVG 27, 27^{quater}, IVV 24/III, IVV 24^{bis-sexies})

Die praktische Durchführung der übrigen Eingliederungsmassnahmen erfolgt durch ausserhalb der Verwaltung stehende Personen und Institutionen. Dazu hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen sowie den Anstalten und Werkstätten, die Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen durchführen, Verträge und Tarifvereinbarungen abgeschlossen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV wurde der Bundesrat beauftragt, die Tarife im Bereich der IV mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen zu koordinieren.

4.1 Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ, IVG 68^{bis}, VVG 39b, BVG 86a II lit. f)

Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) bedeutet ein koordiniertes Miteinander im Dienst der betroffenen Menschen. Die Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen aus den Bereichen der sozialen Sicherheit, Integration und Bildung soll den Ausschluss aus dem Erwerbs- und Gesellschaftsleben verhindern. Für Personen, die in mindestens zwei Institutionen angemeldet sind, ist eine (sozial-)versicherungsübergreifende Koordination wichtig.

IIZ umfasst die Zusammenarbeit von zwei oder mehreren Institutionen im Bereich der sozialen Sicherheit, Integration und Bildung mit dem übergeordneten Ziel, die Eingliederungschancen von Personen in den ersten Arbeitsmarkt zu verbessern und die verschiedenen Systeme optimal aufeinander abzustimmen. Die Massnahmen und Angebote der Vollzugsstellen sollen – im Interesse der unterstützten Person und dem gezielten staatlichen Mitteleinsatz – wirksamer und effizienter eingesetzt werden können. Die Zielsetzungen der einzelnen Institutionen, insbesondere die Ausbildungs- und Arbeitsintegration, sollen mit Hilfe der IIZ unterstützt werden. Systemübergreifendes, vernetztes Denken und Handeln muss in den einzelnen Institutionen verankert und laufend weiterentwickelt werden.

Durch die Weiterentwicklung der Eingliederung im Rahmen der 7. IV-Revision erhält die IIZ eine systemrelevante Bedeutung.

Die IV-Stellen arbeiten eng mit der Arbeitslosenversicherung und den Kantonen zusammen, um den Zugang zu geeigneten Eingliederungsmassnahmen zu erleichtern; dies für Versicherte, die sich auf der IV-Stelle zur Früherfassung oder zum Leistungsbezug gemeldet haben, dies mit

- ▶ allen Sozialversicherungen (inklusive berufliche Vorsorge);
- ▶ den dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstellten Privatversicherungen (z.B. in Bezug auf die Krankentaggeldversicherung);

- ▶ den kantonalen Instanzen, die Jugendliche mit Mehrfachproblematiken betreuen;
- ▶ den Durchführungsorganen der öffentlichen Sozialhilfe;
- ▶ öffentlichen und privaten Organen der Asyl-, Ausländer- und Integrationsgesetzgebung;
- ▶ weiteren für die Eingliederung von Versicherten wichtigen Institutionen.

Für 13- bis 24-Jährige, die von Invalidität bedroht sind und ein Gesuch um IV-Leistungen gestellt haben, können sich die IV-Stellen an den Kosten für die erstmalige berufliche Ausbildung (IVG 16/I) beteiligen. Dazu muss mit den zuständigen kantonalen Instanzen eine Vereinbarung bestehen. Die IV-Stellen sind befugt, diesbezügliche Verträge abzuschliessen. Der Tarif muss orts-, marktüblichen sowie marktwirtschaftlichen Kriterien entsprechen (IVV 24^{sexies}).

Zusammenarbeitsvereinbarungen (IVV 98^{ter-4.querter})

Die Weiterentwicklung der IV zielt darauf ab, die Zusammenarbeit der Versicherung mit den für die Eingliederung wichtigsten Akteuren, nämlich den Arbeitgebenden und den behandelnden Arztpersonen, zu verbessern und verstärkt zu koordinieren. Damit kann die Wirkung der spezifischen, auf die Zielgruppen der Weiterentwicklung der IV ausgerichteten Massnahmen verstärkt werden.

Das EDI ist zuständig für den Abschluss von Zusammenarbeitsvereinbarungen mit den Dachverbänden der Arbeitswelt im Sinne von IVG 68^{sexies}. Die gesamtschweizerisch oder regional tätigen Dachverbände der Arbeitswelt stellen dem BSV Antrag. Bevor das EDI eine Zusammenarbeitsvereinbarung abschliesst, hört es die eidg. AHV/IV-Kommission an.

4.1.1 Kantonale Brückenangebote (IVV 4^{quinquies} III, IVV 96^{quater})

Die Kantone kennen bereits im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes Brückenangebote zum Füllen schulischer Lücken (z.B. 10. Schuljahr), Angebote für Praktika zum Sammeln von Arbeitserfahrungen usw. Sie finden in der Regel nach der obligatorischen Schulzeit und primär in Regelstrukturen der Berufsbildung statt. Für gesundheitlich beeinträchtigte Personen bis zum 25. Altersjahr kann die IV-Stelle auf solche Angebote zurückgreifen und sich bis zu einem Drittel an den Kosten beteiligen.

4.1.2 Einführung eines Personalverleihs (IVG 18a^{bis}/III lit. b, IVV 6^{quinquies})

Für die Integration von psychisch erkrankten Erwachsenen (25- bis 65-Jährige), wird ein Personalverleih eingeführt um den Zugang zum 1. Arbeitsmarkt zu erleichtern. Dazu kann die IV-Stelle einen nach dem Arbeitsvermittlungsgesetz zugelassenen oder aufgrund seiner gemeinnützigen Tätigkeit bereiten Personalverleiher beiziehen. Dieser Personalverleiher muss über spezifisches Fachwissen bezüglich der Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen verfügen.

Die IV kommt für die Kosten und Leistungen auf und für die «durch den Gesundheitszustand der versicherten Person bedingten Mehrkosten» für die Beiträge an die berufliche Vorsorge und für Krankentaggeld-Prämien.

4.1.3 Arbeitgeber – Risiko für Mitwirkende senken

Arbeitgebende gehören zu den wichtigsten Akteuren im Umgang mit ersten Anzeichen von psychischen Problemen und Erkrankungen von Mitarbeitenden am Arbeitsplatz. **Die Zusammenarbeit mit ihnen ist nötig, damit die Betroffenen weiter im Arbeitsprozess bleiben oder neu eingliedert werden können.** Sie werden mit entsprechenden Angeboten der IV-Stellen im Umgang mit psychisch erkrankten Arbeitnehmenden besser unterstützt; vgl. Aufstellung 9.2.7.

- ▶ Für Arbeitgebende, die mithelfen, jemanden einzugliedern, werden zudem das Risiko und die Hürden weiter gesenkt.
- ▶ Die bereits heute angebotene Beratung und Begleitung der Arbeitgebenden während und über die Eingliederungsphase hinaus wird explizit im Gesetz verankert.

4.1.4 Arztpersonen stärker am Eingliederungsprozess beteiligen

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte nehmen für die IV eine massgebliche Rolle ein, denn sie sind für ihre Patienten/Patientinnen Vertrauenspersonen und können sie während der Eingliederungsphase entscheidend motivieren. Sie kennen den Krankheitsverlauf ihrer Patienten/Patientinnen besser als die anderen involvierten Akteure. Ihre konstruktive Mitarbeit ist für den Eingliederungserfolg zentral.

Schon heute stellen sie den IV-Stellen Informationen über gesundheitliche Einschränkungen und Potenzial ihrer Patientinnen/Patienten bezüglich ihrer Erwerbsfähigkeit zur Verfügung. Die IV-Stellen benötigen diese medizinischen Fakten und Beurteilungen, um erfolgversprechende Eingliederungsmassnahmen zu identifizieren.

Neu informieren die IV-Stellen die Arztpersonen und umgekehrt über ihre Resultate sowie über die Schritte, die für die Patientinnen und Patienten vorgesehen oder mit ihnen vereinbart wurden. Dieser Datenaustausch ist neu im Gesetz verankert (IVG 66a/I).

- ▶ Die IV-Stellen können so gezielt die Beurteilung der Arztpersonen einholen, ob geplante Massnahmen erfolgversprechend sind.
Arztpersonen sind dank der Informationen besser in der Lage, ihre Patientinnen und Patienten während Eingliederungsmassnahmen zu unterstützen.

Arztpersonen können auch an den eingliederungsorientierten Beratungen mit den Patientinnen/Patienten teilnehmen oder von den IV-Stellen bei Bedarf in der Begleitung von Patientinnen/Patienten beigezogen werden.

Weiter werden Arztpersonen im Rahmen ihrer fachärztlichen Fort- oder Weiterbildung besser über Versicherungsmedizin und IV-Recht sowie über die Zielsetzungen der Sozialversicherungen informiert. Damit wird ihr Verständnis für die Notwendigkeit und Bedeutung medizinischer Informationen gefördert, die sich auf die Erwerbsfähigkeit beziehen.

5. Versicherte Personen (IVG 1, AHVG 1–2, AHVV 1–5)

Der Kreis der versicherten Personen deckt sich mit demjenigen der AHV.

Versicherteneigenschaft in der AHV/IV	
obligatorisch (Pflichtversicherung), AHVG 1a I für natürliche Personen, die <ul style="list-style-type: none">➔ in der Schweiz arbeiten oder➔ hier als nicht erwerbstätig wohnen➔ sowie für Schweizer/innen, die im Dienst der Eidgenossenschaft (Bundespersonalgesetz), einer internationalen Organisation mit Sitzabkommen oder für ein anerkanntes Hilfswerk im Ausland tätig sind	
fakultative Versicherung für Personen, die nicht mehr obligatorisch versichert sind	
» Die Versicherung weiterführen können (AHVG 1a III) <ul style="list-style-type: none">▶ Personen, die im Ausland von einem Schweizer Arbeitgeber beschäftigt und von der Schweiz aus entlohnt werden▶ nicht erwerbstätige Studierende bis zum 30. Altersjahr mit Wohnsitz im Ausland wenn sie die unmittelbar letzten fünf Jahre in der Schweizer AHV versichert waren und der Antrag innerhalb von sechs Monaten ab Auslandaktivität gestellt wird	
» Der Versicherung beitreten können (AHVG 1a IV) <ul style="list-style-type: none">▶ Nichterwerbstätige Ehegatten, die ihren weiter in der AHV/IV obligatorisch versicherten Ehegatten (Entsendung, Weiterführung oder gemäss AHVG 1a IV lit. c) ins Ausland begleiten▶ Personen mit Schweizer Wohnsitz und Beitragspflicht in einem Vertragsstaat gemäss Erwerbsortsprinzip (Doppelversicherung)▶ Internationale Beamte mit Schweizer Bürgerrecht, wenn sie nicht mehr in der AHV versichert sind	
» Freiwillige Versicherung gemäss AHVG 2 Für Schweizer/innen und Personen, die unter das FZA bzw. EFTA-Übereinkommen fallen, sofern sie die unmittelbar letzten fünf Jahre in der Schweizer AHV versichert waren, den Wohnsitz ausserhalb der EU-/EFTA-Staaten begründen und den Antrag innert eines Jahres nach Aufgabe des Schweizer Wohnsitzes stellen	

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel (IVG 3, 77–80)

Die Finanzierung der IV erfolgt (wie für die AHV) nach dem **Ausgaben-Umlageverfahren**. Die gesetzlich zu erbringenden Leistungen werden finanziert durch

- ▶ Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber.
- ▶ Beiträge des Bundes.
Der Ausgangswert des Bundesanteils sind 37,7 Prozent des arithmetischen Mittels der um 1,6 Prozent gekürzten IV-Ausgaben von 2010 und 2011. Dieser Betrag wird jährlich an die Entwicklung der MwSt.-Einnahmen angepasst (mit Korrekturfaktor). 2022 belief sich der Bundesanteil an der IV-Finanzierung auf 3,9 Mrd. Franken. Die Gesamtaufwendungen der IV beliefen sich auf 9,7 Mrd. Franken (ergibt einen Bundesanteil von 40%).
Vom Bundesanteil werden die Aufwendungen für die Hilflosenentschädigung und die ausserordentlichen Renten abgezogen. (Die Hilflosenentschädigungen werden ausschliesslich aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert).
- ▶ Vermögenserträge des Ausgleichsfonds der Invalidenversicherung.
- ▶ Einnahmen aus dem Rückgriff auf haftpflichtige Dritte (Regresseinnahmen).

Finanzielle Entwicklung der IV

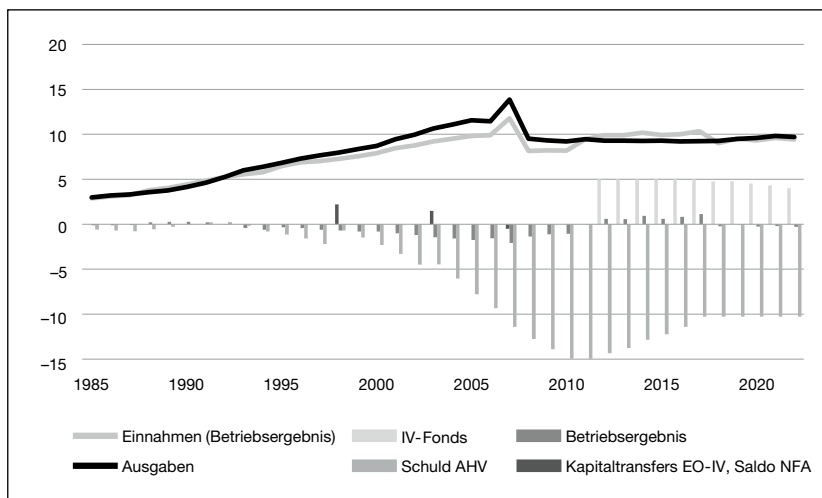
Die Entwicklung der IV-Finanzien durchlief im Lauf der Jahre verschiedene Phasen. In den 1990er-Jahren setzte eine Entwicklung mit kontinuierlich wachsenden Jahresdefiziten ein. Im Jahr 2005 machte das Defizit 15 Prozent der Ausgaben aus und die Verschuldung belief sich auf 7,7 Mrd. Franken. In den Jahren 2006 und 2007 blieben die Verluste der IV-Rechnung mit je 1,6 Mrd. auf konstant hohem Niveau. Seit 2008, d.h., der Einführung des NFA (Neuer Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen) und der 5. IV-Revision, verringerte sich der Verlust der IV-Rechnungen auf 1,0 Mrd. Franken.

Bis Ende 2010 wurde für die AHV und die IV ein gemeinsamer Ausgleichsfonds geführt, was zur Folge hatte, dass die Defizite der IV von mittlerweile 15 Mrd. Franken die Erträge der AHV schmälerten. In der Folge wurde per 01.01.2011 für die IV ein eigenständiger Fonds gebildet und mit einem Darlehen von 5 Mrd. Franken der AHV gespeist.

Auf den 1. Januar 2011 ist das Bundesgesetz über die Sanierung der IV in Kraft getreten. Infolge dessen flossen zwischen 2011 und 2017 Mehrwertsteuereinnahmen in die IV, dank denen ein weiteres Anwachsen des IV-Defizits verhindert werden konnte. Derweilen hat der Bund die jährlichen Schuldzinsen an die AHV übernommen und der Anlagegewinn aus dem IV-Fonds fliesst ebenfalls an die AHV (zum Abbau der Schulden). Bis Ende 2017 ist die IV-Schuld bei der AHV auf 10,3 Mrd. Franken gesunken. 2018 endeten die Unterstützungsmassnahmen. Mangels Einnahmenüberschuss konnten in der Folge keine Rückzahlungen mehr an den AHV-Ausgleichsfonds getätigt werden.

Die IV-Reform 2022 sollte mittelfristig kostenneutral bleiben. Die deutlichen Mehrauslagen betreffend Frühintervention und Eingliederung werden durch etwas geringere Taggeldleistungen und entfallende Vollrenten kompensiert.

Entwicklung der IV-Finzen seit 1985 in Mrd. Franken



Quelle: IV-Statistik 2022

6.2 Beitragspflichtige Personen (IVG 2)

Wer der AHV-Beitragspflicht unterstellt ist, ist dies auch gegenüber der Invalidenversicherung.

6.3 Dauer der Beitragspflicht (IVG 3)

Die IV-Beitragspflicht beginnt für Erwerbstätige mit Aufnahme der Erwerbstätigkeit, frühestens am 1. Januar nach vollendetem 17. Altersjahr. Für Nichterwerbstätige beginnt sie am 1. Januar nach vollendetem 20. Altersjahr.

Sie endet mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, frühestens jedoch wie für die Nichterwerbstätigen, mit Erreichen des Referenzalters (65. Altersjahr). Frauen der Jahrgänge 1960 bis und mit 1963 erreichen das Referenzalter schon früher (Jg. 1960 mit 64, 1961 mit 64 $\frac{1}{4}$, 1962 mit 64 $\frac{1}{2}$ und 1963 mit 64 $\frac{3}{4}$ Jahren). Für Personen, die länger als bis zu diesem Zeitpunkt einer Erwerbstätigkeit nachgehen, kommt der jährliche Freibetrag zur Anwendung (sofern zwecks späterer Rentenaufbesserung nicht darauf verzichtet wird; vgl. AHV 6.3).

6.4 Beitragshöhe und Berechnungsbasis (IVG 3, IVV 1, AHVG 3–16, AHVV 6–43)

6.4.1 Unselbständigerwerbende

Arbeitnehmende entrichten den IV-Beitrag analog dem AHV-Beitrag aufgrund des massgebenden Lohnes. Der paritätische IV-Beitrag von total 1,4 Prozent ist auf Stufe Gesetz geregelt. Er wird je zur Hälfte von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber getragen. Der Arbeitgeber zieht den Arbeitnehmerbeitrag vom Lohn ab (für AHV/IV/EO 5,3 Prozent) und überweist diesen zusammen mit seinem Arbeitgeberbeitrag der zuständigen AHV-Ausgleichskasse.

6.4.2 Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG)

ANOBAG entrichten einen IV-Beitrag von 1,4 Prozent auf dem Reineinkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit (gemäss Meldung der direkten Bundes- oder Quellensteuer). Seit 2012 gelten für sie dieselben Beitragssätze wie für Arbeitnehmende, wobei ANOBAG auch der Arbeitgeberanteil in Rechnung gestellt wird.

6.4.3 Selbständigerwerbende

Der IV-Beitrag von 1,4 Prozent wird aufgrund des Reineinkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit (direkte Bundessteuer) durch die zuständige AHV-Ausgleichskasse zusammen mit den Beiträgen für die AHV und die Erwerbsersatzordnung erhoben. Für Selbständigerwerbende mit einem entsprechenden Reineinkommen unter CHF 58 800.– pro Jahr (seit 2023) kommt eine sinkende Beitragsskala zur Anwendung.

6.4.4 Nichterwerbstätige

Der Nichterwerbstätigenbeitrag ist abhängig von der Höhe des Vermögens und dem allfälligen Ersatzeinkommen (vgl. Kapitel III, AHV). Für Studierende bis zum 25. Altersjahr (31. Dezember des betreffenden Jahres) und Personen mit einem massgebenden Vermögen von unter CHF 340 000.– wird ein Beitrag von CHF 512.– pro Kalenderjahr (seit 2023) erhoben. Davon fliessen CHF 68.– in die IV. Für Vermögen ab 8,74 Mio. Franken beläuft sich der IV-Beitrag auf CHF 3400.–.

7. Leistungsübersicht



8. Anspruchsberechtigte Personen

Versicherte, denen wegen einer Gesundheitsschädigung längerfristig eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit droht, und solche, die in ihrer Erwerbsfähigkeit bleibend oder für längere Zeit eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Arbeitsunfähigkeit (ATSG 6)

ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

- ▶ Ruft nach Pflege/Heilbehandlung (was nicht zulasten der Invalidenversicherung geht), Frühintervention, Hilfsmitteln, Eingliederungsmassnahmen und damit verbundenen Taggeldern.

Erwerbsunfähigkeit (ATSG 7)

ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

- ▶ Ruft nach Rente (und evtl. Hilflosenentschädigung).

Für die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Invalidität (ATSG 8)

ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Minderjährige gelten als invalid, wenn der Gesundheitsschaden voraussichtlich später ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen wird. Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen.

Die Invalidität setzt drei Elemente voraus	
▶▶ einen Gesundheitsschaden	▶ medizinisches Element
▶▶ eine Erwerbsunfähigkeit	▶ wirtschaftliches Element
▶▶ einen direkten Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden und der Erwerbsunfähigkeit	▶ kausales Element

Unerheblich ist, ob die Invalidität körperlicher oder geistiger Natur ist und ob sie durch ein Geburtsgebrechen, eine Krankheit oder einen Unfall verursacht wurde (IVG 4). Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Dieser ist für jede Leistungsart einzeln festzustellen (IVG 4 II).

Somit ist der Eintritt der Invalidität der massgebende Zeitpunkt für

- ▶ das Erfüllen der versicherungsmässigen Voraussetzungen;
- ▶ den Leistungsbeginn;
- ▶ das Bestimmen der Rentenberechtigten und der Berechtigung für eine Hilflosenentschädigung (Assistenzbedarf) und
- ▶ ggf. für die Rentenberechnung.

Im Zusammenhang mit der Eingliederung Jugendlicher gilt (IVV II^{ter})

▶ berufliche Erstausbildung

erstmalige berufliche Ausbildungen, unabhängig davon, ob von der IV finanziert oder nicht;

▶ Schulfähigkeit

Fähigkeit, eine Regel-, Sonder- oder Privatschule zu besuchen;

▶ Erwerbsfähigkeit

Fähigkeit, im ersten und im zweiten Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachzugehen.

Anspruchsberechtigte Personen

Anspruch auf Leistungen der IV haben Versicherte, die wegen eines Gesundheitsschadens in ihrer Erwerbstätigkeit oder in ihren bisherigen Aufgabenbereich teilweise oder ganz eingeschränkt sind. Dieser Gesundheitsschaden muss voraussichtlich für längere Zeit bestehen. Versicherte unter 20 Jahren können ebenfalls Leistungen der IV erhalten, wenn der Gesundheitsschaden ihre Erwerbstätigkeit voraussichtlich beeinträchtigen wird. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt aber nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen **entsteht** frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung. Kinder und Jugendliche bis zum 20. Altersjahr, die der Versicherung nicht oder nicht mehr unterstehen, haben höchstens Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wenn mindestens ein Elternteil freiwillig versichert ist (AHVG 2) oder während einer Erwerbstätigkeit im Ausland die AHV weiterführt (AHVG 1a III lit. a) bzw. aufgrund des FZA oder eines Länderabkommens versichert ist.

Der Anspruch auf IV-Leistungen **erlischt** Ende des Monats, in dem die Invalidität wegfällt, der Anspruch auf eine volle Altersrente (ggf. mit Altersrentenvorbezug) oder eine höhere Hinterlassenenrente entsteht oder die anspruchsberechtigte Person stirbt.

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Für in der Schweiz wohnhafte Personen mit Schweizer Bürgerrecht oder demjenigen eines EU- bzw. EFTA-Staates und ihre Kinder bestehen ausserhalb der invaliditätsbedingten Voraussetzungen keine besonderen Bestimmungen.

Wohnsitz im Ausland

Durch die Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland entfällt der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung. Eingliederungsmassnahmen werden in der Regel nur in der Schweiz durchgeführt (IVG 9 I). Viertelrenten werden nur an Versicherte – und ggf. ihre Angehörigen – mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt (IVG 29 IV).

8.2 **Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen**

Ausländische Staatsangehörige mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz haben Anspruch auf IV-Leistungen. Allerdings müssen sie für den Bezug von Leistungen (neben dem Erfüllen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen) mit Eintritt der Invalidität während mindestens eines Jahres – für eine IV-Rente mindestens dreier Jahre (IVG 36 I) – Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben (IVG 6 II).

Für im Ausland wohnhafte Angehörige dieser Personen werden keine Leistungen erbracht.

Kinder, die das 20. Altersjahr noch nicht vollendet haben, können Eingliederungsmassnahmen beanspruchen, wenn mindestens ein Elternteil versichert ist. Zudem muss das Kind in der Schweiz invalid geboren worden sein oder sich mit Eintritt der Invalidität seit mindestens einem Jahr oder seit der Geburt ununterbrochen hier aufgehalten haben. Falls die Mutter im Ausland geboren hat (vermeiden, dass Kind staatenlos ist), ist das dort invalid geborene Kind den in der Schweiz geborenen gleichgestellt.

Mit Wohnsitz im Ausland

Durch die Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland entfällt der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung. Eingliederungsmassnahmen werden in der Regel nur in der Schweiz durchgeführt (IVG 9 I).

Angehörige von Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat (Länderabkommen), die aber nicht unter die Bestimmungen des FZA fallen, erhalten im Ausland keine Viertelrenten. Viertelrenten werden nur an Versicherte – und ggf. ihre Angehörigen – mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt (IVG 29 IV). Renten, die auf einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent beruhen, können zu den im Abkommen vereinbarten Konditionen im Ausland bezogen werden.

8.3 **Angehörige von Nichtvertragsstaaten**

Für in der Schweiz lebende Angehörige von Nichtvertragsstaaten gelten dieselben Anspruchsvoraussetzungen wie unter 8.2 erwähnt.

Mit Wohnsitz im Ausland

Sobald Angehörige von Staaten, mit denen die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen unterhält, den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz aufgeben, verlieren sie ihren Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

- ▶ Eine Rückerstattung geleisteter Beiträge ist nur in Bezug auf die AHV möglich, nicht aber für die Invalidenversicherung und die Erwerbsersatzordnung (vgl. Kapitel I, AHV 8.3.2).

Eine Sonderstellung nehmen anerkannte Flüchtlinge und Staatenlose ein

- ▶ Sofern sie sich zu Studienzwecken in einem EU-/EFTA-Staat aufhalten, fallen sie unter die Bestimmungen des FZA.
- ▶ Mit Aufgabe des Wohnsitzes und Aufenthalts in der Schweiz wird unterschieden, ob sich die Betroffenen neu in einem Vertrags- oder einem Nichtvertragsstaat aufhalten. Für Betroffene mit neuem Wohnsitz/Aufenthalt in einem Vertragsstaat gelten die betreffenden Bestimmungen. Im Nichtvertragsstaat hingegen entfällt der Anspruch auf IV-Leistungen.

9. Sachleistungen (inkl. kollektive Leistungen/Prävention)

Die IV-Reform 2022 (7. IV-Revision) setzt den Schwerpunkt auf die **Weiterentwicklung der Eingliederung; dies speziell für Jugendliche**, welche die obligatorische Schulzeit noch nicht oder gerade abgeschlossen haben. Ihre Chancen auf eine ihren Fähigkeiten und ihrem Gesundheitszustand entsprechende Berufsbildung soll erhöht und Invalidität möglichst verhindert werden. Deshalb werden die Früherfassung und die Frühintervention auf von Invalidität bedrohte Minderjährige ab dem (vollendeten) 13. Altersjahr ausgeweitet. Zudem wird die Früherfassung auch auf Jugendliche und junge Erwachsene mit drohender Arbeitsunfähigkeit ausgedehnt (vgl. 9.2.0 ff.).

Unter den Sachleistungen gilt es zwischen Erstmassnahmen und eigentlichen Eingliederungsmassnahmen zu unterscheiden. Zu den Erstmassnahmen zählen die eingliederungsorientierte Beratung, die Früherfassung und Frühinterventionsmassnahmen.

9.1 Erstmassnahmen (IVG 3a–3c)

9.1.1 Eingliederungsorientierte Beratung (IVG 3a)

Bereits vor einer IV-Anmeldung **kann** die IV-Stelle eine eingliederungsorientierte Beratung gewähren, wenn die berufliche Eingliederung einer versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen gefährdet ist oder die Gefahr besteht, dass sie deshalb an ihrem Arbeitsplatz nicht weiterbeschäftigt werden kann. Diese Beratung kann **auf Ersuchen** der versicherten Person, des Arbeitgebers, der behandelnden Arztperson/-en sowie der betroffenen Akteure des Bildungswesens erfolgen.

9.1.2 Früherfassung (IVG 3a^{bis}–3c, 7d; IVV 1^{quater}+1^{quinquies})

Durch die Früherfassung soll Invalidität (ATSG 8) verhindert werden.

Die Früherfassung zielt darauf ab, so früh wie möglich mit Personen in Kontakt zu treten, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind und für welche die Gefahr einer Chronifizierung der gesundheitlichen Beschwerden besteht.

Die kostengünstigste und oft auch erfolgreichste Eingliederung für Erwachsene besteht im Erhalt des bisherigen Arbeitsplatzes. Die Frühintervention zielt deshalb speziell darauf ab, rechtzeitig noch bestehende Arbeitsverhältnisse zu erhalten und zu sichern.

9.1.2.1 Meldung

Auf der IV-Stelle im Wohnsitzkanton können sich folgende versicherten Personen melden oder gemeldet werden:

- a) Minderjährige ab dem 13. Altersjahr und junge Erwachsene bis zum 25. Altersjahr, die:
 - ▶ von Invalidität bedroht sind;
 - ▶ noch keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, und
 - ▶ von einer kantonalen Instanz betreut werden (IVG 68^{bis}/I^{bis}+I^{ter});
- b) arbeitsunfähige oder von einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit bedrohte Personen.

(Download-Formular auf www.ahv-iv.ch > Merkblätter & Formulare > Invalidenversicherung). Der Meldung kann ein ärztliches Zeugnis beigelegt werden.

Zur Meldung berechtigt sind:

- ▶ die versicherte Person selbst sowie ihre gesetzliche Vertretung,
- ▶ die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen,
- ▶ der Arbeitgeber,
- ▶ die behandelnde Arztperson bzw. Chiropraktor/in,
- ▶ der Krankenversicherer,
- ▶ dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstellte Versicherer, die eine Krankentaggeld- oder Rentenversicherung anbieten,
- ▶ Einrichtungen der beruflichen Vorsorge (Pensionskasse), wenn sie dem Freizügigkeitsgesetz unterstehen oder das Invaliditätsrisiko über einen Lebensversicherer gedeckt haben,
- ▶ der Unfallversicherer,
- ▶ die Durchführungsorgane der Arbeitslosenversicherung (Kassen, RAV),
- ▶ die Durchführungsorgane der kantonalen Sozialhilfegesetzgebung,
- ▶ die Militärversicherung,
- ▶ die kantonalen Instanzen (nach IVG 68^{bis}/I^{bis}+I^{ter}).

Wo die Meldung nicht direkt von der betroffenen Person erfolgt, muss diese von den Meldeberechtigten über ihre Früherfassungsmeldung zuhanden der IV-Stelle informiert werden. Damit die IV-Stelle die für eine Früherfassung und -intervention erforderlichen Angaben beschaffen kann, holt sie dazu von der betroffenen Person die Ermächtigung (Unterschrift) ein.

Nach Eingang der Früherfassungsmeldung

klärt die IV-Stelle die persönliche Situation der versicherten Person ab. Dabei berücksichtigt sie insbesondere die Ursachen und Auswirkungen der verminderten Fähigkeit der Person, eine Ausbildung zu absolvieren, oder von deren Arbeitsunfähigkeit. Die IV-Stelle beurteilt zudem, ob Frühinterventions-Massnahmen (IVG 7d) angezeigt sind.

Falls erforderlich, lädt die IV-Stelle die gemeldete Person zu einem Früherfassungsgespräch ein. Dabei wird eine erste Analyse der medizinischen und sozialberuflichen Situation vorgenommen und geprüft, ob eine IV-Anmeldung angezeigt ist oder nicht. Mit Einverständnis der versicherten Person können weitere Personen am Gespräch teilnehmen, z.B. der Arbeitgeber oder die Person/Institution, welche die Früherfassungsmeldung veranlasst hat. Die versicherte Person kann sich von einer Vertrauensperson begleiten lassen und die IV-Stelle eine Arztperson des RAD (regionalen ärztlichen Dienstes) hinzuziehen.

Geht aus der Meldung bereits eindeutig hervor, dass eine sofortige IV-Anmeldung (Integration/Rente) angezeigt oder die IV nicht zuständig ist, wird auf ein Früherfassungsgespräch verzichtet.

Innerhalb von 30 Tagen hat die IV-Stelle zu informieren, ob Frühinterventions- oder Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind. Damit endet die Früherfassung.

- ▶ **Falls Frühinterventions- oder Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind, benötigt die IV-Stelle von der betroffenen Person die IV-Anmeldung** (Integration/Rente), damit sie die erforderlichen Massnahmen einleiten und durchführen kann.
- ▶ Andernfalls erhält die betroffene Person die Mitteilung, es sei keine IV-Anmeldung erforderlich.
Wünschenswert ist, dass in diesem Fall die betroffene Person an eine geeignete Beratungsstelle verwiesen wird.

9.1.3 Frühintervention (IVG 7d, IVV 1^{sexties}-1^{octies})

Frühinterventionsmassnahmen sollen dazu beitragen, dass:

- a) gesundheitlich beeinträchtigte Minderjährige ab dem 13. Altersjahr und solche jungen Erwachsenen bis zum 25. Altersjahr beim Zugang zu einer erstmaligen beruflichen Ausbildung und in ihrem Eintritt in den Arbeitsmarkt unterstützt werden;
- b) arbeitsunfähige Versicherte (ATSG 6) ihren bisherigen Arbeitsplatz behalten können;
- c) die Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden.

Durch rasches Handeln kann unter Umständen einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes entgegengewirkt und verhindert werden, dass Personen vollständig oder teilweise aus dem Arbeitsprozess herausfallen.

Die IV-Stellen können folgende Massnahmen anordnen:

- a) **während der obligatorischen Schulzeit, ab dem 13. Altersjahr**
 - ▶ Berufsberatung: ¹ Berufsberatungsgespräche und -analysen
 - ▶ Arbeitsvermittlung: Stellensuche, bzw. Suche von Schnupper- oder Ausbildungsplatz
- ¹ Berufsberatung kann Versicherten während der obligatorischen Schulzeit gewährt werden, wenn sie ihnen den Zugang zu einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder den Eintritt in den Arbeitsmarkt erleichtern.

b) nach der obligatorischen Schulzeit für Jugendliche und für Erwachsene

- ▶ Anpassen des Arbeitsplatzes (behindertengerechter Arbeitsplatz),
- ▶ Ausbildungskurse,
- ▶ Arbeitsvermittlung: Stellensuche und Arbeitsplatzerhalt,
- ▶ Berufsberatung: Berufsberatungsgespräche und -analysen sowie Berufsberatungsmassnahmen,
- ▶ sozialberufliche Rehabilitation,
- ▶ Beschäftigungsmassnahmen,
- ▶ Beratung und Begleitung sowie Suche Einsatzplatz: Coaching-Leistung²

² **Eine Coaching-Leistung kann nur im Rahmen einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zugesprochen werden.** Die IV-Stelle definiert in einer Zielvereinbarung zusammen mit der versicherten Person und dem Leistungserbringer sowie gegebenenfalls mit dem Arbeitgeber die konkrete Fragestellung, das Ziel, den Umfang und die Dauer (inkl. Beginn) der Coaching-Leistung.

Eine Coaching-Leistung als Spezialfall von Beratung und Begleitung kann gesprochen werden, wenn es um die Lösung spezifischer Fragestellungen im Zusammenhang mit der Ausbildung, der Erwerbsarbeit oder der beruflichen Eingliederung allgemein geht, die eine vorübergehende intensivere Bearbeitung erfordern und die nicht mehr im Rahmen der Beratung und Begleitung angegangen werden können.

Auf Massnahmen der Frühintervention (die pro versicherte Person zwischen CHF 5000.– und maximal CHF 20 000.– kosten dürfen) besteht kein Rechtsanspruch.

Während Frühinterventionsmassnahmen werden keine IV-Taggelder ausbezahlt.

Die Frühintervention erstreckt sich maximal über eine Dauer von zwölf Monaten ab Einreichung der IV-Anmeldung und endet mit dem Grundsatzentscheid, ob der Eingliederungsweg gewählt werden soll oder ob die Rentenfrage zu prüfen ist. Der Frühinterventionsprozess wird mit dem Entscheid bezüglich Massnahmen beruflicher Art oder Integrationsmassnahmen bzw. der Mitteilung, die Rentenfrage werde geprüft, oder aber mit einer ablehnenden Leistungsverfügung abgeschlossen.

Mitwirkungspflicht/Miteinbezug der Arbeitgeber vgl. 11.3

9.2 Eingliederung (IVG 8–21^{quater}, IVV 2–14)

Invalide oder von Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, **soweit diese notwendig und geeignet sind**, die Erwerbsfähigkeit – oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen – wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Zudem müssen die massnahmenspezifischen Voraussetzungen erfüllt sein.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig davon, ob vor Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde. In der Festlegung der Massnahmen sind das Alter, der Entwicklungsstand, die Fähigkeiten und die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens speziell zu berücksichtigen.

Wenn eine Eingliederungsmassnahme abgebrochen wird, ist eine wiederholte Zusprache derselben oder einer anderen Eingliederungsmassnahme zu prüfen.

- ▶ In der erstmaligen beruflichen Ausbildung – und ihr gleichgesetzt die berufliche Weiterbildung im bisherigen oder in einem anderen Berufsfeld – besteht der Anspruch unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind, um die Erwerbsfähigkeit (oder Fähigkeit sich im Aufgabenbereich zu betätigen) zu erhalten oder zu verbessern.

Frist für Beurteilung gesetzlich verankert

Mit IVG 49 wird – und dies ist für ein Sozialversicherungsgesetz sehr selten – eine gesetzliche Frist für die Versicherungsträger verankert. **Die IV-Stelle hat spätestens zwölf Monate nach Anmeldung einen Entscheid über die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zu fällen.** Die IV-Stellen prüfen, ob aus objektiven oder subjektiven Gründen keine Eingliederungsmassnahme möglich ist oder ob zu einem zu bestimmenden Zeitpunkt derartige Massnahmen möglich sind.

Der Gesetzgeber wollte mit IVG 49 den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verstärken. **Vor jedem Rentenentscheid muss somit die IV-Stelle einen qualifizierten Entscheid über die Eingliederung fällen.** Wer als versicherte Person diesen Entscheid über die Eingliederung verunmöglicht, kann deshalb auch keinen Rentenentscheid erhalten.

Arten der Eingliederungsmassnahmen (IVG 8/III)

- ▶ **Medizinische Massnahmen**
nur für bis 20/25-Jährige; hauptsächlich Behandlung von Geburtsgebrechen sowie medizinische Massnahmen zur Eingliederung
- ▶ **Beratung und Begleitung**
verbindlicher Kontakt der versicherten Person zur IV-Stelle während des gesamten Eingliederungsprozesses bis drei Jahre nach der letzten Massnahme; ggf. auch für den Arbeitgeber
- ▶ **Integrationsmassnahmen**
zum Schliessen der Lücke zwischen sozialer und beruflicher Integration
- ▶ **Massnahmen beruflicher Art**
Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuch, Personalverleih, Einarbeitungszuschuss, Kapitalhilfe
- ▶ **Abgabe von Hilfsmitteln**
Hilfsmittel werden im Sinn des IVG als zur Eingliederung gehörig betrachtet. Im ATSG aber gelten sie als eigenständige Sachleistung, weshalb sie auch hier separat (9.3) behandelt werden.

Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden mit Eingliederungspotenzial (IVG 8a)

Personen, die eine IV-Rente beziehen haben Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung, sofern die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann und die Massnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Gemeint sind Beratung und Begleitung, Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art. Integrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden; Details vgl. 9.2.5.

9.2.0 Massnahmen zum Aufbau und Erhalt der Erwerbsfähigkeit: Jugendliche und junge Erwachsene

Um die herausfordernden Übergänge von der Schulzeit in die Berufsbildung und später in den Arbeitsmarkt zu bewältigen, werden Jugendliche und junge Erwachsene (d.h. 13- bis 25-Jährige) mit verschiedenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen gezielt unterstützt.

Wenn immer möglich, wird für diese Zielgruppe der Abschluss einer beruflichen Ausbildung angestrebt, der zentral für eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ist. Die erstmalige berufliche Ausbildung nach IVG 16 ist auf eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet. Bedürfen Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen einer Vorbereitung auf die berufliche Ausbildung, weil sie deren Anforderungen noch nicht erfüllen, werden sie mit Hilfe von Massnahmen unterstützt, die sich an der individuellen Ausgangslage der versicherten Person orientieren:

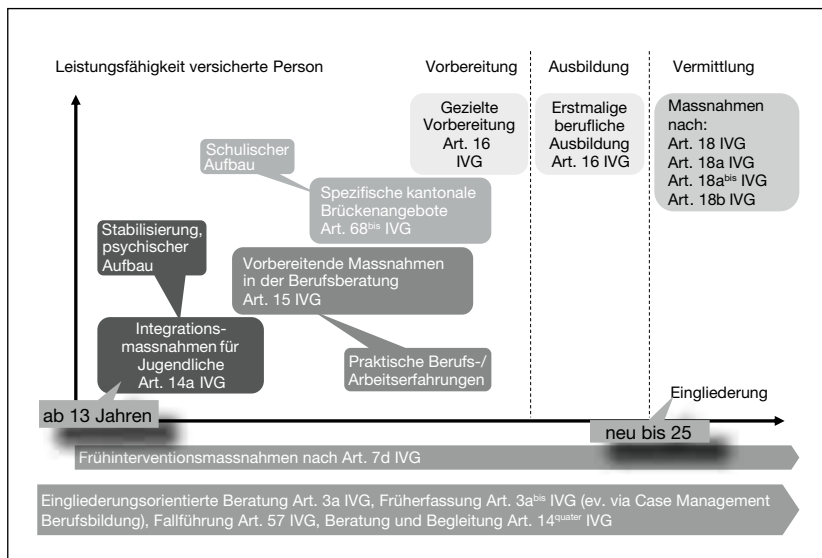
- ▶ **Integrationsmassnahmen** für Jugendliche (IVG 14a I, Bst. b) dienen dem Aufbau und der Stabilisierung von Präsenz- und Leistungsfähigkeit von nicht erwerbstätigen, invaliden oder von Invalidität bedrohten 13- bis 25-Jährigen;
- ▶ **Spezialisierte kantonale Brückenangebote** (IVG 68^{bis} 1^{ter}) beheben die schulischen Lücken von invaliden oder von Invalidität bedrohten 13- bis 25-Jährigen.

Die IV arbeitet mit kantonalen Instanzen zusammen, die für die Unterstützung der beruflichen Eingliederung von Jugendlichen zuständig sind. Sie kann sich weiter an der Finanzierung der kantonalen Instanzen, die für die Koordination der Unterstützungsmassnahmen zuständig sind, beteiligen, wenn

- a) die kantonalen Instanzen Jugendliche mit Mehrfachproblematik betreuen und
 - b) die Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Instanzen und der IV-Stelle sowie die finanzielle Beteiligung der IV in einer Vereinbarung geregelt sind.
- ▶ **In vorbereitenden Massnahmen in der Berufsberatung** (IVG 15 I) werden versicherte Personen, die infolge Invalidität Schwierigkeiten bei der Berufswahl haben, unterstützt und an die Herausforderungen des ersten Arbeitsmarkts herangeführt.
 - ▶ **In der gezielten Vorbereitung auf eine erstmalige berufliche Ausbildung** (IVG 16) werden die erforderlichen, noch nicht ausreichend vorhandenen Fähigkeiten für die anschliessende erstmalige berufliche Ausbildung erarbeitet.

Diese Massnahmen lassen sich nach der Leistungsfähigkeit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen hinsichtlich ihrer Nähe zu einer erstmaligen beruflichen Ausbildung verorten. Auch wenn die Massnahmen aufeinander aufbauen können, müssen sie nicht aufeinanderfolgend absolviert werden.

Massnahmen der IV zur adäquaten und koordinierten Unterstützung von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen



Quelle: BSV, Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (KSBEM), Stand 01.01.2022

9.2.1 Medizinische Massnahmen (IVG 12–14, IVV 2–4^{ter}, GgV)

Die eigentliche Behandlung von Krankheiten und Unfallfolgen gehört nicht zum Aufgabenbereich der Invalidenversicherung. Dies bzw. die entsprechende Kostenübernahme, ist Sache der Kranken- oder Unfallversicherung, ggf. der Militärversicherung.

9.2.1.1 Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (IVG 13, IVV 3–3^{octies}, GgV)

Versicherte haben **bis zum 20. Altersjahr** Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen. Die einschlägigen Bestimmungen sind in der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) detailliert erläutert. Im Rahmen der Weiterentwicklung wurde die Liste der Geburtsgebrechen aktualisiert: Leiden, die heute einfach respektive mit geringem Aufwand behandelt werden können, werden künftig von der Krankenversicherung übernommen. Umgekehrt werden Leiden aufgenommen, namentlich seltene Krankheiten, deren Behandlungskosten neu durch die IV getragen werden.

Neu gewährt werden (laut GgV) Massnahmen für die Behandlung angeborener Missbildungen, genetischer Krankheiten sowie Leiden, die bereits zum Zeitpunkt der Geburt bestanden haben oder spätestens sieben Tage nach der Geburt entstanden sind (prä- und perinatal). Das Leiden muss fachärztlich diagnostiziert sein und die Gesundheit beeinträchtigen. Zudem muss es

einen bestimmten Schweregrad aufweisen, eine langdauernde (überjährige) oder komplexe Behandlung erfordern und mit medizinischen Massnahmen behandelbar sein. Trotzdem die letzte Voraussetzung nicht gegeben ist, werden Massnahmen zur Behandlung von Trisomie 21 übernommen.

In der Behandlung anerkannter Geburtsgebrechen übernimmt die IV auch die **Kosten für Arzneimittel**. In der Folge wurde eine Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (GG-SL) geschaffen, die die Geburtsgebrechen-Medikamentenliste ablöst. In der GG-SL werden die Medikamente aufgeführt, welche die IV vergütet und der diesbezügliche Höchstpreis. Die Aufnahme in die GG-SL erfolgt nach den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Dies durch ein Kompetenzzentrum im BAG, das eine solche für die Krankenversicherung (OKP) führt.

- ▶ Die von der IV vergüteten Arzneimittel werden, nachdem die versicherte Person das 20. Altersjahr vollendet hat, im gleichen Umfang von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen.

9.2.1.2 **Medizinische Massnahmen zur Eingliederung (IVG 12–14^{ter}, IVV 2)**

Versicherte bis zum 20. Altersjahr haben Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind.

- ▶ Jugendliche Versicherte, **die im Zeitpunkt der Vollendung des 20. Altersjahr an beruflichen Massnahmen (IVG 15–18c) teilnehmen**, haben bis zu deren Abschluss, längstens **bis zum 25. Altersjahr**, auch Anspruch auf begleitende medizinische Massnahmen. Berufliche Massnahmen nach IVG 15–18c sind Integrationsmassnahmen, Berufsberatung, erstmaliger beruflicher Ausbildung oder Umschulung bzw. Personalverleih.

Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen müssen geeignet sein, die Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit (oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen), dauerhaft und wesentlich zu verbessern oder eine solche Fähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Der Anspruch besteht nur, wenn die behandelnde Facharztperson unter Berücksichtigung der Schwere des Gebrechens der versicherten Person eine günstige Prognose stellt.

9.2.2 **Beratung und Begleitung (IVG 14^{quater})**

Anspruch auf Beratung und Begleitung haben **Versicherte und ihre Arbeitgeber** betreffend Integrationsmassnahmen zur beruflichen Eingliederung (IVG 8/III Bst. 3^{ter}) oder Massnahmen beruflicher Art (IVG 8/III Bst. b) sowie Versicherte, deren Anspruch auf eine Rente geprüft wird.

- ▶ Die Intensität und die Ausgestaltung der Beratung und Begleitung wird im Einzelfall durch die IV-Stelle bestimmt. Handlungsleitend ist der rehabilitative und eingliederungsorientierte Bedarf der versicherten Person.

Dauer des Anspruchs

Der Anspruch **entsteht** frühestens zum Zeitpunkt, in dem die IV-Stelle feststellt, dass eine Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, eine Massnahme beruflicher Art oder die Prüfung des Anspruchs auf eine Rente angezeigt ist.

Versicherte, deren letzte vorerwähnte Eingliederungsmassnahme abgeschlossen ist, haben ab dem abschliessenden Entscheid der IV-Stelle **noch während längstens drei Jahren** Anspruch auf Beratung und Begleitung. Dasselbe gilt für Versicherte, deren Rente nach Abschluss der Massnahmen zur Wiedereingliederung (IVG 8a) aufgehoben wird und ihre Arbeitgeber.

- ▶ In Einzelfällen kann die IV-Stelle Coachingleistungen zusprechen, wenn die versicherte Person eine Massnahme im ersten Arbeitsmarkt – z.B. Integrationsmassnahme oder erstmalige berufliche Ausbildung in einem Betrieb des ersten Arbeitsmarkts oder in der Regelstruktur (z.B. einem öffentlichen Gymnasium) – absolviert.

Es kann nur Beratung oder Coaching zugesprochen werden.

9.2.3 Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (IVG 14a, IVV 4^{quater}-4^{novies})

Die Integrationsmassnahmen schliessen die Lücke zwischen sozialer und beruflicher Integration. **Wenn dadurch die Voraussetzungen für das Durchführen von Massnahmen beruflicher Art geschafft werden können**, haben folgende Personen Anspruch auf Integrationsmassnahmen:

- ▶ Versicherte mit Erwerbserfahrung, die seit mindestens sechs Monaten zu wenigstens 50 Prozent arbeitsfähig sind;
- ▶ nicht erwerbstätige Personen, vor der Vollendung des 25. Altersjahrs, sofern sie von Invalidität bedroht sind.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person fähig ist, mindestens acht Stunden pro Woche an Integrationsmassnahmen teilzunehmen.

Ziele und Dauer aller Integrationsmassnahmen werden gemäss den Fähigkeiten der versicherten Person in einer **Zielvereinbarung** festgelegt. Die Massnahmen erfolgen nach Möglichkeit ganz oder teilweise im ersten Arbeitsmarkt.

Integrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden. Eine Massnahme darf nicht länger als ein Jahr (230 Arbeitstage) dauern; in Ausnahmefällen kann sie um höchstens ein Jahr verlängert werden. Wenn eine versicherte Person während insgesamt zwei Jahren an einer Integrationsmassnahme teilgenommen hat, hat sie erst wieder darauf Anspruch, wenn sie sich zwischen der letzten und der neu beantragten Integrationsmassnahme nachweislich ernsthaft um die berufliche Integration bemüht hat bzw. wenn sich ihr Gesundheitszustand verbessert oder verschlechtert hat.

9.2.3.1 Für Versicherte mit Erwerbserfahrung

Zielgruppe sind Invalide oder von Invalidität bedrohte Personen, die während mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig waren und eine niederschwellige Massnahme zum Aufbau und zur Stabilisierung ihrer Arbeitsfähigkeit und ihrer Persönlichkeit, zur Gewöhnung an den Arbeitsprozess usw. benötigen.

Es wird unterschieden zwischen **sozialberuflicher Rehabilitation** (für Versicherte, die in Bezug auf Massnahmen beruflicher Art noch nicht eingliederungsfähig sind) und **Beschäftigungsmassnahmen** (für Versicherte, deren Eingliederungsfähigkeit in Bezug auf Massnahmen beruflicher Art verloren zu gehen droht).

- ▶ **Sozialberufliche Rehabilitation:** Es sind Massnahmen zur Gewöhnung an den Arbeitsprozess, zur Förderung der Arbeitsmotivation, zur Stabilisierung der Persönlichkeit, zum Einüben sozialer Grundfähigkeiten und zum Aufbau der Arbeitsfähigkeit.
 - ▶ **Das Aufbautraining** dient der Gewöhnung an den Arbeitsprozess, der Stabilisierung der Persönlichkeit und dem Aufbau der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auf 50 Prozent. Es kann in einer Institution oder im ersten Arbeitsmarkt stattfinden.
 - ▶ **Das Arbeitstraining** dient einem weiteren Aufbau der Arbeitsfähigkeit. Es kommt zum Tragen, wenn zwar die Anspruchsvoraussetzung von 50 Prozent Arbeitsunfähigkeit während mindestens sechs Monaten erfüllt ist, aber die aktuell vorhandenen 50 Prozent Arbeitsfähigkeit für die Folgemaassnahme noch nicht ausreichen und ein Arbeitsversuch aufgrund des hohen Betreuungsaufwands nicht möglich ist.
- ▶ **Beschäftigungsmassnahmen:** Als solche gelten Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und der Arbeitsfähigkeit für die Zeit bis zum Beginn von Massnahmen beruflicher Art oder zu einem Stellenantritt auf dem ersten Arbeitsmarkt.
 - ▶ **Die Arbeit zur Zeitüberbrückung** erfordert eine minimale Arbeitsfähigkeit der versicherten Person von 50 Prozent eines vollen Pensums. Während der Arbeit zur Zeitüberbrückung werden die in Aufbau- und Arbeitstraining erreichten qualitativen Ziele im ersten Arbeitsmarkt weiter trainiert. Dies wird in der Zielvereinbarung festgehalten.

Integrationsmassnahmen können in spezialisierten Institutionen, in einem neuen Unternehmen im ersten Arbeitsmarkt oder beim bisherigen Arbeitgeber durchgeführt werden.

9.2.3.2 Für Jugendliche, d.h. 13- bis 25-Jährige; (IVG 14a, 16, IVV 4^{quater}-4^{novies})

Ziel von Integrationsmassnahmen für Jugendliche ist der Aufbau und die Stabilisierung von Präsenz- und Leistungsfähigkeit sowie von der Persönlichkeit der versicherten Personen. Dies erfolgt durch Autonomie- und Erfolgserlebnisse sowie durch Stabilisierung- und Reflexionsmomente während der Massnahmen. Es gilt der Grundsatz des Förderns und Forderns.

Diese Integrationsmassnahmen sind vor allem für Jugendliche und junge Erwachsene ohne Erwerbserfahrung vorgesehen.

- ▶ Für junge Versicherte, die bereits erwerbstätig waren, können Integrationsmassnahmen für Erwachsene (vgl. vorstehend 9.2.3.1) geeigneter sein.

Ebenso anspruchsberechtigt sind nicht erwerbstätige Personen unter 25 Jahren, sofern sie von einer Invalidität bedroht sind. Sie haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, wenn sie fähig sind, mindestens acht Stunden pro Woche an Integrationsmassnahmen teilzunehmen.

Es ist eine Präsenz der versicherten Person von mindestens acht Stunden pro Woche erforderlich (nicht zwingend ein Arbeitstag, es können auch acht Stunden verteilt auf eine Woche sein). Die Integrationsmassnahmen sind in

Bezug auf Dauer und Inhalt auf den individuellen Bedarf der versicherten Person abgestimmt.

9.2.3.3 Arbeitgeberentschädigung (KSBEM)

Die IV-Stelle kann dem Arbeitgeber im ersten Arbeitsmarkt, der Versicherte in Integrationsmassnahmen beschäftigt (IVG 16, 17) eine Entschädigung ausrichten, wenn ihm in der Betreuung der versicherten Person, Anpassung von Arbeitsabläufen usw. ein erheblicher Aufwand entsteht. Die Entschädigung beträgt maximal CHF 50.– pro Anwesenheitstag der versicherten Person im Betrieb. Die IV-Stelle klärt mit dem Arbeitgeber die Mehraufwendungen sowie die Höhe, Dauer und Abstufung der Entschädigung.

- ▶ Der Arbeitgeber hat die Forderung halbjährlich der IV-Stelle geltend zu machen.

9.2.4 Massnahmen beruflicher Art (IVG 15–18a, IVV 4a–7)

(Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Personalverleih, Arbeitsversuch, Einarbeitungszuschuss, Kapitalhilfe).

9.2.4.1 Berufsberatung (IVG 15, IVV 4a)

Die Berufsberatung richtet sich an versicherte Personen, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in ihrer Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit eingeschränkt sind.

Die Berufsberatung im Sinn von IVG 15 kann sich wie folgt zusammensetzen:

- ▶ Von Fachpersonen durchgeführte Beratungsgespräche, Analysen und diagnostische Tests;
- ▶ Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Ausbildung;
d.h. arbeitsnahe Massnahmen nach der obligatorischen Schule in Betrieben des 1. Arbeitsmarkts oder in Institutionen. Sie dienen dazu, die Eignung und Neigung der Jugendlichen für mögliche Ausbildungen zu prüfen. Diese Massnahmen sind auf 12 Monate befristet.
- ▶ Massnahmen zur vertieften Klärung möglicher Berufsrichtungen.
Sie finden in Betrieben des 1. Arbeitsmarkts oder Institutionen statt und sind auf drei Monate befristet.

9.2.4.2 Erstmalige berufliche Ausbildung (IVG 16, IVV 5 und 5^{bis})

Die erstmalige berufliche Ausbildung betrifft Personen, die noch nicht erwerbstätig waren und denen **wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung Mehrkosten** für die Ausbildung entstehen (mindestens CHF 400.–/Jahr); dies sofern die Ausbildung ihren Fähigkeiten entspricht.

Der erstmaligen beruflichen Tätigkeit gleichgestellt sind

- ▶ die berufliche Neuausbildung invalider Versicherter, die nach dem Eintritt der Invalidität eine ungeeignete und auf die Dauer unzumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen haben;

- ▶ die berufliche Wiedereingliederung im bisherigen oder in einem anderen Berufsfeld, sofern sie geeignet und angemessen ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Grundsätzlich ausgenommen sind Weiterbildungen, die von Organisationen der privaten Invalidenhilfe (IVG 74) angeboten werden.
- ▶ die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte.

Die erstmalige berufliche Ausbildung soll sich nach Möglichkeit an der beruflichen Eingliederung im 1. Arbeitsmarkt orientieren und bereits dort erfolgen.

9.2.4.3 Umschulung (IVG 17, IVV 6)

Für versicherte Personen, die wegen drohender oder eingetretener Invalidität den erlernten Beruf, die bisherige Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich nicht mehr ausüben können. Diese Versicherten erhalten oder verbessern mit einer Ausbildung in einem neuen Tätigkeitsbereich oder einer Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf bzw. in einen Aufgabenbereich ihre Erwerbsfähigkeit.

Die Umschulung hat einfach und zweckmässig zu erfolgen.

Im Rahmen einer Umschulung sind folgende Ausbildungen möglich

- ▶ Berufliche Grundbildung nach Berufsbildungsgesetz (BBG), d.h. eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ inkl. Berufsmaturität) oder eidgenössisches Berufsattest (EBA)
- ▶ Allgemeinbildende Schulen wie Fachmittelschulen und Gymnasien
- ▶ Ausbildungen auf Tertiärstufe wie Hochschulen (Fachhochschulen, pädagogische Hochschulen, Universitäten, ETH/EPFL) und höhere Berufsbildung (Berufs- und höhere Fachprüfungen, höhere Fachschulen)

Auch möglich sind andere Ausbildungen für die berufliche Eingliederung, die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt, die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf oder die gezielte Vorbereitung auf eine Umschulung (wie z.B. Berufspraktikum).

Umschulung nur, wenn

Die Umschulung muss **invaliditätsbedingt notwendig** sein. Ist eine versicherte Person bereits in zureichender und zumutbarer Weise eingegliedert oder besteht die Möglichkeit, ihr ohne zusätzliche Ausbildung einen geeigneten und zumutbaren Arbeitsplatz zu vermitteln, liegt keine invaliditätsbedingte Notwendigkeit für eine Umschulung vor.

Der Anspruch auf Umschulung setzt voraus, dass die versicherte Person wegen der Art und Schwere des Gesundheitsschadens in der bisher ausgeübten Tätigkeit – und in den für sie ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offenstehenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten – **eine bleibende oder länger dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 Prozent erleidet** (Einkommensvergleich).

Dies ist ein Richtwert. In der Festlegung sind die verbleibende Erwerbsdauer der versicherten Person sowie deren berufliches Fortkommen und die Erwerbssichten im bisherigen Beruf mit zu berücksichtigen. Für Versicherte, deren Invaliditätsgrad mit der gemischten Methode ermittelt wird, ist der Invaliditätsgrad relevant, der aus dem Einkommensvergleich für den Teil der Erwerbstätigkeit ermittelt wurde.

9.2.4.4 **Arbeitsvermittlung (IVG 18)**

Arbeitsunfähige Versicherte, die eingliederungsfähig sind, haben Anspruch auf Unterstützung in der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes sowie auf begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes (IVG 18 I). Die IV kann einen Personalverleiher beiziehen, um der versicherten Person den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die diesbezüglichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Unter Arbeitsvermittlung fällt auch die Beratung, die Information und die Unterstützung von Arbeitgebern in sozialversicherungsrechtlichen Fragen (z.B. Versicherungsschutz während beruflicher Massnahmen). Diese Bemühungen zielen auf den Erhalt eines bestehenden Arbeitsplatzes, auf die Umplatzierung im Betrieb oder auf die Vermittlung einer neuen Stelle.

9.2.4.5 **Arbeitsversuch (IVG 18a, IVV 6^{bis})**

Durch einen Arbeitsversuch werden versicherte Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung an Betriebe vermittelt, um ihre Kompetenzen unter Beweis zu stellen und ihre tatsächliche Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt abzuklären. Der Arbeitsversuch dauert so lange, bis die Leistungsfähigkeit der versicherten Person abgeklärt ist, längstens jedoch 180 Kalendertage. Ein zweiter Arbeitsversuch bei einem anderen Arbeitgeber kann in Ausnahmefällen geprüft werden.

Während des Arbeitsversuchs entsteht kein Arbeitsverhältnis nach OR; dennoch sind die arbeitsrechtlichen Pflichten und Rechte (Sorgfalts- und Treuepflicht, Befolgen von Anordnungen und Weisungen, Freizeit und Ferien usw.) einzuhalten. Weil während dieser Zeit kein Arbeitsverhältnis besteht, hat **der Einsatzbetrieb** den Vorteil, dass ihm **keine Lohnzahlungspflicht und keine Versicherungskosten** entstehen. Die konkreten Modalitäten sind in der IV-Verfügung für den konkreten Arbeitsversuch zu regeln.

Während des Arbeitsversuchs hat die versicherte Person Anspruch auf IV-Tagelder. Rentenbezügerinnen und -bezüger in Wiedereingliederung wird derweilen die Rente weiterhin ausgerichtet. Ein Lohn wird nicht ausbezahlt.

- ▶ Die versicherte Person und ihr Arbeitgeber haben während des Arbeitsversuchs **Anspruch auf Beratung und Begleitung** durch die IV-Stelle. Bei Bedarf kann alternativ eine Coaching-Leistung zugesprochen werden.
- ▶ Wenn nach dem Arbeitsversuch eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt erfolgt, informiert die IV-Stelle den Arbeitgeber über die weiteren möglichen Unterstützungsangebote (Beratung und Begleitung, Einarbeitungszuschuss, Entschädigung für Beitragserhöhung).

9.2.4.6 **Personalverleih (IVG 18a^{bis}, IVV 6^{quinquies})**

Mit der Weiterentwicklung der IV wird den IV-Stellen ab Januar 2022 ermöglicht, nach dem Arbeitsvermittlungsgesetz (AVG) zugelassene Personalverleiher beizuziehen, um der versicherten Person den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Der Personalverleiher muss über spezialisiertes Fachwissen bezüglich der Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen verfügen.

Die IV-Stelle entscheidet über die erforderliche Dauer der Massnahme. Diese dauert jedoch längstens ein Jahr. Sie kommt für die Kosten und Leistungen auf und für die «durch den Gesundheitszustand der versicherten Person» bedingten Mehrkosten. Ein Einarbeitungszuschuss ist im Rahmen des Personalverleihs nicht möglich.

► Während des Arbeitseinsatzes trägt der Personalverleiher die Fürsorgepflicht gegenüber der versicherten Person als deren Arbeitgeber. Er trägt auch die Verantwortung für die reibungslose Durchführung des Personalverleihs gegenüber dem Einsatzbetrieb als Kunde. Zudem gewährleisten die IV-Stelle und der Personalverleiher eine bedarfsgerechte Koordination untereinander.

► Die **Leistungsvereinbarung** legt die Höhe der Entschädigung fest.

Die IV-Stelle kann eine besondere Entschädigung des Personalverleihers für die Vermittlung einer Anstellung im Anschluss an den Personalverleih vorsehen. Der Höchstbetrag für die gesamte Entschädigung beträgt CHF 12 500.– pro versicherte Person.

Wenn die versicherte Person innerhalb der Massnahme während mehr als zwei aufeinanderfolgenden Tagen krankheitsbedingt nicht arbeitet, richtet die IV dem Personalverleiher zudem eine Entschädigung ab dem dritten Tag aus. Dies insofern als der Personalverleiher weiterhin Lohn zahlt oder eine Taggeldversicherung Leistungen erbringt (vgl. IVG 18c; CHF 48.–/Tag für Betriebe bis 50 Mitarbeitenden; CHF 34.–/Tag, wenn über 50 Mitarbeitende).

9.2.4.7 Einarbeitungszuschuss (IVG 18b, IVV 6^{ter})

Entspricht die Leistungsfähigkeit einer durch die IV-Stelle vermittelten Person anfänglich noch nicht dem vereinbarten Lohn, kann dem Arbeitgeber während höchstens 180 Tagen ein Einarbeitungszuschuss ausgerichtet werden. Der Zuschuss entspricht höchstens dem vereinbarten monatlichen Bruttolohn und darf den Ansatz des maximalen Taggeldes von CHF 326.– (mit Kindern höchstens CHF 407.–) pro Tag nicht übersteigen. Dieser Zuschuss ist aus dem herkömmlichen Taggeldsystem herausgelöst und wird dem Arbeitgeber direkt über die ZAS ausbezahlt.

9.2.4.8 Entschädigung für Beitragserhöhung (IVG 18c, IVV 6^{quater})

Mit der Entschädigung für Beitragserhöhungen wird der Arbeitgeber für allfällige Erhöhungen der Beiträge an die obligatorische berufliche Vorsorge und der Krankentaggeldversicherungsprämien finanziell abgegolten, wenn eine versicherte Person nach erfolgter Arbeitsvermittlung aus krankheitsbedingten Gründen arbeitsunfähig wird.

Eine solche Entschädigung können Arbeitgeber erhalten, die im Rahmen der Arbeitsvermittlung der IV eine versicherte Person befristet oder unbefristet angestellt haben. Dies gilt, falls diese Person innerhalb von drei Jahren ab der Anstellung erkrankt. Es spielt keine Rolle, ob die ursprüngliche Krankheit oder eine neue Krankheit zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat.

► Die Entschädigung für Beitragserhöhungen wird dem Arbeitgeber ausgerichtet, sofern die versicherte Person innerhalb eines Jahres während mehr als 15 Arbeitstagen krankheitsbedingt fehlt (Als Absenztage gelten

nur Tage mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit). Die Entschädigung wird ab dem 16. Absenztage ausgerichtet, sofern der Arbeitgeber weiterhin Lohn zahlt oder eine Krankentaggeldversicherung Leistungen erbringt und der Arbeitsvertrag erhalten bleibt.

Die Entschädigung beträgt pro Absenztage CHF 48.– für Betriebe bis zu 50 Beschäftigten bzw. CHF 34.– für Betriebe mit mehr als 50 Beschäftigten. Die Entschädigung wird frühestens ein Jahr nach Beginn des Arbeitsverhältnisses abgerechnet. Die ZAS zahlt die Entschädigung direkt an den Arbeitgeber.

- ▶ Es ist Sache des Arbeitgebers, allfällige Absenzen der versicherten Person der IV-Stelle zu melden und die Arbeitsunfähigkeit, die der geltend gemachten Entschädigung zugrunde liegt, mittels Arztzeugnis der versicherten Person nachzuweisen.

9.2.4.9 Kapitalhilfe (IVG 18d, IVV 7)

Kapitalhilfe zur Aufnahme oder zum Ausbau einer Tätigkeit als Selbständigerwerbende/r sowie zur Finanzierung von invaliditätsbedingten betrieblichen Umstellungen (wird nur unter besonderen Bedingungen gewährt). Die Kapitalhilfe kann als Geldleistung ohne Rückzahlungspflicht, zinsloses oder verzinsliches Darlehen, Garantieleistungen oder in Form von Betriebseinrichtungen erfolgen.

9.2.5 Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden mit Eingliederungspotenzial (IVG 8a)

Mit der IV-Revision 6a erfolgte auf 2012 ein Paradigmenwechsel weg von «einmal Rente, immer Rente» hin zu «**Rente als Brücke zur Eingliederung**».

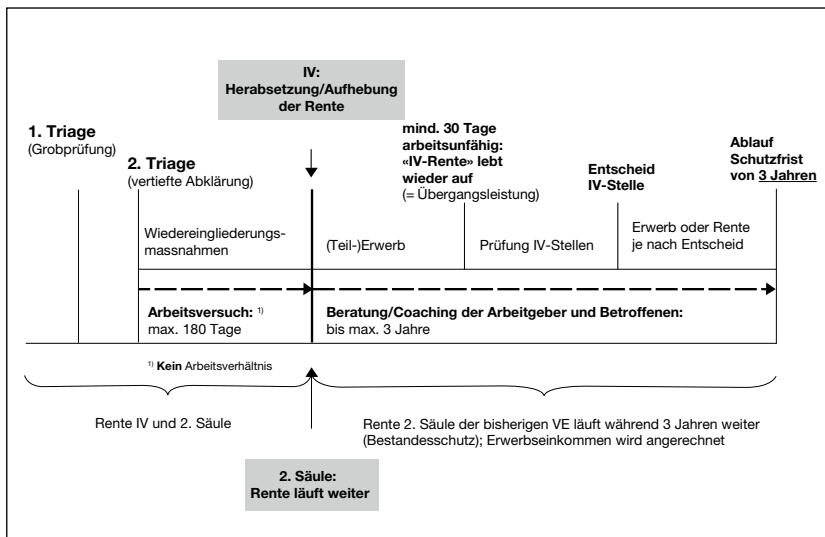
Wiedereingliederung von IV-Rentenbeziehenden mit Eingliederungspotenzial (IVG 8a)

Personen, die eine IV-Rente beziehen haben Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung, sofern die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann und die Massnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Gemeint sind:

- ▶ **Beratung und Begleitung** der Rentenbezüger/innen und ihrer Arbeitgeber (Job-Coach);
- ▶ **Integrationsmassnahmen**, die mehrmals zugesprochen werden und insgesamt länger als ein Jahr dauern können;
- ▶ **berufliche Massnahmen** (insbesondere Arbeitsversuch und Eingliederungszuschuss);
- ▶ **Abgabe von Hilfsmitteln** (ggf. behindertengerechter Umbau des Arbeitsplatzes).

Die versicherte Person, welche eine Rente bezieht, ist verpflichtet, an zumutbaren Wiedereingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Hierfür ist weder das Vorhandensein eines Eingliederungswillens der versicherten Person noch eines Revisionsgrundes notwendig (BGE 145 V 2).

Während der Durchführung von Integrationsmassnahmen und Massnahmen zur Wiedereingliederung wird die Rente unverändert ausgerichtet. Dies gilt auch dann, wenn während dieser Zeit die versicherte Person ein zusätzliches Einkommen erzielt.



Quelle: BSV/SAV

9.2.5.1 Übergangsleistung, wenn erneut arbeitsunfähig (IVG 32, IVV 30+31)

Versicherte, deren Wiedereingliederung aus der Rente erfolgreich verlaufen ist und ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen oder diese dadurch ausbauen konnten, gehen nicht leer aus, wenn sie – innerhalb drei Jahren seit Herabsetzung oder Aufhebung der Rente – einen Rückfall erleiden: Sie können eine Übergangsleistung erhalten.

Anspruch auf Übergangsleistung haben Versicherte, deren Arbeitsfähigkeit sich aus gesundheitlichen Gründen erneut vermindert hat, wenn

- ▶ sie vorher an Wiedereingliederungsmassnahmen teilgenommen haben oder ihre Rente gekürzt oder herabgesetzt wurde, dies wegen der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit oder Erhöhung des Beschäftigungsgrads;
- ▶ sie nach Herabsetzung oder Aufhebung der Rente in den nächsten drei Jahren mindestens zu 50 Prozent arbeitsunfähig sind;

Dazu muss die versicherte Person ein ärztliches Attest vorlegen, das ihre Arbeitsunfähigkeit zu mindestens 50 Prozent bestätigt und eine medizinische Prognose enthält, nach der die Arbeitsunfähigkeit weiter andauert;

- ▶ ihre Arbeitsunfähigkeit schon mindestens 30 Tage dauert und weiterhin andauert.

Der Anspruch auf Übergangsleistung entsteht am 1. Tag des Monats, wo die erwähnten Voraussetzungen erfüllt sind. Er erlischt am Ende des Monats, an dem die IV-Stelle über den Invaliditätsgrad (neu) entschieden hat.

Die Übergangsleistung ist einer IV-Rente gleichgestellt. Wenn die versicherte Person zusätzlich zu einer laufenden IV-Rente Anspruch auf eine Übergangsleistung hat, werden die IV-Rente und die Übergangsleistung in Form einer einzigen Leistung ausgerichtet.

9.2.6 Versicherungsschutz während Eingliederungsmassnahmen

Vom IV-Taggeld werden – wie vom Lohn – Beiträge an die AHV/IV/EO und, wenn die versicherte Person vor dem Bezug des IV-Taggelds Arbeitnehmer/in war, an die ALV abgezogen. Für sie gilt der Bezug des IV-Taggelds in der ALV (Arbeitslosenversicherung) als Beitragszeit. Demgegenüber generiert das Ausrichten einer Rente keinen Anspruch auf Beitragszeit in der ALV.

9.2.6.1 IV-Taggelder/IV-Rente (IVG 22^{bis} V, IVV 20^{quater})

Während der Durchführung von Integrationsmassnahmen (IVG 14a) oder solchen zur Wiedereingliederung aus der Rente (IVG 8a) wird anstelle eines Taggelds die Rente weiter ausgerichtet. Erleidet die betreffende Person infolge Durchführens der Massnahme einen Erwerbsausfall, so richtet die IV zusätzlich ein Taggeld aus. Dasselbe gilt, wenn die betreffende Person das Taggeld einer anderen Versicherung verliert.

Müssen Versicherte eine Eingliederungsmassnahme wegen Krankheit oder Mutterschaft unterbrechen, wird ihnen das Taggeld weiter gewährt, wenn kein Taggeldanspruch einer anderen Sozialversicherung oder ein Krankentaggeld gemäss VVG in mindestens der gleichen Höhe wie das IV-Taggeld besteht (IVV 20^{quater}). Die Anzahl solcher Taggelder ist allerdings begrenzt

- ▶ im 1. Eingliederungsjahr maximal 30 Taggelder
- ▶ im 2. Eingliederungsjahr maximal 60 Taggelder
- ▶ im 3. Eingliederungsjahr maximal 90 Taggelder

Wenn Versicherte eine Eingliederungsmassnahme wegen eines **Unfalls** unterbrechen müssen, wird ihnen das IV-Taggeld während den zwei auf den Unfall folgenden Tage ausgerichtet; dies falls sie über die Unfallversicherung obligatorisch versichert sind. Falls dies nicht zutrifft, gelten dieselben Regelungen wie für einen Unterbruch durch Krankheit.

IV-Taggeld und/oder IV-Rente? (IVG 47)

In Abweichung von ATSG 19 III können Renten während der Durchführung von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie von Massnahmen zur Wiedereingliederung aus der Rente (IVG 8a) weiter gewährt werden:

- ▶ für Massnahmen zur Wiedereingliederung aus der Rente (IVG 8a) bis zum Entscheid der IV-Stelle betreffend Rentenrevision;
- ▶ die übrigen Eingliederungsmassnahmen bis zum Ende des dritten vollen Kalendermonats, der dem Beginn der Massnahmen folgt.
Zusätzlich zur Rente wird ein Taggeld ausgerichtet.
Dieses wird jedoch während der Dauer des Doppelanspruchs für Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen um ein Dreissigstel ($\frac{1}{30}$) gekürzt.

Wenn eine Rente das IV-Taggeld ablöst, wird (in Abweichung von ATSG 19 III) die Rente auch für den Monat, in dem der Taggeldanspruch endet, ungekürzt ausgerichtet. Hingegen wird das Taggeld in diesem Monat um einen Dreissigstel des Rentenbetrags gekürzt.

9.2.6.2 Heilungskosten/Krankenversicherung

Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind obligatorisch krankenversichert. Das bedeutet, dass Heilungskosten grundsätzlich gemäss KVG (Grunddeckung) übernommen werden. Dies gilt sowohl in Bezug auf Krankheit als auch für Unfälle, wenn kein anderer Sozialversicherer dafür aufkommt.

Der Abschluss einer **Krankentaggeldversicherung ist in der Schweiz freiwillig**. Wer über seinen Arbeitgeber einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung angeschlossen war, hat nach Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis ein Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung, dies ohne Gesundheitsvorbehalt. Für den Übertritt sind Fristen zu beachten (in der Regel 30 Tage, teilweise bis 90 Tage). Sonst bleibt nur der Abschluss einer Taggeldversicherung nach KVG, die in vielen Fällen ungenügend ist.

9.2.6.3 Unfalldeckung (IVG 11, UVG 1a/1 Bst. c)

Der **Unfallschutz** erstreckt sich neu auf die gesamte Dauer der Eingliederungsmassnahmen und wird vereinheitlicht, ohne dass dem Unternehmen dadurch Nachteile entstehen.

Neu sind Personen, die in einer Anstalt, einer Werkstätte, oder in einem Betrieb an IV-Massnahmen teilnehmen, **obligatorisch der Unfallversicherung unterstellt, sofern sie in einem arbeitsvertrags-ähnlichen Verhältnis stehen**. Analog zu den Arbeitslosen sind alle über die Suva versichert.

Die **Unfallmeldung** erfolgt über die IV-Stelle oder direkt an die Suva (UVG 45/III^{bis}). Für Betroffene, die keine Rente erhalten, entspricht die **Höhe des UV-Taggelds** dem von der IV ausgerichteten Taggeld minus Sozialversicherungsbeiträge (Nettotaggeld).

Die IV übernimmt die **Prämien**, wobei zwei Drittel der NBU-Prämie (Freizeitunfälle) zulasten der versicherten Person gehen (UVG 91/V).

9.2.6.4 Haftung für Schäden in Einsatzbetrieben (IVG 68^{quinquies})

Die IV haftet für den Schaden, den eine versicherte Person während einer der nachgenannten Eingliederungsmassnahmen im Einsatzbetrieb verursacht, dies falls der Betrieb im Sinn von OR 321e Schadenersatz beanspruchen kann. Eine Regressnahme ist möglich.

Falls die versicherte Person während einer Massnahme oder einer Abklärung einen Dritten schädigt, haftet aber der Einsatzbetrieb, wie dies für das Verhalten seiner Mitarbeitenden üblich ist.

Durch die Weiterentwicklung der IV wird die Haftung ausgeweitet auf

- ▶ Massnahmen der Frühintervention,
- ▶ Integrationsmassnahmen,
- ▶ die Berufsberatung,
- ▶ erstmalige berufliche Ausbildungen,
- ▶ Umschulungen sowie
- ▶ die Abklärung.

9.2.6.5 Berufliche Vorsorge (Pensionskasse)

Nur wo Eingliederungsmassnahmen als Arbeitsverhältnis gelten und umgerechnet auf das Kalenderjahr ein Lohn von mindestens CHF 22 050.– (Stand 2024) erzielt wird, gelten die betreffenden Personen im Rahmen der beruflichen Vorsorge als obligatorisch versichert.

Während des Bezuges der Übergangsleistung bleiben der Vorsorgeschutz und der Leistungsanspruch aufrechterhalten (BGV 26a II, IVG 32). Das bedeutet, dass Betroffene in der bisherigen Pensionskasse versichert sind, dies unter Prämienbefreiung, und sie weiterhin die Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge erhalten, allerdings unter Anrechnung des neu erzielten Erwerbseinkommens.

9.2.6.6 Arbeitslosenversicherung – Taggeldanspruch nach Wegfall der IV-Rente

Personen, die wegen Wegfalls einer IV-Rente gezwungen sind eine unselbständige Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder zu erweitern (AVIG 14/II), haben neu Anspruch auf höchstens 180 Taggelder der ALV (AVIG 27/V).

Die Kosten für die Arbeitslosenentschädigung (Taggeld) inkl. die entsprechenden Sozialversicherungsbeiträge und Kosten für arbeitsmarktliche Massnahmen, gehen ab dem 91. Tag zulasten der IV (AVIG 94a).

9.2.6.7 Ergänzungsleistungen zur IV

Personen, die **ununterbrochen während mindestens sechs Monaten Taggelder der IV** beziehen, sind zum Bezug von Ergänzungsleistungen der IV berechtigt, wenn die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen (unter Berücksichtigung des Vermögens) übersteigen.

9.2.7 Betroffene und Arbeitgeber haben Vorteile, wenn sie sich an den (Wieder-)Eingliederungsmassnahmen beteiligen

Anreize für die versicherte Person

- ▶▶ Erstberatung vor Anmeldung (9.2.2)
- ▶▶ Beratung und Begleitung (9.2.2)
- ▶▶ Integrationsmassnahmen (9.2.3)
- ▶▶ Berufsberatung (9.4.2.1)
- ▶▶ ggf. Umschulung (9.2.4.3)
- ▶▶ Arbeitsvermittlung (9.2.4.4)
- ▶▶ ggf. Personalverleih (9.2.4.6)
- ▶▶ ggf. Kapitalhilfe für Selbständigerwerbende (9.2.4.8)
- ▶▶ ggf. Wiedereingliederung aus der Rente (9.2.5)
- ▶▶ ggf. Übergangsleistung (9.2.6)
- ▶▶ Keine finanziellen Risiken; Taggeld (höher als Rente) während Arbeitsversuch. Die IV übernimmt Kosten und Pflichten des Betriebs. Die IV-Rente der Pensionskasse läuft weiter.
- ▶▶ Ein allfälliger Lohn kommt zusätzlich; die Pensionskasse kann ihn in der Rentenhöhe berücksichtigen.

Miteinbezug/Unterstützung der Arbeitgeber

Anreize für den Arbeitgeber – während der beruflichen Eingliederung am Arbeitsplatz

- ▶▶ Beratung und Begleitung (9.2.2)
- ▶▶ Arbeitsversuch, ohne dass ein Arbeitsverhältnis besteht (9.2.4.5)
- ▶▶ Einarbeitungszuschuss (9.2.4.7)
- ▶▶ Unfallschutz (UV IV) und Haftpflichtdeckung während Eingliederungsmassnahmen durch die IV (9.2.6)
- ▶▶ ggf. Arbeitgeberbeitrag bis CHF 50.– pro Anwesenheitstag (entfällt bei Coaching zulasten der IV) (9.2.3.3).

Anreize für den Arbeitgeber – wenn Anstellung nach Eingliederung

- ▶▶ Entschädigung für Beitragserhöhungen (obligatorische berufliche Vorsorge und Krankentaggeldversicherung) (9.2.4.8)
- ▶▶ ggf. Übergangsleistung (9.2.6)
- ▶▶ Keine Belastung der Pensionskasse: während dreier Jahre ist die betroffene Person prämienbefreit in der bisherigen Pensionskasse versichert.

9.3

Hilfsmittel (IVG 21–21^{ter}, IVV 14, HVI)

Versicherte haben im Rahmen der vom Bundesrat erstellten Liste von Hilfsmitteln der Invalidenversicherung (HVI) Anspruch auf Hilfsmittel.

Die IV gibt die Hilfsmittel zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung ab. Ersetzt ein Hilfsmittel Gegenstände, die die versicherte Person auch ohne Behinderung anschaffen müsste (z.B. Schuhe), hat sie sich an den Kosten – in Form eines Selbstbehalts – zu beteiligen. Für einige Hilfsmittel ist die IV an Preislimiten gebunden, für andere werden Pauschalbeträge festgelegt.

- ▶▶ **Austauschbefugnis:** Hat eine versicherte Person Anspruch auf ein Hilfsmittel, das auf der HVI steht, kann sie ein anderes Hilfsmittel wählen, das dieselben Funktionen erfüllt. Die IV übernimmt die Kosten für das gewählte Hilfsmittel, jedoch höchstens bis zu dem Betrag, den sie für das Hilfsmittel aus der Liste aufgewendet hätte.

Wo Hilfsmittel aufgrund des Vergabeverfahrens beschafft werden, kann der Bundesrat die Austauschbefugnis auf Hilfsmittel des jeweiligen Anbieters beschränken.

- ▶▶ **Ersatzleistungen:** Wenn eine versicherte Person ein Hilfsmittel, auf das sie Anspruch hat, auf eigene Rechnung anschafft, vergütet ihr die IV die entstandenen Kosten. Wo die versicherte Person anstelle eines Hilfsmittels Dienstleistungen Dritter benötigt, kann die IV dafür Beiträge gewähren.

Der Anspruch auf ein Hilfsmittel (Eintritt der Invalidität) besteht, wenn der Gesundheitsschaden objektiv erstmals die Versorgung notwendig macht und ein Eingliederungsziel gemäss IVG 21 erfüllt. Eine vorübergehende Behinderung schliesst die Abgabe von Behelfen unter dem Titel eines Hilfsmittels aus. Es muss grundsätzlich eine **voraussehbare Verwendungsdauer von mindestens einem Jahr** angenommen werden können (Abgrenzung zur Leistungspflicht der Krankenversicherung).

- ▶ Hilfsmittel können auch im Rahmen der Frühintervention zugesprochen werden, sofern eine solche vorgängig beschlossen wurde. In diesem Fall sind die Bestimmungen der Hilfsmittelverordnung nicht massgebend. Die einzige Limitierung besteht im Höchstbetrag von CHF 20 000.– für Frühinterventionsmassnahmen.

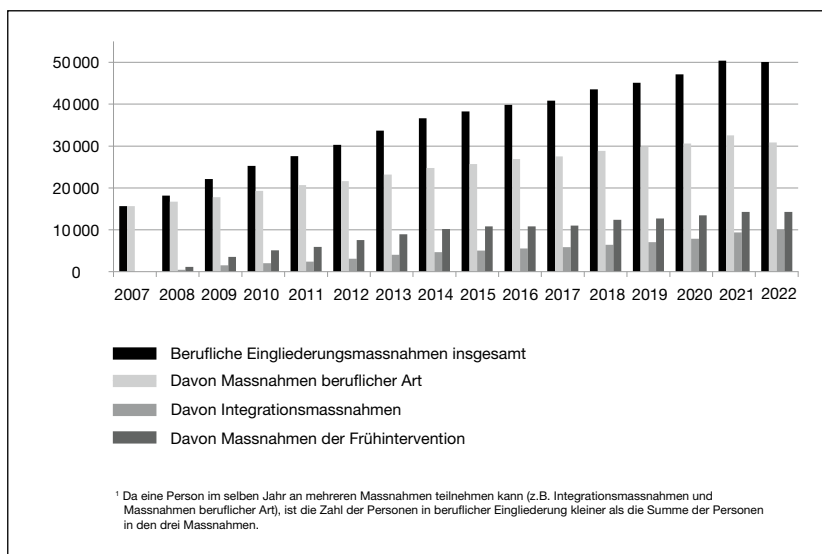
Für die Abgabe werden zwei Kategorien von Hilfsmitteln unterschieden, solche,

- ▶ die erforderlich sind, um weiter erwerbstätig zu sein, im bisherigen Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig zu bleiben, oder für die Teilnahme an einer Schulung/Ausbildung zulasten der Invalidenversicherung (in HVI mit * gekennzeichnet).
 - ▶ Hilfsmittel am Arbeitsplatz – ggf. diesbezüglicher Umbau, Motorfahrzeuge usw.
- ▶ die notwendig sind, um den privaten Alltag möglichst selbständig und unabhängig bewältigen zu können;
 - ▶ Hilfsmittel für die Fortbewegung (Rollstühle, Prothesen), für die Herstellung von Kontakten mit der Umwelt, für die Selbstversorgung usw.

Versicherten, die bis zum Bezug der AHV-Rente Hilfsmittel der Invalidenversicherung oder Ersatzleistungen für solche beziehen, bleibt der Anspruch auf diese Leistungen erhalten, solange die massgebenden Voraussetzungen weiterhin erfüllt bleiben (Besitzstandgarantie im Rentenalter).

Behinderte, die erst nach Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter) bzw. Vorbezug der vollen AHV-Rente ein Hilfsmittel benötigen, können nur im Umfang der eng begrenzten Liste von Hilfsmitteln der Altersversicherung (HVA) bedient werden.

Entwicklung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Anzahl Bezüger/innen 2007–2022, z.T. mit mehreren Massnahmen)



Quelle: BSV; IV-Statistik 2022

9.4 Förderung der Invalidenhilfe

(IVG 74–75, IVV 108–110; kollektive Leistungen)

Neben den «individuellen Leistungen» (Eingliederung, Taggelder, Renten, Hilflosenentschädigungen), die direkt der betroffenen Person zugutekommen, richtet die Invalidenversicherung auch «kollektive Leistungen» aus. Diese kollektiven Leistungen zielen darauf ab, die «Infrastruktur» für alle Behinderten zu verbessern.

So gewährt die Invalidenversicherung sprachregional oder national tätigen Dachorganisationen der privaten Invalidenfach- oder Invalidenselbsthilfe Beiträge; dies hauptsächlich an die Durchführungskosten für die Beratung und die Betreuung von Invaliden selbst und von ihren Angehörigen. Ausserdem finanziert die IV Kurse für Behinderte oder ihre Angehörigen mit, sofern sie der Verbesserung der behindertenspezifischen Lebenssituation und der Bewältigung von mit der Behinderung in engem Zusammenhang stehenden Problemen dienen (z.B. Rehabilitations-, Weiterbildungs- und Sportkurse oder Veranstaltungen zur Freizeitgestaltung). Weiter werden Leistungen zur Unterstützung und Förderung der Eingliederung von Invaliden übernommen.

Der Höchstbetrag zur Ausrichtung von Finanzhilfen an Organisationen der privaten Invalidenhilfe beläuft sich für die Vertragsperiode 2024–2027 auf 544 Millionen Franken.

10. Geldleistungen

10.1 Taggelder (IVG 22–25, IVV 17–22)

Während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen besteht grundsätzlich Anspruch auf IV-Taggelder. Die Bezugsbedingungen unterscheiden sich für Versicherte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen während der erstmaligen beruflichen Ausbildung («kleines» Taggeld) und für Versicherte, die erst später Eingliederungsmassnahmen benötigen («grosses» Taggeld).

Beitragsabrechnung auf IV-Taggeldern (IVG 25)

Die Taggelder der Invalidenversicherung werden dem massgebenden AHV-Lohn gleichgesetzt. Vom IV-Taggeld werden 5,3 Prozent an AHV/IV/EO- und im Fall von Unselbständigerwerbenden auch 1,1 Prozent ALV-Beiträge abgezogen. Die andere Hälfte der Beiträge wird zulasten der Invalidenversicherung übernommen.

Versicherungsschutz während Eingliederungsmassnahmen vgl. 9.2.6.

10.1.1 Das «grosse» Taggeld (IVG 22/I, 22^{bis}–24, 17–19)

Während der Teilnahme an beruflichen Massnahmen und Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung haben Versicherte ab dem vollendeten 18. Altersjahr bis zum Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter), bzw. bis zum AHV-Renten-Vorbezug, **Anspruch auf IV-Taggelder als Lohnersatz**, wenn sie:

- ▶ an **mindestens drei zusammenhängenden Tagen** wegen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verhindert sind, einer Arbeit nachzugehen oder in ihrer gewohnten Tätigkeit zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig sind oder
- ▶ **auf den Beginn einer Umschulung warten** (Wartezeit) und zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig sind. Der Anspruch entsteht ab dem Zeitpunkt, in dem die IV-Stelle feststellt, dass eine Umschulung angezeigt ist (IVV 18)
- ▶ nach einer Umschulung oder einem Arbeitsversuch eine geeignete Stelle suchen. Der Anspruch beschränkt sich auf maximal 60 Taggelder (IVV 19).

Die Koppelung an den Lohnersatz bewirkt, dass **Personen, die zuvor kein Erwerbseinkommen erzielt hatten, während der Eingliederung keine Taggelder erhalten**. Dafür wird ihnen gegebenenfalls eine Entschädigung für die Betreuung von Kindern und Familienangehörigen ausgerichtet; vgl. 10.1.3.3.

Kein Anspruch auf IV-Taggelder besteht während Früherfassungsmassnahmen (IVG 7d) und Abklärungszeiten¹ an nicht zusammenhängenden Tagen vor dem Gewähren einer Leistung (IVV 17).

Wenn die versicherte Person sich zur Abklärung des Leistungsanspruchs an mindestens zwei aufeinanderfolgenden Tagen an einer von der IV-Stelle angeordneten Untersuchung unterzieht, hat sie für jeden Abklärungstag Anspruch auf ein Taggeld.

¹ Falls eine versicherte Person während der Abklärung der IV-Leistungspflicht einen nachgewiesenen Erwerbsausfall erleidet – und keinen Anspruch auf ein IV-Taggeld hat – hat ihr die IV ein Taggeld von CHF 121.80 (30% des maximalen UV-Taggeldes; IVV 91/I) auszurichten.

10.1.1.1 Höhe und Berechnung des IV-Taggelds (IVG 22^{bis}–24, IVV 21–22)

Das Taggeld besteht aus einer **Grundentschädigung von 80 Prozent** des zuletzt ohne gesundheitliche Einschränkung erzielten Erwerbseinkommens, jedoch **maximal CHF 326.–**. **Zuzüglich Kindergeld von CHF 9.– pro Kind und Tag** für Versicherte mit Kind/ern bis zum 18. Altersjahr; wenn das «Kind» danach noch in Ausbildung begriffen ist, bis zum Abschluss, längstens bis zum 25. Altersjahr. **Grundentschädigung und Kindergelder dürfen Zusammen CHF 407.– nicht übersteigen** (vgl. verbindliche Tabellen des BSV).

PS Solange Anspruch auf Familienzulagen gemäss FamZG besteht, wird kein Kindergeld zum Taggeld der Invalidenversicherung gewährt.

Für Versicherte mit Anspruch auf Kindergeld erhöht sich das massgebende Einkommen um die Mindestansätze für Kinder- und Ausbildungszulagen gemäss FamZG; d.h. je Kind mtl. um CHF 200.– bzw. CHF 250.– (ELV 21^{septies}/IV).

Wenn die einzugliedernde Person gleichzeitig eine Rente nach UVG bezieht, wird das Taggeld um einen Dreissigstel der UV-Rente gekürzt; denn im entgangenen Verdienst gemäss UVG sind die entgangenen Kinder-/Ausbildungszulagen bereits eingerechnet.

Als erwerbstätig gelten Versicherte, die in den letzten zwölf Monaten vor dem Taggeldanspruch während mindestens vier Wochen einen AHV-pflichtigen Lohn erzielt haben. Nicht in der Ermittlung des Einkommens berücksichtigt werden Tage, an denen sie kein oder nur ein vermindertes Erwerbseinkommen hatten (Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Dienst im Sinn des EOG).

Für Versicherte mit Monatslöhnen wird der letzte ohne gesundheitliche Einschränkungen erzielte Monatslohn mit zwölf vervielfacht. Zum ermittelten Jahreslohn werden ggf. der 13. Monatslohn und andere Lohnbestandteile, die zwar regelmässig, aber nur einmal im Jahr oder in mehrmonatigen Abständen ausbezahlt werden (Gratifikationen, Provisionen), hinzugezählt.

Der so ermittelte Jahresverdienst wird durch 365 geteilt.

► Davon 80 Prozent = IV-Taggeld

Für Versicherte mit Stundenlöhnen wird der letzte ohne gesundheitliche Einschränkungen erzielte Stundenlohn mit der Anzahl in der letzten normalen Arbeitswoche geleisteten Arbeitsstunden vervielfacht und mit 52 multipliziert. Wo kein regelmässiges Einkommen erzielt wird, wird auf die letzten drei Monate abgestellt bzw. mit starken Einkommensschwankungen auf einen entsprechend längeren Zeitpunkt, maximal aber zwölf Monate.

10.1.2 Taggeld während der erstmaligen beruflichen Ausbildung («Kleines» Taggeld)

Gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene (d.h. 13- bis 25-Jährige) **sollen gleichaltrigen gesunden Personen finanziell gleichgestellt sein.** Andererseits gilt es zu vermeiden, dass die Taggelder von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen während der Ausbildung höher ausfallen, als der Lohn, den gleichaltrige gesunde Personen erhalten.

10.1.2.1 Anspruch auf ein «kleines» Taggeld (IVG 22 II-V, IVV 22)

Der Anspruch auf ein «kleines» Taggeld – d.h. Übernahme des Lehrlingslohns durch die IV – besteht künftig bereits ab Ausbildungsbeginn, d.h. frühestens ab dem 13. Altersjahr.

Während der erstmaligen beruflichen Ausbildung

Anspruch auf ein Taggeld haben gesundheitlich Beeinträchtigte in erstmaliger beruflicher Ausbildung (IVG 16) und solche mit Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung (IVG 12) oder Integrationsmassnahmen zur beruflichen Eingliederung (IVG 14a). Wo eine Vorbereitung (z.B. ein Praktikum) Bestandteil einer erstmaligen Ausbildung ist, besteht der Taggeldanspruch auch während der Vorbereitung (IVV 22/I).

► Versicherte, die eine allgemeinbildende Schule besuchten oder eine berufliche Ausbildung absolvieren, die ausschliesslich an einer Schule erfolgt, haben keinen Anspruch auf Taggelder.

Ebenfalls kein Taggeldanspruch besteht während Beratung und Begleitung (IVG 8/III Bst. a^{bis}) und Weiterbildungen (IVG.16/III Bst. b).

Während höherer Berufsbildung oder Besuch einer Hochschule

Versicherte, die eine höhere Berufsausbildung absolvieren oder eine Hochschule besuchen, haben nur Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung daran gehindert sind, neben ihrer Ausbildung eine Erwerbstätigkeit auszuüben oder ihre Ausbildung aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung wesentlich länger dauert.

10.1.2.2 Höhe des «kleinen» Taggelds (IVG 24^{ter}, IVV 22)

Für Versicherte in einer beruflichen Grundbildung **entspricht** das auf einen Monat hochgerechnete Taggeld **dem Lohn gemäss Lehrvertrag**. Wenn der im Lehrvertrag vereinbarte Lohn nicht dem kantonalen branchenüblichen Durchschnitt für Lehrlingslöhne entspricht, bemisst sich das Taggeld nach den Richtlöhnen («Lohnbuch Schweiz» für das betreffende Referenzjahr).

- ▶ Für Versicherte, die eine erstmalige berufliche Ausbildung invaliditätsbedingt abbrechen und eine neue beginnen müssen, erhöht sich das Taggeld gegebenenfalls auf einen Dreissigstel des während der abgebrochenen Ausbildung zuletzt erzielten Monatseinkommens.

Wo **kein Lehrvertrag** besteht, entspricht das auf einen Monat hochgerechnete Taggeld einem dem Alter abgestuften mittleren Einkommen von Personen in vergleichbarer Ausbildungssituation. Das heisst

- ▶ für Versicherte mit tertiärer Ausbildung **ohne** bezahltes Berufspraktikum: dem mittleren monatlichen Erwerbseinkommen von Studierenden an Hochschulen gemäss Erhebung zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Studierenden (SSEE) des Bundesamtes für Statistik;
- ▶ für Versicherte, die eine tertiäre Ausbildung **mit** einem obligatorischen bezahlten Praktikum absolvieren: dem im Praktikumsvertrag festgelegten Lohn, maximal CHF 2450.– (maximale AHV-Vollrente);
- ▶ für Versicherte, die **weder** in einer der beiden vorgenannten Ausbildungen begriffen sind, **noch** eine allgemeinbildende Schule besuchen oder eine berufliche Ausbildung absolvieren, die ausschliesslich an einer Schule erfolgt (IVG 22 IV, d.h. ohne Taggeldanspruch):
im 1. Jahr dem niedrigsten mittleren Lehrlingslohn nach dem «Lohnbuch Schweiz» und im 2. Jahr dem im Rahmen einer wirtschaftlich ausreichend verwertbaren Arbeitsleistung erzielten Lohn.

Für Versicherte ab dem 25. Altersjahr, die noch in Ausbildung begriffen sind, entspricht das Taggeld einem Dreissigstel der monatlichen maximalen AHV-Vollrente (d.h. von CHF 2450.–).

Sollten Versicherte, die ein kleines Taggeld beziehen bereits «Mami» oder «Papi» sein, wird zum kleinen Taggeld zusätzlich das Kindergeld von CHF 9.– pro Tag ausgerichtet.

Auszahlung

Während der erstmaligen beruflichen Ausbildung wird das Taggeld dem Arbeitgeber ausgerichtet, wenn er der versicherten Person einen entsprechenden Betrag als Lohn ausbezahlt.

- ▶ Wenn das Taggeld den «Lehrlingslohn» übersteigt, wird der übersteigende Anteil der versicherten Person ausgerichtet.

Wo kein Lehrvertrag besteht, gelten für die Auszahlung die Regelungen betreffend «grosses» Taggeld.

10.1.2.3 **Besitzstandswahrung auf Taggeldern während laufenden Eingliederungsmassnahmen**

Betreffend Versicherungsfälle, wo Eingliederungsmassnahmen und entsprechende Taggelder schon vor 2022 ausgerichtet wurden, gelten für den Taggeldanspruch die bisherigen Regelungen. Massgebend für die Bestimmung des Taggeldanspruchs ist der tatsächliche Beginn der Massnahme.

Das Taggeld gemäss bisherigen Bestimmungen wird bis zum Unterbruch oder Abschluss der Massnahme (aufgrund derer es ausgerichtet wird) ausgerichtet.

10.1.3 **Kostenübernahme**

10.1.3.1 **Reisekosten und Zehrgeld (IVG 14 I Bst. g, IVV 90 I)**

Die IV vergütet die Reisekosten, die für die Umsetzung der vorgesehenen Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen (medizinische Massnahmen für bis 20/25-Jährige, Integrationsmassnahmen, berufliche Eingliederung, Anpassung oder Reparatur von Hilfsmitteln) **notwendig** sind.

- ▶ Nicht vergütet werden Reisekosten, wenn die versicherte Person über einen Personalverleih in Eingliederung ist, einen Einarbeitungszuschuss oder eine Kapitalhilfe erhält.

Vergütet werden die Kosten für Fahrten auf dem direktesten Weg zwischen dem Wohnort der versicherten Person bzw. ihrer Unterkunft und der nächstgelegenen Durchführungsstelle; dies für öffentliche Verkehrsmittel (2. Klasse) oder im Privatauto CHF 0.45/km. Ist die betreffende Person invaliditätsbedingt auf ein Privatauto oder Taxi angewiesen, werden ihr die daraus entstehenden Kosten ersetzt.

Zehrgeld

Wenn Versicherte als Folge von Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen von ihrem Wohnort abwesend sind, erhalten sie von der IV Vergütungen für die dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Zehrgeld). Wo diese unerlässlich ist, wird auch das Zehrgeld für eine Begleitperson übernommen.

Für Besuche und Urlaubsfahrten wird kein Zehrgeld ausgerichtet. Auch nicht während Aufenthalten, die zulasten der IV übernommen wurden.

Das Zehrgeld beträgt für Tage

- ▶ mit notwendiger Abwesenheit vom Wohnort von 5 bis 8 Stunden CHF 11.50
- ▶ mit notwendiger Abwesenheit vom Wohnort von mehr als 8 Stunden CHF 19.–
- ▶ für auswärtige Übernachtungen, wenn eine Rückkehr aufgrund der Entfernung nicht am selben Tag möglich ist, je Nacht maximal CHF 37.50.

Abzug, wenn zulasten der IV in Institution (IVV 21^{octies})

Versicherten, die zulasten der Invalidenversicherung in einer Institution in Eingliederung sind, wo auch Unterkunft und Verpflegung inbegriffen ist, wird dafür ein Abzug vom Taggeld gemacht. Hingegen wird für Versicherte in der erstmaligen beruflichen Ausbildung das Taggeld nicht gekürzt.

Der Abzug beläuft sich auf 20 Prozent des Taggelds, maximal **CHF 20.– pro Tag**; für Versicherte mit Unterhaltspflichten gegenüber Kind/er nur auf 10 Prozent, maximal CHF 10.–/Tag.

10.1.3.3 Entschädigung für Betreuungskosten (IVG 11a, IVV 22^{quater})

Nicht erwerbstätige Versicherte, die an mindestens zwei aufeinanderfolgenden Tagen an Eingliederungsmassnahmen teilnehmen, haben Anspruch auf Entschädigung der nachweisbaren zusätzlichen Betreuungskosten von im selben Haushalt lebenden

- ▶ unter 16-jährigen Kindern/Pflegekindern,
- ▶ Familienangehörigen, für die Anspruch auf Betreuungsgutschriften besteht.

Vergütet werden die effektiven Kosten, maximal jedoch CHF 81.40 pro Tag (20 Prozent des höchstversicherten UVG-Tagesverdienstes – für mehrere Tage mit unterschiedlich hohem Betreuungsaufwand darf der Gesamtbetrag die Anzahl Tage mal CHF 81.40 nicht übersteigen):

- ▶ Mahlzeiten ausser Haus
- ▶ Kinderkrippen, Tages-/Schulhorte, Tagesstrukturen, inkl. Reisekosten dahin
- ▶ Löhne für Familien- und Haushalthilfen inkl. Reisekosten und ggf. Unterbringung

10.1.4 Koordination – Zusammentreffen von Taggeldansprüchen

▶▶ **IV-Taggeld mit IV-Rente** vgl. 9.2.6.1.

▶▶ **IV-Taggeld und Erwerbseinkommen** bzw. Arbeitslosenentschädigung
Falls die invalide Person während der Eingliederung ein Erwerbseinkommen oder ein Taggeld der ALV bezieht, ist dieses anzurechnen.

▶▶ **IV-Taggeld und Familienzulagen** (IVG 22 III)

Der Anspruch auf eine Kinder- oder Ausbildungszulage gemäss FamZG schliesst den Anspruch auf ein Kindergeld der Invalidenversicherung aus.

▶▶ **IV-Taggeld und EO** (IVG 22 III)

Für Personen, deren Militärdienst oder Zivildienst die Eingliederungsmassnahme der IV unterbricht, wird solange die Erwerbsausfallentschädigung (EO) ausgerichtet. Solange besteht kein Anspruch auf IV-Taggelder (IVV 20^{quinquies}).

Der Bezug einer Mutter-/Vaterschafts- oder Betreuungsentschädigung schliesst den Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosen-, Invaliden-, Unfall- oder Militärversicherung sowie der EO für Dienstleistende aus (EOG 16g, 16m und 16s).

10.2 Renten (IVG 28–41, IVV 25–34)

«Eingliederung vor Rente»

Das Credo der Invalidenversicherung «Eingliederung vor Rente» bedeutet, dass die Versicherten alle zumutbaren Massnahmen auf sich nehmen und aktiv unterstützen müssen, welche ihre Erwerbsfähigkeit erhalten, wieder herstellen oder verbessern können, bevor eine Rente zugesprochen werden kann. **Erst wenn die möglichen Eingliederungsmassnahmen ausgeschöpft sind**

(IVG 28 I^{bis}) und ihr Ziel nicht oder nur zum Teil erreicht haben – oder wenn sich von vornherein keinen Erfolg versprechenden Eingliederungsmassnahmen anbieten –, kann es zu einem Rentenanspruch kommen.

Anspruch auf eine IV-Rente haben gemäss IVG 28 Versicherte, die

- ▶ ihre Erwerbsfähigkeit – oder Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen – nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können;
- ▶ während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und
- ▶ nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (ATSG 8) sind.

Zudem muss die versicherte Person mit Eintritt der Invalidität **während mindestens dreier Jahre Beiträge geleistet haben**, um eine ordentliche Rente zu erhalten (IVG 36). Andernfalls (z.B. Geburtsinvalide) muss der Anspruch auf eine ausserordentliche Rente geprüft werden.

IV-Renten können ab dem (vollendeten) 18. Altersjahr ausgerichtet werden.

Der IV-Renten-Anspruch entfällt mit Wegfall der Invalidität – bzw. mit Vorliegen eines Invaliditätsgrades, der nicht mehr zum Rentenbezug berechtigt –, mit Ablösung durch eine betraglich höhere Hinterlassenenrente bzw. Ablösung durch eine Altersrente oder mit dem Tod der betroffenen Person.

Der Rentenbezug erfolgt erst nach dem Wartejahr

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss der Wartejahrregel erst, nachdem während eines Jahres eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 Prozent bestanden hat, die weiter andauern wird, oder wenn eine bleibende Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Das Wartejahr kann jedoch verkürzt erscheinen, da die erste Rentenzahlung jeweils auf den ersten Tag des Monats erfolgt.

Beispiel: Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 16.08.2024; Wartejahr abgelaufen am 15.08.2025, aber IV-Rente ab **01.08.2025**.

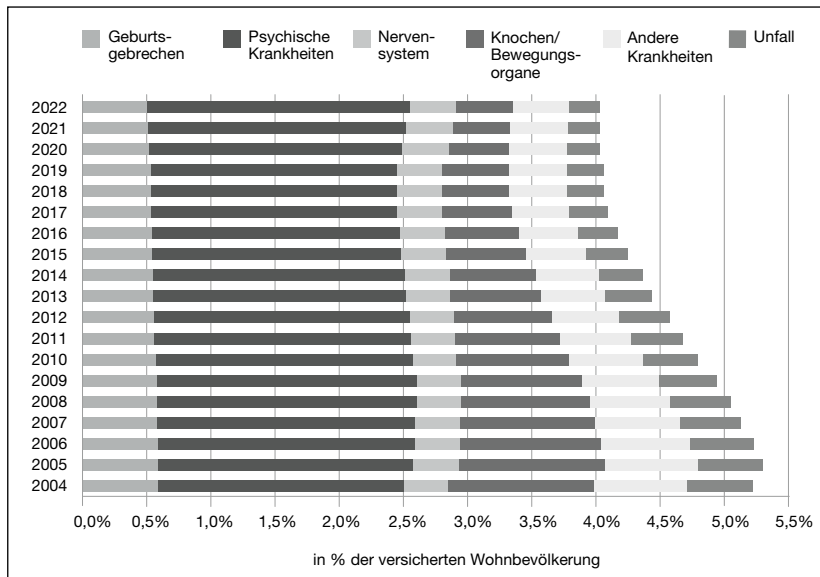
Zudem beginnt der Rentenanspruch **frühestens sechs Monate ab Geltendmachung des Leistungsanspruchs** (Eingang Anmeldung Integration/Rente auf der IV-Stelle; IVG 29 I). Wer ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Monate mit der IV-Anmeldung wartet, kann – wenn sonst alle diesbezüglichen Voraussetzungen erfüllt wären – die Rente nicht sofort erhalten, sondern erst sechs Monate nach Eingang der IV-Anmeldung.

Für den Beginn des Leistungsanspruchs müssen somit beide Fristen (das Wartejahr und sechs Monate ab Eingang der Anmeldung) bestanden sein.

IV-Rentner/innen sind weiter beitragspflichtig

Personen, die eine IV-Rente beziehen, unterstehen weiterhin der AHV/IV-Beitragspflicht. Sofern diese nicht aus eigener Erwerbstätigkeit erfüllt oder durch den erwerbstätigen Ehegatten – bzw. den eingetragenen Partner/die eingetragene Partnerin (PartG) – durch Splitting erfüllt ist, haben sie sich als Nichterwerbstätige zur Beitragsleistung erfassen zu lassen. Hingegen wird der IV-Taggeld-Bezug dem massgebenden Lohn gleichgestellt (Beitragsabzug auf Taggeldern).

Invaliditätsursachen der IV-Rentenbezüger/innen in der Schweiz (in Prozent der Wohnbevölkerung)



Quelle: BSV, Sozialversicherungs-Statistik 2023

10.2.1 Invaliditätsgrad (IVG 28)

Die Invaliditätsbemessung erfolgt in der Invalidenversicherung – aber auch in der Unfall- und Militärversicherung – nicht aufgrund einer medizinisch-theoretischen Schätzung. Nicht der Gesundheitsschaden allein löst einen Rentenanspruch aus, sondern **einzig wichtig ist die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der versicherten Person.**

Die IV-Stelle legt den Invaliditätsgrad für die 1. und die 2. Säule (Obligatorium/ BVG-Normversicherung) fest. Der Entscheid der IV-Stelle ist für die Vorsorgeeinrichtung (und die übrigen Organe der beruflichen Vorsorge) verbindlich. Diese Bindungswirkung gilt sowohl für den Zeitpunkt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit als auch für den Invaliditätsgrad und den Rentenbeginn.

Erst den Status klären (IVG 28a, IVV 24^{septies})

Laut IV-Reform **ist erst zu bestimmen, ob eine versicherte Person als erwerbstätig, nicht erwerbstätig oder teilerwerbstätig gilt.** Die Bestimmung dieses Status einer versicherten Person richtet sich nach der Erwerbstätigkeit, die die versicherte Person ausüben würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre.

Die versicherte Person gilt als:

- erwerbstätig** nach IVG 28a/I, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100% oder mehr entspricht;
- nicht erwerbstätig** nach IVG 28a/II, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde;

- c) **teilerwerbstätig** nach IVG 28a/III, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100% entspricht.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades kennt die IV im Wesentlichen drei Methoden.	
1. Die «allgemeine Methode» auch «wirtschaftliche Methode» genannt ATSG 16, IVG 28a I	= Einkommensvergleich
2. Die «spezifische Methode» IVG 28a II	= Betätigungsvergleich
3. Die «gemischte Methode» IVG 28a III	= anteilmässig Einkommens-/ Betätigungsvergleich

10.2.1.1 Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (ATSG 16; IVG 28a I, IVV 25 – IVV 26^{bis}, IVV 27^{bis})

Für erwerbstätige Personen wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität – und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen) –, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen).

Aus der Erwerbseinbusse resultiert der Invaliditätsgrad in Prozent des Valideneinkommens.

Unerheblich ist dabei, ob eine zumutbare Tätigkeit ausgeübt wird oder nicht. Das von der Behinderung her zumutbare Einkommen muss sich die betroffene Person als Invalideneinkommen anrechnen lassen.

Valideneinkommen: Lohn, der ohne Invalidität erzielt würde	CHF 60 000.–
./ Invalideneinkommen: mit Invalidität erzielbarer Lohn	CHF 36 000.–
Differenz ⇨ in Prozent des Valideneinkommens	CHF 24 000.– ⇨ 40%

Für die Festlegung des Valideneinkommens ist, wenn immer möglich, an den tatsächlichen Verhältnissen vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung anzuknüpfen; d.h. es ist grundsätzlich der zuletzt verdiente AHV-pflichtige Lohn zu bestimmen. Individuelle Lohnerhöhungen, die mit Rücksicht auf Dienstalter, veränderte Familienverhältnisse und sichere Aufstiegsmöglichkeiten eingetreten wären, sind zu berücksichtigen. Bloss theoretischen Aufstiegsmöglichkeiten kann dagegen nicht Rechnung getragen werden. Ebenso sind regelmässig geleistete Überstunden oder Schichtarbeit in das Valideneinkommen einzubeziehen, sofern die versicherte Person effektiv auch zukünftig mit solchen Einkünften hätte rechnen können.

- Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte.

Bestimmen des Valideneinkommens, d.h. Erwerbseinkommens ohne Invalidität (IVV 26)

Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Einkommen ohne Invalidität, Valideneinkommen genannt), ist soweit möglich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens zu bestimmen.

Wenn das Valideneinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden kann, ist dieses nach statistischen Werten für eine nicht invalide Person mit gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen zu ermitteln.

- ▶ Wenn eine versicherte Person eine begonnene berufliche Ausbildung wegen der Invalidität nicht abschliessen konnte, so wird das Valideneinkommen nach dem statistischen Wert desjenigen Berufes ermittelt, in dem die Ausbildung begonnen wurde.
- ▶ Das Valideneinkommen von Geburts- oder Frühinvaliden – die keine Berufsausbildung machen können – wird neu ohne Altersabstufung aufgrund statistischer Werte festgelegt (IVV 26 IV).

Betreffend statistische Werte (IVV 25)

Soweit für das Festlegen der massgebenden Erwerbseinkommen **statistische Werte** herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige sowie geschlechtsspezifische Werte zu verwenden. Diese statistischen Werte sind an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit anzupassen.

- ▶ Liegt das Valideneinkommen **mehr als fünf Prozent unterhalb** des branchenüblichen Lohnes, so entspricht es 95 Prozent des branchenüblichen Zentralwertes der LSE (automatische Parallelisierung des Korrekturfaktors). Ausnahmen gelten betreffend Mindestlöhne nach Gesamtarbeits- oder Normalarbeitsvertrag sowie betreffend Selbständigerwerbende.

Bestimmen des Invalideneinkommens, d.h. Erwerbseinkommens mit Invalidität (IVV 26^{bis})

Wenn eine versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen erzielt, wird ihr dieses (Einkommen mit Invalidität) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit bestmöglich ausnützt.

Erzielt die versicherte Person aber nach Eintritt der Invalidität kein Erwerbseinkommen mehr, wird ihr Einkommen mit Invalidität nach Statistischen Werten (LSE des BFS) bestimmt! Vom statistisch bestimmten Wert werden (ab 01.01.2024) 10 Prozent pauschal abgezogen.

- ▶ Wenn die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 Prozent oder weniger tätig sein kann, werden vom statistisch bestimmten Wert (ab 01.01.2024) total 20 Prozent abgezogen (Teilzeitabzug und Pauschalabzug).

Zumutbare Erwerbstätigkeit (KSIR)

Das Mass dessen, was jemandem noch an Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, hängt von **objektiven Kriterien** ab, insbesondere von der behinderungsbedingten Einschränkung. Die Erwerbsmöglichkeit wird in erster Linie durch die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestimmt, d.h. die Fähigkeit, eine bestimmte Tätigkeit in einem bestimmten (zeitlichen, funktionellen) Umfang ausüben zu können.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den Gesundheitszustand der versicherten Person (Feststellung, ob eine Person sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann usw.), ist eine ärztliche Aufgabe. Hier wird stark auf die Einschätzung des RAD der IV-Stellen abgestellt.

► Ob eine versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Bemessung des Invalideneinkommens dagegen unerheblich.

Daher kann z.B. keine Rente beanspruchen, wer aus rein persönlichen Gründen die Arbeitsfähigkeit nicht voll nutzt, bei Ausübung der zumutbaren Tätigkeit aber ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte.

10.2.1.11 Teilzeiterwerbstätige (IVV 27^{bis})

Für Versicherte, die nur zum Teil erwerbstätig sind (oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten mitarbeiten), wird der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach dem Einkommensvergleich ermittelt. Dazu wird das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, hochgerechnet.

Dann wird das mit voller Erwerbstätigkeit erzielbare Invalideneinkommen ermittelt. Die Differenz zwischen Valideneinkommen zu 100 Prozent und dem ermittelten Invalideneinkommen ergibt – in Prozent des Valideneinkommens – den Invaliditätsgrad, wie er aus voller Erwerbstätigkeit gelten würde.

Weil die versicherte Person nur teilzeitlich erwerbstätig ist, wird der so ermittelte Invaliditätsgrad anhand des Erwerbsspensums gewichtet (vgl. Beispiel 1; ohne Betätigungsvergleich).

Beispiel 1 (gewichteter Einkommensvergleich)			
Ausgangslage: Versicherte mit Erwerbsspensum bei voller Gesundheit von 70%, Jahreslohn CHF 54 600.– Hobby 30% Einschränkung im Erwerb (mit angepasster Tätigkeit) 40%, bringt ein Invalideneinkommen von CHF 26 000.–	Valideneinkommen	54 600.–	
	Valideneinkommen 100%	78 000.–	
	Invalideneinkommen	26 000.–	
	Differenz in % Valideneinkommen	52 000.–	67%
	IV-Grad Aufgabenbereich		00%
	Gewichtung		
	IV-Grad Erwerbstätigkeit	47%	(70% v. 67%)
	IV-Grad Aufgabenbereich	00%	
	massg. IV-Grad	= 47%	
	IV-Rentenanteil: 47% der ganzen Rente		
altrechtlich = Viertelrente			

10.2.1.2 Spezifische Methode des Betätigungsvergleichs (IVG 28a II, IVV 27)

Für nicht erwerbstätige Versicherte, die im Aufgabenbereich tätig sind – und denen die Aufnahme oder Ausweitung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann – wird (in Abweichung von ATSG 16) auf den Betätigungsvergleich abgestellt. Es wird ermittelt, in welchem Mass sie unfähig sind sich im Aufgabenbereich zu betätigen.

Solche Nichterwerbstätige mit Aufgabenbereich sind

- ▶ **Versicherte, die im Haushalt** (mit schulpflichtigen Kindern) **tätig sind, und/oder der Pflege/Betreuung von Angehörigen übernehmen** (IVG 7)

Zum Kreis der Angehörigen gehören der Ehegatte, eingetragene Partner oder diejenige Person, mit der/die Versicherte eine faktische Lebensgemeinschaft führt. Zudem zählen Kinder (Enkelkinder), Eltern (Grosseltern) des Paares als Angehörige.

PS Sie sind zur Mitwirkung im Haushalt verpflichtet – ggf. neue Aufgabenteilung ⇒ Schadenminderungspflicht.

- ▶ **Versicherte in Ausbildung** (sofern ihnen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann)
- ▶ **Privatiers oder Frühpensionierte** (sofern ihnen eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann)
- ▶ **Ordensangehörige** betreffend die gesamte Tätigkeit in der Gemeinschaft, sofern daraus nicht ein Erwerbseinkommen erzielt wird.

Reine Freizeitbeschäftigungen fallen laut Bundesgericht (BGE 125 V 157) nicht unter die zu berücksichtigenden Tätigkeiten. Gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten sind als reine Freizeitbeschäftigungen zu qualifizieren und fallen daher nicht in den Aufgabenbereich.

- ▶▶ Es dürfen im Betätigungsbereich nur Tätigkeiten berücksichtigt werden, die einer Erwerbstätigkeit gleichgestellt werden können. Sie müssen dem «Dritt-Personen-Kriterium» entsprechen. Das bedeutet, dass die versicherte Person die Tätigkeiten, welche sie nicht mehr selber erledigen kann, durch Dritte ausführen lassen würde (allenfalls gegen Bezahlung).

Der **Invaliditätsgrad** wird durch eine Gegenüberstellung der ohne und mit Gesundheitsschaden ausgeübten bzw. möglichen Tätigkeiten ermittelt; d.h. nach Massgabe der Behinderung im üblichen Aufgabenbereich bemessen. Der Invaliditätsgrad wird dabei durch eine vergleichsweise Schätzung der beiden Elemente bestimmt. Die IV-Stelle ermittelt den Invaliditätsgrad grundsätzlich durch eine Abklärung vor Ort.

Praktisch bedingt dies die Aufstellung eines Katalogs der Tätigkeiten, welche die versicherte Person vor Eintritt der Invalidität ausübte oder die sie ohne Invalidität ausüben würde. Das Ergebnis wird mit der Gesamtheit der Tätigkeiten, welche die versicherte Person – nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen – trotz Invalidität zumutbarerweise noch verrichten kann, verglichen.

Bezogen auf die Haushaltsführung sind die einzelnen Aufgabenbereiche je Haushalt unterschiedlich gewichtet. So gilt es, erst das Tätigkeitsprofil festzulegen und dann den Umfang der Beeinträchtigung, der nicht durch die im selben Haushalt lebenden Familienangehörigen übernommen werden kann.

Aufgabenbereich Haushalt (KSIR 3609 ff., Stand 01.01.2024)	
Teilbereiche (Tätigkeiten) zusammen 100%	Minimum–Maximum
Ernährung Rüsten, Kochen, Anrichten, alltägliche Reinigungsarbeiten in der Küche usw.	10–50%
Wohnungs- und Hauspflege Aufräumen, Abstauben, Staubsaugen, Bodenpflege, Reinigung sanitärer Anlagen, Bettenmachen, gründliche Reinigung, Abfallentsorgung	5–30%
Einkaufen und weitere Besorgungen alltäglicher Einkauf und Grosseinkauf sowie administrative Verrichtungen usw.	5–10%
Wäsche- und Kleiderpflege Waschen, Wäsche aufhängen und abnehmen, Bügeln usw.	5–20%
Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen¹ Kontakt mit Schule/Lehrbetrieb, Hausaufgabenhilfe, Freizeitgestaltung, Arztbesuche usw.	0–50%
Garten- und Umgebungspflege, Haustierhaltung Pflanzen- und Rasenpflege, Reinigung und Unterhalt der Umgebung, Fütterung und Pflege von Haustieren usw.	0–10%
¹ Zum Kreis der Angehörigen gehören: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diejenige Person, mit der die versicherte Person verheiratet ist, in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt (Lebenspartner/in). ▶ Personen, mit denen die versicherte Person oder deren Ehegatte bzw. Lebenspartner/in in grader Linie verwandt ist, sowie Pflegekinder, die in der Familie aufgenommen wurden. 	

PS Im Haushalt lebende Angehörige sind zur Mitwirkung im Haushalt verpflichtet; ggf. neue Aufgabenteilung ⇔ Schadenminderungspflicht.

Beispiel einer im Haushalt tätigen Person mit 2 Kindern			
Tätigkeiten	Gewichtung	Einschränkung	Behinderung¹
1. Ernährung	35%	50%	17,5%
2. Wohnungspflege	20%	70%	14%
3. Einkauf	10%	40%	4%
4. Wäsche, Kleiderpflege	10%	60%	6%
5. Betreuung von Kindern	25%	40%	10%
6. Garten- und Umgebungspflege	0%	0%	0%
Total	100%		51,5%
¹ Behinderung in der einzelnen Tätigkeit im Verhältnis zum gesamten Aufgabenbereich. ▶ Die versicherte Person hat einen Invaliditätsgrad von 52 Prozent.			

10.2.1.21 Die Methodenwahl zum Festsetzen des Invaliditätsgrads

für teilzeitlich Erwerbstätige hängt davon ab, ob der/die teilzeitlich Erwerbstätige in der verbleibenden Zeit der Betreuung von schulpflichtigen Kindern oder Angehörigen nachgeht.

- ▶ **Wenn ja**, wird die Beeinträchtigung im Aufgabenbereich ermittelt und – gewichtet nach dem Anteil der Betätigung im Aufgabenbereich – in die Invaliditätsgradbemessung mit einbezogen (vgl. nachstehend gemischte Methode).
- ◀ **Wenn nein**, wird die Beeinträchtigung im Aufgabenbereich nicht ermittelt. Die Bemessung des Invaliditätsgrads gelangt die Methode des Einkommensvergleichs zur Anwendung, wobei der Invaliditätsgrad im Verhältnis des Erwerbsspensums gewichtet wird.

10.2.1.3 Gemischte Methode (IVG 28a III)

Für Versicherte, die nur zum Teil erwerbstätig sind – oder unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten mitarbeiten – und daneben ihre schulpflichtigen Kinder/Angehörigen betreuen, wird der Invaliditätsgrad aus Erwerbstätigkeit nach dem gewichteten Einkommensvergleich festgelegt. Weil sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig waren, wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach dem Betätigungsvergleich bestimmt und anschliessend im Anteil des Aufgabenbereichs am Gesamtpensum gewichtet. Der für die IV-Rente relevante Invaliditätsgrad ergibt sich aus der Summe des gewichteten Invaliditätsgrads aus Einkommens- und Betätigungsvergleich (vgl. Beispiel 2).

Beispiel 2 (gemischte Methode)				
Ausgangslage: Versicherte mit Erwerbsspensum bei voller Gesundheit von 70%, Jahreslohn CHF 54 600.– Statt Hobby 30%, Mutter mit Betreuung eines Kleinkindes, da Einschränkung 36% Einschränkung im Erwerb (mit angepasster Tätigkeit) 34%, bringt ein Invalideneinkommen von CHF 26 000.–	Valideneinkommen	54 600.–		
	Valideneinkommen 100%	78 000.–		
	Invalideneinkommen	26 000.–		
	Differenz in % Valideneinkommen	52 000.–	67%	
	IV-Grad Aufgabenbereich		00%	
	Gewichtung			
	IV-Grad Erwerbstätigkeit	47%	(70% v. 67%)	
	IV-Grad Aufgabenbereich	11%	(30% v. 36%)	
	massg. IV-Grad	58%		
	IV-Rentenanteil: 58% der ganzen Rente			
altrechtlich = halbe Rente				

Bedeutung für IV-Rente der Pensionskasse oder des Unfallversicherers

Die Vorsorgeeinrichtungen (vgl. Kapitel IX BVG, Absatz 10.2.4.21 mit demselben Beispiel für die berufliche Vorsorge) und UVG-Versicherer stellen für teilzeitlich Erwerbstätige ausschliesslich auf den Invaliditätsgrad aus Einkommensvergleich gemäss ATSG 16, d.h. ohne Aufrechnung ab.

10.2.1.4 Unterschiedlicher Invaliditätsgrad der Invaliden- und der Unfallversicherung

Der durch die Invalidenversicherung festgestellte Invaliditätsgrad kann für dieselbe durch den Unfallversicherer beurteilte Person tiefer ausfallen. Im Gegensatz zur Invalidenversicherung berücksichtigt der Unfallversicherer Gesundheitsschädigungen, die nicht oder nur teilweise Folgen eines Unfalls bzw. einer Berufskrankheit sind, nicht. Der Unfallversicherer stellt den Zustand wieder her, der vor dem Unfall bzw. Eintritt der Berufskrankheit bestanden hat (UVG 36, UVV 47). Zudem richtet der Unfallversicherer seine Renten proportional zum Invaliditätsgrad aus (Beispiel: IV-Grad = 75 Prozent ergibt für die Invalidenversicherung eine ganze IV-Rente, für den Unfallversicherer aber einen Anspruch von 75 Prozent der maximal möglichen UV-IV-Rente).

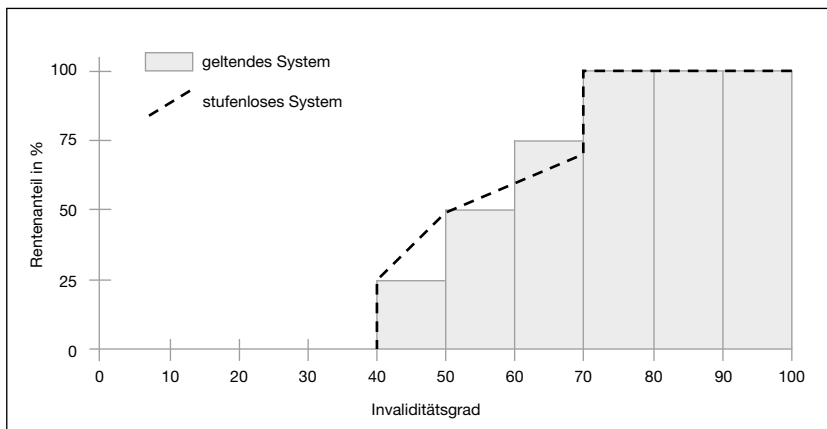
10.2.2 Berechnung der IV-Rente

Je nach Invaliditätsgrad (Schwere der Invalidität) werden entsprechende Rentenanteile gewährt:

Die IV richtet erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent eine Rente aus. Für Versicherte mit einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 69 Prozent wird die Rentenhöhe im Anteil der **ganzen Rente** ermittelt. Diese wird **ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent** gewährt.

Ursprünglich gab es für Versicherte mit einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 Prozent eine Viertel, zwischen 50 und 59 Prozent eine halbe und zwischen 60 und 69 Prozent eine Dreiviertel Rente.

Für ab Januar 2022 neu entstehende Rentenfälle greift ein verfeinertes Rentensystem («stufenlos») sÄhe für die Autorin anders aus). Dadurch erhÄlt die prozentgenaue Erhebung des IV-Grades einen h6heren Stellenwert; denn f6r die Rentenh6he kommt es neu auf jedes Prozent des IV-Grades an:



Nach wie vor wird erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent eine IV-Rente gewährt. Hier werden 25 Prozent der ganzen IV-Rente ausgerichtet. Danach steigt die Rentenh6he je zusÄtzlicher Invaliditätsgrad um 2,5 Prozent. Ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent entspricht der Rentenanteil dem Invaliditätsgrad, wobei ab einem solchen von 70 Prozent wiederum die ganze Rente gewährt werden soll.

Neurechtliche, ab 2022 entstandene Rente					
Darstellung: gebo Sozialversicherungen					
IV-Grad	Anteil an ganzer Rente	IV-Grad	Anteil an ganzer Rente	IV-Grad	Anteil an ganzer Rente
bis 39%		keine Rente			
40%	25,0%	50%	50%	60%	60%
41%	27,5%	51%	51%	61%	61%
42%	30,0%	52%	52%	62%	62%
43%	32,5%	53%	53%	63%	63%
44%	35,0%	54%	54%	64%	64%
45%	37,5%	55%	55%	65%	65%
46%	40,0%	56%	56%	66%	66%
47%	42,5%	57%	57%	67%	67%
48%	45,0%	58%	58%	68%	68%
49%	47,5%	59%	59%	69%	69%
ab 70%					ganze Rente

- ▶ Schweizerische Staatsangehörige, und solche von Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen unterhält, können ihre **IV-Rente** auch **im Ausland** beziehen.

Vorausgesetzt ist, dass sie auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent beruht. Nur das FZA (bilaterale Abkommen in CH↔EU) und die analogen Bestimmungen unter den EFTA-Staaten (Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island) sehen auch einen Export von Renten aus einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent vor.

Die Berechnung der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrenten (1. Säule) erfolgt nach denselben Kriterien. Massgebend für die Ermittlung der einzelnen Berechnungselemente ist grundsätzlich der Zeitpunkt des Rentenbeginns.

Grundlage für die Rentenberechnung bilden das Verhältnis der vollen Beitragsjahre der versicherten Person zu den Beitragsjahren ihres Jahrganges und das massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen (MDJ) unter Berücksichtigung der Erziehungs- und Betreuungsgutschriften.

Für seit 2008 (5. IV-Revision) eintretende Rentenfälle wurde der Karrierezuschlag abgeschafft (zuvor wurden Erwerbseinkommens für Versicherte, die vor dem 45. Altersjahr invalid geworden sind, aufgewertet).

Die IV-Rente für **Geburtsinvalide** und Personen, die vor dem 25. Altersjahr invalid geworden sind, beträgt mindestens 133 ⅓ Prozent der minimalen Vollrente (IVG 37 II).

- ▶ Die mutmassliche Höhe ihrer Invaliden- und Altersrente können Versicherte – von derjenigen AHV-Ausgleichskasse, mit der die letzten Beiträge abgerechnet wurden – vorausberechnen lassen. Eine Rentenschätzung ist über www.ahv-iv.ch, Merkblätter & Formulare, Online-Rentenschätzung, möglich.

10.2.2.1 Übergangsfristen für Wechsel ins neue IV-Rentensystem

Betreffend Versicherungsfälle, die bis Dezember 2021 eingetreten sind gilt:

- ▶ Für IV-Rentner/innen mit **Jahrgang 1967 und älter** (solche, die mit Inkrafttreten per 01.01.2022 55-jährig oder älter sind), gilt das bisherige Recht, d.h. Verbleib im System der viertel, halben, dreiviertel oder ganzen Renten!
- ▶ Für unter 55-Jährige (ab Jahrgang 1968) bleibt der Rentenanspruch bestehen, bis der Invaliditätsgrad erheblich ändert (d.h. +/- 5%; ATSG 17 I), wobei eine Besitzstandsregelung greift:
Der bisherige Rentenanspruch bleibt bestehen, sofern die neurechtliche Regelung zur Folge hat, dass der bisherige Rentenanspruch durch eine Erhöhung des Invaliditätsgrades sinkt oder durch ein Sinken des Invaliditätsgrades ansteigt.
- ▶ Für Rentner/innen ab Jahrgang 1991 (solche, die mit Inkrafttreten per 01.01.2022 unter 30-jährig sind), erfolgt jedoch die Anpassung spätestens innert zehn Jahren.

PS Unter 30-jährigen Versicherten, die wegen Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten und eine altrechtliche IV-Rente erhalten, war der IV-Rentenanspruch bis 31.12.2022 (innert Jahresfrist ab Inkrafttreten) nach den neuen Bestimmungen zu revidieren.

Fazit: Während über 10 Jahren sind beide Rentensysteme parallel zu führen!

10.2.2.2 Invalidität und Resterwerb

Jede betroffene Person soll nach deren Möglichkeiten versuchen, die verbleibende Erwerbsfähigkeit bestmöglich zu nutzen. Stellt sich nach einem Vierteljahr heraus, dass die Erwerbstätigkeit ausgebaut – und damit der Verdienst erhöht – werden konnte, ist dies der IV umgehend zu melden.

Wenn sich der Invaliditätsgrad erheblich, d.h. mehr als 5 Prozent verändert, muss die IV-Rente entsprechend erhöht oder gesenkt werden. Für die Revision ist nur diejenige Einkommensverbesserung zu berücksichtigen, die nicht teurerungsbedingt ist.

Da nur wenige einen Invaliditätsgrad von 100 Prozent aufweisen, kann rein rechnerisch die noch verbleibende Erwerbsfähigkeit bemessen werden; dies ungeachtet davon, ob sie auch realisiert wird.

theoretisch max. Erwerbsunfähigkeit	100%
- Invaliditätsgrad	%
= Resterwerbsfähigkeit in	%

Doch wie viel kann der/die Betroffene noch verdienen, ohne dass ein geringerer Rentenanteil ausgerichtet wird?

Ausgegangen wird vom Lohn, den die betroffene Person ohne Gesundheitsschädigung erzielen würde (Valideneinkommen). Als Faustregel für die Berechnung kann gesagt werden, dass der ermittelte Prozentsatz der Resterwerbsfähigkeit bezogen auf das Valideneinkommen dem Lohn entspricht, den die betroffene Person noch verdienen kann, ohne dass sich der Rentenanteil dieser Person verändert.

10.2.2.3 Revision der Rente – Überprüfung des Invaliditätsgrads (ATSG 17 I, IVV 86–88^{bis})

Die Revision bezweckt die Anpassung einer Rentenverfügung an veränderte Verhältnisse. Anlass zur Rentenrevision gibt jede Änderung in den persönlichen tatsächlichen Verhältnissen der versicherten Person seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad um mindestens fünf Prozentpunkte zu ändern.

Eine Revision der Rente kann auf Gesuch (versicherte Person) oder von Amtes wegen (IV-Stelle) erfolgen.

▶ **Revision auf Gesuch hin** (IVV 87 II+III)

Wenn die versicherte Person (glaubhaft) darlegt, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat, tritt die IV-Stelle auf das Gesuch ein.

▶ **Revision von Amtes wegen** (IVV 87 I)

Eine Revision wird von Amtes wegen durchgeführt, wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades anlässlich der Festsetzung der Rente auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist. Das gilt, wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Grades der Invalidität als möglich erscheinen lassen.

Die IV-Stelle prüft in jeder Rentenfestsetzung, auf welchen Zeitpunkt eine Revision erfolgen muss. Für den Revisionsstermin ist die fallbezogene Einschätzung (absehbare Veränderungen wie z.B. Verbesserung/Verschlechterung des Gesundheitszustandes, vermutetes Eingliederungspotenzial) massgeblich.

Die Erhöhung der IV-Rente (gilt auch betreffend Hilflosenentschädigung und Assistenzbeitrag) erfolgt frühestens:

- ▶ wenn die versicherte Person die Revision verlangt, von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde;
- ▶ im Fall einer Revision von Amtes wegen von dem Monat an, der für die Revision vorgesehen wurde;
- ▶ falls festgestellt wird, dass der Beschluss der IV-Stelle zum Nachteil der versicherten Person zweifellos unrichtig war, von dem Monat an, in dem der Mangel entdeckt wurde.

Herabsetzung oder Aufhebung der Rente (IVV 88^{bis})

Die Herabsetzung oder Aufhebung der IV-Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten Monats, der auf die Zustellung der Verfügung folgt.

Beispiel: Mit Vorbescheid von 16. Juli wird der versicherten Person mitgeteilt, dass ihre Rente aufgehoben wird. Die Aufhebungsverfügung wird von der IV-Stelle am 29. August versandt und der Versicherten am 2. September zugestellt. Die Rente wird in der Folge auf den 1. November aufgehoben.

Im Fall einer **unrechtmässig erwirkten IV-Rente oder einer Meldepflichtverletzung** (IVV 77) erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der IV-Rente **rückwirkend** ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung.

10.2.2.4 An der IV-Rente beteiligte Familienangehörige (abgeleitete Rentenansprüche)

Ein Rentenfall kann innerhalb einer Familie mehrere Ansprüche auslösen (Kinderrente, Witwen-/Witwerrente und Waisenrente). Die Rente, welche die versicherte Person auslöst (Invaliden-, Alters- oder Hinterlassenenrente), wird als «Stammrente» bezeichnet und der entsprechende Frankenbetrag als 100 Prozent angesehen ⇒ Rentenberechnung vgl. AHV Kapitel III, 10.1.4.

Kinderrente (IVG 35)

Personen, die eine IV-Rente beziehen, haben für jedes Kind, das durch ihren Tod eine Waisenrente der AHV erhalten würde, Anspruch auf eine **Kinderrente im Umfang von 40 Prozent** ihrer eigenen Renten. Dies trifft für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr und solche in Ausbildung bis längstens zum vollendeten 25. Altersjahr zu.

10.2.2.5 Zusammentreffen von Leistungen

▶ Witwen, Witwer und Waisen, welche **sowohl die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hinterlassenenrente der AHV als auch für eine IV-Rente erfüllen, haben Anspruch auf eine ganze Invalidenrente**. Es wird aber nur die höhere der beiden Renten ausgerichtet (IVG 43 I).

▶ In Abweichung von ATSG 69 **werden Kinderrenten gekürzt, wenn** sie zusammen mit der IV-Rente der Mutter bzw. des Vaters 90 Prozent des für diese Renten massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens übersteigen (IVG 38^{bis} I, und III). Entsprechend werden Teilrenten gekürzt.

Diese Kürzung entfällt, wenn die Renten pro Jahr CHF 39 690.– (150 Prozent der minimalen Vollrente plus drei minimale Kinder-/Waisenrenten) nicht übersteigen. Diese Kürzungsgrenze erhöht sich vom vierten Kind an um CHF 2450.– für jedes weitere Kind.

Wenn dem Elternteil nicht eine ganze IV-Rente zugesprochen wurde, bemisst sich die Kürzung der Kinderrenten im Verhältnis zur ganzen Rente (IVV 33^{bis} II).

Wenn beide Ehegatten – oder eingetragenen Partner/innen (PartG) – eine IV-Rente oder je eine IV- und eine AHV-Rente beziehen, wird die Summe dieser Renten auf 150 Prozent der massgebenden Maximalrente plafoniert (IVG 37 I^{bis}, AHVG 35).

Treffen für ein und dasselbe Kind zwei Kinderrenten (beide Elternteile beziehen je eine eigene AHV/IV-Rente) – **bzw. eine Waisen- mit einer Kinderrente** – **zusammen**, wird der Anspruch auf 60 Prozent der Vollrente gemäss massgebender Rentenskala gekürzt (IVG 38).

Zusammentreffen von Taggeld- und Rentenanspruch (IVG 47 I)

Während der Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen kann es ausnahmsweise zu einem Doppelanspruch auf Taggeld und Renten der IV kommen. Löst ein Taggeld eine IV-Rente ab, so können IV-Renten während maximal dreier Monate ab Beginn der Massnahme weiterhin ausgerichtet werden, dies in Abweichung zu ATSG 19 III. Zusätzlich wird das Taggeld ausgerichtet, aber während des Doppelanspruchs um $\frac{1}{30}$ des Rentenbetrags gekürzt.

Wo eine Rente das Taggeld ablöst, wird in Abweichung von ATSG 19 III die Rente auch für den Monat, in dem der Taggeldanspruch endet, ungekürzt ausgerichtet. Allerdings wird in diesem Monat das Taggeld um $\frac{1}{30}$ des Rentenbetrags gekürzt.

10.2.3 Teuerung

Die IV-Renten werden gleich wie jene der AHV periodisch der Teuerung angepasst.

10.3 Hilflosenentschädigung (HILO)

(ATSG 9, 66; IVG 42, IVV 35–39; AHVG 43^{bis}, AHVV 66^{bis})

Personen, die wegen Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd, im erheblichen Mass der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (HILO).

Diese wird an Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz ausgerichtet. Dabei sind die finanziellen Verhältnisse der betroffenen Person unerheblich. Der Bezug einer HILO ist nicht zwingend an den Bezug einer AHV/IV-Rente gekoppelt.

Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, die zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (IVG 42 III). Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, muss für die Annahme der Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor.

10.3.1 Wie erfolgt die Abstufung der Hilflosigkeit? (IVG 42^{ter}, IVV 37, AHVV 66^{bis})

Ausgegangen wird von den täglichen Lebensverrichtungen. Dabei werden nach Weltgesundheitsorganisation (WHO) fünf Hauptbereiche unterschieden:

- ▶▶ An- und Auskleiden;
- ▶▶ Aufstehen, Absitzen, Abliegen;
- ▶▶ Essen;
- ▶▶ Körperpflege;
- ▶▶ Fortbewegung inkl. Kontaktaufnahme mit der Umwelt.

Die Schweiz kennt noch einen sechsten Hauptbereich:

- ▶▶ Verrichten der Notdurft.

Es erstaunt, dass die Schweiz das Verrichten der Notdurft als weiteres Kriterium zählt. Aus der Praxis ergibt sich aber eine plausible Erklärung. Der Harn- oder Stuhldrang ist plötzlich, die Hilfestellung lässt sich nicht zeitlich programmieren und es bedarf oft einer speziellen Anleitung in Bezug auf die Reihenfolge des Aus- und vor allem wieder Ankleidens.

Primär gilt die **Schadenminderungspflicht** – das kann durch entsprechende Kleidung (Verschluss seitlich oder besser vorne) und den Einsatz von **Hilfsmitteln** sein.

Wo trotzdem in Teilbereichen dauernd Dritthilfe vonnöten ist, besteht eine Hilflosigkeit. Die Anmeldung für Hilfslosenentschädigung fragmentiert, wo es sinnvoll erscheint, die Angaben zur Hilflosigkeit der Hauptbereiche:

- ▶ **An- und Auskleiden** (keine Teilbereiche)
- ▶ **Aufstehen, Absitzen, Abliegen** (keine Teilbereiche)
- ▶ **Essen**
 - ▶ Muss die Nahrung zerkleinert werden?
 - ▶ Muss die Nahrung zum Mund geführt werden?
 - ▶ Kann nur spezielle Nahrung zu sich genommen werden (pürierte Nahrung, Sondennahrung – aber nicht verordnete Diät)?
- ▶ **Körperpflege**
 - ▶ Waschen
 - ▶ Kämmen
 - ▶ Rasieren
 - ▶ Baden/Duschen
- ▶ **Verrichten der Notdurft**
 - ▶ Ordnen der Kleidung (nach Verrichten der Notdurft)
 - ▶ Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit (vor Erreichen des Referenzalters gewährt die IV einen Beitrag an die Anschaffung eines Dusch-WCs, wenn mit diesem Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft selbständig möglich ist)
 - ▶ unübliche Art der Verrichtung der Notdurft (z.B. Katheterisierung)
- ▶ **Fortbewegung inkl. Kontaktaufnahme mit der Umwelt**
 - ▶ in der Wohnung
 - ▶ im Freien
 - ▶ Pflege gesellschaftlicher Kontakte

Auf die lebenspraktische Begleitung wird in Absatz 10.3.1.2 eingegangen.

10.3.1.1 Abstufung der Hilflosigkeit

Die Hilflosigkeit gilt als leicht (20 Prozent der Vollrente), wenn die betroffene Person (trotz Abgabe von Hilfsmitteln)

- ▶ **in mindestens zwei Hauptbereichen regelmässig** in erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen ist **oder**
- ▶ dauernd der **persönlichen Überwachung** bedarf **oder**
- ▶ durch das Gebrechen bedingt, einer ständigen und besonders aufwendigen Pflege (z.B. Hemodialyse) bedarf **oder**
- ▶ mit einer schweren Sinnesschädigung oder schweren körperlichen Gebrechen nur dank Dritthilfe gesellschaftliche Kontakte pflegen kann oder auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

Die Hilflosigkeit gilt als mittel (50 Prozent der Vollrente), **wenn** die betroffene Person (trotz Abgabe von Hilfsmitteln)

- ▶ **in den meisten (mindestens vier) Hauptbereichen regelmässig** in erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen ist **oder**

- ▶ **in mindestens zwei Hauptbereichen regelmässig** in erheblicher Weise auf Dritthilfe **und dauernd auf eine persönliche Überwachung** bzw. auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

Die Hilflosigkeit gilt als schwer (80 Prozent der Vollrente), **wenn** die betroffene Person (trotz Abgabe von Hilfsmitteln)

- ▶ in allen Hauptbereichen der täglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.

Glossar

▶▶ **Regelmässige, erhebliche Hilfe**

Die Hilfe ist regelmässig, wenn sie täglich benötigt wird. Sie ist erheblich, wenn die versicherte Person eine Funktion ohne Hilfe nicht mehr oder nur mit unzumutbarem Aufwand oder auf unübliche Art ausüben könnte.

▶▶ **Direkte Hilfe**

ist gegeben, wenn in den täglichen Lebensverrichtungen geholfen werden muss bzw. wenn diese Verrichtungen für eine versicherte Person durch eine Drittperson getätigt werden müssen.

▶▶ **Indirekte Hilfe**

ist gegeben, wenn eine versicherte Person die Verrichtungen funktionsmässig zwar noch selber ausführen könnte, dies aber nicht, nur unvollkommen oder zu Unzeiten tun würde (z.B. Alzheimerpatienten). Die versicherte Person muss von einer Drittperson überwacht und zur Verrichtung angehalten werden.

▶▶ **Dauernde Pflege**

ist gegeben, wenn eine medizinische oder pflegerische Hilfeleistung während längerer Zeit erbracht werden muss (z.B. tägliches Verabreichen von Medikamenten, Spritzen, Stecken von Infusionen, Anlegen von Verbänden usw.).

▶▶ **Dauernde persönliche Überwachung**

ist gegeben, wenn eine versicherte Person wegen ihrer Behinderung (z.B. wegen geistiger Absenzen) während des Tages nicht allein gelassen werden kann; d.h., dass praktisch während des ganzen Tages eine Drittperson bei ihr anwesend sein muss. Nicht nötig ist, dass es sich dabei immer um dieselbe Person handelt.

10.3.1.2 Lebenspraktische Begleitung (IVG 42 III, IVV 38)

Als hilflos gelten auch volljährige Versicherte (vor Erreichen des Referenzalters), **die zu Hause leben** und auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind. Es sind Personen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung

- ▶ nicht in der Lage sind, ohne Begleitung einer Drittperson selbständig zu wohnen und
- ▶ für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen sind oder
- ▶ ernsthaft gefährdet sind, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

Die lebenspraktische Begleitung muss **regelmässig erfolgen und dauernd notwendig** sein (d.h. über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens zwei Stunden/Woche). Nicht erforderlich ist, dass diese Begleitung durch fachlich qualifiziertes oder speziell geschultes Betreuungspersonal erbracht wird.

Sofern zusätzlich zur lebenspraktischen Begleitung auch die Hilfe in Teilfunktionen einer alltäglichen Lebensverrichtung benötigt wird (z.B. Hilfe in der Pflege gesellschaftlicher Kontakte), darf die gleiche Hilfeleistung nur einmal – d.h., entweder als Hilfe in der Teilfunktion der alltäglichen Lebensverrichtung oder als lebenspraktische Begleitung – berücksichtigt werden. Nicht als lebenspraktische Hilfe gilt, was ein Beistand im Rahmen der erwachsenenschutzrechtlichen Pflichten (Vermögensverwaltung, Mitwirkung oder Vertretung in Rechtsgeschäften) erbringt.

In der Praxis wird die lebenspraktische Begleitung hauptsächlich für psychisch Kranke erbracht. Wenn ausschliesslich eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit vorliegt, gilt eine Person nur als hilflos, wenn sie Anspruch auf eine Rente hat.

Anspruch auf lebenspraktische Begleitung haben, sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, versicherte Personen bis zum Erreichen des Referenzalters (kein Besitzstand im Rentenalter; mit Vorbezug eines Teils der Altersrente besteht der Anspruch bis zum Erreichen des Referenzalters).

10.3.2 Umfang der HILO (IVG 42^{ter}, IVV 36–37)

Die Bemessung richtet sich nach dem Grad der Hilflosigkeit, d.h., des Bedarfs an Hilfeleistungen Dritter. Es wird, wie vorerwähnt beschrieben, zwischen leichter, mittlerer und schwerer Hilflosigkeit unterschieden.

10.3.2.1 HILO-Entschädigungsanspruch für Erwachsene

Über 18-jährige Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem **Aufenthalt in der Schweiz haben**, sofern sie hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, dies unabhängig von ihrer finanziellen Situation.

Die HILO wird ebenfalls **nach einem «Wartejahr» ausgerichtet**. Für Versicherte, die **erst nach Erreichen des Referenzalters hilflos** werden, beträgt die Karenzfrist ab Januar 2024 nur noch sechs Monate.

Kommt die Unfall- oder Militärversicherung für die Gesundheitsschädigung auf, hat auch diese die Hilflosenentschädigung zu erbringen. In solchen Fällen besteht kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung.

Der Anspruch auf HILO endet mit Wegfall der Hilflosigkeit, Wegzug ins Ausland oder mit dem Tod der anspruchsberechtigten Person.

Es bestehen drei Ansätze der HILO, der volle, der viertel und der halbe.

Der volle Ansatz der HILO gilt für Personen, deren Hilflosigkeit vor Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter) – bzw. des AHV-Rentenvorbezugs – eingetreten ist und die ausserhalb eines Heimes wohnen.

Leben sie aber im Heim, gibt es nur einen Viertel davon.

- ▶ Für Personen, die **erst nach Erreichen des Referenzalters hilflos** werden, wird unabhängig davon, ob sie in einem Privathaushalt oder einem Heim leben, **immer nur der halbe Ansatz** der HILO ausgerichtet. Besitzstand auf die bestehende HILO für Personen, die bereits vor dem Erreichen des Referenzalters eine entsprechende Leistung erhalten haben. Durch einen Wechsel vom Privathaushalt in ein Heim wird aber der volle Ansatz auf einen halben reduziert.
- ▶ Grundsätzlich erhalten im Rentenalter hilflos gewordene Heimbewohner/innen erst ab einer Hilflosigkeit mittleren Grades eine HILO. Solche im Privathaushalt können aber schon ab leichter Hilflosigkeit eine HILO erhalten.

Umfang der Hilflosenentschädigung			
mtl. in CHF seit 2023	vor Erreichen des Referenzalters ¹		ab Erreichen des Referenzalters
Hilflosigkeit	zu Hause	im Heim	zu Hause oder im Heim
leichten Grades	490.–	123.–	² 245.–
mittleren Grades	1225.–	306.–	613.–
schweren Grades	1960.–	490.–	980.–

Referenzalter = ordentlichen Renteneintrittsalter (AHV)

¹ Für Minderjährige wird die Hilflosenentschädigung pro Tag (Ansatz geteilt durch 30), an dem sie sich nicht in einem Heim oder einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen aufhalten, berechnet.

² Für zu Hause lebende Personen; wenn im Heim, Anspruch erst ab einer Hilflosigkeit mittleren Grades.

Während Eingliederungsmassnahmen entfällt in der Regel der Anspruch auf HILO, solange sich die betreffende Person dafür zulasten der IV in einer Institution aufhält (IVG 42 V).

10.3.2.2 HILO-Entschädigungsanspruch für Minderjährige

Auch Kinder können einen Anspruch auf HILO begründen, dies, wenn sie im Vergleich zu Gleichaltrigen in ihren Fertigkeiten erheblich eingeschränkt sind.

Für Kinder, die das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entsteht der Anspruch, sobald voraussichtlich während mehr als zwölf Monaten (im Vergleich zu Gleichaltrigen) eine Hilflosigkeit besteht (IVG 42^{bis} III).

Minderjährige haben nur an den Tagen Anspruch auf eine HILO, an denen sie sich nicht in einem Heim aufhalten. In Abweichung zu ATSG 67 II haben Minderjährige, die sich zulasten einer Sozialversicherung in einer Heilanstalt aufhalten, auch nach Ablauf eines vollen Kalendermonats Anspruch auf HILO. Dies gilt, sofern die Heilanstalt alle 30 Tage bestätigt, dass die regelmässige Anwesenheit der Eltern oder eines Elternteils in der Heilanstalt notwendig ist und tatsächlich erfolgte.

(Diese Bestimmung ist im Rahmen des Bundesgesetzes zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung in FLG 10 IV aufgenommen worden).

Minderjährige haben im Fall einer besonders intensiven Betreuung und Aufenthalt zu Hause zusätzlich zur Hilflosenentschädigung Anspruch auf einen **Intensivpflegezuschlag** (IVG 42^{ter} III, IVV 39). Allfällige von der IV gewährte Beiträge an die Langzeitüberwachung (IVV 3^{quinquies} V) und allfällige Leistungen der Kinderspitex werden anteilmässig vom Intensivpflegezuschlag abgezogen.

Intensivpflegezuschlag für zu Hause betreute Minderjährige			
Betreuungsaufwand		Zuschlag pro Tag 2024	
gering	mindestens 4 Stunden täglich	20%	CHF 32.65
mittel	mindestens 6 Stunden täglich	40%	CHF 57.15
hoch	mindestens 8 Stunden täglich	60%	CHF 81.65

Minderjährige Versicherte, denen ein Intensivpflegezuschlag von mindestens sechs Stunden pro Tag ausgerichtet wird, haben Anspruch auf einen Assistenzbeitrag (BGE 8C_9/219 vom 22.08.2019; ZSZ 4/2020).

10.3.3 **Assistenzbeitrag zum selbständigen Wohnen (IVG 42^{quater}–42^{octies}, IVV 39a–39j)**

Der 2012 im Rahmen der IV-Revision 6a eingeführte Assistenzbeitrag soll vor Erreichen des Referenzalters hilflos gewordenen **Personen, die regelmässig auf Hilfe angewiesen sind, ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Leben zu Hause ermöglichen.**

Der Assistenzbeitrag soll dort greifen, wo die durch die HILO gedeckte Hilfe von Angehörigen nicht reicht und eine Assistenzperson zur Betreuung angestellt wird.

Ein Assistenzbeitrag wird nur zur HILO der IV ausgerichtet. Wird die HILO durch die Unfall- oder Militärversicherung gewährt, ist kein Assistenzbeitrag der IV erhältlich, weil die Ansätze dieser HILO höher sind als für jene der IV.

10.3.3.1 **Anspruchsvoraussetzungen personell (IVG 42^{quater}, IVV 39a, 39b)** **Die Person, welche einen Assistenzbeitrag erhalten will, muss grundsätzlich volljährig und handlungsfähig sein sowie zu Hause wohnen und eine HILO der IV beziehen.**

- ▶ Ob die versicherte Person allein wohnt oder die Wohnung teilt, ist unerheblich. Es muss ein eigener Haushalt geführt werden, dies kann zusammen mit dem Ehegatten oder dem/der Lebensabschnittspartner/in sein. Keinen eigenen Haushalt führt, wer noch bei den Eltern lebt (keine Bezugsberechtigung für Assistenzbeitrag).

Anspruch für Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit
Volljährige Versicherte (IVV 39b) mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit haben Anspruch auf den Assistenzbeitrag, wenn sie eine HILO der IV beziehen und nicht in einem Heim leben sowie

- ▶ einen eigenen Haushalt führen;
- ▶ regelmässig eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder auf der Sekundarstufe II (Lehre) oder Tertiärstufe (Studium) absolvieren;

- ▶ während mindestens zehn Wochenstunden eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben oder bis zur Volljährigkeit einen Assistenzbeitrag für Minderjährige bezogen haben.

Minderjährige Versicherte (IVV 39a) haben Anspruch auf den Assistenzbeitrag, wenn sie eine HILO der IV beziehen und nicht in einem Heim leben (d.h., 16 Nächte und mehr im Kalendermonat zu Hause verbringen) sowie

- ▶ regelmässig eine obligatorische Schule in einer Regelklasse besuchen, eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine andere Ausbildung auf Sekundarstufe II (Lehre) absolvieren
- ▶ während mindestens zehn Wochenstunden eine Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausüben oder
- ▶ wenn ihnen ein Intensivpflegezuschlag für einen Pflege- und Überwachungsbedarf nach IVG 42^{ter} III von mindestens sechs Stunden pro Tag ausgerichtet wird.

Wenn Betroffene mit Erreichen der Volljährigkeit einen eigenen Haushalt führen oder mindestens zehn Wochenstunden eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausüben (IVV 39a Bst. a oder c), wird ihnen auch im Fall von eingeschränkter Handlungsfähigkeit der Assistenzbeitrag gewährt.

Dauer des Anspruchs auf den Assistenzbeitrag

Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag besteht grundsätzlich bis zum Bezug bzw. Vorbezug der ganzen Altersrente. Er erlischt spätestens am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das Referenzalter erreicht oder die ganze Altersrente vorbezieht. Gleichzeitig entsteht zur Wahrung des Besitzstandes ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag der AHV.

Ablösung des Assistenzbeitrags der IV durch einen der AHV (AHVG 43^{ter})

Hat eine versicherte Person bis zum Erreichen des Referenzalters oder bis zum Vorbezug der ganzen Altersrente einen Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung bezogen, so wird ihr der Assistenzbeitrag höchstens im bisherigen Umfang weitergewährt. Damit der Besitzstand gewährt wird, muss die versicherte Person die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen und im Monat vor dem Altersrentenbezug bereits Assistenzstunden in Anspruch genommen haben.

Ab Erreichen des Referenzalters ist die kantonale Ausgleichskasse des Wohnsitzkantons der versicherten Person zuständig für Verfügungen des Assistenzbeitrags. Die IV-Stelle führt jedoch weiterhin die Abklärungen durch und erlässt die Verfügung im Namen der kantonalen Ausgleichskasse.

Anforderungen an die Assistenzperson

Ein Assistenzbeitrag wird für Hilfeleistungen gewährt, die von der versicherten Person **benötigt und regelmässig von einer natürlichen Person (Assistenzperson) erbracht werden.**

- ▶ Die Assistenzperson/en muss/müssen von der versicherten Person selbst oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrags angestellt und entlohnt werden. **Der Arbeitsvertrag muss unbefristet oder für länger als drei Monate abgeschlossen sein** (IVV 39d).

Von der IV-Stelle kann ein Musterarbeitsvertrag sowie eine Anleitung für das Ausfüllen angefordert werden.

Damit ein Assistenzbeitrag ausgerichtet wird, müssen die Hilfeleistungen durch natürliche Personen erbracht werden.

Die Assistenzperson darf mit der versicherten Person weder verheiratet sein bzw. in einer eingetragenen Partnerschaft oder faktischer Lebensgemeinschaft leben. Sie dürfen auch nicht «in gerader Linie» verwandt sein (Grosseltern, Eltern, Kind).

« Keine Berechtigung lösen demnach Hilfeleistungen aus, die durch Institutionen wie Heime, Spitäler, psychiatrische Kliniken, Werk-, Tages- und Eingliederungsstätten erbracht werden. Dasselbe gilt für von Organisationen und anderen juristischen Personen erbrachte Hilfeleistungen. Nur Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Organisationen oder juristischen Personen werden anerkannt.

10.3.3.2 Bemessen und Umfang des Assistenzbeitrags (IVG 42^{sexies}, IVV 39e)

Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrags ist die für die Hilfeleistungen benötigte Zeit.

Davon **abgezogen wird die Zeit**, die folgenden Leistungen entspricht:

- ▶ der Hilflosenentschädigung (IVG 42–42^{ter});
- ▶ den Beiträgen für Dienstleistungen Dritter, anstelle eines Hilfsmittels nach (IVG 21^{ter} II);
- ▶ dem für die Grundpflege ausgerichteten Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen nach KVG 25a.

Nicht abgezogen wird hingegen der Intensivpflegezuschlag.

Der Assistenzbeitrag wird aufgrund des **regelmässigen** zeitlichen Hilfsbedarfs der versicherten Person von der IV-Stelle festgelegt. Dabei gelten die nachfolgend aufgeführten Höchstansätze pro alltägliche Lebensverrichtung.

Möglicher Zeitaufwand (IVG 42 ^{sexies} , IVV 39e; Darstellung: gebo Sozialversicherungen)	
Bereiche mit Hilfsbedarf	maximal pro Monat
	Hilflosigkeit
a) alltägliche Lebensverrichtungen	leicht 20 Stunden
b) Haushaltführung	mittel 30 Stunden
c) gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung	schwer 40 Stunden
d) Erziehung und Kinderbetreuung	60 Stunden
e) Ausüben einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit	
f) berufliche Aus- und Weiterbildung	
g) Ausüben einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt	
h) Überwachung während des Tages	120 Stunden
i) Nachtdienst	kein Höchstbetrag

Die Höchstansätze werden für jeden Wochentag und jede Nacht, welche die versicherte Person in einer Institution (Spital, Heim usw.) verbringt um 10 Prozent gekürzt. Wenn die Betreuung Tag und Nacht im Heim erfolgt, greift eine Kürzung von 20 Prozent; mit halben Tagen (bis 6 Stunden) beträgt die Kürzung 5 Prozent.

Akute Phasen

Für versicherte Personen mit einer leichten HILO kann eine Erhöhung des anerkannten Hilfebedarfs aufgrund akuter Phasen vorgesehen werden. Eine akute Phase liegt vor, wenn für die versicherte Person während höchstens 90 Tagen ein deutlich erhöhter Hilfsbedarf vorliegt. Dieser muss in direktem Zusammenhang mit dem Gesundheitsschaden stehen, der die HILO begründet. Diese Schwankungen müssen ausserdem ein Kennzeichen der Behinderung sein und regelmässig eintreten. Eine ärztliche Bestätigung ist erforderlich und muss monatlich zusammen mit dem Rechnungsformular eingereicht werden.

Umfang des Assistenzbeitrags 2024

Der Assistenzbeitrag beläuft sich (ab 2023) **auf CHF 34.30 pro Stunde** (inkl. 8,33 Prozent Ferienentschädigung plus jeweilige Teuerungsanpassung);

- ▶ Falls die Assistenzperson für die unter e) bis g) genannten Hilfsbereiche über besondere Qualifikationen verfügen muss, CHF 51.50 pro Stunde.
- ▶ Für den Nachtdienst legt die IV-Stelle den Assistenzbeitrag nach Intensität der zu erbringenden Hilfeleistung pauschal fest. Er beläuft sich auf höchstens CHF 164.35 pro Nacht.

Pro Nacht darf maximal die Pauschale für den Nachtdienst in Rechnung gestellt werden. Sie kann in Rechnung gestellt werden, sofern sich eine Assistenzperson für einen Einsatz zur Verfügung hält.

Die Ansätze werden wie die AHV-Renten regelmässig an die Lohn- und Preisentwicklung angepasst.

Für die Erfassung des Hilfsbedarfs wurde jeder (Teil-)Bereich in vier Stufen mit entsprechenden Zeitwerten eingeteilt. Um die notwendige Einstufung pro Hilfeleistung zu bestimmen, müssen die IV-Stellen Aussagen der versicherten Person, Anmeldungen der Abklärungsperson sowie Erfahrungswerte berücksichtigen. Der notwendige Hilfsbedarf wird pro Bereich und Tag festgelegt (mal 365 Tage, geteilt durch 12 gleich Hilfsbedarf pro Monat).

Beitrag an Beratung

Die IV-Stelle berät die versicherte Person zu Fragen des Assistenzbeitrages (IVV 39j). Dazu kann sie Drittpersonen beauftragen, die sie selbst oder auf Empfehlung der versicherten Person auswählt. Diese Leistung ist für Versicherte gedacht, die nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügen, um das System ohne Beratung meistern zu können. Erbringen Drittpersonen die Beratungsleistung, können maximal alle drei Jahre CHF 1500.– zugesprochen werden. Nach der Anmeldung und vor der Zusprache des Assistenzbeitrages dürfen die Beratungsleistungen CHF 700.– nicht übersteigen. Die Beratung durch Drittpersonen wird mit höchstens CHF 75.– pro Stunde vergütet.

Als Beratungs- und Unterstützungsleistung fallen in Betracht

- ▶ Hilfe bei der Suche einer Wohnung für Versicherte, die in einem Heim wohnen
- ▶ Schulung und Beratung im Hinblick auf die Arbeitgeberrolle
Informationen über Arbeitgeberpflichten, Unterstützung im Erstellen von Arbeitszeugnissen, Kündigungsschreiben usw., in der Berechnung von Lohnfortzahlungspflichten, in Versicherungsfragen (BVG, UVG, KTG), usw.
- ▶ Unterstützung in der Suche nach Assistenzpersonen
- ▶ Hilfe beim Finden von geeigneten Tätigkeiten der versicherten Person im Bereich von Bildung/Arbeit/Engagement
- ▶ Erläuterung der Abrechnung für die IV-Stelle
- ▶ Informationen über allfällige weitere Leistungen und deren Koordination mit dem Assistenzbeitrag (Ergänzungsleistungen, obligatorische Krankenpflegeversicherung)

Ausgeschlossen von der Kostenübernahme sind Anwaltskosten, namentlich im Rahmen einer arbeitsrechtlichen Streitigkeit sowie regelmässige treuhänderische Leistungen (z.B. monatlichen Lohnabrechnungen).

Ein Anspruch auf die Übernahme von Beratungsleistungen besteht alle drei Jahre wieder neu. Damit nach drei Jahren die Beratung erneut zugesprochen werden kann, muss die versicherte Person ihren Beratungsbedarf erneut glaubhaft begründen. Speziell für wiederholte Zusprachen ist zu prüfen, ob jeweils der ganze maximale Beitrag zugesprochen werden kann.

- ▶▶ Auf Antrag verfügt die IV-Stelle im Einzelfall die Übernahme von Beratungsleistungen, dies unter Berücksichtigung der konkreten Situation (Ausbildung der versicherten Person, Beratungsleistungen die schon für andere Familienmitglieder zugesprochen wurden usw.).

10.3.3.3 Gewähren und Abrechnen des Assistenzbeitrags (IVG 42^{septies}, IVV 39i)

Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag wird nicht automatisch von Amtes wegen geprüft (z.B. im Rahmen einer Anmeldung für eine HILO der IV). Die Versicherten müssen sich explizit für den Assistenzbeitrag anmelden.

Das hat schriftlich mittels amtlichen Anmeldeformulars (Download von www.ahv-iv.ch > Merkblätter & Formulare >, *Invalidenversicherung > Anmeldung Assistenzentschädigung; Nr. 001.006 für Erwachsene bzw. 001.007 für Minderjährige*) zu erfolgen.

Nach Eingang der Anmeldung prüft die IV-Stelle, ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen zum Bezug des Assistenzbeitrags erfüllt sind. Danach erhält die versicherte Person ein Formular zur Selbstdeklaration. Nach dessen Erhalt erfolgt eine Abklärung vor Ort. Daraufhin erlässt die IV-Stelle einen Vorbescheid und nach dem Anhörungsverfahren die Verfügung.

Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag **entsteht** (in Abweichung von ATSG 24) frühestens im Zeitpunkt, in dem er geltend gemacht wird und die Voraussetzungen für eine HILO erfüllt sind. Nach der Geltendmachung und Gutsprache besteht der Anspruch auf Hilfeleistungen, die innerhalb von zwölf Monaten nach deren Erbringen mittels Belegen gemeldet werden.

Der Anspruch erlischt zum Zeitpunkt, in dem die versicherte Person die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt, in ein Heim eintritt oder stirbt.

Abrechnung und Auszahlung des Assistenzbeitrags

Wurde dem Gesuch auf einen Assistenzbeitrag entsprochen, hat die versicherte Person mit der IV-Stelle monatlich für den Assistenzbeitrag Rechnung zu stellen, indem sie die erhaltenen Hilfeleistungen ausweist (Abrechnung mit Belegen). Der monatlich in Rechnung gestellte Betrag darf um höchstens 50 Prozent überstiegen werden, solange der Assistenzbeitrag pro Jahr nicht überschritten wird.

- ▶ Der Assistenzbeitrag wird nicht wie die IV-Rente über die AHV-Ausgleichskasse, sondern direkt von der ZAS ausbezahlt bzw. überwiesen.

In den Ergänzungsleistungen zur IV gilt der Assistenzbeitrag nicht als Einkommen.

Der Assistenzbeitrag kann gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber den Assistenzpersonen oder gegenüber der IV nicht nachkommt. Die IV muss die versicherte Person vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen.

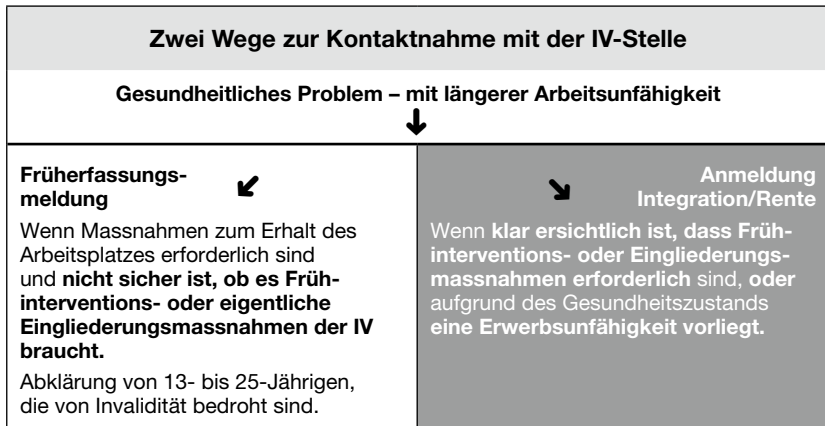
Meldepflicht

Die versicherte Person muss jede wesentliche Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, welche den Leistungsanspruch beeinflussen kann, melden. Dies sind beim Assistenzbeitrag insbesondere Veränderungen der Hilflosigkeit, Veränderung der Anzahl Tage in einer Institution inkl. Heimeintritt sowie Spitalaufenthalte, Änderungen in der Anspruchnahme von anderen Leistungen (Grundpflege KVG), Änderungen im Zivilstand, Unterbrechung oder Beendigung einer Ausbildung oder mehr als drei Monate dauernder Auslandsaufenthalt.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29, IVV 65–68)

Die IV-Anmeldung hat – **so früh wie möglich** – schriftlich auf dem entsprechenden Formular zu erfolgen. Bezug via Internet (www.ahv-iv.ch > Merkblätter & Formulare > Leistungen der IV > Anmeldungen – 001.100 für Früherfassung, 001.001 für IV-Leistungen Integration/Rente), von der AHV-Zweigstelle, von einem Leistungserbringer oder direkt von der IV-Stelle. Seit dem 01.07.2022 können im Bereich der Sozialversicherungen Leistungsgesuche auch direkt online eingereicht werden.



11.1.1 Administratives Vorgehen nach Eingang der IV-Anmeldung Integration/Rente

1. Kontrolle

der Personalien und versicherungsmässigen Voraussetzungen

- ▶ Ist die Versicherteneigenschaft mit Eintritt des Versicherungsfalls erfüllt?
- ▶ Sind die ergänzenden Bestimmungen für ausländische Staatsangehörige erfüllt?
- ▶ Beschaffen der IK (individuelle Konti), für Geschiedene Splitting veranlassen!
- ▶ Der Eingang der Anmeldung wird bestätigt, «vergessene» Unterlagen werden nachgefordert.

2. Einholen von Berichten, Akten; Beiziehen von Fachstellen

- ▶▶ Arztberichte der behandelnden Ärzte
- ▶▶ Arbeitgeberbericht bzw. für Selbständigerwerbende und Haushaltführende Abklärung vor Ort
- ▶▶ die Akten der Unfall- oder Militärversicherung sowie oft auch der Krankenversicherung
- ▶▶ falls erforderlich Beiziehen von Fachstellen
 - ▶ Veranlassen medizinischer Begutachtungen

Beschlussfassung und Verfügung

Nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen entscheidet die IV-Stelle über

- ▶▶ medizinische Massnahmen
- ▶▶ berufliche Massnahmen
- ▶▶ Geldleistungen (Taggeld, Rente, Hilflosenentschädigung)

und unterbreitet der versicherten Person und den übrigen Betroffenen den Vorbescheid (vgl. 11.6 Rechtspflegeverfahren).

11.1.1.1 Fallführung (IVV 41a; vgl. auch 4.1)

Die 27 IV-Stellen haben im Erfüllen der ihnen vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben auf eine durchgehende und einheitliche Fallführung zu achten! Die IV-Stellen entscheiden über Art, Dauer und Umfang der Fallführung im Einzelfall.

Die Fallführung umfasst:

- ▶ die Bestandsaufnahme;
- ▶ die Planung des weiteren Vorgehens;
- ▶ die Begleitung und Überwachung der von der IV zugesprochenen Leistungen; und
- ▶ die interne und externe Koordination mit den betroffenen Stellen und Personen.

11.2 Festsetzen und Auszahlen der IV-Geldleistungen (ATSG 19, IVG 47)

Die IV-Stelle des Wohnsitzkantons

Zuständig für die Entgegennahme und Behandlung der Anmeldung ist in der Regel die IV-Stelle des Wohnsitzkantons der sich um die Leistungen bewerbenden Person. Die IV-Stelle entscheidet über den Leistungsanspruch und rechnet für Sachleistungen direkt ab. Für Personen, die im Ausland leben, ist in der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf eine eigene IV-Stelle eingerichtet worden (IVST 27).

Die AHV-Ausgleichskasse

ist für die Berechnung und die Auszahlung der Taggelder und IV-Renten zuständig.

- ▶ Für die (erste) **Rentenberechnung** ist die Ausgleichskasse zuständig, der die letzten AHV/IV-Beiträge vor Eintritt des Versicherungsfalles entrichtet worden sind.
- ▶ **IV-Renten für im Ausland wohnhafte Personen** fallen generell in den Zuständigkeitsbereich der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) in Genf.
- ▶ Wird für die betreffende Person oder deren Ehegatte **bereits eine Rente ausgerichtet**, ist die ausrichtende Ausgleichskasse zuständig.
- ▶ **Anträge um Hilflosenentschädigungen** zur Invalidenrente sind derjenigen Ausgleichskasse einzureichen, welche die Invalidenrente ausrichtet.

11.2.1 Nachzahlung von Leistungen (ATSG 24, IVG 29, 48)

Versicherte, die ihren Anspruch auf eine **Hilflosenentschädigung, medizinische Massnahmen (Minderjährige) oder Hilfsmittel** mehr als 12 Monate nach dessen Entstehung geltend machen, wird die Leistung – in Abweichung von ATSG 24 – nur für die **zwölf Monate nachgezahlt**, die dem Geltendmachen vorangehen.

Der **Rentenanspruch** entsteht in Abweichung zu ATSG 24 frühestens nach Ablauf von sechs Monaten ab Geltendmachen des Anspruchs (unter Berücksichtigung des Wartjahres).

11.2.2 Auszahlung

Die periodischen Geldleistungen werden in der Regel monatlich von der AHV-Ausgleichskasse ausbezahlt. Renten und Hilflosenentschädigungen werden stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt. Vorauszahlungen können ausgerichtet werden, wo der Leistungsanspruch als gegeben erscheint und sich die Auszahlung verzögert.

Teilrenten, deren Betrag 10 Prozent der minimalen Vollrente nicht übersteigen, werden in Abweichung von ATSG 19 I bzw. 19 III einmal jährlich nachschüssig im Dezember ausbezahlt (IVG 47 III).

Der Assistenzbeitrag wird (nach Eingang der Rechnung und Prüfung durch die IV-Stelle) der versicherten Person direkt von der ZAS (Zentralen Ausgleichsstelle in Genf) ausgerichtet.

11.2.2.1 Leistungsbezug im Ausland

Sachleistungen und Eingliederung werden in der Regel nur an in der Schweiz wohnhafte Personen gewährt. Nicht ins Ausland ausgerichtet werden Hilflosenentschädigungen mit und ohne Assistenzbeitrag, da sie nicht beitragsfinanziert und bedarfsabhängig sind. Sie werden vollumfänglich durch allgemeine Steuermittel des Bundes finanziert.

Schweizer/innen, Angehörige von EU- oder EFTA-Staaten können die IV-Rente auch im Ausland erhalten. Allerdings werden Renten, die auf einen Invaliditätsgrad von unter 50 Prozent beruhen, nur innerhalb des EU-/EFTA-Raums gewährt.

Mit Wohnsitz oder längerem Aufenthalt in anderen Staaten werden dort unsere IV-Renten erst ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent ausgerichtet.

Was Angehörige von den übrigen Vertragsstaaten anbelangt, sind die Bestimmungen des jeweiligen Länderabkommens massgebend. Exportiert werden aber nur Renten, die auf einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent beruhen.

Angehörige von Nichtvertragsstaaten verlieren im Ausland den Anspruch auf unsere IV-Renten.

11.2.3 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, IVG 50 bzw. AHVG 20)

Der Anspruch auf Leistungen ist weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig.

Nachzahlungen von Leistungen der Invalidenversicherung können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder der privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit sie Vorschusszahlungen geleistet haben. Dasselbe gilt für im Rahmen der Vorleistungspflicht gemäss ATSG 70 erbrachte Leistungen.

Zudem können fällige Geldleistungen verrechnet werden mit

- ▶ Forderungen gemäss AHVG, EOG, FamZG oder FLG
- ▶ Rückforderung von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
- ▶ Rückforderung von Renten und Taggeldern der obligatorischen Unfallversicherung, der Militär-, der Arbeitslosen- und der Krankenversicherung.

11.2.3.1 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorglich betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfeeinrichtung angewiesen – ist. Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

In Abweichung zu ATSG 20 können für die Auszahlung von Kinderrenten in Sonderfällen – namentlich für Kinder aus getrennter oder geschiedener Ehe – abweichende Regelungen getroffen werden (IVG 35 IV).

11.3 **Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31; IVG 3c, 7–7b)**

Die Versicherten müssen alles Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass ihrer Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.

Sie müssen an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen.

Dazu gehören hauptsächlich:

- ▶ Massnahmen der Frühintervention (IVG 7d)
- ▶ Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit (IVG 14a)
- ▶ Massnahmen beruflicher Art (IVG 15–18 und 18a)
- ▶ medizinische Behandlung (KVG 25)
- ▶ Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügern (IVG 8a II)

Wenn die versicherte Person diesen Pflichten nicht nachkommt, können die Leistungen gekürzt oder verweigert werden, dies teilweise in Abweichung von ATSG 21 IV auch ohne Mahn- und Bedenkzeit (IVG 7b).

Für den Entscheid über die Kürzung oder die Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falls, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen.

- ▶▶ In Abweichung zu ATSG 21 I werden **Hilflosenentschädigungen weder gekürzt noch verweigert.**

Mitwirkung des Arbeitgebers (IVG 7c)

Seit 2008 (5. IV-Revision) sind die Arbeitgeber stärker in die Eingliederungsbemühungen einbezogen. Ihre aktive Mitarbeit ist (ansatzweise) im Gesetz verankert. Es wird erwartet, dass sie aktiv mit der IV-Stelle zusammenarbeiten und daran mitwirken, eine möglichst gute Lösung für die betroffenen Mitarbeitenden zu realisieren.

Das erfolgreiche Umsetzen der Massnahmen (4. bis 7. IV-Revision) hängt wesentlich von den integrationsfördernden Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt ab. Ohne Einbezug der Arbeitgeber ist eine erfolgreiche Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und -bezügern nicht realisierbar. Ziel der IV ist es, diesbezüglich Nutzen für Arbeitgeber zu schaffen und ihnen keine finanziellen Risiken aufzubürden (vgl. 9.2.7).

Verschärfte Meldepflicht

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Anspruchsberechtigten, ihren Angehörigen oder Dritten,

denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan zu melden. Seit 2008 (5. IV-Revision) ist die Verletzung der Meldepflicht in der AHV/IV und vor allem auch in den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV strafrechtlich sanktioniert (AHVG 87). Die Ausgleichskassen und IV-Stellen sind rechtlich streng verpflichtet, Strafverfahren einzuleiten (AHVV 208). Auch Personen, die eine vertragliche (Beratungsstellen) oder gesetzliche (Beistandschaft) Vertretungsmacht für die versicherte Person ausüben, müssen mit Strafverfahren rechnen, wenn sie keine Meldungen machen.

11.4 **Leistungskürzung- oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21, IVG 7b)**

Kommt die anspruchsberechtigte Person ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, können ihr die Leistungen – auch wenn es sich um eine Eingliederung in den Aufgabenbereich handelt – nach ATSG 21 IV gekürzt oder verweigert werden. Unter gewissen Voraussetzungen (vgl. IVG 7b II) können in Abweichung von ATSG 21 IV die Leistungen ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren gekürzt oder verweigert werden.

In Abweichung von ATSG 21 I werden Hilflosenentschädigungen weder verweigert noch gekürzt (IVG 7b IV).

Hat die versicherte Person den Versicherungsfall **vorsätzlich** oder in vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt bzw. verschlimmert, so können ihr die Geldleistungen vorübergehend gekürzt oder in schweren Fällen verweigert werden.

Befindet sich die versicherte Person im Straf- oder Massnahmenvollzug, kann während dieser Zeit die Auszahlung von Geldleistungen mit Erwerbscharakter ganz oder teilweise eingestellt werden. Ausgenommen sind die Geldleistungen an Angehörige.

11.5 **Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25 Verjährung, ATSV 4–5 Erlass)**

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge. Wer die Leistungen «im guten Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider; d.h., hier ist die zu viel bezogene Leistung generell zurückzuerstatten.

Unabhängig von der verwaltungsrechtlichen Rückerstattung ist im Fall von Meldepflichtverletzungen mit einem strafrechtlichen Verfahren zu rechnen.

Kürzung oder Verweigerung des Assistenzbeitrags

Der Assistenzbeitrag kann gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber der Assistenzperson (den Assistenzpersonen) oder den Sozialversicherungen nicht nachkommt. Die IV muss die versicherte Person vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen (IVG 42^{octies}).

11.5.1 **Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)**

Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der Sozialversicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetz-

lichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein (ATSG 72 I).

Familien-/Arbeitgeberprivileg (ATSG 75)

Nur wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben, besteht ein Rückgriffsrecht

- ▶ auf die Ehefrau bzw. den Ehemann der versicherten Person, auf deren Eltern und Kinder oder sonstige mit ihr im Haushalt lebende Personen
- ▶ für Berufsunfälle gegenüber dem Arbeitgeber (der versicherten Person), gegen dessen Familienangehörige und gegen dessen Arbeitnehmende

11.6 Rechtspflegeverfahren

In Abweichung zur ATSG-Regelung kennt die Invalidenversicherung das Vorbescheidsverfahren und nicht das Einspracheverfahren wie die anderen Sozialversicherungen.

(1.) Vorbescheid

Nach Abschluss der erforderlichen Abklärungen erhalten die versicherte Person und die betroffenen Versicherungsträger von der IV-Stelle einen schriftlichen Vorbescheid. Darin wird der Entscheid mitgeteilt und die anstehende Verfügung kurz erörtert.

Ihnen wird eine nicht erstreckbare **gesetzliche Frist von 30 Tagen gesetzt, innert der sie sich zum geplanten Entscheid äussern können**. Die versicherte Person kann sich schriftlich oder auf der IV-Stelle mündlich im Rahmen eines Gespräches (gegengezeichnetes Protokoll zu den Akten) zur Sache äussern. Die anderen Parteien können nur schriftlich reagieren. Sowohl die versicherte Person als auch die beteiligten Parteien haben das Recht zur Akteneinsicht. In der Regel stellt die IV-Stelle die Aktenkopien kostenlos zu.

Die Verfügung

Gehen innerhalb der gesetzten Frist keine Stellungnahmen von den Parteien ein, erlässt die IV-Stelle die Verfügung. Äussern sich die versicherte Person oder die Parteien zu relevanten Sachverhalten, werden diese geprüft und in der Begründung des Entscheids von der IV-Stelle berücksichtigt.

(2.) Beschwerde (ATSG 58, IVG 69)

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** in Abweichung von ATSG 58 I am Sitz der zuständigen IV-Stelle (in der Regel Wohnsitzkanton) schriftlich Beschwerde erhoben werden.

Als Massnahme gegen die Beschwerdeflut wurde eine moderate **Kostenpflicht** eingeführt. Je nach Aufwand wird für eine abgewiesene Beschwerde eine Kostenbeteiligung von CHF 200.– bis CHF 1000.– erhoben.

(3.) Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

IV (in Millionen CHF)	1995	2000	2010 ¹	2015	2020	2022
Einnahmen Total	6 483	7 897	8 176	9 918	9 327	9 836
Beiträge						
▶ Versicherte und Arbeitgeber	3 131	3 437	4 605	5 096	5 516	5 862
▶ der öffentl. Hand	3 285	4 359	3 476	4 804	3 845	3 942
davon Bund	2 432	3 269	3 476	3 533	3 617	3 942
Kantone	1 090	1 090	–	–	–	–
MwSt. (2011 – Ende 2017)	–	–	–	1 111	–	–
Ertrag der Anlagen	–	–	–	62	60	49
Regresseinnahmen	68	102	95	49	30	32
Ausgaben Total	6 826	8 718	9 220	9 304	9 594	9 714
Geldleistungen	4 238	5 451	6 857	6 467	6 638	6 705
Kosten für individuelle Massnahmen	1 136	1 320	1 440	1 725	2 034	2 053
Beiträge an Institutionen	1 197	1 623	152	166	148	148
Durchführungs-/Verwaltungskosten	200	234	609	689	723	757
Schuldzinsen	59	90	162	257	51	51
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	–343	–820	–1 045	614	–372	122
Kapitalkonto IV	–1 148	–2 306	–14 944	5 000²	4 520²	4 019²
Forderung der AHV an IV				–12 229	–10 284	–10 284
Invalidenrente maximale Vollrente	1 940	2 010	2 320	2 350	2 370	2 390
mtl. CHF durchschnittliche Rente	1 374	1 312	1 456	1 479	1 487	1 681
Anzahl IV-Rentner/innen	199 265	235 529	279 527	223 161	246 984	248 100
¹ Infolge des NFA (Neuer Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen) sind die Werte nur bedingt mit den Vorjahren vergleichbar. ² Seit 2011 besteht ein eigener IV-Ausgleichsfonds mit einem Anfangskapital von 5 Mio. Franken. Der Kapitalertrag wurde bis Ende 2017 der AHV zum Schuldenabbau gutgeschrieben.						

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre sowie IV-Statistik 2022

Aus der IV-Statistik 2023

Im Jahr 2023 beliefen sich die Ausgaben der Invalidenversicherung (IV) auf 10,1 Mrd. Franken. Die Einnahmen (ohne Anlageergebnis) waren gleich hoch. Dank dem Anlageergebnis von 0,2 Mrd. Franken resultierte erstmals seit 2019 wieder ein positives Betriebsergebnis. Apropos Einnahmen: Das Gros, 6,1 Mrd. Franken (60%) kommt aus Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber. Der Beitrag des Bundes belief sich auf 4,0 Mrd. Franken (40%).

Im Jahr 2023 bezogen 456 000 Personen Leistungen der IV, dies in Form von Eingliederungsmassnahmen, Renten und/oder Hilflosenentschädigungen. Von den 424 000 Leistungsbeziehenden in der Schweiz nahmen 57 Prozent eine Rente und 49 Prozent eine Eingliederungsmassnahme in Anspruch. Getreu dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» kam es zu Überlappungen. 13 Prozent bezogen eine Hilflosenentschädigung, dies meist in Kombination mit einer anderen IV-Leistung.

Apropos Ausgaben: Von den 10,1 Mrd. Franken gehen 56 Prozent zulasten der Renten. 21 Prozent entfallen auf individuelle Massnahmen. Tagelder machen 7 Prozent und Hilflosenentschädigungen 6 Prozent aus. **Im Dezember 2023**

richtete die IV 251 000 Invalidenrenten im Betrag von 368 Mio. Franken aus. Hinzu kamen 66 800 Kinderzusatzrenten im Betrag von 36 Mio. Franken. 89 Prozent aller IV-Rentenbeziehenden wohnen in der Schweiz.

Leistungsbeziehende

Auch im Jahr 2023 bezogen rund 6 von 100 Versicherten in der Schweiz mindestens einmal eine Leistung der IV. Versicherte unter 20 Jahren weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Leistungsbeziehenden auf. Hier dominieren medizinische Massnahmen (meist in Folge eines Geburtsgebrechens) die 102 700 jungen Menschen zu gute kamen. Die Massnahmen beruflicher Art beginnen frühestens ab dem 14. Altersjahr und sind unter den 20- bis 30-Jährigen die meistvergütete Leistung. Zwischen dem 40. und 64. Altersjahr steigt dagegen kontinuierlich die Wahrscheinlichkeit eines Hilfsmittelbezuges. Versicherte zwischen 55 und 63/64 Jahren sind am häufigsten von gesundheitlichen Problemen betroffen. Sie beziehen zum grössten Teil eine Rente, teilweise verbunden mit einer Hilflosenentschädigung.

Eingliederungsmassnahmen und ihre Kosten 2023		
Art der Massnahme	Anzahl Massnahmen	Kosten Mio. CHF
medizinische Massnahmen für Minderjährige	102 749	919
Frühinterventionsmassnahmen	17 176	63
Integrationsmassnahmen	11 906	168
Massnahmen beruflicher Art	29 337	602
Kantonales Brückenangebot	114	0,9
Abgabe von Hilfsmitteln	67 523	227
Beratung und Begleitung	10 270	52
Total der Eingliederungsmassnahmen	212 974	2 032

Quelle: BSV, IV-Statistik 2023 (Total ohne Doppelzählungen)

Von den IV-Renten sind dreiviertel ganze Renten; d.h. sie beruhen auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent. Der durchschnittliche Betrag einer im Dezember 2023 in der Schweiz ausgerichteten ganzen IV-Rente belief sich auf CHF 1717.-. Für Teilrenten mit Anspruchsbeginn ab 01.01.2022 gilt das «stufenlose» Rentensystem. Auch bestehende Viertel-, Halbe- oder Dreiviertel-Renten, in denen sich im Rahmen einer IV-Revision der Invaliditätsgrad um mindestens fünf Prozentpunkte ändert, werden ins neue System überführt. Am 31.12.2023 waren 8,6 Prozent des Rentenbestandes im neuen System.

Bezogen auf die Invaliditätsursache werden 12 Prozent der Invalidenrenten aufgrund eines Geburtsgebrechens und 6 Prozent aufgrund eines Unfalls ausgerichtet. Der grosse Rest geht auf Krankheiten zurück. Die relativen Gewichte der Invaliditätsursachen haben sich über die Jahre stark verändert. Der Anteil der psychischen Krankheiten hat sich zwischen 2000 und 2023 von 35,6 auf 49,9 Prozent erhöht. Inzwischen wird jede zweite Neurente aufgrund einer

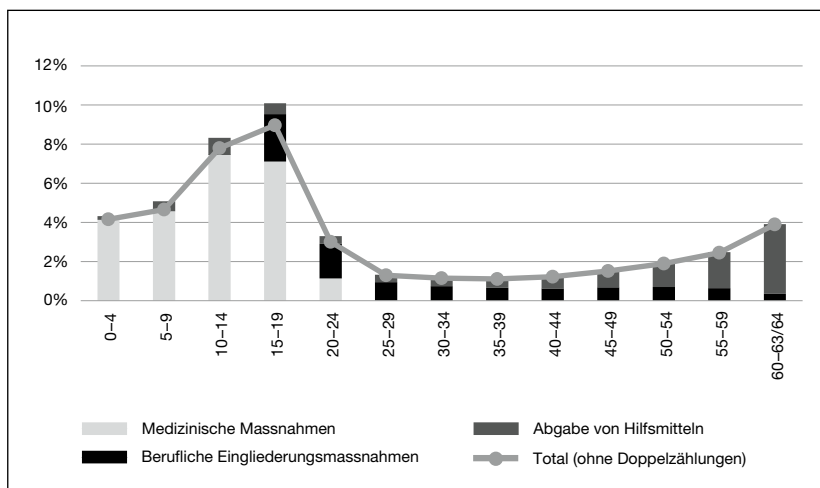
psychischen Krankheit gesprochen. Auf der anderen Seite hat sich der Anteil an Personen mit einer Rente als Folge von Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane im gleichen Zeitraum von 25,2 auf 13,5 Prozent beinahe halbiert.

Hilflosenentschädigung und Assistenzbeitrag

Die Hilflosenentschädigung (HILO) deckt das Risiko, für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein. Im Dezember 2023 erhielten rund 38 400 Erwachsene eine HILO der IV im Umfang von gesamthaft 26 Mio. Franken. Zwei Drittel davon lebten zu Hause und ein Drittel in einem Heim. Mehr als die Hälfte hatte Anspruch auf eine Entschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades. Aufgrund der Abstufung der ausgerichteten Beiträge flossen 69 Prozent der Ausgaben den Fällen mittleren und schweren Grades zu. Zusätzlich bezogen 13 600 Kinder und Jugendliche eine HILO, was mit monatlichen Durchschnittskosten von knapp 20 Mio. Franken verbunden war.

Beziehende einer HILO, die auf regelmässige Hilfe angewiesen sind, aber dennoch zu Hause leben möchten, können einen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag geltend machen. Die Anzahl der Personen mit einem Assistenzbeitrag der IV hat seit dessen Einführung im Jahr 2012 stetig zugenommen. Im Jahr 2023 haben rund 4600 Personen einen Assistenzbeitrag bezogen. Somit erhielten knapp 12 Prozent aller zu Hause wohnenden HILO-Beziehenden einen Assistenzbeitrag. In rund 36 Prozent der Fälle besteht eine schwere, in 30 Prozent eine mittlere und in 28 Prozent der Fälle eine leichte Hilflosigkeit (in 6% konnte der Hilflosigkeitsgrad nicht eruiert werden).

Anteil der Bezüger/innen einer Eingliederungsmassnahme 2023 gemessen an der versicherten Bevölkerung



Quelle: IV-Statistik 2023

IV-Eingliederungsmassnahmen

Quelle: IV-Statistik 1999–2021 (Tabellenteil)

	Abklärung	Eingliederung (alle ⁴)	Medizinische Massn. ¹	Besond. Schulung ²	Frühintervention ³	Integrationsmassn. ³	Beruf. Ausbildung	Hilfsmittel
2000								
Männer	91 048	115 417	56 222	23 446	–	–	8 266	27 483
Frauen	63 534	84 088	43 735	12 406	–	–	3 794	24 153
Total	154 582	199 505	99 957	35 852	–	–	12 060	51 636
2005								
Männer	108 545	115 484	58 558	27 709	–	–	10 174	32 730
Frauen	84 582	85 226	42 903	14 614	–	–	4 999	30 901
Total	193 127	200 710	101 461	42 323	–	–	15 173	63 631
2010								
Männer	103 985	109 331	60 307	222	2 987	969	12 251	38 495
Frauen	84 495	87 000	44 176	133	2 094	1 053	7 018	36 805
Total	188 480	196 331	104 483	355	5 081	2 022	19 269	75 300
2015								
Männer	96 103	110 420	60 939	²	5 724	2 396	16 269	32 529
Frauen	82 849	90 598	44 746	²	5 082	2 649	9 415	34 293
Total	178 952	201 018	105 685	²	10 806	5 045	25 784	66 822
2018								
Männer	87 847	111 838	61 324	²	6 383	3 018	17 972	31 453
Frauen	79 184	93 657	45 423	²	5 985	3 400	10 882	34 259
Total	167 031	205 495	106 747	²	12 368	6 418	28 854	65 712
2020								
Männer	90 525	114 500	63 173	²	6 692	3 710	18 705	31 237
Frauen	82 241	96 795	46 921	²	6 757	4 155	11 876	34 245
Total	172 766	211 295	106 502	²	13 449	7 865	30 581	65 482
2022								
						Beratung Begleitung		
Männer	84 732	113 983	61 786	3 065	6 990	4 680	18 619	30 972
Frauen	81 371	96 613	44 716	2 602	7 294	5 360	12 237	34 134
Total	166 103	210 596	106 502	5 867	14 284	10 040	30 856	65 106
¹ seit 2008 (5. IV-Revision) nur noch für Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr ² seit 2008 (NFA) in Zuständigkeit der Kantone, 2008 und 2010: dann erfolgte Zahlungen für vor 2008 durchgeführte Massnahmen für besondere Schulung ³ am 01.01.2008 (5. IV-Revision) eingeführte Massnahmen ⁴ Anzahl Personen, ohne Doppel-/Mehrfachzählungen								

12.3

Links

www.ahv-iv.ch

Merkblätter, Formulare, weitere nützliche Informationen.

www.iv-stelle.ch

Hier kann Ihre IV-Stelle im Wohnsitzkanton aufgerufen werden.

www.compasso.ch

Informationsportal für Arbeitgeber mit dem Fokus auf Früherkennung und Interventionen sowie berufliche Wiedereingliederung (dies in den Schnittstellen zwischen Unternehmen, Betroffenen, IV, Suva, Pensionskassen und Privatversicherern).

www.inclusion-handicap.ch

Inclusion Handicap setzt sich als Dachverband der Schweizer Behindertenorganisationen auf politischer Ebene für die Rechte und Bedürfnisse von 1,7 Mio. Menschen mit Behinderung ein.

www.iiz.ch

Interinstitutionelle Zusammenarbeit zur nachhaltigen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

www.iv-pro-medico.ch

Die Plattform soll Ärztinnen und Ärzten die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen erleichtern. Zudem erklärt die Site auf verständliche Weise, wie die IV funktioniert.

www.netzwerk-arbeit.ch

Arbeitgeber bekennen sich dazu, Menschen mit Behinderungen eine Chance zu geben. Sie vernetzen sich innerhalb des Kantons und bieten auch Testarbeitsplätze an.

www.sfa-info.ch

Die Stiftung für Arbeit und ihre Organisationen «DOCK», «PORT» und «PLUS» schaffen neue Chancen für Menschen ohne Arbeit. Hier finden sich Angebote für zuweisende Stellen, die Wirtschaft und Privatkundschaft.

www.fondation-ipt.ch

Die Stiftung IPT setzt sich für die berufliche (Wieder-)Eingliederung und (Neu-)Orientierung von Personen in einer Übergangsphase, mit Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt und/oder mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ein. Ihr Ziel ist deren nachhaltige Eingliederung in die freie Wirtschaft.

www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen: Aktuelles, Gesetz, Verordnung.

www.sozialversicherungen.admin.ch

Vollzug: Wegleitungen, Mitteilungen, Beitrags- und Rententabellen.

V **Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (EL)**

1.	Zielsetzung	341
2.	Gesetzliche Grundlagen	341
3.	Geschichtliche Daten	342
4.	Organisation (ELG 2 II)	344
4.1	Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden	345
5.	Versicherte Personen (ELG 2)	345
5.1	Obligatorisch Versicherte	345
5.2	Freiwillig Versicherte	345
5.3	Dauer der Bezugsberechtigung (ELG 12, ELV 22)	345
5.4	Versicherungsausweis	346
6.	Finanzierung (ELG 13)	346
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	346
6.2	Beitragspflichtige Personen	347
6.3	Dauer der Beitragspflicht	347
6.4	Beitragshöhe und Berechnungsbasis	347
7.	Leistungsübersicht (ELG 3)	347
8.	Anspruchsberechtigte Personen (ELG 4–8)	347
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	349
8.1.1	Kantonale Beihilfe (Zürich) und Gemeindegzuschüsse	349
8.2	Karenzfrist für Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	349
8.3	Karenzfrist für Angehörige von Nichtvertragsstaaten	349
8.3.1	Kantonale Beihilfe (Zürich) und Gemeindegzuschüsse	350
8.4	Vermögen	350
8.4.1	Anrechenbares Vermögen (Reinvermögen; ELV 17)	350
8.4.1.1	Vermögensverzicht in den Ergänzungsleistungen (ELG 11a, ELV 17–17e)	351
8.4.1.11	Vermögensverzicht durch Veräusserung (ELG 11a II)	351
8.4.1.12	Vermögensverzicht durch übermässigen Verbrauch (ELG 11a III)	352
8.4.2	Vermögensfreigrenzen	354

9.	Sachleistungen	355
9.1	Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (ELG 14–16, ELV 19b)	355
9.1.1	Kostenübernahme (ELG 15)	355
9.1.1.1	Kostenübernahme bei Einnahmenüberschuss (ELG 14 VI)	355
9.1.2	Höchstbetrag der Kostenübernahme (ELG 14 III–V)	356
10.	Geldleistungen	357
10.1	Renten, d.h. jährliche Ergänzungsleistung (in mtl. Raten)	357
10.1.1	Berechnungsgrundlage (ELG 9)	357
10.1.1.1	Ergänzungsleistungen für Ehepaare und Kinder	357
10.1.1.2	Berechnungsgrundlagen	358
10.1.2	Gesetzlich anerkannte Ausgaben (ELG 10)	359
10.1.2.1	Personen, die zu Hause leben (Nichtheimbewohner/innen)	360
10.1.2.11	Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf (ELG 10 I lit. a)	360
10.1.2.111	Umfang des Lebensbedarfs für getrenntlebende Ehegatten	360
10.1.2.12	Mietkosten (ELG 10 I lit. b, ELV 16–16c)	360
10.1.2.121	Mietzinsaufteilung (ELV 16c, 16c ^{bis})	361
10.1.2.122	Eigenmietwert selbst bewohnter Liegenschaften (ELG 10 I lit. c, ELV 16a)	361
10.1.2.2	Personen, die im Heim leben (Heimbewohner/innen)	362
10.1.2.21	Ausgaben für Heimbewohner/innen (ELG 10 II)	362
10.1.2.211	Tagestaxe des Heims	362
10.1.2.212	Betrag für persönliche Auslagen	363
10.1.2.3	Anerkannte Ausgaben für alle, egal ob Heimbewohner/in oder zu Hause (ELG 10 III)	364
10.1.2.31	Krankenversicherungsprämien (ELG 10 III lit. d, 21a, ELV 16d)	364
10.1.2.32	Kosten für die familienergänzende Betreuung von Kindern (ELG 10 III lit. f, 16e/neu)	365
10.1.3	Anrechenbare Einnahmen (ELG 11)	366
10.1.3.1	Voll anzurechnendes Einkommen (ELG 11)	366
10.1.3.11	Einkünfte, auf die verzichtet wurde (ELG 11a)	367
10.1.3.2	Privilegiert anzurechnendes Einkommen (ELG 11 I lit. a, ELV 11a, 14a, 14b und 15)	367
10.1.3.21	Hypothetisches Erwerbseinkommen (ELG 11a I, ELV 14a–14b)	367
10.1.3.3	Nicht anzurechnen sind (ELG 11 III)	368
10.1.4	Anpassung der Ergänzungsleistung/Meldepflicht (ELV 25)	369
10.1.4.1	Radio-/TV-Gebühren	369
10.1.5	Teuerungsanpassung (ELG 19, AHVG 33 ^{ter})	369

11.	Vollzug	370
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30, ELV 20, AHVV 67)	370
11.1.1	Nachforderung/Nachzahlung (ELG 12, 15; ELV 22)	370
11.1.2	Zuständigkeit (ATSG 13, ELG 21)	371
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19)	372
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland	373
11.2.2	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, ELG 12, ELV 22)	373
11.2.2.1	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	373
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28/I)	373
11.3.1	Meldepflicht (ATSG 31, ELV 24)	373
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21, ELG 8)	374
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 25, ATSV 4–5)	374
11.5.1	Rückerstattung rechtmässiger Bezüge	374
11.5.2	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73, ELG 30)	375
11.6	Rechtspflegeverfahren (ATSG 49, 56 ff.; ELV 38)	375
12.	Aktuell	376
12.1	Kennzahlen	376
12.2	Entwicklungstendenzen	381
12.2.1	Aufwendungen für betreutes Wohnen in EL berücksichtigen	381
12.2.2	Finanzperspektiven bis 2032	381
12.3	Links	382

1. Zielsetzung

Mit den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV **wird die in der Verfassung garantierte Existenzsicherung von Personen, die AHV/IV-Leistungen beziehen, gewährleistet.** Dies mittels dem individuellen Bedarf angepasster Leistungen, sofern die Existenzsicherung der Bezüger/innen nicht durch reguläre Versicherungsleistungen, anderweitige Einkommen und das Vermögen gedeckt werden kann.

Ergänzungsleistungen **sind keine** Versicherungsleistungen im herkömmlichen Sinn, **sondern Bedarfsrenten, die das Existenzminimum der Anspruchsberechtigten garantieren** (Versorgungsprinzip)! Sie werden aufgrund der individuellen Verhältnisse massgefertigt und laufend an die sich ändernde Situation angepasst.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 111 betreffend Drei-Säulen-Konzept,
betreffend Ergänzungsleistungen zur AHV/IV BV 112a

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG) vom 6. Oktober 2006, in Kraft seit 1. Januar 2008

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELV) vom 15. Januar 1971, in Kraft seit 1. Januar 1971
- ▶ Verordnungen über die Teuerungsanpassung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

Verordnungen und Weisungen des Eidg. Departements des Innern und Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Verordnung über die Durchschnittsprämien 2021 der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen
- ▶ Wegleitung über die Ergänzungsleistungen (WEL)

Kantonale und kommunale Gesetzgebung

- ▶ Kantonale Gesetze und Verordnungen über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die Ausrichtung von kantonalen Leistungen (wo vorgesehen)
- ▶ Kommunale Gesetze und Verordnungen über Gemeindezuschüsse (wo vorgesehen)

3. Geschichtliche Daten

- ab 1920 Anfänge der Alters- und Hinterlassenenfürsorge der Kantone, der Gemeinden und zögerlich auch des Bundes (mildern der dringendsten Notsituationen durch Übergangslösungen, ohne Bestehen eines Rechtsanspruches).
- 1929 Stadt Zürich führt den Gemeindegusschuss ein.
- 1945 Kanton Zürich führt die Altersbeihilfe ein.
- 1948 AHVG tritt in Kraft; die Alters- und Hinterlassenenfürsorge wird fortgesetzt.
- 1960 IVG tritt in Kraft.
- 1966 ELG tritt «übergangsweise» – bis der verfassungsmässige Auftrag der Existenzsicherung aller AHV/IV-Bezüger/innen durch reguläre Versicherungsleistungen erfüllt ist – in Kraft.
- 1971 Inkrafttreten der 1. ELG-Revision. Der Bundesrat erhält die alleinige Kompetenz, alle Details für die Anspruchsberechtigung und die Leistungsberechnung zu regeln. Dadurch ist schweizweit eine einheitliche Lösung garantiert.
- 1972 Revision von aBV 34^{quater}. Erst jetzt findet sich die schriftlich ausformulierte verfassungsmässige Grundlage für die Ergänzungsleistungen, dies in Art. 10 der Übergangsbestimmungen (zuvor nur sinngemäss in aBV 34^{quater} Abs. 1 enthalten).
- 1986 Neuverteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen, womit die Kantone wesentlich von der Mitfinanzierung entlastet werden (Senkung ihres Beitrags von bisher zwischen 30 und 70 Prozent auf 10 bis 35 Prozent, je nach Finanzkraft der Kantone).
- 1987 Inkrafttreten der 2. ELG-Revision. Sie bringt eine Erhöhung der Leistungen, insbesondere für Heimbewohner/innen; verstärkt den zumutbaren Vermögensverzehr von Personen im Rentenalter und bewirkt, dass das Erwerbseinkommen lediglich noch privilegiert angerechnet wird.
- 1998 Inkrafttreten der 3. ELG-Revision. Hauptpunkte sind der Systemwechsel in der Berechnung (Ausgaben minus Einnahmen), die Einführung der Bruttomiete, die erweiterte Vermögensfreigrenze für Personen im selbst genutzten Wohneigentum und die Neugestaltung der vergütbaren Krankheitskosten.
- 2004 Volk und Stände heissen am 28. November die verfassungsrechtliche Grundlage für die Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) (Aufgabenteilung zwischen dem Bund und den Kantonen) gut. Dadurch werden die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV definitiv in der Bundesverfassung verankert.
- 2008 Mit Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar werden die Ergänzungsleistungen definitiv in der Bundesverfassung verankert (bis dato nur als Übergangsbestimmung). Damit ergibt sich eine neue Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen mit entsprechender Finanzierung.

Gleichzeitig tritt das neue Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG), vom 6. Oktober 2006 in Kraft. Es ersetzt das zuvor bestehende, dreimal revidierte ELG. Durch den Systemwechsel haben auch die Kantone ihre diesbezügliche Gesetzgebung angepasst. Neu wird die Vergütung von Krankheitskosten auf kantonalen Ebene geregelt.

- 2011 Die per 1. Januar in Kraft getretene Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft auch die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. Hier werden die Vermögensfreibeträge um 50 Prozent erhöht. Zudem haben die Kantone neu die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass durch einen Pflegeheimaufenthalt in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird.
- 2012 Ab 1. Januar führt die ZAS (Zentrale Ausgleichsstelle) ein EL-Register, was zuverlässige Kontrollen ermöglicht. Zudem wird der Anspruch auf Ergänzungsleistungen für Witwen, die das Rentenalter erreichen und aus Besitzstand die höhere Hinterlassenenrente erhalten, im ELG festgeschrieben.
- 2014 Seit 2001 sind die Höchstbeträge für die anrechenbaren Mietzinse im ELG nicht mehr angepasst worden. Der Bundesrat sieht eine Anpassung vor, die der unterschiedlichen Mietzinsbelastung in den Städten und auf dem Land sowie dem erhöhten Raumbedarf von Familien Rechnung trägt. Diese Botschaft ist seit 2016 für die parlamentarische Beratung bereit.
- 2015 Der Bundesrat stellt seinen Vorschlag für eine umfassende EL-Reform zur Vernehmlassung. Er will das EL-System optimieren und von falschen Anreizen befreien. Dabei soll das Leistungsniveau erhalten und das Sparkapital der obligatorischen beruflichen Vorsorge besser geschützt werden.
- 2018 Per 1. Januar wird das nationale EL-Register in Betrieb genommen. Damit werden ab 2019 detaillierte Angaben zu den Transfers erhältlich.
Ab 1. Juni müssen EL-Bezüger/innen mit Aufenthaltsbewilligung B oder C den kantonalen Migrationsämtern gemeldet werden. Das betrifft sowohl den Bezug der «Bedarfsrenten» als auch von Krankheits- und Behinderungskosten über CHF 6000.–/Jahr.
- 2021 In der Schlussabstimmung der Frühjahrssession 2019 ist die EL-Reform gutgeheissen worden. Am 29.01.2020 hat der Bundesrat das Inkrafttreten auf den 1. Januar 2021 festgesetzt und die Anpassungen in der EL-Verordnung bekannt gegeben. Für vor 2021 entstandenen «Fälle» gilt eine dreijährige Übergangsfrist.
- 2024 Die Übergangsfrist für Personen, die vor 2021 EL bezogen haben ist abgelaufen, auch für sie gelten nun die neurechtlichen Bestimmungen (EL-Reform per 01.01.2021).

4. Organisation (ELG 2 II)

Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sind seit 2008 (Inkrafttreten des NFA) **eine Verbundaufgabe von Bund und Kantonen**. Zuvor waren die EL kantonale Leistungen, wobei der Bund den Kantonen Beiträge aufgrund ihrer Finanzkraft gewährte, wenn sie AHV/IV-Rentenbeziehenden, die bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht erreichten, Ergänzungsleistungen ausrichteten. Das ELG von 1965 war ein Subventionsgesetz.

Seit 2018 führt die ZAS ein Register der Ergänzungsleistungs-Bezüger/innen, was einen genaueren Aufschluss über soziodemografische Faktoren ermöglicht.

Auf den 1. Januar 2021 ist die EL-Reform in Kraft getreten.

Die wichtigsten Punkte sind

- ▶ Anhebung der Mietzinsmaxima
- ▶ Stärkere Berücksichtigung des Vermögens
 - ◆ Einführung eines Eintrittsplafonds (Vermögensschwelle)
 - ◆ Senkung der Vermögensfreibeträge
 - ◆ neue Bestimmungen zum übermässigen Vermögensverbrauch
 - ◆ Einführung der Rückerstattungspflicht aus dem Nachlass
- ▶ Neue Regelung für den Lebensbedarf von Kindern
- ▶ Anrechnung von 80% des Einkommens des nicht EL-berechtigten Ehegatten
- ▶ Krankenversicherungsprämie: Berücksichtigung der tatsächlichen Prämie, sofern diese tiefer als die Durchschnittsprämie ist
- ▶ Anpassung der EL-Berechnung für Personen im Heim
- ▶ Senkung des EL-Mindestbetrags

Nach Ablauf der Übergangsfrist für Personen, die schon vor 2021 EL bezogen haben, gilt seit 01.01.2024 für alle Bezüger/innen ausschliesslich das neue Recht!

In der Übergangsphase (2021–2023) wurde nach altem und nach neuem Recht gerechnet. Die für die bezugsberechtigte Person bessere Berechnung wurde verwendet (Vergleichsrechnung).

Auf den 1. Juli 2021 haben die EL-Durchführungsstellen eine neue Aufgabe erhalten, den Vollzug des Bundesgesetzes über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose. Dieses wird im nachstehenden Kapitel (VI, ÜL) behandelt.

4.1 Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden

Gesamtschweizerisch werden Ergänzungsleistungen aufgrund des ELG erbracht. Der Vollzug wurde vom Bund an die Kantone delegiert.

Es ist somit Sache der Kantone, die Durchführungsstelle zu bezeichnen. Mit Ausnahme der Kantone Basel-Stadt, Genf und Zürich (AHV-Gemeindezweigenstellen) sind es die kantonalen Ausgleichskassen, denen der Vollzug des ELG obliegt.

Zusätzlich zu den Ergänzungsleistungen aufgrund des Bundesrechts richten einzelne Kantone auch **kantonale** Leistungen in Form von **Beihilfen** aus. Laut EL-Statistik 2014 sind es elf Kantone (BE, BL, BS, FR, GE, NW, SG, TI, VD, ZG und ZH), die Beihilfen zu den EL gewähren.

Überdies gibt es Gemeinden, die Personen, die Ergänzungsleistungen und/oder Beihilfen beziehen, **auch Gemeinde- und/oder Mietzinszuschüsse** gewähren.

Wo diese Leistungen wie im Kanton Zürich gleichzeitig ausgerichtet werden, wird oft auch von Zusatzleistungen zur AHV/IV gesprochen.

5. Versicherte Personen (ELG 2)

Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sind keine Sozialversicherung im eigentlichen Sinn, sondern entsprechen einer Versorgung, d.h. ein garantiertes Existenzminimum für einen gewissen Bevölkerungskreis. Daher kann hier eher von Anspruchsberechtigten als von Versicherten gesprochen werden.

Die Titel bleiben ohne entsprechende Hinweise ordnungshalber stehen.

5.1 Obligatorisch Versicherte

5.2 Freiwillig Versicherte

5.3 Dauer der Bezugsberechtigung (ELG 12, ELV 22)

Der **Bezug** erfolgt auf Antrag (sofern die Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind) erstmals für den Monat, in dem die Anmeldung eingereicht worden ist.

Wird die Anmeldung für Ergänzungsleistungen innerhalb von sechs Monaten seit Zustellung der AHV/IV-Rentenverfügung eingereicht, beginnt der Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV wie folgt:

- ▶ Zusprache der AHV/IV-Rente ab dem Monat der Rentenanmeldung oder später
 - ▶ erstmaliger Anspruch auf Ergänzungsleistungen gleichzeitig mit demjenigen auf die AHV/IV-Leistung.
- ▶ Zusprache der IV-Rente für eine vor der Rentenanmeldung liegende Zeitspanne
 - ▶ erstmaliger Anspruch auf Ergänzungsleistungen in dem Monat, in dem die AHV/IV-Renten-Anmeldung eingereicht wurde.

- ▶ Eine weitere Regelung hinsichtlich der Nachzahlung von Ergänzungsleistungen findet sich in ELG 12 II;
 - ▶ wird die Anmeldung innerhalb von sechs Monaten nach einem Heim- oder Spitaleintritt eingereicht, so besteht der Anspruch ab Beginn des Monats dieses Heim- oder Spitaleintritts.

Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV **erlischt auf Ende des Monats**, in welchem die Voraussetzungen dahingefallen sind (Tod der bezugsberechtigten Person, Einnahmenüberschuss, Wegzug usw.). Betreffend Nachforderung, vgl. 11.1.1.

5.4 Versicherungsausweis

Es besteht – ausser dem AHV-Versicherungsausweis – kein eigentlicher Versicherungsausweis. Alle Personen, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beziehen, erhalten diese periodisch mittels Verfügung neu zugesprochen; womit der Zuspracheentscheid den Charakter eines Bezügerausweises annimmt.

6. Finanzierung (ELG 13)

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

Die Finanzierung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erfolgt ausschliesslich durch Steuergelder (keine Beiträge/Prämieneinnahmen).

Die Aufwendungen werden zwischen Bund und Kantonen seit 2008 wie folgt verteilt:

Bund Fünf Achtel der jährlichen Ergänzungsleistungen; zuzüglich Beiträge an gemeinnützige Institutionen, d.h., jährlich maximal 16,5 Mio. Franken an die Pro Senectute, 14,5 Mio. an die Pro Infirmis und 2,7 Mio. an die Pro Juventute (ELG 17, ELV 43 f).

Kantone Drei Achtel der jährlichen Ergänzungsleistungen plus alle Krankheits- und Behinderungskosten. Zusätzlich haben die Kantone die Mehrkosten von Heimfällen (im Vergleich zu Wohnungsfällen) zu übernehmen (vgl. ELG 13 II). Dies ist der Hauptgrund, weshalb die Mehrheit der Gesamtausgaben zu Lasten der Kantone gehen. Die Krankheits- und Behinderungskosten sind kaum massgeblich dafür.

Weil die Krankheits- und Behinderungskosten weitaus höher ausfallen als mit Einführung des NFA gedacht, zeigt die Realität (EL-Statistik seit 2008) ein anderes Bild. **Die Gesamtausgaben der EL gehen zu 70 Prozent zulasten der Kantone und der Bund trägt 30 Prozent.** In der EL zur IV müssen die Kantone knapp zwei Drittel der Gesamtaufwendungen tragen, in der EL zur AHV sind es knapp drei Viertel.

An der Finanzierung von allfälligen kantonalen Beihilfen und/oder kommunalen Leistungen beteiligt sich der Bund nicht. An kommunale Leistungen (Gemeinde-/Mietzinszuschüsse) fliessen keine Kantonsfinanzen.

Systembedingt entfallen Bestimmungen zu den nachstehenden Titeln. Sie bleiben ohne entsprechende Hinweise ordnungshalber stehen.

6.2 Beitragspflichtige Personen

6.3 Dauer der Beitragspflicht

6.4 Beitragshöhe und Berechnungsbasis

7. Leistungsübersicht (ELG 3)

Ergänzungsleistungen werden aufgrund der individuellen Verhältnisse der betreffenden Person massgefertigt und laufend an die sich ändernde Situation angepasst.

- ▶ In der Folge werden die Regelungen und Grenzwerte betreffend die in der ganzen Schweiz zum Tragen kommenden Ergänzungsleistungen aufgezeigt. Die Grenzwerte sind gegebenenfalls um die erhöhten Berechtigungsgrenzen für kantonale Beihilfen und/oder Gemeindegzuschüsse zu erweitern.

Die Ergänzungsleistungen bestehen aus zwei Komponenten (ELG 3)

- a) der jährlichen Ergänzungsleistung, die monatlich ausbezahlt wird
- b) der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

8. Anspruchsberechtigte Personen (ELG 4–8)

Um in den Genuss von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV zu gelangen, müssen vier Anspruchsvoraussetzungen generell und kumulativ erfüllt sein:

1. Eintritts-Plafonds (Vermögensschwelle; ELG 9a, ELV 2)

Das Reinvermögen muss CHF 100 000.– (für Ehepaare CHF 200 000.–) **unterschreiten.** Pro Waise, die eine Waisenrente der AHV erhält, und Kinder, für die Anspruch auf einer Kinderrente der AHV/IV besteht, erhöht sich der Betrag um je CHF 50 000.–. Vorsicht: Vermögenswerte, auf die verzichtet wurde (vgl. Absatz 8.4.1.1) gehören zum Reinvermögen. Von der EL-beziehenden Person oder (wenn im Heim) von ihrem Ehegatten selbst bewohntes Wohneigentum werden nicht zum Reinvermögen für die Prüfung der Vermögensschwelle hinzugerechnet; entsprechende Hypotheken aber auch nicht abgezogen.

2. Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz (ELV 1)

Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen darf von keiner Wohnsitz- oder Aufenthaltsdauer im betreffenden Kanton abhängig gemacht werden (ELG 7). Massgebend ist einzig die gesamte Wohnsitz- und Aufenthaltsdauer in der Schweiz (hier gelten nationalitätsbedingte Karenzfristen ⇨ vgl. 8.1–8.3). Ausländer/innen, haben nur Anspruch auf Ergänzungsleistungen, wenn sie sich rechtmässig in der Schweiz aufhalten.

Unterbruch des gewöhnlichen Aufenthalts in der Schweiz:

a Auslandsaufenthalt ohne wichtigen Grund (ELV 1)

Unterbruch, wenn sich eine Person

- ▶ ununterbrochen **mehr als drei Monate (90 Tage)**; gilt auch über den Jahreswechsel) im Ausland aufhält oder
- ▶ sich im selben Kalenderjahr insgesamt (auch mit Unterbrüchen) während mehr als 90 Tagen im Ausland aufhält.

Die Tage der Ein- und Ausreise gelten nicht als Auslandsaufenthalt.

Sistierung und Wiederausrichtung der Ergänzungsleistungen

Die Sistierung beginnt am ersten Tag des Monats, in dem der 91. Tag im Ausland verbracht wurde. Wenn eine Person im Kalenderjahr bereits mindestens 90 Tage im Ausland verbracht hat, und sich erneut ins Ausland be-
gibt, beginnt die Sistierung am ersten Tag des Monats, in dem die Schweiz
erneut verlassen wurde.

b Auslandsaufenthalt aus wichtigem Grund (ELV 1a)

abschliessende Aufzählung der wichtigen Gründe

- ▶ Ausbildung (AHVV 49^{bis}), die einen Auslandsaufenthalt erfordert;
- ▶ Krankheit oder eines Unfalls der EL-beziehenden Person – oder einer
angehörigen Person (AHVG 29^{septies}), die den Aufenthalt zusammen
mit der EL-beziehenden Person angetreten hat –, wenn dadurch eine
Rückkehr in die Schweiz unmöglich wird;
- ▶ Verhinderung der Rückkehr in die Schweiz durch höhere Gewalt.

Der gewöhnliche Aufenthalt in der Schweiz gilt als unterbrochen, wenn sich
eine Person während **mehr als 365 Tagen** im Ausland aufhält. (Der Ein-
und Ausreisetag gelten nicht als Auslandsaufenthalt). Der wichtige Grund
muss während der gesamten Dauer des Aufenthalts bestehen! Wird der
Auslandsaufenthalt nach dem Wegfall des wichtigen Grundes fortgesetzt,
gelten die weiteren Aufenthaltstage im Ausland als «Auslandsaufenthalt
ohne wichtigen Grund».

Sistierung und Wiederausrichtung der Ergänzungsleistungen

Die Sistierung beginnt auf das Ende des Monats, in dem der 366. Tag im
Ausland verbracht wurde.

Für Ausländer/innen die nicht Angehörige eines der EU-/EFTA-Mit-
gliedsstaaten sind, beginnt die Karenzfrist mit der Rückkehr in die
Schweiz neu zu laufen!

- ▶▶ Hält sich eine Person während der Dauer der Karenzfrist aus einem wichti-
gen Grund im Ausland auf, wird die Karenzfrist erst unterbrochen, nachdem
die Person den 365. Tag im Ausland verbracht hat (ELV 1b).

3. Bezug einer Geldleistung der AHV/IV (ELG 4)

- ▶ Anspruch auf eine eigene AHV-Rente;
- ▶ Anspruch auf eine eigene IV-Rente;
- ▶ ununterbrochen während mindestens sechs Monaten IV-Taggeld-
Bezug;

- ▶ Anspruch auf Hilflosenentschädigung der IV, sofern mindestens 18-jährig;
Unter gewissen Voraussetzungen besteht ein Anspruch auch dann, wenn jemand nur deshalb keine AHV- oder IV-Rente erhält, weil die Mindestbeitragsdauer gemäss AHVG 29 I bzw. IVG 36 I nicht erfüllt ist.

4. Die vom Gesetz anerkannten Ausgaben müssen die anrechenbaren Einnahmen – unter Berücksichtigung des Vermögens – übersteigen.

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Personen mit Schweizer Bürgerrecht haben neben den vorerwähnten Voraussetzungen keine bestimmte Wohn- oder Aufenthaltsdauer (in der Schweiz) zu erfüllen; sie sind sofort bezugsberechtigt.

Ihnen gleichgestellt sind Angehörige von EU- und EFTA-Mitgliedsstaaten, sofern sie über eine gültige Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung verfügen. Nicht erwerbstätigen Personen, die als Rentner bzw. Rentnerin neu in die Schweiz einreisen wollen, wird diese Bewilligung nur gewährt, wenn sie über ein entsprechendes Einkommen und Vermögen verfügen, damit sie nicht zulasten der sozialen Sicherungssysteme unseres Landes unterstützt werden müssen.

8.1.1 Kantonale Beihilfe (Zürich) und Gemeindezuschüsse

Personen mit Schweizer Bürgerrecht oder dem eines EU- bzw. EFTA-Staates (bilaterale Verträge, FZA) müssen, um vom Kanton Zürich Beihilfen zu erhalten, in den letzten 25 Jahren während mindestens zehn Jahren ihren Wohnsitz im Kanton gehabt haben; davon die letzten beiden Jahre ununterbrochen. Ehemalige Bezüger/innen, die in den Kanton Zürich zurückkehren, haben keine neue Karenzfrist mehr zu bestehen.

Sofern sie solche kennen, sind für weitergehende Leistungen der Städte bzw. Gemeinden deren kommunale Gesetze und Verordnungen massgebend.

8.2 Karenzfrist für Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Das Bestehen der Karenzfrist gehört ebenfalls zu den persönlichen Anspruchsvoraussetzungen. Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen beginnt, aber nicht mit dem Erfüllen der Anspruchsvoraussetzungen, sondern erst nach einer «Wartezeit», Karenzfrist genannt.

Für Ausländer/innen, die gestützt auf ein Sozialversicherungsabkommen Anspruch auf eine ausserordentliche Rente der AHV/IV hätten, beträgt die Karenzfrist in der Regel fünf Jahre (Details vgl. ELG 5 III).

8.3 Karenzfrist für Angehörige von Nichtvertragsstaaten

Ausländer/innen, die nicht Angehörige eines EU- bzw. EFTA-Staates sind, müssen für den Bezug von Ergänzungsleistungen neben den eingangs erwähnten Voraussetzungen während der letzten zehn Jahre ununterbrochen ihren Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz gehabt haben.

Für Flüchtlinge und Staatenlose beträgt die Karenzfrist fünf Jahre.

8.3.1 Kantonale Beihilfe (Zürich) und Gemeindezuschüsse

Ausländer/innen, welche nicht aus einem EU- bzw. EFTA-Staat (FZA) kommen, müssen, um vom Kanton Zürich Beihilfen zu erhalten, in den letzten 25 Jahren während mindestens 15 Jahren ihren Wohnsitz im Kanton gehabt haben; davon die letzten beiden Jahre ununterbrochen. Ehemalige Bezüger/innen, welche in den Kanton Zürich zurückkehren, haben keine neue Karenzfrist mehr zu bestehen. Sofern sie solche kennen, sind für weitergehende Leistungen der Städte bzw. Gemeinden deren kommunale Gesetze und Verordnungen massgebend.

8.4 Vermögen

Das Vermögen wird in den Ergänzungsleistungen zweimal unterschiedlich betrachtet. Erst gilt der Vermögensplafonds (Vermögensschwelle genannt), wo das Nettovermögen unter CHF 100 000.– für Alleinstehende – für Ehepaare das Doppelte – liegen muss (ELG 9a). Zum Zweiten wird das Vermögen von Personen, welche die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt haben, genauer betrachtet und ggf. ein Teil als zumutbarer Vermögensverzehr zu den anrechenbaren Einnahmen hinzugerechnet. (ELG 11 Bst. c).

Von der Systematik her gehört das Vermögen, bzw. der Vermögensverzehr, zu den anrechenbaren Einnahmen. Aufgrund der grossen Bedeutung des Vermögens, bzw. Vermögensverzehrs, findet sich die Abhandlung an dieser Stelle.

8.4.1 Anrechenbares Vermögen (Reinvermögen; ELV 17)

Das Reinvermögen wird ermittelt, in dem vom Bruttovermögen die nachgewiesenen Schulden abgezogen werden.

Zum anrechenbaren Vermögen zählen folgende im In- oder im Ausland befindlichen Werte:

- ▶ **unbewegliches Vermögen** (eigene Liegenschaft, Ferienhaus/-wohnung, Landbesitz, Anteil daran, usw.).

Massgebend für die Bewertung des Wohneigentums sind die Bestimmungen für die direkte kantonale Steuer.

- ▶ Wird die Liegenschaft oder die Eigentumswohnung nicht von der EL-beziehenden Person selbst genutzt, ist immer der Verkehrswert (Marktwert) massgebend.
- ▶ Im Fall einer entgeltlichen oder unentgeltlichen Entäusserung ist der Verkehrswert (Marktwert) für die Prüfung, ob ein Vermögensverzicht vorliegt, massgebend.
- ▶ Für Personen mit einer ganzen IV-Rente ist ein allfällig vorhandenes Guthaben auf einem Freizügigkeitskonto zum verfügbaren Reinvermögen zu zählen (Urteil 146 V 331 des Bundesgerichts vom 30.09.2020).

Die Hypothekarschulden sind immer derjenigen Liegenschaft zuzuordnen, die sie betreffen. Für selbstbewohnte Liegenschaften wird zuerst der Freibetrag und danach die Hypothekarschulden (soweit möglich) abgezogen.

Liegenschaften, die nicht selbst bewohnt werden, können von den Kantonen entweder zum Verkehrs- oder zum Repartitionswert angerechnet werden. Für den Repartitionswert haben sich die Kantone AI, BE, FR, JU, LU, NW, UR und Zug entschieden. Obwalden setzt auf 100 Prozent des Steuerwerts; die übrigen Kantone auf den Verkehrswert (vgl. Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 436 vom 21.05.2021).

▶ **bewegliches Vermögen** wie Sparguthaben, Wertschriften, Guthaben auf Postcheckkonto, Fahrzeuge, Bargeld, Schmuck usw.

▶ **Guthaben aus unverteilter Erbschaft**

▶ **Lotteriegewinne**

▶ **Rückkaufswert von Lebensversicherungen (ELV 15c)**

Dem Vermögen zuzurechnen ist der Rückkaufswert von Leibrenten (Lebensversicherungen) mit Rückgewähr sowie ratenweise ausbezahltes Rentenskapital. Rückgewähr bedeutet, dass nach dem Tod der versicherten Person das noch nicht für Rentenzahlungen verwendete Kapital den Erben ausbezahlt wird.

Kapitalsummen der 2. und 3. Säule sind ab dem Zeitpunkt zum Vermögen zu schlagen, ab dem die betroffene Person die Möglichkeit hat, dieses Kapital zu beziehen.

▶ **Vermögenswerte, auf die verzichtet wurde (ELV 17a)**

8.4.1.1 Vermögensverzicht in den Ergänzungsleistungen (ELG 11a, ELV 17–17e)

Durch die EL-Reform auf 2021 gibt es zwei Arten von Vermögensverzicht:

1. Verzicht durch Veräusserung und
2. (neu) Verzicht aufgrund eines übermässigen Vermögensverbrauchs

8.4.1.1.1 Vermögensverzicht durch Veräusserung (ELG 11a II)

Ein Vermögensverzicht liegt vor, wenn eine Person Vermögenswerte veräussert ohne dazu rechtlich verpflichtet zu sein. Es kann sich um eine Schenkung oder einen Verkauf unter dem Gegenwert von 90 Prozent des Werts des veräusserten Vermögenswerts handeln.

Im Fall einer entgeltlichen oder unentgeltlichen Veräusserung eines Grundstücks ist der **Verkehrswert** für die Prüfung, ob ein Vermögensverzicht vorliegt, heranzuziehen. Wenn eine Person freiwillig auf eine Nutzniessung oder ein Wohnrecht verzichtet, ist der Jahreswert der Nutzniessung oder des Wohnrechts als Einnahme anzurechnen.

▶ Die Höhe des Verzichts durch Veräusserung entspricht der Differenz zwischen dem Wert der Leistung und dem Wert der Gegenleistung.

Unbelegter Vermögensrückgang

Wenn ein bedeutender Vermögensrückgang vorliegt und die EL-beziehende Person nicht nachweisen kann, wofür sie das Geld verwendet hat, ist grundsätzlich von einem Vermögensverzicht auszugehen.

- ▶ Verfügten die EL-beziehende Person und ihre Angehörigen in den Jahren, in denen der Vermögensrückgang stattgefunden hat, über ein genügendes Einkommen, (d.h. höher als der entsprechende **Pauschalbetrag für den Lebensbedarf**) entspricht die Höhe des Vermögensverzichts der Höhe des Vermögensrückgangs.
- ▶ Verfügten sie dagegen über ein ungenügendes Einkommen, entspricht der Vermögensverzicht lediglich der Differenz zwischen dem unbelegten Vermögensrückgang und dem Teil des Vermögens, der für den Lebensunterhalt aufgewendet werden musste.

Der Pauschalbetrag für den Lebensbedarf wird ermittelt, in dem der Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf einer alleinstehenden Person für das betreffende Jahr (pro 2024 CHF 20 100.–) mit dem entsprechenden Faktor (WEL Anhang 8) multipliziert wird.

Faktoren für die Bemessung des Lebensunterhalts vor dem EL-Bezug pro 2023/2024 CHF 20 100.– mal ...				
<small>Quelle: WEL Anhang 8 (WEL RZ 3532.11 ff.)</small>				
	ohne Kinder	1 Kind	2 Kinder	ab 3 Kinder
alleinstehende	3,2	4,2	4,5	4,8
Ehepaar	5,3	6,2	6,4	6,7

Berücksichtigung des Vermögens auf das verzichtet wurde (ELV 17e)

«Verzichtsvermögen» werden über die Jahre nicht unverändert angerechnet. Im Jahr wo der Anspruch auf Ergänzungsleistungen entsteht und im Folgejahr wird das Verzichtsvermögen voll angerechnet. Danach werden für die Berechnung der Ergänzungsleistungen jeweils per 1. Januar CHF 10 000.– abgezogen.

Beispiel: Schenkung im Wert von CHF 100 000.– an Angehörige 2019;

Anzurechnendes Vermögen **2019:** CHF 100 000.–
2020: CHF 100 000.–
2021: CHF 90 000.–
2022: CHF 80 000.–
2023: CHF 70 000.–
usw.

8.4.1.12 Vermögensverzicht durch übermässigen Verbrauch (ELG 11a III)

Die nachfolgenden Bestimmungen sind **nur auf Vermögensreduktionen anwendbar, die ab dem 01.01.2021** (Inkrafttreten der EL-Reform) **stattgefunden haben.**

Als Vermögensverzicht kann auch ein übermässiger Vermögensverbrauch gelten. Dieser liegt vor, wenn eine Person während des zu **betrachtenden Zeitraums** übermässig viel Vermögen verbraucht hat, und für den übermässigen Vermögensverbrauch **keine Rechtfertigungsgründe** vorliegen.

Ein übermässiger Vermögensverbrauch liegt vor, wenn eine Person während des zu betrachtenden Zeitraums pro Jahr mehr als 10 Prozent des Vermögens verbraucht hat. Für Vermögen bis CHF 100 000.– sind dies fix CHF 10 000.–.

Betrachtungszeitraum

- ▶ Für Bezüger/innen einer Altersrente der AHV beginnt der zu beachtende Zeitraum zehn Jahre vor dem Rentenanspruch (frühestens aber ab 01.01.2021).
- ▶ Für Bezüger/innen einer Hinterlassenen- oder Invalidenrente der 1. Säule (AHV/IV) beginnt der zu betrachtende Zeitraum am 1. Januar des Jahres, das auf den Beginn des Rentenanspruchs folgt (Beispiel: IV-Rente ab Juli 2022, Beachtung ab 01.01.2023).

Betreffend Ehepaare ist für den Beginn des zu betrachtenden Zeitraums auf den erstrentenberechtigten Ehegatten abzustellen.

- ▶ Die Höhe des Vermögensverzichts entspricht der Differenz zwischen dem tatsächlichen und dem zulässigen Verbrauch.

Rechtfertigungsgründe

Für die Ermittlung der Höhe des Verzichts nicht berücksichtigt werden:

- a) der Vermögensverzehr (ELG 11 I Bst. c);
- b) Vermögensverminderungen aufgrund von:
 1. Ausgaben zum Werterhalt von Liegenschaften, an denen die EL-beziehende Person das Eigentum oder die Nutzniessung hat,
 2. Kosten für zahnärztliche Behandlungen,
 3. Kosten im Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung, die noch von einer Sozialversicherung übernommen werden,
 4. Gewinnungskosten zum Erzielen eines Erwerbseinkommens,
 5. Ausgaben für berufsorientierte Aus- und Weiterbildung,
 6. Ausgaben für den gewohnten Lebensunterhalt der versicherten Person während der Jahre vor dem Bezug der jährlichen Ergänzungsleistungen, wenn das erzielte Einkommen unzureichend war;
- c) unfreiwillige Vermögensverluste, die nicht auf ein absichtliches oder grobfahrlässiges Verhalten der EL-beziehenden Person zurückzuführen sind;
- d) Verbrauch von Genugtuungssummen, einschliesslich des Solidaritätsbeitrags für Verdingkinder (Art. 4 Abs. 1, des BG über die Aufarbeitung von fürsorgischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981).

8.4.2 Vermögensfreigrenzen

Wenn das Reinvermögen einen bestimmten Freibetrag übersteigt, wird davon ein Teil zu den Einnahmen geschlagen (Vermögensverzehr).

Vermögensfreigrenzen für EL-Beziehende (ELG 11 I lit. c)		
	seit 01.01.2021	pro 2019/2020
für Alleinstehende	CHF 30 000.–	CHF 37 500.–
für Ehepaare	CHF 50 000.–	CHF 60 000.–
für Waisen und Kinder Grenzerweiterung um je	CHF 15 000.–	CHF 15 000.–
Grenzerweiterung für selbst bewohntes Wohneigentum	¹ CHF 112 500.–	¹ CHF 112 500.–
<p>¹ Die Grenzerweiterung beträgt CHF 300 000.–, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ von einem Ehepaar mit gemeinsamem Wohneigentum ein Partner zu Hause und der andere im Heim oder im Spital lebt, ▶ eine Person in ihrem Wohneigentum (oder in dem ihres Ehegatten) lebt und eine Hilflosenentschädigung der AHV, der Invaliden-, der Unfall- oder der Militärversicherung bezieht. <p><i>Der CHF 300 000.– übersteigende Wert solcher Liegenschaften ist im Vermögen zu berücksichtigen (ELG 11 I^{6a}).</i></p>		

PS Meldet sich eine Person für eine jährliche Ergänzungsleistung (neu) an, ist für den Anspruch das Vermögen massgebend, das am ersten Tag des Monats vorhanden ist, ab dem die Leistung beansprucht wird (ELV 2 II).

Wenn die betreffende Vermögensfreigrenze überschritten wird, muss der übersteigende Anteil zum Einkommen geschlagen werden (Vermögensverzehr), pro 2023/24 sind dies:

- ▶ **für Invalide und Hinterlassene** in Wohnungen $\frac{1}{5}$
- ▶ für Bezüger/innen einer Invalidenrente, die in einem Heim/Spital wohnen, gilt je nach Kanton ein Vermögensverzehr zwischen $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{8}$ des übersteigenden Vermögens.
 - $\frac{1}{5}$ gilt für die Kantone AI, AR, GL, LU, SG, SH, SO, TG, OW und ZG;
 - $\frac{1}{8}$ gilt für den Kanton GE;
 - $\frac{1}{10}$ gilt für die Kantone NE, TI und VS;
 - $\frac{1}{5}$ gilt in den übrigen Kantonen (AG, BE, BL, BS, FR, GR, JU, NW, SZ, UR, VD und ZH).
- ▶ **für AHV-Berechtigte** in Wohnungen $\frac{1}{10}$
- ▶ für AHV-Berechtigte und Personen im Heim/Spital kann der betreffende Kanton den Vermögensverzehr auf $\frac{1}{5}$ erhöhen. Das ist bis auf BL, VS und GR so geregelt.

In den Kantonen BL und VS werden $\frac{1}{10}$ angerechnet; im Kanton GR (im ersten EL-Bezugsjahr in einem Heim oder Spital $\frac{1}{5}$, ab dem zweiten Jahr $\frac{1}{10}$).

Quelle: Mitteilung an die AHV-Ausgleichskassen und die EL-Durchführungsstellen Nr. 475 vom 29.09.2023.

9. Sachleistungen

9.1 Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (ELG 14–16, ELV 19b)

Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten ist vom Gedanken des ATSG her zu den Sachleistungen zu zählen. Aus fachlicher Sicht stehen aber die Geldleistungen im Vordergrund.

Die Kantone vergüten Bezügerinnen und Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung die ausgewiesenen laufenden Kosten für:

- a) zahnärztliche Behandlung,
- b) Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen,
- b^{bis} vorübergehende Aufenthalte in einem Heim oder Spital, längstens jedoch für drei Monate. Wenn der Aufenthalt länger als drei Monate dauert, wird die jährliche Ergänzungsleistung rückwirkend ab dem Heim- oder Spital- eintritt berechnet;
- c) ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren,
- d) Diät,
- e) Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle,
- f) Hilfsmittel und
- g) Kostenbeteiligung nach KVG 64 (Franchise und Selbstbehalt).

Diese Kostenübernahme wird vollumfänglich von den Kantonen finanziert.

Die Kantone bezeichnen die Kosten, die sie im Rahmen der vorstehenden abschliessenden Liste übernehmen.

- ▶ Sie können die Vergütung – auf im Rahmen der wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben – beschränken.

9.1.1 Kostenübernahme (ELG 15)

Die Kosten werden übernommen, wenn die Vergütung innert 15 Monaten nach Rechnungsstellung geltend gemacht wird.

Zudem müssen die Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug von Ergänzungsleistungen erfüllt sein (vgl. ELG 4–6).

9.1.1.1 Kostenübernahme bei Einnahmenüberschuss (ELG 14 VI)

Ein Anspruch auf Krankheits- und Behinderungskosten kann auch ohne laufenden EL-Anspruch geltend gemacht werden. Dies ist dann möglich, wenn die übrigen Anspruchsvoraussetzungen zwar gegeben sind, aber der Einnahmenüberschuss kleiner ist, als die Krankheits- oder Behinderungskosten. Vergütungen sind im Rahmen der nachfolgenden Höchstbeträge möglich.

Beispiel: Krankheitskosten (Zahnarztrechnung)	CHF 4200.–
minus Einnahmenüberschuss aus EL-Berechnung	<u>CHF 1000.–</u>
Mögliche Krankheitskostenvergütung	<u>CHF 3200.–</u>

9.1.2 Höchstbetrag der Kostenübernahme (ELG 14 III–V)

Beträge der jährlichen Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (ELG 14 III) ‣ die Kantone können höhere Beiträge vorsehen	
Alleinstehende oder Person, deren Ehegatte im Heim lebt	CHF 25 000.–
Ehepaare (beide zu Hause)	CHF 50 000.–
Vollwaisen	CHF 10 000.–
im Heim wohnende Personen	CHF 6 000.–

Für erwachsene, zu Hause wohnende Personen mit einer Hilflosenentschädigung (HILO) mittleren oder schweren Grades der IV (Besitzstandswahrung im Rentenalter) oder Unfallversicherung kann diese Vergütung für Kosten, die für die Pflege und die Betreuung anfallen, erhöht werden (ELV 19b).

Erhöhte Beträge für Krankheits- und Behinderungskosten für zu Hause lebende HILO-Bezüger/innen (ELG 14 IV)		
wenn HILO mittleren oder schweren Grades der IV oder UV	Erhöhung CHF/Jahr	Höchstbetrag CHF/Jahr
Alleinstehende		
HILO mittel	35 000.–	60 000.–
HILO schwer	65 000.–	90 000.–
Ehegatte von Heimbewohner/in		
HILO mittel	35 000.–	60 000.–
HILO schwer	65 000.–	90 000.–
Ehepaar, beide zu Hause		
beide HILO mittel	70 000.–	120 000.–
beide HILO schwer	130 000.–	180 000.–
einer HILO mittel, anderer schwer	100 000.–	150 000.–
nur einer HILO, dieser mittel	35 000.–	85 000.–
nur einer HILO, dieser schwer	65 000.–	115 000.–

10. Geldleistungen

10.1 Renten, d.h. jährliche Ergänzungsleistung (in mtl. Raten)

10.1.1 Berechnungsgrundlage (ELG 9)

anerkannte Ausgaben
- anrechenbare Einnahmen
<hr/>
= Ergänzungsleistung
<hr/> <hr/>

Die jährliche Ergänzungsleistung entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen,

jedoch mindestens dem höheren der folgenden Beträge:

- der höchsten Prämienverbilligung die der Kanton für Personen festgesetzt hat, die weder Ergänzungsleistungen noch Sozialhilfe beziehen;
- 60 Prozent des Pauschalbetrags für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) – vgl. ELG 10 III Bst. d.

Ausländer/innen haben – solange sie die Karenzfrist (ELG 5 I) nicht erfüllt haben, höchstens Anspruch auf die jährliche Ergänzungsleistung in der Höhe des Mindestbetrags der ordentlichen AHV-Vollrente (d.h. 2024 von mtl. CHF 1225.–).

10.1.1.1 Ergänzungsleistungen für Ehepaare und Kinder

- ▶ Die anrechenbaren Einnahmen und anerkannten Ausgaben **von** (im gleichen Haushalt lebenden) **Ehepaaren** und solchen in eingetragener Partnerschaft **werden zusammengerechnet.**
 - ▶ Dies auch dann, wenn nur ein Ehegatte bzw. Partner die EL-Anspruchsvoraussetzungen erfüllt.
- ▶ Für Ehepaare, von denen ein Ehegatte oder beide Ehegatten in einem Heim oder Spital leben, wird die jährliche Ergänzungsleistung wie folgt berechnet (ELG 9 III):

Die anerkannten Ausgaben werden dem Ehegatten zugerechnet, den sie betreffen. Betrifft eine Ausgabe beide Ehegatten, wird sie je hälftig zugerechnet.

Für den Ehegatten, der nicht im Heim oder Spital lebt, werden die Mietzinsausgaben für Alleinstehende berücksichtigt.

Die anrechenbaren Einnahmen werden in der Regel je hälftig geteilt. **Von der hälftigen Teilung ausgenommen** sind (ELV 4) Leistungen der Kranken- und Unfallversicherung an den Heim- oder Spitalaufenthalt, der Mietwert der von einem Ehegatten bewohnten Liegenschaft, der Vermögensverzehr und ggf. die Hilfenentschädigung (HILO).

Auch das **Vermögen** wird den Ehegatten je hälftig zugerechnet.

Wenn ein Ehegatte im Heim/Spital und der andere im Wohneigentum (eigenes oder das des/der anderen) lebt wird wie folgt aufgeteilt: dem im

Heim/Spital lebenden Ehegatten werden drei Viertel des Vermögens zugerechnet, jenem zu Hause ein Viertel.

- ▶ **Kinder/Waisen** mit einer AHV-/IV-Kinderrente bzw. einer Waisenrente, die im selben Haushalt leben werden in die Berechnung mit eingeschlossen.
 - ▶ Übersteigen aber ihre anrechenbaren Einnahmen die anerkannten Ausgaben, werden sie *nicht* in die Berechnung der jährlichen Ergänzungsleistung miteinbezogen.

In einem anderen Kanton wohnhafte, rentenberechtigte Familienmitglieder fallen in der Zusammenrechnung der anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen ausser Betracht (ELV 9). Dasselbe gilt auch für Aufenthalte im Ausland oder im Fall von unbekanntem Aufenthalt (ELV 10).

Das EL-System kennt einzig Bedarfsrenten. Diese wiederum sind verschieden ausgestaltet, je nachdem, ob eine Person im Heim (Heimbewohner/in) oder selbständig zu Hause wohnt (Nichtheimbewohner/in).

10.1.1.2 Berechnungsgrundlagen

Es gibt (seit 2008) keinen Höchstbetrag, der die jährliche Ergänzungsleistung beschränkt. In der Folge ergibt sich der Anspruch aus der Differenz zwischen anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen.

Berechnungsgrundlage für zu Hause lebende Personen	
anrechenbare Einnahmen	anerkannte Ausgaben
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vermögensertrag ▶ Vermögensverzehr ▶ AHV/IV-Rente ▶ weitere Renten/Pensionen und wiederkehrende Leistungen ▶ evtl. weitere Einnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ allgemeiner Lebensbedarf ▶ Mietkosten ▶ Betrag für die Krankenpflegeversicherung ▶ evtl. weitere Ausgaben

Berechnungsgrundlage Heimbewohner/innen	
anrechenbare Einnahmen	anerkannte Ausgaben
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vermögensertrag ▶ Vermögensverzehr ▶ AHV/IV-Rente ▶ weitere Renten/Pensionen und wiederkehrende Leistungen ▶ evtl. Hilflosenentschädigung ▶ evtl. weitere Einnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tagestaxe (Hotellerie und Betreuung sowie Eigenanteil an Pflegekosten) ▶ Betrag für persönliche Ausgaben ▶ Betrag für die Krankenpflegeversicherung ▶ evtl. weitere Ausgaben

10.1.2 Gesetzlich anerkannte Ausgaben (ELG 10)

Anwendbare Beträge

Nachfolgend wird unterschieden zwischen

- a) Personen, die zu Hause leben und solchen in Heimen (Heimbewohner/innen)
- b) Alleinstehenden und Personen, die mit ihrem Ehegatten und/oder Kind/ern im gemeinsamen Haushalt leben

Als Alleinstehende werden bezeichnet

- ▶ ledige, geschiedene oder verwitwete volljährige Personen
- ▶ minderjährige Personen, die IV- oder Hinterlassenenleistungen beziehen und
- ▶ tatsächlich und für längere Zeit getrenntlebende Ehegatten

Folgende Ausgaben (abschliessende Aufstellung) werden anerkannt

▶ Für Personen, die nicht in einem Heim wohnen

- ▶ Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf
- ▶ Mietzins und damit zusammenhängende Nebenkosten

▶ bzw. für Heimbewohnerinnen und -bewohner

- ▶ die Tagestaxe (Kantone können Höchstbeträge bestimmen)
- ▶ Betrag für den persönlichen Bedarf (gemäss kantonalen Bestimmungen)

▶ sowie für alle (ELG 10 III)

- ▶ Betrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (tatsächliche Prämie, höchstens jedoch Durchschnittsprämien inklusive Unfalldeckung des jeweiligen Kantons und dort ggf. der Prämienregion; ⇨ vgl. www.prominfo.ch)
- ▶ übrige Sozialversicherungsbeiträge
- ▶ ggf. geleistete familienrechtliche Unterhaltsbeiträge (Alimente)
- ▶ ggf. Gebäudeunterhaltskosten und Hypothekarzinse bis zur Höhe des Bruttoertrags der Liegenschaft
- ▶ ggf. Gewinnungskosten bis zur Höhe des Bruttoerwerbseinkommens
- ▶ Netto-Betreuungskosten für die notwendige und ausgewiesene ausserfamiliäre Betreuung von Kindern bis zum 11. Altersjahr.

10.1.2.1 Personen, die zu Hause leben (Nichtheimbewohner/innen)

10.1.2.11 Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf (ELG 10 I lit. a)

Für Personen, die nicht dauernd oder nicht länger als drei Monate in einem Heim oder Spital leben (zu Hause lebende Personen) gelten in der ganzen Schweiz dieselben Ansätze:

Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf 2024		
Jährlich CHF	Ab 01.01.2023	
Alleinstehende	20 100.–	
Ehepaare	30 150.–	
Waisen/Kinder:	¹0–10 Jahre	11–25 Jahre
für erstes	7 380.–	10 515.–
für zweites	6 150.–	10 515.–
für drittes	5 125.–	7 010.–
für viertes	4 270.–	7 010.–
ab fünftem je	3 560.–	3 505.–

¹ Gemeint sind Kinder mit Anspruch auf eine Waisenrente der AHV oder Kinder, für die deren Elternteil eine Kinderrente zur AHV/IV-Rente bezieht.
Bis zum vollendeten 11. Altersjahr gilt der tiefere, nachher der höhere Ansatz.

10.1.2.111 Umfang des Lebensbedarfs für getrenntlebende Ehegatten

Für die Berücksichtigung des entsprechenden Lebensbedarfs wird stets auf die effektiven persönlichen Verhältnisse abgestellt.

- ▶ Getrenntlebende Ehegatten erhalten beispielsweise je eine eigene Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung des Lebensbedarfs für Alleinstehende, sofern beide Ehegatten EL-berechtigt sind.
- ▶ Werden Kinder in der Berechnung berücksichtigt, wird ihr Lebensbedarf zum Lebensbedarf des Ehepaars (für Alleinerziehende zum Lebensbedarf von Alleinstehenden) hinzugezählt.

10.1.2.12 Mietkosten (ELG 10 I lit. b, ELV 16–16c)

Als Ausgabe anerkannt wird der jährliche Mietzins einer Wohnung und die damit zusammenhängenden Nebenkosten (Bruttomiete); dies bis zu einem Maximum.

Das Mietzinsmaximum (der Höchstbetrag) bestimmt sich nach der Wohnform, der massgebenden Haushaltgrösse und Mietzinsregion. Die massgebende Haushaltgrösse bestimmt sich nach der Anzahl Personen, die in der EL-Berechnung berücksichtigt werden.

Anerkannte Mietkosten ab 01.01.2023 Beträge in CHF pro Jahr; Quelle WEL Anhang 5.2			
Massgebende Haushaltsgrösse	Region I	Region II	Region III
Alleinlebend	17 580.–	17 040.–	15 540.–
2 Personen	20 820.–	20 220.–	18 780.–
3 Personen	23 100.–	22 140.–	20 700.–
4 und mehr Personen	25 200.–	24 120.–	22 380.–
Einzelperson in WG	10 410.–	10 100.–	9 390.–
Rollstuhlzuschlag	6 420.–	6 420.–	6 420.–
Region I = die fünf Grossstädte Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich Region II = Städtisch/Intermediär; Region III = ländlich (ELV-Mietzinsregelung)			

- Die Kantone können zudem beantragen, dass die Höchstbeträge einer Gemeinde um bis zu 10 Prozent erhöht oder gesenkt werden. Dem Antrag wird stattgegeben, wenn der Mietzins so für 90 Prozent der EL-Bezüger/innen in dieser Gemeinde gedeckt ist.

Abzugsberechtigt ist der Nettomietzins einer Wohnung zuzüglich Nebenkosten. Ergibt sich aus der Schlussabrechnung für die Nebenkosten eine Nachzahlung oder eine Rückerstattung, so ist dies nicht in der Berechnung zu berücksichtigen.

Mietzinsabzug (altrechtlich, Ansätze von 2005–2020)

Als Ausgabe anerkannt wird der **jährliche Bruttomietzins** der Wohnung.

max. CHF 13 200.– für Alleinstehende

max. CHF 15 000.– für Mehrpersonenhaushalte

Ist die Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung erforderlich, kann der zulässige Höchstbetrag für Mietzinsausgaben um jährlich maximal CHF 3 600.– erweitert werden.

10.1.2.121 Mietzinsaufteilung (ELV 16c, 16c^{bis})

Wenn mehrere Personen, deren Ergänzungsleistung gemeinsam berechnet wird, mit weiteren Personen zusammenwohnen, bleiben diese weiteren Personen für die Bemessung der Haushaltsgrösse ausser Acht. Für Einzelpersonen, die in einer WG leben, gelangt (unabhängig von der Haushaltsgrösse) immer das Mietzinsmaximum einer Person in einem 2-Personen-Haushalt zur Anwendung.

10.1.2.122 Eigenmietwert selbst bewohnter Liegenschaften (ELG 10 I lit. c, ELV 16a)

Für Personen, die das ihnen gehörende Wohneigentum – oder solches, an dem sie die Nutzniessung haben – **selber bewohnen**, wird der nach kantonalem Steuerrecht berechnete **Eigenmietwert als Nettomiete** berücksichtigt.

Dazu kommt ein Betrag von CHF 2 520.–/Jahr (ab 2021) für Nebenkosten. Der so ermittelte Bruttobetrag darf den für Mieter/innen geltenden Maximalbetrag nicht übersteigen.

Der für die kantonale Steuer anwendbare Pauschalabzug für **Gebäudeunterhaltungskosten und die Hypothekarzinsen** kann bis zur Höhe des Bruttoertrages der Liegenschaft als zusätzliche anerkannte Ausgabe berücksichtigt werden.

10.1.2.2 Personen, die im Heim leben (Heimbewohner/innen)

10.1.2.21 Ausgaben für Heimbewohner/innen (ELG 10 II)

Als Heim gilt jede Einrichtung, die von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügt.

Versicherte, welche die IV im Zusammenhang mit dem Gewähren einer Hilfslosenentschädigung als Heimbewohner/in eingestuft hat, gelten in Bezug auf die Ergänzungsleistungen ebenfalls als Heimbewohner/in (ELV 25a).

Im Gegensatz zu den Personen, die zu Hause leben, **können die Kantone die Heimkosten**, d.h., die Tagestaxe und den Betrag für persönliche Auslagen, **für Heimbewohner/innen begrenzen**. Sie haben aber dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird.

- ▶ Die Angaben betreffend kantonale Tagestaxe und den Betrag für persönliche Auslagen finden sich in der Mitteilung des BSV an die AHV-Ausgleichskassen und die EL-Durchführungsstellen Nr. 436 vom 21.05.2021.

Für den Kanton Zürich z.B. gilt

- ▶ **Tagestaxe** (unverändert seit 2024)
CHF 184.– im Invalidenwohnheim
CHF 268.– im Alters- und Pflegeheim/Spital (= Anteil für Hotellerie, Betreuung und Pflegekostenanteil der Bewohnerin bzw. des Bewohners).
- ▶ **Betrag für persönliche Auslagen** (Kauf von Kleidern, Produkten für die Körperhygiene, Zeitungen, Steuern usw.) maximal mtl. CHF 558.–; insbesondere für Kinder und Jugendliche wird der Betrag gegebenenfalls bis auf mtl. CHF 187.– gesenkt.

Im Fall eines ausserkantonalen Heimaufenthalts sind die Bestimmungen des Kantons massgebend, der für die Festsetzung und Auszahlung der Ergänzungsleistungen zuständig ist.

10.1.2.211 Tagestaxe des Heims

Für Personen, die dauernd oder länger als drei Monate in einem Heim oder Spital leben (in Heimen oder Spitälern lebende Personen) werden die **Tagestaxe sowie der Betrag für persönliche Auslagen als Ausgaben** berücksichtigt.

- ▶ Die **Heimtaxe** ist nur für die Tage als Ausgabe zu berücksichtigen, die vom Heim tatsächlich in Rechnung gestellt werden (**tageweise Berücksichtigung**). Dies betrifft vor allem den Monat des Heimeintritts, ggf. des Heimaustritts.

Wenn eine Heimbewohnerin bzw. ein Heimbewohner verstirbt, kann die Heimtaxe höchstens bis zum Ende des Todesmonats (somit bis zum Erlöschen des EL-Anspruchs) berücksichtigt werden.

Vorübergehende Heimaufenthalte

Seit Inkrafttreten der EL-Reform (01.01.2021) werden vorübergehende Heimaufenthalte bis zu drei Monaten über die Krankheits- und Behinderungskosten vergütet. Die Berechnung für zu Hause lebende Personen wird beibehalten. Die Tagestaxe ist um den Naturallohnansatz der AHV für Verpflegung (CHF 21.50/Tag) zu kürzen.

Wenn unklar ist, ob eine Person wieder nach Hause zurückkehrt, wird die Berechnung für zu Hause lebende Personen bis zum Ende des dritten vollen Kalendermonats, den diese Person im Heim oder Spital verbracht hat beibehalten. Während dieser Zeit sind die Heim-/Spitalkosten über die Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten.

- ▶ Falls die Person nicht nach Hause zurückkehrt, ist rückwirkend ab dem eine Heimberechnung vorzunehmen. Die Rückforderung der Krankheits- und Behinderungskosten kann mit der Nachzahlung der (jährlichen) Ergänzungsleistung verrechnet werden.

Direktzahlung an Leistungserbringer (Heim)

Neu kann der EL-Anteil, der auf die Heimtaxe entfällt, dem Heim direkt ausbezahlt werden. Dazu ist das ausdrückliche Einverständnis der EL-beziehenden Person erforderlich. Der Betrag für persönliche Auslagen darf jedoch nicht ans Heim ausbezahlt werden!

Es kommt in solchen Fällen zur folgenden Reihenfolge für die Auszahlung:

1. Betrag für die Krankenversicherungsprämie an den Versicherer;
2. Betrag für persönliche Auslagen an die EL-beziehende Person;
3. Betrag für die Heimtaxe an das Heim bzw. Spital;
4. allfälliger Restbetrag an die EL-beziehende Person.

Zuständigkeit in Heimfällen (ELG 21; vgl. 11.1.2)

Zuständig für das Festsetzen und Auszahlen der Ergänzungsleistung ist der Kanton, in dem die Bezügerin/der Bezüger den Wohnsitz hat.

- ▶ **Keine neue Zuständigkeit begründet** der Aufenthalt **in einem Heim**, einem Spital oder einer anderen Anstalt und die behördliche Versorgung einer mündigen oder entmündigten Person in Familienpflege; d.h. massgebend für die Zuständigkeit ist der Wohnsitz vor dem Heimeintritt.

10.1.2.212 Betrag für persönliche Auslagen

Der Betrag für die persönlichen Auslagen umfasst das Taschengeld und weitere Ausgaben wie Kleider, Toilettenartikel, Zeitungen, Steuern usw.

10.1.2.3 Anerkannte Ausgaben für alle, egal ob Heimbewohner/in oder zu Hause (ELG 10 III)

- ▶ Beiträge an die bundesrechtlichen Sozialversicherungen ohne Krankenversicherung
- ▶ Betrag an die obligatorische Krankenpflegeversicherung (vgl. nachstehend)
- ▶ falls erwerbstätig, Gewinnungskosten bis zur Höhe des Bruttoerwerbseinkommens
- ▶ falls mit Liegenschaft, Gebäudeunterhaltskosten und Hypothekarzinsen bis zur Höhe des Bruttoertrags der Liegenschaft
- ▶ geleistete familienrechtliche Unterhaltsbeiträge (Alimente)
- ▶ Netto-Betreuungskosten für die notwendige ausgewiesene familienergänzende Betreuung von bis 10-jährigen Kindern (vgl. nachstehend).

10.1.2.31 Krankenversicherungsprämien (ELG 10 III lit. d, 21a, ELV 16d)

Als anerkannte Ausgaben gilt grundsätzlich der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Er entspricht der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie für die OKP inkl. Unfalldeckung. Massgebend sind die nach KVAG 16 genehmigten Prämien für den betreffenden Krankenversicherer, den Kanton und die Prämienregion in den Bereichen Altersgruppe, Franchise, besondere Versicherungsform, Unfalldeckung.

Ist die tatsächlich zu entrichtende Prämie niedriger, wird nur diese übernommen.

- ▶ Die OKP-Prämie (bzw. die niedrigere tatsächliche Prämie) ist von der Durchführungsstelle für Ergänzungsleistungen direkt dem Krankenversicherer zu vergüten.

Prämien für allfällige Zusatzversicherungen können nicht als anerkannte Ausgaben bei der Berechnung der Ergänzungsleistung berücksichtigt werden.

Pauschalbeträge 2024 Erwachsene OKP nach Wohnkanton/Region

Kantone mit einer Prämienregion				in CHF			
AG	6 192.–	GE	8 100.–	NW	5 544.–	TG	6 120.–
AI	4 896.–	GL	5 712.–	OW	5 496.–	UR	5 268.–
AR	5 952.–	JU	7 248.–	SO	6 612.–	ZG	5 544.–
BS	8 016.–	NE	7 668.–	SZ	5 712.–		

Kantone mit zwei Prämienregionen			in CHF
	Prämienregion 1	Prämienregion 2	
BL	7 488.–	6 936.–	
FR	6 828.–	6 252.–	
SH	6 612.–	6 156.–	
TI	7 788.–	7 176.–	
VD	7 620.–	7 116.–	
VS	6 384.–	5 520.–	

Kantone mit drei Prämienregionen				in CHF
	Prämienregion 1	Prämienregion 2	Prämienregion 3	
BE	7 428.–	6 708.–	6 204.–	
GR	6 012.–	5 640.–	5 232.–	
LU	6 144.–	5 736.–	5 508.–	
SG	6 480.–	6 000.–	5 760.–	
ZH	7 092.–	6 444.–	6 000.–	

Quelle: AHV-Info EL 5.02. Die Liste der Prämienregionen nach Gemeinde ist auf der Website www.priminfo.ch erhältlich.

Die Auszahlung des jährlichen Pauschalbetrags für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) hat, in Abweichung von ATSG 20, direkt an den Krankenversicherer zu erfolgen (ELG 21a).

10.1.2.32 Kosten für die familienergänzende Betreuung von Kindern (ELG 10 III lit. f, 16e/neu)

Berücksichtigt werden ferner die Netto-Betreuungskosten für die notwendige und ausgewiesene familienergänzende Betreuung von Kindern, die das 11. Altersjahr noch nicht erreicht haben.

Es handelt sich im Wesentlichen um Kosten für Kindertagesstätten, Einrichtungen für die schulergänzende Betreuung von Kindern und Tagesfamilien. Die Kosten werden aber nur anerkannt, wenn ein alleinerziehender Elternteil oder beide Elternteile gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen oder die zur Wahrung des Kindeswohls erforderliche Kinderbetreuung aus gesundheitlichen Gründen nicht vollumfänglich wahrnehmen können.

10.1.3 Anrechenbare Einnahmen (ELG 11)

Es gilt zu unterscheiden zwischen

- ▶ **voll anrechenbaren Einnahmen**, inkl. Einkünfte, auf die verzichtet wurde;
- ▶ **privilegiert anrechenbarem Erwerbseinkommen** bzw. dem hypothetischen Erwerbseinkommen;
- ▶ nicht anzurechnendem Einkommen.

10.1.3.1 Voll anzurechnendes Einkommen (ELG 11)

- ▶ Renten und Pensionen aus dem In- und dem Ausland (AHV/IV, Pensionskasse, Unfallversicherung usw.)

Spezialfall: die ganze Rente, auch wenn nur ein Teil davon nach AHVG 40 I vorbezogen oder nach AHVG 39 IV⁵⁴ aufgeschoben wird;

- ▶ Taggelder und Versicherungsleistungen

Die Hilflosenentschädigung gilt als Einnahme, wenn in der Tagestaxe des Heims oder Spitals auch die Kosten für die Pflege einer hilflosen Person enthalten sind (ELV 15b).

Von der hälftigen Teilung für die Anrechnung unter Ehegatten **ausgenommen** sind (ELV 4) Leistungen der Kranken- und Unfallversicherung an den Heim- oder Spitalaufenthalt, der Mietwert der von einem Ehegatten bewohnten Liegenschaft, der Vermögensverzehr sowie die vorerwähnte Hilflosenentschädigung. Sie werden voll dem Ehegatten zugerechnet, den sie betreffen.

- ▶ Wiederkehrende Leistungen vom Arbeitgeber
- ▶ Einkünfte aus Vermögen wie Zinsen/Dividenden, Miete/Untermiete; Nutzung/Pacht.

Auf Leibrenten (noch nicht fällig gewordene Lebensversicherungen) aber ist kein hypothetischer Zinsertrag als Einnahme anzurechnen.

- ▶ Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist (vgl. nachstehend)
- ▶ Anteil des die Vermögensfreigrenze übersteigenden Betrags (vgl. 8.4.2)
- ▶ Eigenmietwert des selbst genutzten Wohneigentums

Massgebend für die Bewertung des Wohneigentums sowie des Mietwerts der von Eigentümer/in oder Nutzniesser/in bewohnten Liegenschaft/Eigentumswohnung (und ggf. die Bewertung des Einkommens aus Untermiete) sind die Bestimmungen für die direkte kantonale Steuer.

Der Jahreswert einer Nutzniessung, eines Wohnrechts oder des Mietwerts einer Liegenschaft, an der die EL-beziehende Person (oder eine andere in der EL-Berechnung einbezogene Person) Eigentum hat. Das gilt nur, wenn das Wohneigentum von einer dieser Personen bewohnt wird.

- ▶ Erwerbseinkommen von IV-Rentner/innen und ggf. solches des nicht in der EL-Berechnung enthaltenen Ehegatten.

Das jährliche Erwerbseinkommen wird ermittelt, indem vom Bruttoerwerbseinkommen die ausgewiesenen Gewinnungskosten sowie die einkommensabhängigen obligatorischen Sozialversicherungsbeiträge abgezogen werden (ELV 11a).

- ▶ Familienzulagen (FamZG)
- ▶ familienrechtliche Unterhaltsbeiträge (erhaltene Alimente)
- ▶ Prämienverbilligung für die Zeitspanne, für die rückwirkend Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden.

10.1.3.11 Einkünfte, auf die verzichtet wurde (ELG 11a)

Einkünfte, auf die ohne Rechtspflicht oder zwingenden Grund verzichtet wurde, ohne eine gleichwertige Gegenleistung zu vereinbaren, werden wie ein Vermögensverzicht (vgl. 8.4.1) in die Berechnung der Ergänzungsleistungen mit einbezogen.

- ▶ Unter Verzicht auf Einkünfte fallen z.B. das fehlende Eintreiben der Alimente oder die zuungunsten der betroffenen Person freiwillig abgeänderte Unterhaltsleistung.
- ▶ Auf die Berücksichtigung wird folgerichtig verzichtet, wenn die betreffende Person den Nachweis der Uneinbringbarkeit (Verlustschein des Schuldners) erbringt.

Der Vorbezug der AHV-Rente gilt nicht als Einkommensverzicht.

10.1.3.2 Privilegiert anzurechnendes Einkommen (ELG 11 I lit. a, ELV 11a, 14a, 14b und 15)

Erwerbseinkommen (Bar- und Naturaleinkommen) **ist privilegiertes Einkommen**; d.h., es wird nur teilweise angerechnet.

Vom jährlichen Bruttoeinkommen (abzüglich Berufsauslagen und Sozialversicherungsbeiträge) sind insgesamt

CHF 1000.– für Alleinstehende bzw.

CHF 1500.– für Ehepaare und Personen mit rentenberechtigten Kindern/Waisen

ausser Rechnung zu lassen;

▶ vom Rest sind zwei Drittel anzurechnen.

Für Ehegatten ohne EL-Anspruch wird das Erwerbseinkommen zu **80 Prozent** angerechnet (ohne Freibetrag und ohne $\frac{2}{3}$ -Regelung).

Invaliden Person mit Anspruch auf ein IV-Taggeld wird dieses voll angerechnet.

Altrentlich war das Erwerbseinkommen für Ehegatten ohne EL-Anspruch gleich anzurechnen, wie das Erwerbseinkommen von solchen mit EL-Anspruch.

10.1.3.21 Hypothetisches Erwerbseinkommen (ELG 11a I, ELV 14a–14b)

Verzichtet eine Person freiwillig auf die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit, ist ein entsprechendes hypothetisches Erwerbseinkommen als anrechenbare Einnahme zu berücksichtigen.

Invaliden wird als Erwerbseinkommen grundsätzlich der Betrag angerechnet, den sie im massgebenden Zeitabschnitt tatsächlich verdient haben. Für unter 60-Jährige gibt es einen Mindestbetrag.

Der Mindestbetrag entfällt für Nichterwerbstätige, deren IV-Rente nach dem Betätigungsvergleich ermittelt wurde und für Invalide, die in einer Behindertenwerkstätte oder in eine Eingliederungsmassnahme arbeiten.

Jährliches Netto-Erwerbseinkommen ab 2023 für unter 60-jährige IV-Rentner/innen		
IV-Grad	Netto-Erwerbseink.	Basis
40–49%	CHF 26 800.–	um $\frac{1}{3}$ erhöhter Lebensbedarf für Alleinstehende
50–59%	CHF 20 100.–	Lebensbedarf für Alleinstehende
60–70%	CHF 13 400.–	$\frac{2}{3}$ des Lebensbedarfs für Alleinstehende

Von diesem Netto-Erwerbseinkommen werden der Freibetrag (Alleinstehende CHF 1000.–, sonst CHF 1500.–) und ggf. die Betreuungskosten für Kinder abgezogen.
Vom Rest werden $\frac{2}{3}$ als Einnahmen angerechnet.

Nicht-invaliden Witwen ohne minderjährige Kinder ist als Erwerbseinkommen mindestens anzurechnen:

Jährliches Netto-Erwerbseinkommen ab 2023 für nicht-invalide Witwen/Witwern ohne minderjährige Kinder		
Altersjahr	Netto-Erwerbseink.	Basis
18.–40.	CHF 40 200.–	doppelter Lebensbedarf für Alleinstehende
41.–50.	CHF 20 100.–	Lebensbedarf für Alleinstehende
51.–60.	CHF 13 400.–	$\frac{2}{3}$ des Lebensbedarfs für Alleinstehende

Von diesem Netto-Erwerbseinkommen werden der Freibetrag (Alleinstehende CHF 1000.–, sonst CHF 1500.–) und ggf. die Betreuungskosten für Kinder abgezogen.
Vom Rest werden $\frac{2}{3}$ als Einnahmen angerechnet.

10.1.3.3 Nicht anzurechnen sind (ELG 11 III)

- ▶▶ Verwandtenunterstützungen gemäss ZGB 328–330;
- ▶▶ Unterstützungen der öffentlichen Sozialhilfe sowie öffentliche und private Leistungen mit ausgesprochenem Fürsorgecharakter;
- ▶▶ Stipendien und andere Ausbildungshilfen;
- ▶▶ Hilflosenentschädigungen der AHV/IV bzw. Unfall- oder Militärversicherung.
Sind in der Tagestaxe eines Heims oder Spitals auch die Kosten für die Pflege einer hilflosen Person enthalten, wird die Hilflosenentschädigung (AHV/IV oder UV/MV) angerechnet.
- ▶▶ Assistenzbeitrag zur Hilflosenentschädigung der IV (ggf. AHV) in den Ergänzungsleistungen.
- ▶▶ Solidaritätsbeiträge für Opfer von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen.
- ▶▶ Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen in einem Heim, wenn in der Tagestaxe keine Pflegekosten nach KVG berücksichtigt werden.
- ▶▶ der Zuschlag auf die aufgeschobene Rente (vgl. AHVG 34^{bis}).

10.1.4 Anpassung der Ergänzungsleistung/Meldepflicht (ELV 25)

Der Anspruch auf die jährliche Ergänzungsleistung ist von den Durchführungsstellen periodisch zu überprüfen (vgl. ELV 30) und ggf. an die veränderten Verhältnisse anzupassen – d.h., zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. **Die bezugsberechtigte Person** bzw. ihr gesetzlicher Vertreter ist **verpflichtet, jede Änderung in den persönlichen und ins Gewicht fallende Änderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse sofort** der Durchführungsstelle **zu melden**, insbesondere

- ▶ Erhöhung oder Senkung des Mietzinses, Umzug/Adressänderung
- ▶ Zu- oder Wegzug von Mitgliedern in der Hausgemeinschaft
- ▶ Aufnahme oder Aufgabe einer Erwerbsarbeit
- ▶ Veränderung des Erwerbseinkommens, dies auch vom nicht rentenberechtigten Ehegatten
- ▶ Anfallende, auch unverteilter Erbschaft und Schenkungen
- ▶ Beginn/Ende regelmässiger Leistungen der Krankenversicherung
- ▶ Eintritte in ein bzw. Austritte aus einem Spital oder einem (Pflege-)Heim
- ▶ Veränderung der Pensionskassenleistungen und ausländischer Renten oder Leistungen vom (ehemaligen) Arbeitgeber
- ▶ selbst getätigte Vermögensabtretungen und Schenkungen sowie erhaltene Erbschaften und Schenkungen/Kauf- bzw. Verkauf von Liegenschaften
- ▶ usw.

10.1.4.1 Radio-/TV-Gebühren

Personen, die Ergänzungsleistungen der AHV/IV beziehen, sind von der Gebührenpflicht für Radio und Fernsehen befreit. Dazu ist der SERAFE AG (Postfach 10, 8010 Zürich) die Verfügung über die Zusprache der Ergänzungsleistung mit dem Hinweis «bitte vom Entrichten der Radio-/TV-Gebühren befreien» einzureichen.

10.1.5 Teuerungsanpassung (ELG 19, AHVG 33^{ter})

Zum Zeitpunkt, da die AHV/IV-Renten der Teuerung angepasst werden, kann der Bundesrat den Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf (ELG 10 I), die anrechenbaren Einnahmen (ELG 11 I) sowie die Krankheits- und Behindernungskosten (ELG 14 III–IV) in angemessener Weise anpassen.

Betreffend die kantonalen Beihilfen und/oder Gemeinde- und Mietzinszuschüsse sind die Kantone bzw. die Gemeinden in deren Regelung frei.

Mit Änderung der persönlichen oder der wirtschaftlichen Verhältnisse der anspruchsberechtigten Person (ELV 25) können die Ergänzungsleistungen **jederzeit** angepasst werden.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30, ELV 20, AHVV 67)

Die Ergänzungsleistungen sind durch eine schriftliche Anmeldung geltend zu machen.

In der Regel ist die Anmeldung an die kantonale AHV-Ausgleichskasse bzw. die Gemeindezweigstelle am Wohnsitz zu richten. Drei Kantone haben eine andere Einreichungsstelle bezeichnet:

BS Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt, 4005 Basel
bzw. für Riehen und Bettingen, Gemeindeverwaltung, 4125 Riehen

GE Office cantonal des personnes âgées (OCPA), 1211 Genève 6

ZH Zusatzleistungsstelle der Wohnsitzgemeinde
für die Stadt Zürich:
Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV, 8036 Zürich
für die Stadt Winterthur: Zusatzleistungen zur AHV/IV der
Stadt Winterthur, 8403 Winterthur

Zum Geltendmachen des Anspruchs befugt sind die betroffene Person selber bzw. ihr gesetzlicher Vertreter, ihre Eltern oder Grosseltern bzw. Kinder oder Enkel, Geschwister sowie Drittpersonen/Behörden (ATSG 20), die für ihren Unterhalt aufkommen müssen.

Durch den Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV wechselt die Zuständigkeit für das Ausrichten der zugrunde liegenden Rente von der Verbandsausgleichskasse zur kantonalen AHV-Ausgleichskasse des Wohnsitzkantons (gemeinsamer Vollzug beider Aufgaben). Einzig einige kleinere westschweizer Verbandsausgleichskassen (106er, 109, 110 und 111er) haben sich dieser Regelung entzogen.

11.1.1 Nachforderung/Nachzahlung (ELG 12, 15; ELV 22)

Der Anspruch auf die jährliche Ergänzungsleistung besteht ab Beginn des Monats, in dem die Anmeldung eingereicht worden ist – sofern sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

- ▶ Wird die Anmeldung innerhalb von sechs Monaten **nach dem Eintritt in ein (Pflege-)Heim oder Spital** eingereicht, besteht der Anspruch – sofern sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind – ab Beginn des Monats, in dem der Eintritt erfolgte.
- ▶ Wird die Anmeldung innerhalb von sechs Monaten seit der **Zustellung der AHV/IV-Rentenverfügung** eingereicht, beginnt der Anspruch auf die Ergänzungsleistungen mit dem Monat, in dem die betreffende Rente angemeldet wurde, frühestens jedoch mit der Rentenberechtigung.

Die Vergütung der ausgewiesenen Krankheits- und Behinderungskosten erfolgt – sofern sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind –, wenn diese innerhalb von 15 Monaten seit der Rechnungsstellung geltend gemacht werden (ELG 15).

11.1.2 Zuständigkeit (ATSG 13, ELG 21)

Zuständig für die Festsetzung und die Auszahlung der Ergänzungsleistung ist der Kanton, in dem die Bezügerin oder der Bezüger Wohnsitz hat.

Dieser Kanton bleibt zuständig, wenn die Bezügerin oder der Bezüger in einem anderen Kanton in ein Heim, ein Spital oder eine andere Einrichtung eintritt oder eine volljährige Person behördlich in einem anderen Kanton in Familienpflege untergebracht wird.

Grundsätzlich gelten folgende Zuständigkeiten

- Für Personen, die nicht in einem Heim leben, ist der Kanton (Kanton Zürich die ZL-Durchführungsstelle) zuständig, in der die betroffene Person den Wohnsitz hat.

Der **Wohnsitz** einer Person befindet sich an dem Ort, wo sie sich mit der Absicht des dauernden Verbleibens aufhält (ATSG 13 I/ZGB 23 I). Dazu müssen zwei Merkmale kumulativ erfüllt sein: ein objektiv äusseres, d.h., der physische Aufenthalt, und ein subjektiv inneres, d.h., die Absicht des dauernden Verbleibens (auch ein vorübergehender Aufenthalt – teilweise wird ein Jahr gefordert – kann dafür genügen). Massgebend ist damit der Ort, wo sich der Mittelpunkt der Lebensbeziehungen befindet.

Bis ein neuer Wohnsitz begründet wird, bleibt der bisherige bestehen (ZGB 24 I). Ein vorübergehendes Verlassen des Lebensmittelpunkts tangiert den einmal begründeten Wohnsitz nicht. Ist ein früher begründeter Wohnsitz nicht nachweisbar – z.B. nach endgültiger Rückkehr aus dem Ausland –, gilt der Aufenthaltsort als Wohnsitz (ZGB 24 II).

Präzisierung (ELG 21 I^{quater}): Begründet eine Person am Standort des Heimes oder der Einrichtung neuen Wohnsitz, so ist der Kanton zuständig, in dem die Person **vor Eintritt** in das Heim oder die Einrichtung Wohnsitz hatte.

- Der **Eintritt in ein anerkanntes Heim** (gemäss ELV 25a I) ändert grundsätzlich nichts an der Zuständigkeit. Es bleibt der Kanton (Kanton Zürich die ZL-Durchführungsstelle), wo die betroffene Person zuvor den Wohnsitz hatte, zuständig.

Die EL-rechtliche Heimanerkennung ist stets zu prüfen. Dabei gilt es zu beachten, dass Heime neben rechtlich anerkannten Heimplätzen teilweise auch weitere nicht anerkannte Plätze anbieten. «Betreutes Wohnen» verfügt in der Regel nicht über eine Heimanerkennung.

Für Personen, die **direkt aus dem Ausland** in ein Heim oder eine andere Einrichtung in der Schweiz eintreten, ist der Kanton zuständig, in dem diese Person den Wohnsitz begründet.

- Für bevormundete Kinder und **Volljährige unter umfassender Beistandschaft** gilt ein abgeleiteter Wohnsitz. Der ist am Sitz der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Alle anderen Formen der Beistandschaft haben keinen Einfluss auf den Wohnsitz. Mit einem Umzug ist nicht der Wechsel des Lebensmittelpunkts für eine Änderung der Zuständigkeit massgebend, sondern einzig die Übertragung der Massnahme an die neue KESB.

Innerhalb des Kantons Zürich ist die Zuständigkeit im Einführungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR 41) geregelt.

- ▶ **Für Kinder** gilt es zu unterscheiden, ob sie einen abgeleiteten Anspruch (Kinderrente zur Invaliden- oder Altersrente eines Elternteils) oder einen selbständigen Anspruch (Waisenrente) haben.
 - ▶ Mit abgeleitetem Anspruch richtet sich die Zuständigkeit nach dem AHV/IV-renten-beziehenden Elternteil (Familiengemeinschaft).
 - ▶ Für minderjährige Halbweisen liegt die Zuständigkeit da, wo der überlebende Elternteil den Wohnsitz hat. Volljährige (Halb-)Waisen begründen einen eigenen Wohnsitz. Wurde für eine Waise (Vollwaise, ggf. Halbwaise) eine umfassende Beistandschaft errichtet, liegt die Zuständigkeit am Sitz der KESB.

11.2 **Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19)**

Aufgrund der Angaben und der gesetzlichen Bestimmungen berechnet die Durchführungsstelle den Anspruch auf Ergänzungsleistungen und erlässt die Verfügung über Art und Umfang der Leistung.

Bearbeitungsdauer (ELV 21)

Nach Eingang einer Anmeldung für eine jährliche Ergänzungsleistung ist grundsätzlich innerhalb von 90 Tagen über Anspruch und Höhe der Leistung zu verfügen.

Wenn diese Frist nicht eingehalten werden kann und die antragstellende Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, sind Vorschussleistungen (vgl. ATSG 19 IV) auszurichten; dies sofern ein Anspruch nachgewiesen erscheint.

Die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten erfolgt in der Regel jährlich. Erscheint der Anspruch auf Leistungen nachgewiesen und verzögert sich deren Ausrichtung, so können Vorauszahlungen ausgerichtet werden.

Die Ergänzungsleistungen werden auf ein Postcheck- oder Bankkonto ausbezahlt. Die monatlichen Bedarfsrenten sind bis zum 20. Tag des Monats, für den sie bestimmt sind zu vergüten.

«Abtretung» der EL von Heimbewohner/in

Neu können im Heim oder im Spital wohnhafte Personen die jährliche Ergänzungsleistung dem Leistungserbringer abtreten. Wo dies vereinbart wurde, gilt für die EL-Auszahlung folgende Reihenfolge:

1. Betrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung an den Krankenversicherer;
2. vom Rest erhält die/der EL-Beziehende den Betrag für die persönlichen Auslagen (ELG 10 II Bst. b);
3. vom danach verbleibenden Betrag erhält der Leistungserbringer einen Betrag bis zur Höhe der Tagestaxe (ELG 10 II Bst. a);
4. wenn danach noch ein Restbetrag verbleibt, erhält diesen die EL-beziehende Person.

Prüfen des EL-Anspruchs von Personen, die Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose beziehen (ELV 10a)

Die Durchführungsstellen prüfen von Amtes wegen, ob für eine Person, die Überbrückungsleistungen (ÜLG) bezieht, mit Erreichen des Referenzalters ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen absehbar ist.

11.2.1 Leistungsbezug im Ausland

Ergänzungsleistungen (sowie auch Beihilfen und Gemeindegzuschüsse) werden nur an Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz gewährt. Sie sind als Bedarfsleistungen auch im Rahmen des FZA nicht zu exportieren (vgl. Kapitel XVIII, grenzüberschreitende Sozialversicherungen, 2.1.1.3).

11.2.2 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, ELG 12, ELV 22)

Die Leistungen im Sinn dieses Gesetzes sind der Zwangsvollstreckung entzogen. Eine direkte Auszahlung des EL-Anteils für die Tagestaxe ans Heim ist neu zulässig (ELG 21a III).

Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit sie bis zum Festsetzen der Ergänzungsleistungen Vorschusszahlungen geleistet haben.

11.2.2.1 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorglich betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfeeinrichtung angewiesen – ist. Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28/I)

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

11.3.1 Meldepflicht (ATSG 31, ELV 24)

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von der Bezügerin/dem Bezüger bzw. ihren Angehörigen (oder Dritten, denen die Leistung zukommt) **umgehend der Durchführungsstelle** für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV **zu melden.**

Dies gilt auch für an der Durchführung beteiligte Personen und Organe.

11.4 **Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21, ELG 8)**

Sofern die AHV/IV-Rente gestützt auf ATSG 21 (vorsätzliches Herbeiführen des Versicherungsfalls, sich einer zumutbaren Handlung entziehen/widersetzen) dauernd oder vorübergehend verweigert wird, entfällt solange der Anspruch auf Ergänzungsleistungen.

11.5 **Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 25, ATSV 4–5)**

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «im guten Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch finanziell eine grosse Härte vorliegt. Für die Prüfung der grossen Härte ist auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der EL-beziehenden Person abzustellen. Der Erlass umfasst auch den EL-Betrag, der direkt an den Krankenversicherer oder ein Heim ausgerichtet wurde.

In der Rückforderungsverfügung ist auf die Möglichkeit eines Erlasses hinzuweisen.

Massgebend für die Beurteilung, ob eine grosse Härte vorliegt, ist der Zeitpunkt, in welchem über die Rückforderung rechtskräftig entschieden ist (d.h. im Zeitpunkt der Fälligkeit und nicht des Entstehens der Rückforderung).

- ▶ Eine Meldepflichtverletzung verhindert den «guten Glauben», hier ist demzufolge kein Erlass möglich.

Verrechnung (ELG 20)

Rückforderungen können mit fälligen Ergänzungsleistungen verrechnet werden. Weiter ist dies mit fälligen Leistungen anderer Sozialversicherer möglich, soweit die entsprechenden Gesetze eine Verrechnung vorsehen. Zuletzt ist eine Verrechnung auch mit fälligen Leistungen aus beruflicher Vorsorge möglich.

11.5.1 **Rückerstattung rechtmässiger Bezüge**

Seit 2021 sind EL-Bezüge aus dem Nachlass zurückzuerstatten (ELG 16a I+II)

Rechtmässig bezogene Ergänzungsleistungen sind nach dem Tod der EL-Bezügerin oder des EL-Bezügers aus dem Nachlass zurückzuerstatten. Die Rückerstattung ist nur von dem Teil des Nachlasses, der CHF 40 000.– übersteigt, zu leisten.

- ▶ Für Ehepaare gilt die Rückerstattungspflicht erst aus dem Nachlass der/des Zweitverstorbenen, wenn dieser Nachlass CHF 40 000.– übersteigt.

Bewertung des Nachlasses (ELV 27a)

Für die Berechnung der Rückforderung rechtmässig bezogener Ergänzungsleistungen ist der Nachlass nach den Grundsätzen der **Gesetzgebung über die kantonale Steuer für die Bewertung des Vermögens im Wohnsitzkanton** zu bewerten.

- ▶ Massgebend ist das Vermögen am Todestag.
- ▶ Grundstücke sind zum Verkehrswert einzusetzen. Vorbehalten sind Fälle, in den das Gesetz die Anrechnung an den Erbteil zu einem tieferen Wert vorsieht.
- ▶ Die Kantone können anstelle des Verkehrswerts einheitlich den für die interkantonale Steuerauscheidung massgebenden Repatitionswert anwenden.

Die Frist für die Rückerstattung (sprich Bezahlung) rechtmässiger Bezüge (ELV 27) beträgt drei Monate nach Eintritt der Rechtskraft der Rückforderungsverfügung. Macht die Rückerstattung den Verkauf einer oder mehrerer Liegenschaften nötig, erstreckt sich die Frist auf ein Jahr, höchstens jedoch 30 Tage nach der Eigentumsübertragung.

Verwirkung: Der Rückforderungsanspruch erlischt nach Ablauf des Jahres, nachdem die EL-Durchführungsstelle davon Kenntnis hat, spätestens aber nach Ablauf von 10 Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung.

Kanton Zürich: Rückerstattung der kantonalen Beihilfen

Schon seit Jahren müssen im Kanton Zürich bezogene Beihilfen zurückerstattet werden:

- ▶ wenn die bezugsberechtigte Person in günstige Verhältnisse gekommen ist (Arbeit, Erbschaft, Lotteriegewinn usw.);
- ▶ nach dem Tod aus dem Nettonachlass.

Sind Eltern, Ehepartner oder Kinder Erben, ist die Rückerstattung nur von demjenigen Teil des Nachlasses zu leisten, der den Betrag des Vermögens von CHF 25 000.– der verstorbenen Bezügerin/des verstorbenen Bezügers übersteigt.

11.5.2 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73, ELG 30)

Die Artikel 72 bis 75 des ATSG sind nicht anwendbar, das ELG sieht kein Rückgriffsrecht vor.

11.6 Rechtspflegeverfahren (ATSG 49, 56 ff.; ELV 38)

Mit Einführung des ATSG greift im Bundessozialversicherungsrecht – mit Ausnahme des BVG – ein dreistufiges Verfahren. Diese Regelungen gelten aber nur in Bezug auf die bundesrechtlichen Ergänzungsleistungen.

Was allfällige kantonale Beihilfe und/oder Gemeindegzuschüsse anbelangt, gilt das in den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen beschriebene Verfahren.

1. Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52)

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügenden Stelle Einsprache** erhoben werden. Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. Beschwerde (ATSG 56)

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann innerhalb von **30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

3. Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

EL (in Millionen CHF)	1995	2000	2010	2015	2020	2022
Einnahmen Total d.h. Beiträge der öffentlichen Hand	2 158	2 288	4 075	4 782	5 369	5 493
davon Bund	483	500	1 237	1 423	1 664	1 816
davon Kantone	1 675	1 788	2 838	3 359	3 705	3 677
Ausgaben Total	2 158	2 288	4 075	4 782	5 369	5 493
EL zur AHV	1 575	1 441	2 324	2 005	3 168	3 170
EL zur IV	583	847	1 751	1 967	2 201	2 323
Durchführungs-/ Verwaltungskosten	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	–	–	–	–	–	–
Kapitalkonto EL	–	–	–	–	–	–
Durchschnittliche EL Alte mtl. CHF						
wenn zu Hause	507.–	686.–	848.–	950.–	1 083.–	1 148.–
wenn im Heim	1 714.–	1 842.–	2 835.–	3 029.–	3 259.–	3 389.–
Anzahl Bezüger/innen	122 291	138 894	168 206	197 417	218 903	219 100
Anzahl Bezüger/innen EL EL Hinterlassene	2 278	1 948	3 346	3 765	3 717	3 600
Durchschnittliche EL zur IV mtl. CHF						
wenn zu Hause	612.–	842.–	1 063.–	1 167.–	1 286.–	1 333.–
wenn im Heim	1 787.–	2 147.–	3 422.–	3 637.–	3 755.–	3 805.–
Anzahl Bezüger/innen	40 876	61 817	105 596	113 858	119 090	121 600
Jede 8. Person mit einer AHV-Rente und die Hälfte der Personen mit einer IV-Rente beziehen EL. Von 344271 Bezüger/innen (2022) lebten 65451 in einem Heim, das entspricht der Hälfte aller Heimbewohner/innen.						

Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre; EL-Statistik 2022

Aus der EL-Statistik 2023

Jede 8. Person (12,2%) mit einer Altersrente der AHV und jede 2. Person (50,1%) mit einer IV-Rente ist auf EL angewiesen. Ende 2023 haben 345000 Personen EL bezogen. Gegenüber dem Vorjahr hat der Bestand der EL-Beziehenden um 1,7 Prozent zugenommen (EL zur IV +1,1%; EL zur AV +2,1%), die Bezugsquote ist aber stabil geblieben. Nach einem Rückgang im Jahr 2022 wurde damit wieder eine Zunahme der Anzahl EL-Beziehenden festgestellt.

Der Bezügerbestand ist das Ergebnis verschiedener Bewegungen: Eintritte, Austritte sowie Zugänge und Abgänge im Rahmen von Versicherungswechseln. Im Jahr 2023 sind 28 000 Personen aus dem EL-System ausgeschieden, das sind 8,1 Prozent des Bestands zu Beginn des Jahres. 33 600 Personen haben neu einen Anspruch auf EL erhalten, was 9,8 Prozent des Anfangsbestands entspricht. Zudem fand bei 4700 Personen (1,4% des Anfangsbestands) ein Wechsel des Versicherungszweigs statt, überwiegend aus den EL zur IV in die EL zur AV (4100 Personen).

Die Zu- und Abgänge in den EL lassen sich auch **aus Sicht der Wohnsituation** betrachten. Nach einem Rückgang in den Jahren 2020, 2021 und 2022 ist die Zahl der im Heim lebenden EL-Beziehenden 2023 stabil geblieben. Der Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 hing mit der hauptsächlich durch die Covid-19-Pandemie bedingten Übersterblichkeit zusammen, während der Rückgang im Jahr 2022 vermutlich auf die 2021 eingeführte EL-Reform zurückzuführen ist. 2023 nahm die Zahl der im Heim lebenden EL-Beziehenden lediglich um 15 Personen zu. Die Zahl der zu Hause lebenden EL-Beziehenden ist 2023 um 2,0 Prozent angestiegen. Diese Zunahme ist vor allem darauf zurückzuführen, dass mehr Ein- als Austritte registriert wurden (26 200 verglichen mit 16 300).

Hoher Bedarf an EL zur IV

In der IV beziehen 50,1 Prozent der Rentner/innen eine EL. Innerhalb der einzelnen Altersgruppen unterscheiden sich die Bezugsquoten erheblich: Von den 20- bis 30-Jährigen beziehen zwischen 60 und 80 Prozent der Rentenbeziehenden eine EL. Dieser hohe Anteil ergibt sich, weil jüngere invalide Personen nicht oder nur kurz erwerbstätig waren und somit nur geringe Renten der IV und – wenn überhaupt – der beruflichen Vorsorge erhalten. Andere Einnahmequellen und Vermögen sind kaum vorhanden. Sie wohnen zudem häufiger im Heim, was entsprechend höhere Kosten verursacht. Diese Gruppe EL-beziehender Personen ist meistens langfristig auf EL angewiesen.

Personen, die erst später eine IV-Rente benötigen, befinden sich in der Regel in einer besseren finanziellen Situation, darum sinken die EL-Bezugsquoten kontinuierlich auf rund 30 Prozent unter Personen kurz vor dem Rentenalter. Die Bezugsquote ist definiert als der prozentuale Anteil der Rentner/innen in der Schweiz, die eine EL beziehen.

Auch in der AHV altersmässig unterschiedliche Bezugsquoten

Die EL-Quote (insgesamt 12,3%) steigt mit dem Alter: Je älter, desto eher wird eine EL benötigt. Während unter den Neurentner/innen 7,5 Prozent die EL beanspruchen, sind es unter den ab 95-Jährigen 24,3 Prozent. Diese Tendenz hängt mit der steigenden Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts im Alter und den damit verbundenen Kosten zusammen. Viele können die Heimtaxen nicht oder nicht lange aus den eigenen finanziellen Mitteln bestreiten.

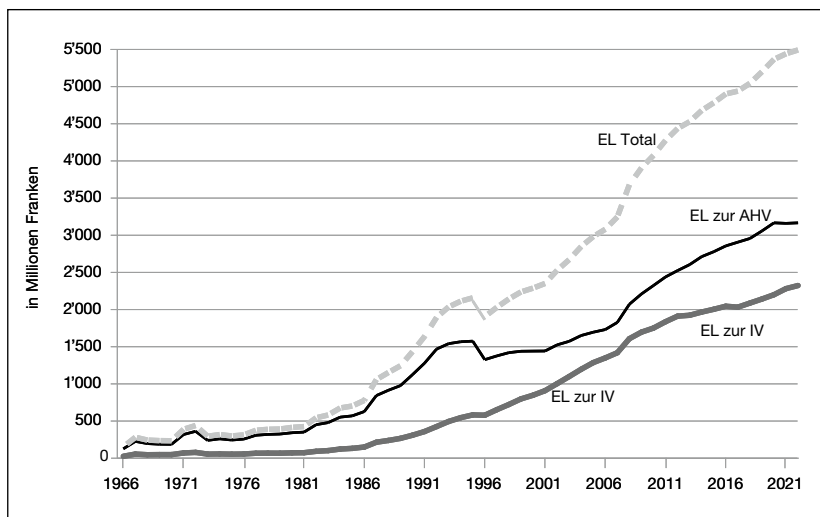
Die Hälfte der Personen im Heim braucht EL

Im Jahr 2023 wohnten 65 500 EL-Beziehende in einem Heim; das sind 18,7 Prozent aller Personen mit EL. Die EL spielen eine wichtige Rolle in der Finanzierung eines Heimaufenthalts. Zusammen mit den Leistungen der Krankenversicherung und teilweise der öffentlichen Hand decken sie die Kosten, die das Budget von Rentenbeziehenden übersteigen.

EL-Ausgaben

Im Jahr 2023 sind die Ausgaben von Bund und Kantonen für die EL gegenüber dem Vorjahr um 4,0 Prozent auf 5,7 Mrd. Franken gestiegen

Ausgaben der EL 1966 bis 2021



Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023

Das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (ELG) unterscheidet zwei Arten von Leistungen: die periodischen EL, die pro Jahr festgesetzt und in monatlichen Raten ausgerichtet werden, und die Vergütung von nicht anderweitig gedeckten Krankheits- und Behinderungskosten. 90,2 Prozent der Ausgaben, das sind 5,15 Mrd. Franken, fliessen in die periodische EL. Davon entfallen 53,3 Prozent (3,04 Mrd.) auf existenzsichernde Leistungen und 36,9 Prozent (2,11 Mrd.) auf heimbedingte Mehrkosten. Für Personen im Heim wird der Anteil der Existenzsicherung in einer Ausscheidungsrechnung ermittelt. Es wird berechnet, wie hoch die Ergänzungsleistung wäre, wenn die Person zu Hause statt im Heim leben würde. An der Existenzsicherung beteiligt sich der Bund zu fünf Achtel. Die über die Existenzsicherung im Heim hinausgehenden Kosten (heimbedingte Mehrkosten) finanzieren die Kantone selber.

Die Höhe der einzelnen EL-Leistung hängt stark von der Wohnsituation ab

An alleinstehende EL-Beziehende zu Hause wurden im Jahr 2022 im Durchschnitt CHF 1300.– pro Monat ausgerichtet, an zu Hause lebende Paare CHF 1800.–. Für Personen im Heim lag der durchschnittliche EL-Betrag mit CHF 3700.– Franken pro Monat knapp dreimal höher. Mit dem Heimeintritt nehmen die Ausgaben meistens stark zu. Neben den «Hotelleriekosten» fallen oft Ausgaben für Betreuung und Pflege an. Für die Pflegekosten kommen zwar die Krankenkassen auf.

- Etwas vereinfachend könnte man sagen: Unter den Personen im Heim führen die hohen Heimkosten und unter den Personen zu Hause ein niedriges Renteneinkommen zum EL-Bezug.

Durchschnittlicher EL-Betrag 2023 einer kinderlosen, alleinstehenden Person; CHF pro Monat			
Wohnsituation	Zu Hause	Im Heim	Total
EL zur AHV	1 148.–	3 389.–	1 744.–
EL zur IV	1 333.–	3 805.–	1 892.–
Total	1 200.–	3 529.–	1 800.–
Keine detaillierten Angaben betreffend die 3600 Hinterlassenen			

Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023

Ein weiterer Unterschied der EL-Beträge zeigt sich zwischen den EL zur AV und den EL zur IV. Die Leistungen für Personen mit einer IV-Rente sind deutlich höher, weil sie über vergleichsweise geringere regelmässige Einkommen verfügen. Die Durchschnittsbeträge variieren je nach Wohnort und Haushaltstyp zwischen 10 Prozent und 18 Prozent.

Für rund 52 200 Personen (14,9% aller EL-Beziehenden im Jahr 2023) entsprach die jährliche Ergänzungsleistung dem Betrag der individuellen Prämienverbilligung (EL-Mindesthöhe). Dabei handelt es sich um Personen, die lediglich Anspruch auf eine Verbilligung oder Vergütung der Krankenkassenprämie haben.

**Demografische Merkmale
der Bezüger/innen von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV**

Quelle: BSV Sozialversicherungsstatistiken ab 2000: Darstellung gebro Sozialversicherungen

EL für	Alte						Hinterlassene						Invalide					
	2022	2020	2015	2010	2000		2022	2020	2015	2010	2000		2022	2020	2015	2010	2000	
Ende Jahr																		
Total Beziehende in % der Rentner/innen	219 109 12,3	218 903 12,7	197 417 13,0	168 206 11,8	138 947 11,3		3 606 9,3	3 717 9,4	3 765 7,5	3 346 7,0	1 948 4,1		121 556 50,2	119 090 49,3	113 858 51,0	105 596 38,4	61 817 24,6	
Geschlecht																		
männlich	75 544	74 415	635 223	50 294	36 019		88	100	113	84	44		63 052	61 513	58 138	53 376	32 128	
weiblich	143 565	144 488	133 895	117 912	102 875		3 518	3 617	3 652	3 262	1 904		58 504	57 577	55 720	52 220	29 689	
Staatsangehörigkeit																		
Schweiz	164 886	167 428	154 599	135 411	117 632		1 892	2 055	2 214	2 109	1 416		86 459	86 459	83 553	76 091	41 156	
in % der Rentner/innen	10,5	14,7	107	10,6	10,3		6,2	11,0	5,3	5,2	3,4		49,9	47,7	k.A.	38,6	26,1	
Ausland	54 223	51 475	42 818	32 795	21 262		1 714	1 662	1 551	1 237	532		29 631	29 631	30 305	29 505	14 661	
in % der Rentner/innen	27,6	30,5	26,0	22,8	24,4		21,2	26,1	18,2	17,9	8,5		51,1	47,5	k.A.	37,6	20,7	
Wohnsituation																		
zu Hause	176 651	171 259	148 883	122 844	98 531		3 572	3 685	3 729	3 320	1 924		91 377	97 027	91 936	84 907	45 756	
im Heim	43 458	47 644	48 534	45 362	40 363		34	32	36	26	24		30 219	22 063	21 992	20 689	16 061	
Zivilstand																		
ledig	32 234	33 532	25 082	22 222	23 539		93	103	26	33	0		73 932	70 198	60 856	52 306	34 637	
verheiratet	65 677	66 060	58 243	45 949	33 890		19	16	35	38	0		24 005	25 791	28 566	29 395	13 629	
verwitwet	54 923	57 960	61 912	60 860	56 197		2 878	2 965	3 193	2 899	1 760		1 184	1 157	1 411	1 531	1 503	
geschieden/getrennt	66 275	61 351	52 130	39 175	25 268		616	633	511	376	188		22 435	21 944	23 035	22 364	12 048	
Alter																		
Geburt bis 25							12	9	17	16			9 133	8 702	7 992	6 395	3 920	
26-49							676	721	896	957	666		55 831	53 814	51 727	51 347	34 172	
50-59							1 598	1 681	1 673	1 293	872		37 409	38 049	37 343	33 063	17 701	
60-64							1 320	1 306	1 179	1 080	410		19 183	18 525	16 796	14 791	6 024	
65-79							0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	
ab 80							0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	

12.2 Entwicklungstendenzen

12.2.1 Aufwendungen für betreutes Wohnen in EL berücksichtigen

Rund ein Drittel der Personen, die in einem Alters- und Pflegeheim leben, benötigt weniger als eine Stunde Pflege pro Tag. Der Eintritt in ein Pflegeheim lässt sich verzögern oder sogar vermeiden, wenn ältere Menschen in einer altersgerechten Wohnung leben und/oder Spitex-Leistungen beziehen können. Der Bundesrat schlägt Ende Juni 2023 (Vernehmlassung per 23.10.2023) vor, Betreuungsleistungen von EL-Beziehenden im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten zu berücksichtigen. Konkret geht es um

- ▶ ein Notrufsystem
- ▶ Haushalthilfe
- ▶ Mahlzeitendienst
- ▶ Fahr- und Begleitedienste
- ▶ die Anpassung der Wohnung an die Bedürfnisse des Alters und
- ▶ ein Mietzuschlag für eine altersgerechte Wohnung

Weiter sollen EL-Beziehende mit einem Assistenzbeitrag Anspruch auf einen Zuschlag für die Miete eines zusätzlichen Zimmers für die Nachtassistenz erhalten.

12.2.2 Finanzperspektiven bis 2032

Die am 15. Juni 2022 vom BSV präsentierten «überarbeiteten Finanzperspektiven» gehen von stetig zunehmenden Aufwendungen für die EL aus. Dabei wird unterschieden zwischen Existenzsicherung und heimbedingten Mehrkosten. In der EL zur AHV sind beide Anteile etwa gleich, in der EL zur IV hingegen sind die heimbedingten Mehrkosten nur halb so hoch.

Insgesamt wird mit einer Zunahme der Aufwendungen für die eigentliche EL von 5,08 Mrd. Franken im Jahr 2022 auf 6,156 Mrd. im Jahr 2030 bzw. 6,56 Mrd. pro 2032 ausgegangen. Die Krankheits- und Behinderungskosten sind in der EL zur AHV mehr als doppelt so hoch wie in der EL zur IV. Auch sie werden steigen, insgesamt von 0,55 Mrd. Franken im Jahr 2022 auf 0,65 Mrd. im Jahr 2030 bzw. 0,68 Mrd. pro 2032.

12.3

Links

www.ahv-iv.ch

Merkblätter, Formulare usw. betr. AHV/IV/EL/EO

www.ausgleichskasse.ch

Portal zu den kantonalen Ausgleichskassen, wo jeweils die betreffenden Informationen, kantonalen Merkblätter, kassenspezifischen Formulare usw. erhältlich sind.

www.zl-fachverband.ch

Fachverband für Zusatzleistungen zur AHV/IV des Kantons Zürich, mit nützlichen Hinweisen, Berechnungsbogen und Weiterbildungsangeboten.

www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen: Aktuelles, Gesetze.

www.bsvlive.admin.ch/vollzug

Gesetze, Verordnungen, Wegleitungen.

www.sozialversicherungen.admin.ch

Vollzug: Gesetze, Verordnungen, Wegleitungen.

www.pro-senectute.ch/eld/index.html

Möglichkeit, online einen provisorischen EL-Anspruch zu berechnen.

VI Überbrückungsleistungen ÜL

1.	Zielsetzung	385
2.	Gesetzliche Grundlagen	385
3.	Geschichtliche Daten	385
4.	Organisation (ÜLG 19, 24)	386
5.	Versicherte Personen	386
5.1	Obligatorisch Versicherte	387
5.2	Freiwillig Versicherte	387
5.3	Dauer der Bezugsberechtigung (ÜLG 14)	387
5.4	Versicherungsausweis	387
6.	Finanzierung (ÜLG 25)	387
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	387
6.2	Beitragspflichtige Personen	387
6.3	Dauer der Beitragspflicht	387
6.4	Beitragshöhe und Berechnungsbasis	387
7.	Leistungsübersicht (ÜLG 4)	387
8.	Anspruchsberechtigte Personen (ÜLG 3, 5, 6)	388
8.1	Grundsatz (ÜLG 3, 5/III, 6)	388
8.1.1	Anspruch von Grenzgängern und Grenzgängerinnen (ÜLG 8, ÜLV 8)	388
8.1.2	Beginn und Ende des Anspruchs auf Überbrückungsleistungen	389
8.2	Spezifische Anspruchsvoraussetzungen	389
8.2.1	Vorgängige AHV-pflichtige Erwerbstätigkeit (ÜLG 5)	389
8.2.2	Höhe des Vermögens – Vermögensschwelle (ÜLG 5, ÜLV 2–4)	390
8.2.3	Integrationsbemühungen (ÜLG 5/V, ÜLV 5)	391
9.	Sachleistungen	391
9.1	Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (ÜLG 17, 18, ÜLV 28–36)	391
9.1.1	Zu beachtende Regelungen (ÜLV 28–36)	392
9.1.2	Kostenübernahme	393

10.	Geldleistungen	393
10.1	Renten, d.h. Überbrückungsleistungen	393
10.1.1	Berechnungsgrundlage (ÜLG 7)	393
10.1.1.1	Anerkannte Ausgaben (ÜLG 9)	394
10.1.1.1.1	Grundbetrag für den allgemeinen Lebensbedarf	395
10.1.1.1.2	Anerkannte Mietkosten (ÜLV 9–12, 14, 15)	395
10.1.1.1.3	Prämie für die obligatorische Krankenversicherung (Pauschalbetrag; ÜLG 9/I Bst. h, ÜLV 13)	396
10.1.1.2	Anrechenbare Einnahmen (ÜLG 10, ÜLV 16–27)	396
10.1.1.2.1	Erwerbseinkommen (ÜLG 10/I Bst. a, ÜLV 17, 18)	397
10.1.1.2.2	Vermögen und Freibetrag (ÜLG 10/I Bst. c, ÜLV 21–27)	397
	Vermögensverzicht durch Entäusserung (ÜLG 13, ÜLV 24, 25)	398
	Vermögensverzicht durch übermässigen Vermögensverbrauch (ÜLG 13, ÜLV 26)	398
10.1.1.2.3	Nicht anrechenbare Einnahmen	399
10.1.1.3	Teuerungsanpassung (ELV 25, AHVG 33 ^{ter})	399
11.	Vollzug	399
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30, ÜLV 37)	399
11.1.2	Zuständigkeit bei Wohnsitzwechsel (ATSG 13, ÜLV 45)	400
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19, ÜLG 19)	400
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland (ÜLV 41)	402
11.2.2	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, ÜLG 15)	402
11.2.2.1	Vorschusszahlung mit Nachforderung/Nachzahlung verrechnen (ÜLV 42)	402
11.2.2.2	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	403
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I)	403
11.3.1	Meldepflicht (ATSG 31, ÜLV 43)	403
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21)	403
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25, ATSV 4–5, ÜLG 15)	403
11.5.1	Rückerstattung rechtmässiger Bezüge	404
11.5.2	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73, ÜLG 16)	404
11.6	Rechtspflegeverfahren (ATSG 49, 56 ff.; ÜLV 50)	404
12.	Aktuell	404
12.1	Kennzahlen	404
12.2	Entwicklungstendenzen	404
12.5	Links	406

1. Zielsetzung

Ergänzend zu den Massnahmen des Bundes zur Förderung der Weiterbeschäftigung älterer Arbeitnehmender sollen **ab dem 60. Altersjahr ausgesteuerte Arbeitslose** in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eine Überbrückungsleistung erhalten. Wenn ihnen trotz arbeitsmarktlicher Massnahmen kein Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gelingt, sollen die Überbrückungsleistungen einen gesicherten Übergang in die Pensionierung ermöglichen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 114/V: Der Bund kann Vorschriften über die Arbeitslosenfürsorge erlassen;

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003;
- ▶ über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜLG) vom 19. Juni 2020, in Kraft seit 1. Juli 2021;

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003;
- ▶ Verordnung über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜLV) vom 11. Juni 2021, in Kraft seit 1. Juli 2021;

Verordnungen und Weisungen des Eidg. Departements des Innern und des Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Wegleitung über die Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (WÜL);

3. Geschichtliche Daten

2019 Der Bundesrat schickt am 26. Juni den Vorentwurf für ein neues Bundesgesetz über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose (ÜLG) in Vernehmlassung. Anlass war, dass die Sozialhilfequote der 60- bis 64-Jährigen zwischen 2011 und 2017 um 47 Prozent gestiegen ist; weit mehr als in allen anderen Alterskategorien.

Bereits am 30. Oktober verabschiedet der Bundesrat die Botschaft zum neuen Sozialversicherungsgesetz zur parlamentarischen Beratung. Der Ständerat beginnt bereits in der Wintersession 2019 damit.

2020 Im Parlament war die Vorlage, speziell seitens der SVP, nicht unbestritten: Es wird befürchtet, dass sich Unternehmen aus der Verantwortung für langjährige ältere Mitarbeitende stehlen, wenn diese mittels staatlicher Leistungen gesichert in die Pension gehen können. Zudem greife der Bund in die Hoheitsrechte von Bund und Kantonen ein, deren Sache die Sozialhilfe ist.

Bereits am 19. Juni, in der Schlussabstimmung der Sommersession wird das Bundesgesetz über Überbrückungsleistungen (ÜLG) angenommen. Für das Referendum kommen bis am 8. Juni 2021 nicht genügend Unterschriften zusammen. Damit kann das neue Gesetz in Kraft gesetzt werden, wozu EDV-technisch anspruchsvolle Vorarbeiten zu leisten sind – dies neben den Arbeiten zur Umsetzung der Reform der Ergänzungsleistungen per 01.01.2021.

Am 28. Oktober wird die Verordnung zum ÜLG per 11.02.2021 in Vernehmlassung gegeben.

- 2021 Auf den 1. Juli 2021 wird das Bundesgesetz über Überbrückungsleistungen (ÜLG) für ältere Arbeitslose in Kraft gesetzt. Die Arbeitslosenversicherung hat ab Januar 2021 die Aussteuerung von Personen, die sechzig oder älter waren, bis 30.06.2021 sistiert, damit sie gegebenenfalls Anspruch auf Überbrückungsleistungen geltend machen können.
- 2023 Das ÜLG sieht fünf Jahre nach Inkrafttreten eine Berichterstattung vor. Bereits auf Ende 2023 ist eine Zwischenevaluation erstellt worden. 2026 braucht es vollständigere Daten als diese hier vorliegen. Die Quote der ÜL-Beziehenden fällt relativ niedrig aus. Wo eine Überbrückungsleistung gewährt wurde, liegt der Betrag unter den Prognosen. Dies ist auf die zu rigiden Anspruchskriterien zurückzuführen.

4. Organisation (ÜLG 19, 24)

Auf den 1. Juli 2021 hat das schweizerische Sozialversicherungssystem eine neue, elfte, Sozialversicherung erhalten. Dabei handelt es sich streng genommen nicht um eine Versicherung (Vorleistung, d.h. Beitragskomponente fehlt), sondern um ein Bedarfsrentensystem der Versorgung.

Organisatorisch sind die Überbrückungsleistungen den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (in der Regel kantonale AHV-Ausgleichskassen) zugeordnet. Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes aus (ÜLG 24).

Die ÜL-Durchführungsstellen übermitteln der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) Daten, die für statistische Zwecke, Evaluationen und für die Aufsicht dienlich sind. Die ZAS übermittelt die Daten zu diesen Zwecken dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

5. Versicherte Personen

Die Überbrückungsleistungen sind wie die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV keine Sozialversicherungsleistungen im eigentlichen Sinn, sondern entsprechen einer Versorgung, d.h. einem garantierten Mindesteinkommen für einen bestimmten Kreis der Bevölkerung. Daher ist hier eher von Anspruchsberechtigten als von Versicherten zu sprechen.

Die Titel bleiben ohne entsprechende Hinweise ordnungshalber stehen.

5.1 **Obligatorisch Versicherte**

5.2 **Freiwillig Versicherte**

5.3 **Dauer der Bezugsberechtigung (ÜLG 14)**

Der Anspruch auf Überbrückungsleistungen besteht ab Beginn des Monats, in dem die Anmeldung eingereicht worden ist (sofern sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind).

Der Anspruch erlischt

▶ am Ende des Monats, in dem eine der Voraussetzungen nicht mehr gegeben ist

▶ wenn **im frühestmöglichen Zeitpunkt des AHV-Renten-Vorbezugs** (d.h. für Frauen bis und mit Jahrgang 1969 mit 62 bzw. für Männer mit 63 Jahren) absehbar ist, dass mit Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter) ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV bestehen wird.

Dies ist von Amtes wegen zu prüfen.

▶ Der Anspruch erlischt, wenn die Ehefrau bzw. der Ehemann eine AHV/IV-Rente zugesprochen erhält oder mit Erreichen des Referenzalters.

5.4 **Versicherungsausweis**

Es besteht – ausser dem (AHV-)Versicherungsausweis – kein eigentlicher Versicherungsausweis. Alle Personen, die Überbrückungsleistungen beziehen, erhalten diese periodisch mittels Verfügung neu zugesprochen; womit der Zuspracheentscheid den Charakter eines Bezügerausweises annimmt.

6. **Finanzierung (ÜLG 25)**

6.1 **Finanzierungsverfahren und -mittel**

Die Finanzierung der Überbrückungsleistungen erfolgt ausschliesslich durch Steuergelder (keine Beiträge/Prämieneinnahmen).

Die Überbrückungsleistungen werden aus allgemeinen Bundesmitteln finanziert; die Kantone tragen die Vollzugskosten.

Systembedingt entfallen Bestimmungen zu den nachstehenden Titeln. Sie bleiben ohne entsprechende Hinweise ordnungshalber stehen.

6.2 **Beitragspflichtige Personen**

6.3 **Dauer der Beitragspflicht**

6.4 **Beitragshöhe und Berechnungsbasis**

7. **Leistungsübersicht (ÜLG 4)**

Überbrückungsleistungen werden aufgrund der individuellen Verhältnisse (Bedarf) der betreffenden Person festgelegt und in der Folge an die sich ändernde Situation angepasst.

Die Überbrückungsleistungen bestehen aus zwei Komponenten

- a) der jährlichen Überbrückungsleistung, die monatlich ausbezahlt wird (Geldleistung);
- b) der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Sachleistung).

Im Gegensatz zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden zu den bundesrechtlichen Überbrückungsleistungen keine diese ergänzenden kantonalen oder kommunalen Leistungen erbracht.

8. Anspruchsberechtigte Personen (ÜLG 3, 5, 6)

8.1 Grundsatz (ÜLG 3, 5/III, 6)

Die betroffene Person muss 60-jährig oder älter sein, wenn sie ausgesteuert wird. Das bedeutet, dass sie im Monat der Aussteuerung das 60. Altersjahr erreichen wird oder bereits erreicht hat.

- Eine Person ist ausgesteuert, wenn sie ihren Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung (ALV-Taggelder) ausgeschöpft hat, oder wenn ihr Anspruch auf ALV-Taggelder nach Ablauf der Rahmenfrist für den Leistungsbezug erloschen ist, und anschliessend keine neue Rahmenfrist für den Leistungsbezug eröffnet werden kann.

Massgebend ist das im Schreiben der Arbeitslosenkasse betreffend Aussteuerung aufgeführte Datum der Aussteuerung.

Die betroffene Person muss zudem den **Wohnsitz** und gewöhnlichen Aufenthalt **in der Schweiz** haben (abgestellt wird auf die Bestimmungen der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV) und die spezifischen Voraussetzungen betreffend Erwerbstätigkeit und Vermögen erfüllen.

Ausschlussklauseln

Weder die betroffene Person selbst noch ihr Ehemann oder ihre Ehefrau (analoges für Personen in eingetragener Partnerschaft) dürfen eine Rente der AHV/IV, oder eine entsprechende Rente aus dem Ausland, beziehen, welche einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV/IV begründen.

Ebenfalls vom Bezug von Überbrückungsleistungen ausgeschlossen sind Personen, die vom AHV-Renten-Vorbezug Gebrauch machen können (für Frauen bis und mit Jahrgang 1969 ab 62 Jahren, Männer ab 63 Jahren) und so Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV hätten. Dieser Anspruch wird von Amtes wegen geprüft (ÜLG 3 I lit. b i.V.m. ÜLV 1).

8.1.1 Anspruch von Grenzgängern und Grenzgängerinnen (ÜLG 8, ÜLV 8)

Wer die Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug von Überbrückungsleistungen erfüllt und als Schweizer/in, Angehörige/r eines der EU-Mitgliedsstaaten, Flüchtling oder Staatenloser im EU-Raum den Wohnsitz begründet (FZA) – analog unter Schweiz/Liechtenstein/Norwegen/Island (FZA) – kann die Überbrückungsleistungen im Wohnsitzstaat beziehen.

Allerdings wird die Überbrückungsleistung der Kaufkraft im Wohnsitzstaat angepasst! Vgl. Index im Anhang 7 der Wegleitung (WÜL).

- ▶▶ **Kein Leistungsexport für Angehörige von Drittstaaten.** Dabei spielt es keine Rolle ob die Schweiz mit dem Staat (dessen Bürger/in Überbrückungsleistungen beziehen will) ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat oder nicht.
- ▶▶ **Kein Leistungsexport in Staaten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums.**

8.1.2 **Beginn und Ende des Anspruchs auf Überbrückungsleistungen**

Der Anspruch auf eine jährliche Überbrückungsleistung besteht erstmals für den Monat, in dem die Anmeldung mit allen erforderlichen Informationen und Belegen eingereicht worden ist und sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

- ▶▶ Möglich ist eine Anmeldung bereits vier Monate vor der Aussteuerung, also bevor sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Wenn dann die übrigen erforderlichen Informationen und Belege vorliegen, entsteht der Anspruch im Monat, in dem das letzte Taggeld der Arbeitslosenversicherung ausgerichtet wurde (Ausnahme: wenn die Aussteuerung auf den letzten Tag eines Monats fällt, beginnt der Anspruch auf Überbrückungsleistungen erst für den Folgemonat der Aussteuerung).

Der Anspruch dauert längstens bis am Ende des Monats, in dem die bezugsberechtigte Person das Referenzalter (ordentliches Renteneintrittsalter) erreicht hat, sie gestorben ist oder eine der Anspruchsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt.

- ▶▶ Der Anspruch auf die Überbrückungsleistung endet am Ende des Monats, in dem Frauen das 62. (bzw. 63.) und Männer das 63. (bzw. 64.) Altersjahr erreichen, wenn dann ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur ordentlichen AHV-Altersrente (64 Frauen/65 Männer) wahrscheinlich ist.
⇒ Diesfalls endet der Anspruch mit der Möglichkeit zum Vorbezug der AHV-Rente (mit zusätzlichem EL-Anspruch).

8.2 **Spezifische Anspruchsvoraussetzungen**

8.2.1 **Vorgängige AHV-pflichtige Erwerbstätigkeit (ÜLG 5)**

Wer Überbrückungsleistungen beziehen will, muss mindestens 20 Jahre in unserer AHV versichert gewesen sein; davon mindestens fünf Jahre ab dem 50. Altersjahr (50+). Das jährliche Erwerbseinkommen muss mindestens 75 Prozent des Höchstbetrags der AHV-Rente im betreffenden Jahr erreichen. Dabei können auch Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften berücksichtigt werden.

Massgebend ist der IK-Auszug der AHV. In EU-/EFTA-Staaten zurückgelegte Beitragszeiten können nicht berücksichtigt werden.

Mindesterwerbseinkommen (¾ der maximalen AHV-Vollrente im fraglichen Jahr) Quelle: gebo Sozialversicherungen, Dübendorf					
Jahre	mind. CHF	Jahre	mind. CHF	Jahre	mind. CHF
2002	18 540.–	2009/10	20 520.–	2017/18	21 150.–
2003/04	18 990.–	2011/12	20 880.–	2019/20	21 330.–
2005/06	19 350.–	2013/14	21 060.–	2021/22	21 510.–
2007/08	19 890.–	2015/16	21 150.–	2023/24	22 050.–

Das Mindesteinkommen kann aus unselbständiger oder selbständiger Erwerbstätigkeit stammen. Auch Ersatzeinkommen wie Taggelder der ALV, EO (inkl. MSE/VSE/BUE) oder IV sind anzurechnen, wenn sie als massgebender Lohn gelten (massgebend ist der IK-Auszug). Erziehungs- und Betreuungsgutschriften gelten ebenfalls als Erwerbseinkommen – auch mit einer halben Gutschrift – gilt das fragliche Beitragsjahr als erreicht.

8.2.2 Höhe des Vermögens – Vermögensschwelle (ÜLG 5, ÜLV 2–4)

Das Vermögen darf CHF 50 000.– für Alleinstehende, bzw. CHF 100 000.– für Ehepaare nicht übersteigen (Vermögensschwelle, im Grunde genommen -plafonds). Für im gleichen Haushalt lebende Kinder bis 18 Jahre bzw. wenn in Ausbildung bis maximal 25-jährig, beläuft sich der Betrag auf CHF 25 000.– je Kind. Für die Bestimmung der Vermögensschwelle wird selbstbewohntes Wohneigentum (inkl. dazugehörige Hypotheken) ausser Acht gelassen (nicht eingerechnet).

- ▶ Abgestellt wird für Neuanmeldungen auf den Vermögensstand am 1. Tag des Monats, an dem der Anspruch auf Überbrückungsleistungen besteht.
- ▶ Übersteigt das Vermögen im Laufe des Bezugs von Überbrückungsleistungen den zulässigen Wert, so erlischt der Anspruch am Ende des Monats, in dem der Wert überschritten wurde.
- ▶ Vermögenswerte, die entäussert wurden (Schenkungen), unbelegter Vermögensrückgang und übermässiger Vermögensverbrauch, werden (wie in den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV) wie vorhandenes Vermögen behandelt.

Was zählt zum Vermögen?

Zum anrechenbaren Vermögen zählen im In- und Ausland befindliche Vermögenswerte:

- ▶ unbewegliches Vermögen (eigene Liegenschaft/Wohnung, Ferienhaus/-wohnung, Landbesitz oder Anteil daran);
- ▶ bewegliches Vermögen (Sparguthaben, Guthaben auf Postkonto, Wertschriften, Fahrzeuge usw.);
- ▶ Guthaben aus unverteilter Erbschaft;
- ▶ Lotteriegewinne;
- ▶ Rückkaufswert von Lebensversicherungen;

insbesondere (ÜLG 5/II)

- ▶ Einkäufe in die reglementarische berufliche Vorsorge, die im Rahmen der Weiterversicherung nach BVG 47 und 47a geleistet worden sind;
- ▶ Rückzahlungen eines Vorbezugs für selbst bewohntes Wohneigentum und Amortisationen für Hypotheken innerhalb der letzten 3 Jahre vor der Aussteuerung;
- ▶ Vorsorgeguthaben der beruflichen Vorsorge (auch aus dem Ausland), die CHF 522 600.– (26-Faches des Lebensbedarfs von Überbrückungsleistungen für Alleinstehende) übersteigen.
⇒ Die Vorsorgeausweise müssen vorliegen.

Das Reinvermögen wird ermittelt, in dem vom Brutto-Vermögen die nachgewiesenen Schulden abgezogen werden. Hypothekarschulden von nicht selbstbewohnten Liegenschaften können nur vom Wert der Liegenschaft (nicht vom Gesamtvermögen) in Abzug gebracht werden. In der ÜL-Berechnung wird für selbstbewohnte Liegenschaften zuerst der Freibetrag und danach die Hypothekarschulden (soweit möglich) abgezogen.

⇒ Vermögensverzicht/übermässiger Vermögensverbrauch vgl. 10.1.1.22

8.2.3 Integrationsbemühungen (ÜLG 5/V, ÜLV 5)

Personen, die Überbrückungsleistungen beziehen, haben jährlich nachzuweisen, dass sie sich um die Integration in den Arbeitsmarkt bemühen (Formular «Nachweis über die Erfüllung von Integrationsbemühungen»).

Dies kann mittels Vorlage von Stellenbewerbungen oder anderweitigen Engagements (Freiwilligenarbeit, soziales Engagement, Pflege/Betreuung von Angehörigen oder Bekannten, Sprachkurs, Coaching usw.) geschehen.

9. Sachleistungen

9.1 Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (ÜLG 17, 18, ÜLV 28–36)

Personen, die eine jährliche Überbrückungsleistung beziehen, haben Anspruch auf die Vergütung von ausgewiesenen, im laufenden Jahr entstandenen Kosten für:

- a) zahnärztliche Behandlung;
- b) Diät;
- c) Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle;
- d) Hilfsmittel und
- e) Kostenbeteiligung nach KVG 64 (Franchise und Selbstbehalt).

Vorsicht Plafonds!

Die jährliche Überbrückungsleistung geht vor. Nur wenn noch Raum vorhanden ist bis zum $2\frac{1}{4}$ -fachen des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarf, können Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden (vgl. dazu 10.1.1).

9.1.1 Zu beachtende Regelungen (ÜLV 28–36)

▶ Zahnbehandlungskosten

werden vergütet, wenn die Behandlung wirtschaftlich und zweckmässig ist. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach dem UV/MV/IV-Tarif über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen bzw. zahntechnischer Arbeiten. Die Rechnungen müssen diesen Tarifpositionen entsprechen.

Im Gegensatz zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV besteht keine Regelung bzw. Pflicht zur Einholung von Kostenvoranschlägen.

▶ Diätkosten

Für ärztlich verordnete lebensnotwendige Diät von Personen, die nicht in einem Heim oder Spital leben, wird ein jährlicher Pauschalbetrag von CHF 2100.– übernommen. Als lebensnotwendige Diäten gelten solche im Falle von Gluten-Intoleranz, PKE Phenylketonurie; Malabsorption oder Reizdarm.

▶ Hilfsmittelkosten

Kosten für die Anschaffung oder Miete von Hilfsmittel werden nur übernommen, wenn sie die Überbrückungsleistungen-beziehende Person für Integrationsmassnahmen am Arbeitsmarkt benötigt.

Die diesbezügliche Notwendigkeit ist durch ein Arztzeugnis zu belegen.

Zudem werden sie nur vergütet, wenn deren Ausführung zweckmässig und wirtschaftlich ist und diese von keiner anderen Versicherung übernommen werden.

Wenn der Gebrauch des Hilfsmittels ein besonderes Training voraussetzt, werden die dadurch entstandenen Kosten vergütet. An Kosten für den Betrieb und Unterhalt von Hilfsmitteln wird ein jährlicher Beitrag von maximal CHF 485.– gewährt.

▶ Vergütung von Transportkosten

Transportkosten zur nächstgelegenen Behandlungsstelle werden vergütet, sofern sie in der Schweiz durch einen **Notfalltransport** oder durch eine notwendige Verlegung entstanden sind.

Vergütet werden die Kosten, die den Preisen der öffentlichen Transportmittel für Fahrten in der 2. Klasse auf dem direkten Weg entsprechen. Ist die Person wegen ihrer Beeinträchtigung auf die Benützung eines anderen Transportmittels angewiesen, werden diese Kosten vergütet. Kosten für Leerfahrten, Fahrbegleitung und Parkgebühren werden nicht übernommen.

▶ Vergütung der Kostenbeteiligung KVG

Vergütet werden Franchise und Selbstbehalt, zusammen maximal CHF 1000.– pro Jahr. Der Spitalkostenbeitrag von CHF 15.–/Tag wird hingegen nicht übernommen.

9.1.2 Kostenübernahme

Die Kosten müssen in einem Zeitpunkt entstanden sein, für welche Überbrückungsleistungen ausgerichtet werden. Pro Jahr dürfen die vergüteten Krankheits- und Behinderungskosten folgende Beträge nicht übersteigen

CHF 5 000.– für Alleinstehende;

CHF 10 000.– für Ehepaare und Personen, die mit minderjährigen Kindern oder solchen in Ausbildung (bis zum 25. Altersjahr) im gleichen Haushalt leben.

Frist zum Einreichen der Unterlagen

Die ausgewiesenen Kosten (Belegkopien) werden übernommen, wenn die Vergütung innert 15 Monaten nach Rechnungsstellung der ÜL-Durchführungsstelle geltend gemacht werden.

► **Kein Export von Krankheits- und Behinderungskosten ins Ausland!** Auch die Auszahlung auf ein Konto in der Schweiz ist für ehemalige Grenzgänger/innen, die in EU-/EFTA-Mitgliedsstaaten leben, nicht möglich.

Anders als in den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden im Fall eines Einnahmenüberschusses keine Krankheits- und Behinderungskosten gewährt.

10. Geldleistungen

10.1 Renten, d.h. Überbrückungsleistungen

Die Berechnung der Überbrückungsleistungen richtet sich weitgehend nach den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

10.1.1 Berechnungsgrundlage (ÜLG 7)

anerkannte Ausgaben
- anrechenbare Einnahmen
<hr/>
= Überbrückungsleistung
<hr/> <hr/>

Die jährliche Überbrückungsleistung entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen. Es gibt keinen Mindest-, aber einen Höchstbetrag.

Höchstbetrag (2 ¼-faches des allgemeinen Lebensbedarfs)

CHF 45 225.– für Alleinstehende

CHF 67 838.– für Ehepaare und Personen, die mit minderjährigen Kindern oder solchen in Ausbildung (bis zum 25. Altersjahr) im gleichen Haushalt leben.

PS Auch wenn der Anspruch auf Überbrückungsleistungen nicht während dem ganzen Jahr besteht, gilt der Plafonds von CHF 45 225.– für alleinstehende bzw. CHF 67 838.– für andere.

Wenn sich unter dem Jahr der Status alleinstehend bzw. verheiratet durch Heirat, Trennung oder Scheidung ändert, gilt für die jeweilige Zeitperiode der gesamte Betrag des betreffenden Plafonds.

Wie unter 9. erwähnt, fallen auch die Krankheits-/Behinderungskosten unter die Begrenzung der jährlichen Überbrückungsleistung.

Überbrückungsleistungen für Ehegatten/Kinder

Die anrechenbaren Einnahmen und anerkannten Ausgaben von Ehepaaren und solchen in eingetragener Partnerschaft werden zusammengezählt. Dies ungeachtet davon, ob der/die andere ebenfalls Anspruch auf Überbrückungsleistungen hat. Wenn die Ehegatten getrennt leben, ist allerdings nur der-/diejenige mit Anspruch auf Überbrückungsleistungen in der «Rechnung» zu berücksichtigen (ÜLV 6).

Kinder bis zum 18. Altersjahr – wenn in Ausbildung bis zum Abschluss, maximal bis zum 25. Altersjahr – die mit dem Elternteil, der Überbrückungsleistungen bezieht, zusammenleben, bleiben grundsätzlich in der «Rechnung». Sie bleiben ausser Rechnung, wenn deren anrechenbaren Einnahmen die anerkannten Ausgaben übersteigen (ÜLV 7/IV) oder wenn ihr Vermögen die Vermögensschwelle übersteigt.

- ▶ Kinder getrennter oder geschiedener Eltern, die bei beiden Elternteilen wohnen, kommen gemeinsam mit dem Überbrückungsleistungen-beziehenden Elternteil in die Berechnung.

Falls beide Elternteile Überbrückungsleistungen beziehen, erfolgt eine hälftige Aufteilung des Lebensbedarfs für das Kind; die gesamte Miete der beiden Elternteile wird entsprechend der Haushaltsgrösse berücksichtigt. Die Krankenversicherungsprämie wird entsprechend der Prämienregion der Mutter in die «Rechnung» genommen.

Ehegatten/Kinder mit längeren Auslandsaufenthalten fallen (wie in den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV) ausser Rechnung.

10.1.1.1 Anerkannte Ausgaben (ÜLG 9)

Zu den anerkannten Ausgaben zählen:

- ▶ Grundbetrag für den allgemeinen Lebensbedarf;
- ▶ Wohnungsmiete inkl. Nebenkosten;
- ▶ Gewinnungskosten bis zur Höhe des Bruttoerwerbseinkommens;
- ▶ Sozialversicherungsbeiträge und ggf. Beiträge für die freiwillige Weiterversicherung in der beruflichen Vorsorge;
- ▶ Prämie für die obligatorische Krankenversicherung (Pauschalbetrag, wenn die effektive Prämie tiefer ist, ist diese anzurechnen)
- ▶ Alimente;
- ▶ Gebäudeunterhaltskosten/Hypothekarzinsen bis zur Höhe des Bruttoertrags der Liegenschaft.

Ausgewiesene Ausgaben für familienergänzende Kinderbetreuung werden von den Überbrückungsleistungen (im Gegensatz zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, für bis 11-jährige Kinder) nicht als Ausgaben anerkannt.

10.1.1.11 Grundbetrag für den allgemeinen Lebensbedarf

Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf 2024		
Jährlich CHF	Ab 01.01.2023	
Alleinstehende	20 100.–	
Ehepaare	30 150.–	
Waisen/Kinder:	¹0–10 Jahre	11–25 Jahre
für erstes	7 380.–	10 515.–
für zweites	6 150.–	10 515.–
für drittes	5 125.–	7 010.–
für viertes	4 270.–	7 010.–
ab fünftem je	3 560.–	3 505.–

¹ Gemeint sind Kinder mit Anspruch auf eine Waisenrente der AHV oder Kinder, für die deren Elternteil eine Kinderrente zur AHV/IV-Rente bezieht.
Bis zum vollendeten 11. Altersjahr gilt der tiefere, nachher der höhere Ansatz.

10.1.1.12 Anerkannte Mietkosten (ÜLV 9–12, 14, 15)

Anerkannte Mietkosten ab 01.01.2023			
Beträge in CHF pro Jahr; Quelle: ÜLG 9/I Bst. b			
Massgebende Haushaltsgrösse	Region I	Region II	Region III
Alleinlebend	17 580.–	17 040.–	15 540.–
2 Personen	20 820.–	20 220.–	18 780.–
3 Personen	23 100.–	22 140.–	20 700.–
4 und mehr Personen	25 200.–	24 120.–	22 380.–
Einzelperson in WG	10 410.–	10 100.–	9 390.–
Rollstuhlzuschlag	6 420.–	6 420.–	6 420.–

Region I = die fünf Grossstädte Bern, Zürich, Basel, Genf und Lausanne.
Region II = Städtisch/Intermediär; Region III = ländlich (vgl. Verordnung des EDI über die Zuteilung der Gemeinden zu den drei Mietzinsregionen).
Betr. Export ins Ausland: Höchstbetrag der Region 1 an die Kaufkraft angepasst.

Eigenmietwert selbst bewohnter Liegenschaften (ÜLG 9/I Bst. c, ÜLV 10, 11)

Für Personen, die das ihnen oder ihrem Ehegatten gehörende Wohneigentum – oder solches, an dem sie die Nutzniessung haben – selber bewohnen, wird der nach kantonalem Steuerrecht berechnete Eigenmietwert als Nettomiete berücksichtigt. Dazu kommt ein Betrag von CHF 2520.– für Nebenkosten. Der so ermittelte Bruttobetrag darf den für Mieter/innen geltenden Maximalbetrag nicht übersteigen.

Der für die kantonale Steuer anwendbare Pauschalabzug für Gebäudeunterhaltungskosten und die Hypothekarzinsen können bis zur Höhe des Bruttoertrages der Liegenschaft als zusätzliche anerkannte Ausgabe berücksichtigt werden.

10.1.1.13 Prämie für die obligatorische Krankenversicherung (Pauschalbetrag; ÜLG 9/I Bst. h, ÜLV 13)

Im Rahmen der anerkannten Ausgaben wird ein Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung eingerechnet. Dieser bemisst sich nach der Durchschnittsprämie inkl. Unfalldeckung der betreffenden Prämienregion; jedoch wird höchstens aber die effektive Prämie vergütet.

Für Bezugsberechtigte, die Anspruch auf IPV (individuelle Prämienverbilligung) haben, wird diese abgezogen bzw. als Einnahme abgerechnet. Der Pauschalbetrag wird direkt der bezugsberechtigten Person überwiesen, die ihrerseits die Krankenversicherungsprämien zu begleichen hat (in den Ergänzungsleistungen wird die Krankenversicherungsprämie direkt dem Versicherer überwiesen).

Krankenversicherungsprämie für Anspruchsberechtigte im EU-/EFTA-Raum

Anspruchsberechtigte mit Wohnsitz im EU-/EFTA-Raum (beispielsweise ehemalige Grenzgänger/innen) sind im Wohnsitzstaat krankenversichert. Anzurechnen ist hier die effektive Krankenversicherungsprämie einer obligatorischen Versicherung bis zur (höchsten) kaufkraftbereinigten Durchschnittsprämie am Ort der zuständigen ÜL-Durchführungsstelle.

Zur Plausibilisierung der geltend gemachten Krankenversicherungsprämien kann auf die MISSOC-Tabellen der EU-Kommissionen (www.missoc.org) zurückgegriffen werden. Wenn die Ausgaben für die Krankenversicherungsprämie nicht beziffert bzw. ausgewiesen werden können, kann keine entsprechende Ausgabe angerechnet werden.

10.1.1.2 Anrechenbare Einnahmen (ÜLG 10, ÜLV 16–27)

Massgebend für die Berechnung der Überbrückungsleistung sind die im Zeitpunkt des Anspruchsbeginns anrechenbaren Einnahmen und das Vermögen. In laufenden Überbrückungsleistungen sind grundsätzlich das Vermögen am 1. Januar des Bezugsjahres und die anrechenbaren Einnahmen des Vorjahres zu berücksichtigen (vgl. Ausnahme in ÜLV 16/II).

Zu den anerkannten Einnahmen zählen

- ▶ ggf. Erwerbseinkommen (privilegiert anzurechnen);
- ▶ Einkünfte aus beweglichem und unbeweglichem Vermögen, inklusive Nutzungs- oder Wohnrecht;
- ▶ 1/15 des Reinvermögens (nach Abzug des Vermögensfreibetrags);
- ▶ Renten, Pensionen, Taggelder und andere wiederkehrende Leistungen;
- ▶ Leistungen aus Verpfändungsvertrag und ähnlichen Vereinbarungen;
- ▶ Familienzulagen (ggf. Bezugsberechtigter als Nichterwerbstätiger/r);
- ▶ Alimente;
- ▶ Individuell Prämienverbilligung (IPV, Krankenversicherung).

10.1.1.21 Erwerbseinkommen (ÜLG 10/I Bst. a, ÜLV 17, 18)

Erwerbseinkommen ist privilegiertes Einkommen, d.h. es wird nur teilweise angerechnet:

Vom jährlichen Bruttoeinkommen (abzüglich Berufsauslagen und Sozialversicherungsbeiträge) ist insgesamt

CHF 1000.– für Alleinstehende bzw.

CHF 1500.– für Ehepaare und Personen mit minderjährigen oder noch in Ausbildung stehenden Kindern bis 25 Jahre

als Freibetrag in Abzug zu bringen;

▶ vom Rest sind zwei Drittel anzurechnen.

Das Erwerbseinkommen von Ehegatten ohne Anspruch auf Überbrückungsleistungen wird zu 80 Prozent angerechnet (ohne Freibetrag).

Wenn solche Ehegatten freiwillig auf eine zumutbare Erwerbsaufnahme verzichten, wird ein hypothetisches Erwerbseinkommen angerechnet (ÜLG 13/I).

Hypothetisches Erwerbseinkommen

Für die Festsetzung des hypothetischen Erwerbseinkommens wird auf die «Schweizerische Lohnstrukturerhebung» abgestellt. Dabei sind auch die persönlichen Umstände wie das Alter, der Gesundheitszustand, die Sprachkenntnisse, die Berufsbildung und bisher ausgeübten Tätigkeiten, die Dauer der Erwerbslosigkeit oder Familienpflichten zu berücksichtigen. Von diesem Bruttoeinkommen sind die obligatorischen Sozialversicherungsbeiträge abzuziehen und vom Nettoeinkommen 80 Prozent anzurechnen.

Nicht zum Bezug von Überbrückungsleistungen berechtigten Ehegatten ist **jedoch kein hypothetisches Erwerbseinkommen anzurechnen**, wenn

- ▶ Er/sie trotz ausreichender Arbeitsbemühungen keine Stelle findet
Dazu soll er/sie sich im RAV melden bzw. den Nachweis einer Anmeldung vorlegen. Arbeitsbemühungen müssen der ÜL-Durchführungsstelle keine nachgewiesen werden.
- ▶ Er/sie Arbeitslosenentschädigung (Taggelder der Arbeitslosenversicherung) bezieht.

Die Haushaltsführung für den anderen Ehegatten oder die Kinder erlaubt es dagegen nicht, auf die Anrechnung zu verzichten!

10.1.1.22 Vermögen und Freibetrag (ÜLG 10/I Bst. c, ÜLV 21–27)

In die Berechnung der Überbrückungsleistungen wird ein Fünfzehntel ($\frac{1}{5}$) des die Freigrenze übersteigenden Vermögens (vgl. grundsätzlich 8.2.2 betreffend Vermögensschwelle) mit einbezogen.

Anders als für die Ermittlung der Vermögensschwelle zählen aber auch selbstbewohnte Liegenschaften (inklusive dazugehörige Hypotheken) zum Vermögen. **Nicht berücksichtigt werden dürfen dahingegen Vorsorgeguthaben aus der 2. Säule der anspruchsberechtigten Person.**

Die Vermögensfreibeträge belaufen sich auf

CHF 30 000.– für Alleinstehende

CHF 50 000.– für Ehepaare

CHF 15 000.– zusätzlich je im Haushalt lebendes Kind bis 18 Jahre, wenn in Ausbildung bis maximal 25-jährig

Für selbstbewohntes Wohneigentum wird ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag von CHF 112 500.– gewährt.

Vorsorgeguthaben der 2. Säule

Das Vorsorgeguthaben der 2. Säule (in Freizügigkeitseinrichtungen oder der vormaligen Pensionskasse) darf der anspruchsberechtigten Person nicht ans Vermögen angerechnet werden. Hingegen ist das Vorsorgeguthaben des nicht anspruchsberechtigten Ehegatten anzurechnen, wenn dieses bezogen werden kann.

Kapitalsummen der 3. Säule sind anrechenbar, sobald diese bezogen werden können.

Vermögensverzicht durch Entäusserung (ÜLG 13, ÜLV 24, 25)

Ein Vermögensverzicht liegt vor, wenn eine Person Vermögenswerte veräussert ohne dazu rechtlich verpflichtet zu sein. Es kann sich um eine Schenkung oder eine Veräusserung handeln für welche die Gegenleistung weniger als 90 Prozent des Werts des veräusserten Vermögenswerts entspricht. Im Fall einer entgeltlichen oder unentgeltlichen Veräusserung eines Grundstücks ist der **Verkehrswert** für die Prüfung, ob ein Vermögensverzicht vorliegt, heranzuziehen.

- ▶ Die Höhe des Verzichts durch Veräusserung entspricht der Differenz zwischen dem Wert der Leistung und dem Wert der Gegenleistung.

Vermögensverzicht durch übermässigen Vermögensverbrauch (ÜLG 13, ÜLV 26)

Ein Vermögensverzicht liegt auch vor, wenn ab der Entstehung des Anspruchs auf Überbrückungsleistungen pro Jahr mehr als 10 Prozent des Vermögens verbraucht wurden, ohne dass ein wichtiger Grund dafür vorliegt. Für Vermögen bis CHF 100 000.– beträgt die Grenze CHF 10 000.–.

- ▶ Die Höhe des Verzichts durch übermässigen Verbrauch entspricht der Differenz zwischen dem tatsächlichen Vermögensverbrauch und dem zulässigen Verbrauch im zu betrachtenden Zeitraum.

Für die Ermittlung des Verzichtsvermögens durch übermässigen Vermögensverbrauch NICHT berücksichtigt werden:

- ▶ der Vermögensverzehr sowie Solidaritätsbeiträge (z.B. für ehemalige «Verdingkinder»);
- ▶ Ausgaben zum Werterhalt von Liegenschaften, an denen die Person, welche Überbrückungsleistungen bezieht, das Eigentum oder die Nutzniessung hat;
- ▶ Kosten für zahnärztliche Behandlungen;
- ▶ Kosten im Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung, die nicht von einer Sozialversicherung übernommen werden;

- ▶ Gewinnungskosten zur Erzielung eines Erwerbseinkommens;
- ▶ Auslagen für berufsorientierte Aus- und Weiterbildung und Auslagen für die soziale oder berufliche Integration;
- ▶ unfreiwillige Vermögensverluste, die nicht auf ein absichtliches oder grobfahrlässiges Verhalten der Person, die Überbrückungsleistungen bezieht, zurückzuführen sind;
- ▶ Genugtuungssummen.

Berücksichtigung des Verzichtvermögens (ÜLG 13, ÜLV 27)

Der anzurechnende Betrag des Verzichtvermögens wird im Zeitpunkt des Verzichts unverändert auf das Folgejahr übertragen. Ab dem zweiten Jahr reduziert sich der Betrag des «Verzichtvermögens» jährlich per 1. Januar um CHF 10 000.–.

10.1.1.23 Nicht anrechenbare Einnahmen

nicht anzurechnen sind

- ▶ Verwandtenunterstützung;
- ▶ Unterstützungen der öffentlichen Sozialhilfe;
- ▶ Hilfenentschädigung der Sozialversicherungen;
- ▶ Stipendien und andere Ausbildungshilfen für Kinder in Ausbildung unter 25 Jahren.

10.1.1.3 Teuerungsanpassung (ELV 25, AHVG 33^{ter})

Konkrete Bestimmungen zur Teuerungsanpassung fehlen im ÜLG.

Dort wo auf die Grenzwerte des ELG-Bezug genommen wird (vor allem betreffend Grundbetrag für den allgemeinen Lebensbedarf), erhöhen sich die Beträge der Grenzwerte durch die Anpassung AHV-Renten an die Lohn- und Preisentwicklung.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30, ÜLV 37)

Die Überbrückungsleistungen sind durch eine schriftliche Anmeldung geltend zu machen.

Anlässlich der Anmeldung müssen die Personalien und Einkommens-/Vermögensverhältnisse aller in die Berechnung der Überbrückungsleistungen eingeschlossenen Personen angegeben werden.

Zuständig ist die kantonale **Durchführungsstelle für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV** am Wohnsitz (ÜL-Durchführungsstelle). In der Regel ist dies die kantonale AHV-Ausgleichskasse.

Drei Kantone haben eine andere Einreichungsstelle bezeichnet:

BS Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt, 4005 Basel
bzw. für Riehen und Bettingen, Gemeindeverwaltung, 4125 Riehen

GE Office cantonal des personnes âgées (OCPA), 1211 Genève 6

ZH Zusatzleistungsstelle der Wohnsitzgemeinde
für die Stadt Zürich: Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV,
8036 Zürich 4
für die Stadt Winterthur: Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Win-
terthur, 8403 Winterthur

Für anspruchsberechtigte Personen mit Wohnsitz im EU-/EFTA-Raum ist die ÜL-Durchführungsstelle an ihrem letzten Schweizer Wohnsitz zuständig. Wenn sie immer Grenzgänger/innen waren, ist die ÜL-Durchführungsstelle am Sitz des letzten Arbeitgebers zuständig.

Damit die Überbrückungsleistung gleich nach Aussteuerung aus der Arbeitslosenversicherung greifen kann, sollte die **Anmeldung vier Monate vorher** erfolgen.

Bearbeitungsdauer (ÜLV 38)

Nach Eingang einer Anmeldung für Überbrückungsleistungen (und sämtlicher relevanter Unterlagen) hat die ÜL-Durchführungsstelle innerhalb von 90 Tagen über Anspruch und Höhe der Leistungen zu verfügen.

Wenn diese Frist nicht eingehalten werden kann – und die antragstellende Person ihrer Mitwirkungspflicht nachgekommen ist – sind Vorschussleistungen im Sinn von ATSG 19/IV auszurichten, wenn ein Anspruch nachgewiesen erscheint.

11.1.2 Zuständigkeit bei Wohnsitzwechsel (ATSG 13, ÜLV 45)

Durch den Umzug in einen anderen Kanton wechselt die zuständige ÜL-Durchführungsstelle (Meldepflicht der betreffenden Person).

- ▶ Der Anspruch auf Überbrückungsleistungen erlischt im Wegzugskanton auf Ende des Wegzugsmonats und beginnt am ersten Tag des Folgemonats im Zuzugskanton.

Die anspruchsberechtigte Person muss der ÜL-Durchführungsstelle im Zuzugskanton die Belege einreichen und Informationen geben, damit diese die Überbrückungsleistung an die veränderten Verhältnisse (Miete usw.) anpassen kann. Damit die Leistung lückenlos ausgerichtet wird (Nachzahlung), muss die Meldung innerhalb von drei Monaten ab Wohnsitzwechsel erfolgen.

- ▶ Die (Neu-)Zusprache der Überbrückungsleistung ist erst nach Erhalt des Meldeformulars des Wegzugskantons möglich.

11.2 Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19, ÜLG 19)

Aufgrund der Angaben und der gesetzlichen Bestimmungen berechnet die ÜL-Durchführungsstelle den Anspruch auf Überbrückungsleistungen und erlässt die Verfügung über Art und Umfang der Leistung.

Weitergehende von Kantonen oder Gemeinden gewährte Sozialversicherungs-/Fürsorgeleistungen (ÜLV 49)

Kantone, die zusätzlich zu den Überbrückungsleistungen gemäss ÜLG weitergehende Sozialversicherungs-/Fürsorgeleistungen erbringen haben diese Leistungen in der Verfügung betreffend Überbrückungsleistungen gemäss ÜLG separat aufzuführen. Das gilt auch für die Rückerstattung, den Erlass und die Abschreibung von Leistungen.

Massgebender Zeitpunkt betreffend Einnahmen/Vermögen (ÜLV 16)

► **Für Neuanmeldungen** sind das Vermögen und die Einnahmen per Anspruchsbeginn massgebend.

Wenn die betreffende Person nicht am letzten Tag eines Monats ausgesteuert wird (was die Regel sein dürfte), wird für diesen Monat eine separate Berechnung der Überbrückungsleistung erstellt. Darin ist die enthaltene Arbeitslosenentschädigung (ALV-Taggelder) als Einnahme anzurechnen.

► **Für laufende Fälle** sind das Vermögen am 1. Januar des Bezugsjahres und grundsätzlich die Einnahmen des Vorjahres massgebend.

► Wenn die betroffene Person nicht während des ganzen Vorjahres Überbrückungsleistungen bezogen hat, sind nur die Einnahmen während der Dauer des Überbrückungsleistungsbezugs (hochgerechnet auf ein Jahr) zu berücksichtigen.

► Wiederkehrende Leistungen wie Renten sind zum aktuellen Betrag aufzunehmen.

Sofern seither keine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, darf die ÜL-Durchführungsstelle auf die letzte Steuerveranlagung abstellen.

Periodische Überprüfung des Anspruchs auf Überbrückungsleistungen (ÜLV 44, 54)

Der Anspruch auf Überbrückungsleistungen ist von Amtes wegen mindestens alle zwei Jahre zu prüfen. Wenn der voraussichtliche Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV zu prüfen ist, kann gleichzeitig auch die periodische Überprüfung erfolgen.

Mit Änderung der wirtschaftlichen oder persönlichen Verhältnisse ist die Überbrückungsleistung im gegebenen Zeitpunkt anzupassen. Macht die Änderung weniger als CHF 120.– im Jahr aus, kann auf eine Anpassung verzichtet werden.

► **Lebensbescheinigung**

Es muss jährlich eine Lebenskontrolle durchgeführt werden. Für in der Schweiz wohnhafte Bezugsberechtigte gilt der Erhalt von Korrespondenzen dieser Person als Kontrolle.

Für im Ausland lebende Bezugsberechtigte muss jährlich eine von der zuständigen Wohnsitzbehörde oder einer Urkundsperson bestätigte Lebensbescheinigung eingereicht werden. Wenn diese nicht retourniert wird, ist die Überbrückungsleistung nach vorgängiger Mahnung einzustellen (ATSG 52a).

11.2.1 Leistungsbezug im Ausland (ÜLV 41)

Ein Leistungsexport ist für anspruchsberechtigte Personen mit Schweizerbürgerrecht oder dem eines der EU-/EFTA-Mitgliedsstaaten, die den Wohnsitz in den EU-/EFTA-Raum verlegen, möglich (vgl. dazu vorne Ziff. 8.1.1).

- ▶ Die Überbrückungsleistungen müssen neu festgesetzt und der Kaufkraft im Wohnsitzstaat angepasst werden.

Werden Überbrückungsleistungen in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, nach Island, Liechtenstein oder Norwegen ausgerichtet, ist die Höhe der anerkannten Ausgaben und der anrechenbaren Einnahmen an die Kaufkraft des Wohnsitzstaates anzupassen.

Die Überweisung der Überbrückungsleistung erfolgt in der Währung des Wohnsitzstaates (die Umrechnung erfolgt durch das betreffende Finanzinstitut).

Mit Verlegung des Wohnsitzes ausserhalb des EU-/EFTA-Raums – oder mit anderer Nationalität – entfällt der Anspruch auf Überbrückungsleistungen.

- ▶ Erlass einer Einstellungsverfügung.

Achtung: Krankheits- und Behinderungskosten können generell nur an Personen mit Wohnsitz in der Schweiz vergütet werden.

Auszahlung der Überbrückungsleistung im Ausland

Die Überbrückungsleistung wird in CHF festgelegt und auf das Bank-/Postkonto im Ausland überwiesen. Die Überweisung erfolgt in der Währung des Wohnsitzstaats, wobei das betreffende Finanzinstitut die Umrechnung vornimmt.

11.2.2 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, ÜLG 15)

Die Leistungen im Sinn dieses Gesetzes sind der Zwangsvollstreckung entzogen.

Rückforderungen können mit fälligen Überbrückungsleistungen, anderen fälligen Sozialversicherungsleistungen (inklusive berufliche Vorsorge) verrechnet werden. Vor der Verrechnung ist, von Amtes wegen, ein Erlass der Rückforderung (ATSG 25/I) zu prüfen.

11.2.2.1 Vorschusszahlung mit Nachforderung/Nachzahlung verrechnen (ÜLV 42)

Wenn eine private oder eine öffentliche Sozialhilfeeinrichtung einer Person im Hinblick auf Überbrückungsleistungen Vorschussleistungen für den Lebensunterhalt gewährt hat – für die rückwirkend Überbrückungsleistungen ausgerichtet werden – kann ihr mit der Nachzahlung dieser Vorschuss direkt vergütet werden.

Dasselbe gilt betreffend für im fraglichen Zeitraum bezogene Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (IPV-Verrechnung mit dem Kanton).

11.2.2.2 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorgerisch betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfeeinrichtung angewiesen – ist. Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I)

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

11.3.1 Meldepflicht (ATSG 31, ÜLV 43)

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von der Bezügerin/dem Bezüger, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt **umgehend der Durchführungsstelle** (in der Regel der kantonalen AHV-Ausgleichskasse am Wohnsitz) **zu melden**.

Dies gilt im Sinn von ATSG 31/II auch für an der Durchführung beteiligte Personen und Stellen.

11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21)

Ist betreffend Überbrückungsleistungen so nicht denkbar. Wo denkbar, wären die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt.

11.5 Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25, ATSV 4–5, ÜLG 15)

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Rückforderungen können mit fälligen Überbrückungsleistungen, anderen fälligen Sozialversicherungsleistungen (inklusive berufliche Vorsorge) verrechnet werden.

Vor der Verrechnung ist, von Amtes wegen, ein Erlass der Rückforderung zu prüfen: Wer die Leistungen «im guten Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt.

Massgebend für die Beurteilung, ob eine grosse Härte vorliegt, ist der Zeitpunkt, in welchem über die Rückforderung rechtskräftig entschieden ist (d.h. im Zeitpunkt der Fälligkeit und nicht des Entstehens der Rückforderung).

- Eine Meldepflichtverletzung verhindert den «guten Glauben», hier ist demzufolge kein Erlass möglich.

- 11.5.1 Rückerstattung rechtmässiger Bezüge**
Rechtmässig bezogene Überbrückungsleistungen sind nicht rückerstattungs-
pflichtig. Im Gegensatz zu den Ergänzungs- wird auf den Überbrückungslei-
stungen keine Rückerstattung aus dem Nachlass fällig.
- 11.5.2 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73, ÜLG 16)**
Die Artikel 72 bis 75 des ATSG sind nicht anwendbar, das ÜLG sieht kein
Rückgriffsrecht vor.
- 11.6 Rechtspflegeverfahren (ATSG 49, 56 ff.; ÜLV 50)**
Es gilt das dreistufige Verfahren gemäss ATSG.
- 1. Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52)**
Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügen-
den Stelle Einsprache** erhoben werden. Die Einspracheentscheide sind
in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer
Rechtsmittelbelehrung versehen.
 - 2. Beschwerde (ATSG 56)**
Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einspra-
che ausgeschlossen ist) kann innerhalb von **30 Tagen am kantonalen
(Sozial-)Versicherungsgericht** Beschwerde erhoben werden.
Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder
den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an
deren Aufhebung oder Änderung hat.
 - 3. Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)**
Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann
innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern
erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

Von Juli bis Dezember 2021 haben 169 Personen (davon 40 Frauen) Über-
brückungsleistungen im Gesamtbetrag von 1,8 Mio. Franken bezogen. Im
ganzen Kalenderjahr 2022 waren es 617 Personen (darunter 199 Frauen),
welche Überbrückungsleistungen im Betrag von 14 Mio. Franken bezogen. Die
durchschnittliche Leistung hat 2022 monatlich pro ausgesteuerte Einzelperson
CHF 2587.– für Ehepaare CHF 2482.– betragen.

Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023

12.2 Entwicklungstendenzen

Das ÜLG sieht fünf Jahre nach Inkrafttreten eine Berichterstattung vor. Bereits
auf Ende 2023 ist eine Zwischenevaluation erstellt worden. 2026 braucht es
vollständigere Daten als diese hier vorliegen. Zugegeben, die Einführungs-
phase war stark durch die Covid-19-Pandemie und die damit eingehenden
Massnahmen geprägt. Gestützt auf die Zahl der Arbeitslosen, die Ende 2022
ausgesteuert wurden, ist für das Jahr 2023 ein Anstieg der Anzahl ÜL-Be-
ziehender zu erwarten. Die Buchhaltungszahlen scheinen dies teilweise zu

bestätigen: Vorläufigen Daten zufolge wurden in der ersten Jahreshälfte 2023 bereits 12 Mio. Franken an Überbrückungsleistungen ausbezahlt, was beinahe dem gesamten ÜL-Volumen des Jahres 2022 entspricht (13,6 Mio. Franken). Das BSV geht davon aus, dass sich die Anzahl der ÜL-Beziehenden bis spätestens 2026, d.h. fünf Jahre nach Inkrafttreten, stabilisiert haben wird.

Gründe für die tiefen Bezugsquoten

Anhand der derzeit verfügbaren Daten lassen sich bereits jetzt einige Erklärungsansätze dafür ableiten, weshalb die Zahl der ÜL-Beziehenden bisher so tief ausfiel und damit unter den ursprünglichen Prognosen lag:

- ▶ Die Zahl der Personen, die 2021 und 2022 ausgesteuert wurden, ist durch die Covid-Massnahmen beeinflusst.
- ▶ Die administrativen Abläufe führen zu einer zeitlichen Verzögerung zwischen Anmeldung und Gewährung der Überbrückungsleistung (Verlagerung der Entscheide vom Jahr 2022 auf das Jahr 2023).
- ▶ Selbst mit angemessener Berücksichtigung dieser Vorbehalte fällt die ÜL-Quote, d.h. das Verhältnis zwischen ÜL-Beziehenden und Ausgesteuerten ab 60 Jahren in Prozent, relativ niedrig aus (weniger als 10%).
- ▶ Der durchschnittliche ÜL-Betrag pro Person und Monat liegt unter den Prognosen. Das lässt sich insbesondere dadurch erklären, dass das anrechenbare Einkommen zu tief eingeschätzt wurde.
- ▶ Die Anspruchskriterien, speziell die Vermögensschwelle und die Mindestversicherungs- und Mindestbeitragsdauer, scheinen grossen Einfluss auf den ÜL-Anspruch zu haben.

Anhand der aktuell verfügbaren Daten lässt sich allerdings kaum abschätzen, wie sich eine Änderung der Anspruchskriterien auf die Zahl der ÜL-Beziehenden auswirken würde.

Quelle: Zwischenevaluation ÜL, BSV Dezember 2023

Fazit

Das Bundesgesetz auf den 1. Juli 2021 in Kraft gesetzte betreffend Überbrückungsleistungen muss nachgebessert werden. Weniger als 10 Prozent der ab Alter 60 ausgesteuerten Arbeitslosen erhalten eine Überbrückungsleistung. Dies lässt sich anhand der Anzahl ab Alter 60 Ausgesteuerten und denen, die Überbrückungsleistungen erhalten feststellen. Das dürfte an den zu strengen Anspruchsvoraussetzungen liegen.

Die niedrigen Fallzahlen sind nicht unerwartet, da aufgrund der politisch gewollten restriktiven Anspruchsvoraussetzungen nur ein geringer Teil der Bevölkerung Zugang zu den Überbrückungsleistungen hat. Eine aktualisierte Studie des BSV von 2019 belegt, dass über die Hälfte dieser Ausgesteuerten innerhalb eines Jahres wieder eine Anstellung findet. Die Studie zeigt auch auf, dass ein überdurchschnittlich hoher Anteil Erwerbstätiger mit tiefem Bildungsstand in flexiblen Arbeitsformen tätig ist. Mit fortgeschrittenem Alter stehen Betroffene selten in eine feste Anstellung. Entsprechend wird ein Grossteil der ursprünglich geplanten Zielgruppe für Überbrückungsleistungen bereits vor dem Erreichen des 60. Altersjahres ausgesteuert.

Die RAV haben ihre Beratungen und Programmangebote nicht grundlos bereits für ab 50-Jährige angepasst. Eine ÜL-Bezugsberechtigung für Ausgesteuerte ab dem 55. Altersjahr wäre sinnvoll. Zudem ist die Vermögenslatte auf CHF 50 000.– für Alleinstehende bzw. CHF 100 000.– für Ehepaare zu tief angesetzt. In den Ergänzungsleistungen zur AHV ist sie doppelt so hoch. Es ist damit zu rechnen, dass 2024 eine Revision des Überbrückungsleistungsgesetzes an die Hand genommen wird.

Quelle: Penso, Januar 2023

Die Schweizerische Konferenz der Sozialdirektorinnen und -direktoren (SODKA) und schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) sehen in den Überbrückungsleistungen eine wertvolle Ergänzung der sozialen Sicherheit. So könne der Existenzbedarf der Beziehenden angemessen gedeckt werden. Allerdings sei das bundesrätliche Ziel allerdings verfehlt worden, da viele Personen die restriktiven Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllen können. Die Voraussetzungen (z.B. Vermögensplafond oder Altersgrenze) müssten gelockert werden.

12.5

Links

www.ahv-iv.ch

Merkblätter, Formulare usw. betr. ÜL.

www.ausgleichskasse.ch

Portal zu den kantonalen Ausgleichskassen, wo jeweils die betreffenden Informationen, kantonalen Merkblätter, kassenspezifischen Formulare usw. erhältlich sind.

www.zl-fachverband.ch

Fachverband für Zusatzleistungen zur AHV/IV des Kantons Zürich, mit nützlichen Hinweisen, Berechnungsbogen und Weiterbildungsangeboten.

www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen: Aktuelles, Gesetze.

www.sozialversicherungen.admin.ch

Vollzug: Gesetze, Verordnungen, Wegleitungen (u.a. WÜL, Anhang 7 Index Kaufkraftanpassung).

www.messox.org

betr. Tabellen der EU-Kommissionen für staatliche Krankenversicherung.

VII Erwerbsersatz EO

1.	Zielsetzung	410
2.	Gesetzliche Grundlagen	410
3.	Geschichtliche Daten	411
3.1	Chronologie Erwerbsersatz	411
3.2	Chronologie des Mutterschaftsschutzes mit Entschädigung des andern Elternteils und Betreuungsentschädigung	412
4.	Organisation (EOG 21–23)	414
5.	Versicherte Personen	414
6.	Finanzierung	414
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel (EOG 26–28)	414
6.2	Beitragspflichtige Personen	415
6.3	Dauer der Beitragspflicht	415
6.4	Beitragshöhe und Berechnungsbasis (EOG 26–27, EO V 36–42)	415
6.4.1	Unselbständigerwerbende	416
6.4.2	Selbständigerwerbende	416
6.4.3	Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG)	416
6.4.4	Nichterwerbstätige	416
6.4.5	Beitragsabrechnung für Entschädigungen (EOG 19a)	416
7.	Leistungsübersicht	417
8.	Anspruchsberechtigte Personen	417
8.1	Kreis der entschädigungsberechtigten Dienstleistenden (EOG 1a)	417
8.2	Anspruch auf Entschädigung bei Mutterschaft und Entschädigung des andern Elternteils (MSE: EOG 16b–c, EAE: EOG 16i; EO V 23–30)	418
8.2.1	Allgemeines zum Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung und Entschädigung für des andern Elternteils	418
8.2.1.1	Zur Mindestversicherungsdauer (EOG 16b, EO V 26–27)	418
8.2.1.2	Zur Mindesterwerbsdauer (EOG 16b, EO V 28–30)	419
8.2.2	Beginn und Dauer des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung (MSV) bzw. Entschädigung des andern Elternteils (EAE) vgl. 10.2.	420
8.3	Entschädigung für Eltern, die ein wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen (EOG 16n–s, EO V 35a–35d)	420
8.4	Entschädigung für erwerbstätige Eltern, die ein unter vierjähriges Kind zur Adoption aufnehmen (EOG 16t–u, EO V 35l–35m)	421

9.	Sachleistungen (Kollektive Leistungen/Prävention)	422
10.	Geldleistungen	422
10.1	Taggelder: Erwerbbersatz für Dienstleistende	422
10.1.1	Die Grundentschädigung (EOG 4, 9–11; EOv 4–11)	422
10.1.1.1	Berechnung der Grundentschädigung (EOG 11, EOv 5–11)	422
10.1.1.2	Grundentschädigung während der Rekrutenschule (EOG 9; EOv 10–11)	424
10.1.1.3	Grundentschädigung während Gradänderungsdiensten (EOG 16 I)	424
10.1.1.4	Minimalgarantie für Dienstleistende (EOG 16)	425
10.1.2	Kinderzulagen (EOG 6, 13)	425
10.1.3	Zulage für Betreuungskosten (EOG 7; EOv 12–13)	425
10.1.4	Betriebszulagen (EOG 8, 15; EOv 14)	426
10.1.5	Höchstbetrag der Gesamtentschädigung (EOG 16a)	426
10.1.6	Koordination (ATSG 69)	427
10.1.6.1	Zusammenfallen von Erwerbbsausfallentschädigung (EO) und Lohnanspruch	427
10.1.6.2	Zusammenfallen von Erwerbbsausfallentschädigung (EO) und Leistungen der Invalidenversicherung (IVV 20 ^{quinquies})	427
10.1.6.3	Zusammenfallen von Erwerbbsausfallentschädigung (EO) und Leistungen der Militärversicherung (MVG 9, MVV 10)	427
10.1.6.4	Zusammenfallen von Erwerbbsausfallentschädigung (EO) und Arbeitslosen- oder Kurzarbeitsentschädigung	427
10.1.7	Teuerung (EOG 16a)	428
10.2	Entschädigung bei Mutterschaft und Entschädigung des andern Elternteils	
	(MSE: EOG 16c–h, EAE: EOG 16j–m; EOv 31–33)	428
10.2.1	Die Mutterschaftsentschädigung MSE (EOG 16b–h)	428
10.2.1.1	Dauer des Entschädigungsanspruchs	428
10.2.2	Entschädigung des andern Elternteils EAE (EOG 16i–m)	429
10.2.2.1	Dauer des Entschädigungsanspruchs (EOG 16j)	429
10.2.3	Umfang der Mutterschaftsentschädigung bzw. der Entschädigung des andern Elternteils (EOG 16e–h)	429
10.2.4	Koordination	430
10.3	Entschädigung für Eltern, die ein wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen (Betreuungsentschädigung; BUE; EOG 16n–s)	430
10.3.1	Dauer des Entschädigungsanspruchs (EOG 16p und 16q)	430
10.3.2	Umfang der Betreuungsentschädigung (EOG 16q und 16r)	431
10.3.3	Koordination (EOG 16s)	431
10.4	Die Adoptionsentschädigung AdopE (EOG 16u–x)	431
10.4.1	Dauer des Entschädigungsanspruchs (EOG 16u)	431
10.4.2	Umfang der Adoptionsentschädigung (EOG 16v)	431
10.4.3	Koordination (EOG 16x)	432
10.5	Teuerung (EOG 16a)	432

11.	Vollzug	432
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30)	432
11.1.1	Erwerbsausfallentschädigung für Dienstleistende (EOG 17–19, EOVS 1–19)	432
11.1.1.1	Ergänzungsblätter zur EO-Meldekarte	433
11.1.1.2	Verlust der Meldekarte (Anmeldeformular)	433
11.1.1.3	Nachforderung (EOG 20)	434
11.1.2	Geltendmachen Entschädigung bei Mutterschaft und Entschädigung des andern Elternteils (EOV 34–35)	434
11.1.3	Geltendmachen des Anspruchs auf Betreuungsentschädigung	435
11.1.4	Geltendmachen des Anspruchs auf Adoptionsentschädigung	435
11.2	Festsetzen und Auszahlen der Leistung (ATSG 19, EOVS 18, 19, EOVS 20–22)	436
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland (EOG 18–19; EOVS 22)	436
11.2.2	Nachforderung, d.h. Verjährung/Verrechnung (EOG 20)	436
11.2.3	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)	437
11.2.4	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	437
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)	437
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21)	437
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen/Erläss (ATSG 24, 25; ATSV 4, 5)	437
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)	438
11.6	Rechtspflegeverfahren	438
12.	Aktuell	439
12.1	Kennzahlen	439
12.2	Entwicklungstendenzen	440
12.2.1	Angleichung der Erwerbsersatzleistungen	440
12.2.2	Elternzeit	441
12.2.3	Finanzperspektiven 2021–2032	442
12.3	Links	442

1. Zielsetzung

Die Erwerbsersatzordnung (EO) bezweckt die – teilweise – Kompensation des Verdienstaufschlags von Personen, welche in der Armee, im Rotkreuzdienst, im Zivildienst, im Schutzdienst, als Teilnehmende von eidgenössischen oder kantonalen Leiterkursen (Kaderkursen) von Jugend und Sport (J+S) oder von Jungschützenleiterkursen Dienst tun.

Für Gesundheitsschädigungen, die während eines solchen Dienstes entstehen, kommt die Militärversicherung (MV) im Sinn einer Staatshaftung auf. Ebenso kommt die MV für vorbestehende Gesundheitsschädigungen auf, die zu Beginn des Dienstes gemeldet worden sind und die sich durch den Dienst verschlimmern haben.

Seit Juli 2005 kompensiert die EO zudem den Verdienstaufschlag erwerbstätiger Mütter mit einer Mutterschaftsentschädigung (MSE) während 14 Wochen nach der Geburt.

Ab Januar 2021 ist die Vaterschaftsentschädigung (VSE) während des 14-tägigen Vaterschaftsurlaubs dazu gekommen. **Seit 2024 wird sie Entschädigung des andern Elternteils genannt (EAE).** Sie kann zu einer partnerschaftlicheren Rollenteilung in der Familie beitragen, indem er der Mutter und dem andern Elternteil (nach wie vor meist dem Vater) bereits unmittelbar nach der Geburt des Kindes die Möglichkeit eröffnet, sich intensiv an dessen Betreuung und Erziehung zu beteiligen. Beide Eltern können dadurch ihre familiären Aufgaben wahrnehmen, ohne dass sie gezwungen werden, ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Familie aufzugeben.

Mit der Betreuungsentschädigung (BUE, seit 1. Juli 2021) sollen Eltern, die ein in Folge Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen, die Möglichkeit geboten werden, ihre Erwerbstätigkeit für maximal 98 Tage zu unterbrechen, um sich um das Kind zu kümmern.

Die Adoptionsentschädigung (AdopE) greift seit Januar 2023 für Erwerbstätige, die ein unter vierjähriges Kind zur Adoption aufnehmen (14-tägiger Adoptionsurlaub).

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

- ▶ Militär- und Ersatzdienst: Art. 59
- ▶ Zivilschutz: Art. 61
- ▶ Familienzulagen und Mutterschaftsversicherung: Art. 116

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über den Erwerbsersatz (Erwerbsersatzgesetz, EOG) vom 25. September 1952, in Kraft seit 1. Januar 1953

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003

- ▶ zum Erwerbersatzgesetz (EOV) vom 24. November 2004, in Kraft seit 1. Juli 2005
- ▶ 23 über Anpassungen an die Lohn- und Preisentwicklung bei der AHV/IV/EO vom 12. Oktober 2023, in Kraft seit 1. Januar 2023

Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Wegleitung zur Erwerbersatzordnung (WEO), gültig ab 1. Juli 2005
- ▶ Kreisschreiben über die Mutterschaftsentschädigung und Entschädigung des andern Elternteils (KS MSEAE), gültig ab 1. Januar 2024
- ▶ Kreisschreiben über die Betreuungsentschädigung (KS BUE), gültig ab 1. Juli 2021
- ▶ Kreisschreiben über die Adoptionsentschädigung (KS AdopE), gültig ab 1. Januar 2023
- ▶ Tabellen zur Ermittlung der EO-Tagesentschädigungen, gültig ab 1. Januar 2023

3. Geschichtliche Daten

3.1 Chronologie Erwerbersatz

- | | |
|-----------|---|
| 1874 | Vereinheitlichung des Armeewesens, «militärische Notunterstützung» durch Kantone. |
| 1907 | Militärorganisationsgesetz verankert die Unterstützung bedürftiger Wehrmänner und deren Familien als Bundesaufgabe. |
| 1939 | Bundesrat fasst Beschluss über die provisorische Regelung der Lohnausfallentschädigung in Form von Lohnersatzordnung (LEO), Verdienstersatzordnungen (VEO) und auf Kriegsende der Studienausfallordnung ⇨ System des Ausgleichs und der Ausgleichskassen. |
| 1947 | Aufnahme des Verfassungsartikels abV 34 ^{ter} betreffend Erwerbersersatzordnung. |
| 1953 | Auf den 1. Januar tritt das Bundesgesetz über die Erwerbersersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige in Kraft. |
| 1960/61 | Mit Einführung der Invalidenversicherung, welche sich für die Taggeldbemessung auf die EO stützte, tritt ebenfalls die EOV in Kraft. |
| 1992 | Auf den 1. Juli werden die EO-Bestimmungen auch für die zu einem zivilen Ersatzdienst Verpflichteten massgebend. |
| 1999/2000 | Die 6. EO-Revision mit zivilstandsunabhängigen Leistungen tritt auf den 1. Juli 1999 bzw. betreffend die Zulage für Betreuungskosten auf den 1. Januar 2000 in Kraft. |
| 2005 | Mit der 7. EO-Revision werden ab 1. Juli 2005 die Grundentschädigung von bisher 65 auf 80 Prozent des letztversicherten Verdienstes erhöht. |
| 2009 | Anpassung des Erwerbersatzes und der Mutterschaftsentschädigung. Erstmals seit 1999 wird der Erwerbersatz der Teuerung angepasst. Gleichzeitig wird die Mutterschaftsentschädigung entsprechend angehoben. |

- 2011 Der Bundesrat erhöht den EO-Beitragssatz von 0,3 auf 0,5 Prozent. Die mit der Einführung der Mutterschaftsentschädigung anfallenden Kosten wurden zunächst aus den Reserven des EO-Fonds gedeckt. Nachdem die EO-Reserven wegen der zusätzlichen Kosten der Mutterschaftsentschädigung auf unter 50 Prozent eines Jahresaufwandes fielen, musste der Bundesrat den Beitragssatz – zwei Jahre später als erwartet – angemessen erhöhen.
- 2016 Der Stand des EO-Fonds hat noch nicht eine halbe Jahresausgabe erreicht, womit die befristete Erhöhung nicht zurückgenommen werden kann. Der Bundesrat beschliesst ein Zeichen zu setzen und senkt den Beitragssatz bis Ende 2020 auf 0,45 Lohnprozente.
- 2020 Am 16. März hat der Bundesrat verschärfte Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus bekannt gegeben und – erstmals seit dem 2. Weltkrieg – die «ausserordentliche Lage» erklärt. Am 20. März hat der Bundesrat mit der «Covid-19-Verordnung Erwerbsausfall» für bestimmte Personenkreise eine zeitlich befristete Corona-EO eingeführt. Aufgehoben per 31. März 2022.
- 2021 Der Beitragssatz wird per 1. Januar um 0,05 auf 0,5 Prozent erhöht.
- 2023 Der Höchstbetrag der Grundentschädigung und damit alle anderen Ansätze werden der Teuerung angepasst. Letztmals geschah dies auf 2009.

3.2 Chronologie des Mutterschaftsschutzes mit Entschädigung des andern Elternteils und Betreuungsentschädigung

- 1911 KUVG bringt Pflegeleistungen (mindestens sechs Wochen) während Mutterschaft wie im Krankheitsfall und Stillgeld.
- 1945 aBV 34^{quinquies} der Verfassung fordert die Einführung einer Mutterschaftsversicherung (Pflegekosten und Lohnersatz).
- 1964 Arbeitsgesetz verbietet Frauen, während acht Wochen nach der Niederkunft zu arbeiten und enthält weitere Schutzbestimmungen.
KUVG-Revision bringt Pflegekostenübernahme während maximal zehn Wochen.
- 1984 Volksinitiative «Für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» (inkl. Elternurlaub von neun Monaten) wird abgelehnt.
- 1987 KVG-Revision mit unter anderem einem Mutterschaftstaggeld nach dem Modell der Erwerbsersatzordnung (EO) wird in der Referendumsabstimmung abgelehnt.
- 1989 Arbeitsvertragsrecht (OR 336c) bringt Kündigungsschutz während der Schwangerschaft und 16 Wochen nach Niederkunft.
- 1994 KVG-Revision betreffend Kostenübernahme für medizinische Leistungen (Pflegekosten) während Mutterschaft in Referendumsabstimmung angenommen.

- 1999 Bundesgesetz über Mutterschaftsversicherung (Erwerbsersatz und Grundleistung für alle Mütter, Adoptionsentschädigung) wird in Referendumsabstimmung abgelehnt.
- 2004 EOG-Revision wird in Referendumsabstimmung angenommen und mit «Initiative Triponez» die Mutterschaftsentschädigung für erwerbstätige Frauen eingeführt.
- 2005 Die Gesetzgebung über eine Mutterschaftsentschädigung tritt in Kraft. Fast 60 Jahre nach Aufnahme des Verfassungsauftrages wird ein wichtiges familienpolitisches Postulat realisiert.
- 2009 Analog zum Erwerbsersatz wird die Mutterschaftsentschädigung an die Teuerung angepasst.
- 2011 Zwei Jahre später als erwartet, gelangt der EO-Fonds wegen der Einführung einer Mutterschaftsentschädigung in die roten Zahlen. Der Bundesrat beschliesst daher, auf den 1. Januar 2011 befristet bis Ende 2015 den Beitragssatz von 0,3 auf 0,5 Lohnprozent anzuheben.
- 2017 Am 3. Juni 2017 wird die Initiative für einen 20-tägigen, flexibel beziehbaren Vaterschaftsurlaub eingereicht.
- 2019 Das Parlament beschliesst die Einführung einer **Vaterschaftsentschädigung**. Das Komitee «Für einen vernünftigen Vaterschaftsurlaub – zum Nutzen der ganzen Familie» fordert einen vierwöchigen Vaterschaftsurlaub. Sie zieht die Initiative unter der Bedingung zurück, dass das Gesetz, welches nur einen 14-tägigen Urlaub vorsieht, angenommen wird. Ein Referendumskomitee bekämpft das Gesetz.
- Am 22. Mai wird die Botschaft für ein **Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung** dem Parlament überwiesen. Schon am 20. Dezember wird das Gesetz in der Schlussabstimmung der Wintersession angenommen. Neben einem bezahlten Kurzurlaub für die Betreuung erkrankter oder verunfallter Verwandten oder Nahestehenden, wird ein entschädigter Betreuungsurlaub für Eltern, die ein wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen, eingeführt. In diesem Gesetz ist auch Vaterschaftsentschädigung aufgeführt.
- 2021 Per 1. Januar tritt die **Vaterschaftsentschädigung in Kraft**. Per 1. Juli wird die **Betreuungsentschädigung in Kraft** gesetzt.
- Ab 1. Juli haben Mütter, die den Bezug der Mutterschaftsentschädigung aufschieben, weil ihr Neugeborenes direkt nach der Geburt im Spital bleiben muss, Anspruch auf bis zu 56 zusätzliche Taggelder. Die Gesamtdauer des MSE-Bezugs beträgt damit höchstens 22 Wochen.

- 2023 Per 1. Januar tritt die **Adoptionsentschädigung** für Erwerbstätige, die ein unter vierjähriges Kind zur Adoption aufnehmen, **in Kraft**.
- 2024 Mit Inkrafttreten der «Ehe für alle» im Jahr 2022 wird nun auch die Ehefrau der Mutter als rechtlicher Elternteil anerkannt, wodurch sie Anspruch auf den Vaterschaftsurlaub und die Vaterschaftsentschädigung hat, was eine redaktionelle Anpassung der Bestimmungen erfordert (statt Vaterschaftsentschädigung neu die Entschädigung des andern Elternteils).
- Stirbt ein Elternteil innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt hat der überlebende Elternteil neu Anspruch auf einen längeren Mutterschafts- bzw. Vaterschaftsurlaubs.
- Der Bundesrat schickt eine Gesetzesänderung zur Vernehmlassung, wonach MSE, EAE, BUE und AdopE zur EO für Dienstleistende gleichgestellt werden soll.

4. Organisation (EOG 21–23)

Die Erwerbersatzordnung ist organisatorisch eng mit der AHV/IV verbunden. Sie wird durch die Organe der AHV, also die Arbeitgeber, die Ausgleichskassen und die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS), unter Mitwirkung der Rechnungsführer von Armee und Schutzdienst sowie für Zivildienst in Zusammenarbeit mit der Vollzugsstelle für den Zivildienst (ZIVI) und der Einsatzbetriebe durchgeführt.

5. Versicherte Personen

Das EOG enthält **keine eigenen Bestimmungen** über den Kreis der versicherten Personen. Es verweist bezüglich der Beitragspflicht auf das AHVG (EOG 27 I). Der Kreis ist identisch mit den in der AHV obligatorisch versicherten Personen. In Bezug auf die Anspruchsberechtigung finden sich hingegen konkrete Bestimmungen (EOG 1a, vgl. 8.1).

Als Versicherungsausweis dienen das Dienstbüchlein (Anspruchsberechtigung) und der AHV-Versicherungsausweis (Beitragspflicht).

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel (EOG 26–28)

Die Finanzierung der Erwerbersatzordnung erfolgt analog der AHV/IV nach dem **Ausgaben-Umlageverfahren**: Die Ausgleichskassen rechnen täglich mit der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) über den EO-Ausgleichsfonds ab. Der EO-Ausgleichsfonds, bzw. die entsprechenden Kapitalanlagen und flüssigen Mittel, soll nicht unter eine halbe Jahresausgabe fallen.

Da die Erwerbersatzordnung als einzige Sozialversicherung bis Juni 2005 mehr eingenommen als ausgegeben hatte, ist der EO-Fonds über die Jahrzehnte auf mehrere Milliarden Franken angestiegen. Daraus wurden 1998 2,2 Mrd. und 2004 1,5 Mrd. Franken zugunsten der überschuldeten Invalidenversicherung entnommen.

Für die Deckung der durch die Einführung der Mutterschaftsentschädigung ab Mitte 2005 anfallenden Mehrkosten konnte vorerst auf die Reserven des EO-Fonds zurückgegriffen werden. Auf 1. Januar 2011 aber musste in diesem Zusammenhang eine Beitragssatzerhöhung erfolgen (vgl. 6.4).

Die Finanzierung erfolgt ausschliesslich durch die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber sowie Kapitalerträge des Ausgleichsfonds. Das EOG sieht keine Finanzierung aus Mitteln der öffentlichen Hand (Bund) vor.

6.2 Beitragspflichtige Personen

Der Kreis der Beitragspflichtigen richtet sich nach den Vorschriften der AHV/IV.

Grundsätzlich unterstehen alle Versicherten und Arbeitgeber, die AHV/IV-Beiträge entrichten, auch der EO-Beitragspflicht.

Einzig Personen, die im Rahmen von AHVG 2 der Freiwilligen Versicherung angehören, sind vom Entrichten der EO-Beiträge befreit. Falls sie in der Schweiz Dienst tun, haben sie aber trotzdem Anspruch auf die Erwerbsausfallentschädigung.

6.3 Dauer der Beitragspflicht

Die EO-Beitragspflicht beginnt für Erwerbstätige mit Aufnahme der Erwerbstätigkeit, frühestens am 1. Januar nach vollendetem 17. Altersjahr. Für Nichterwerbstätige beginnt sie am 1. Januar nach vollendetem 20. Altersjahr.

Für die Nichterwerbstätigen endet die Beitragspflicht mit dem Ende des Monats, in dem sie das Referenzalter (ordentliches Renteneintrittsalter) erreichen. Für Erwerbstätige endet die Beitragspflicht mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit, wobei auf Erwerbseinkommen, die nach Erreichen des Referenzalters erzielt werden, der Rentnerfreibetrag abgezogen wird (AHVV 6^{quater}). Vorbehalten bleibt der Verzicht auf den Freibetrag, um innerhalb von fünf Jahren die Rente zu verbessern.

6.4 Beitragshöhe und Berechnungsbasis (EOG 26–27, EOV 36–42)

Seit 1988 wurden für AHV/IV/EO Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge von zusammen 10,1 Prozent erhoben (seit 2020 = 10,6 Prozent). 1995 wurde dabei der IV-Anteil um 0,2 auf 1,4 Prozent erhöht und gleichzeitig der für die EO um 0,2 auf 0,3 Prozent reduziert.

Durch die Einführung der Mutterschaftsentschädigung ist der EO-Fonds 2011 – zwei Jahre später als erwartet – auf unter eine halbe Jahresausgabe gesunken. Deshalb musste der Bundesrat den Beitragssatz befristet per Ende 2015 auf 0,5 Prozent erhöhen. In der Folge hat die Lagebeurteilung ergeben, dass der Spielraum für eine Senkung des Beitragssatzes unter Beibehaltung der Mindestreserven minim ist. Dennoch soll die Wirtschaft entlastet werden. So wurde für die Jahre 2016 bis 2020 der EO-Beitragssatz homöopathisch von 0,5 auf 0,45 Prozent gesenkt. Auf 2021 wurde der EO-Beitragssatz wieder auf 0,5 Prozent erhöht, um die Mehraufwendungen aus Vaterschafts- und Betreuungsentschädigung zu finanzieren.

Seit 1. Januar 2021 beträgt der EO-Beitragssatz somit 0,5 Prozent.

6.4.1 Unselbständigerwerbende

Arbeitnehmende entrichten den EO-Beitrag analog dem AHV-Beitrag aufgrund des massgebenden Lohnes. **Der paritätische EO-Beitrag von total 0,5 Prozent** wird je zur Hälfte von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber getragen. Der/die Arbeitgebende zieht den Arbeitnehmerbeitrag vom Lohn ab (für AHV/IV/EO 5,3 Prozent) und überweist diesen zusammen mit seinem Arbeitgeberbeitrag der zuständigen AHV-Ausgleichskasse.

6.4.2 Selbständigerwerbende

Der EO-Beitrag von 0,5 Prozent wird aufgrund des Reineinkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit (direkte Bundessteuer) durch die zuständige AHV-Ausgleichskasse zusammen mit den Beiträgen für die AHV und die Invalidenversicherung erhoben. Für Selbständigerwerbende mit einem beitragspflichtigen Einkommen von weniger als CHF 58 800.– (seit 2023) pro Jahr kommt eine sinkende Beitragsskala zur Anwendung.

6.4.3 Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG)

ANOBAG entrichten seit 2021 AHV/IV/EO-Beiträge von 10,6 Prozent aufgrund des beitragspflichtigen Einkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit gemäss Meldung der direkten Bundes- oder Quellensteuer.

6.4.4 Nichterwerbstätige

Der Nichterwerbstätigenbeitrag ist abhängig von der Höhe des Vermögens und dem allfälligen Ersatzeinkommen (vgl. AHV). Für Studierende und Personen mit einem massgebenden Vermögen von unter CHF 300 000.– wird seit 2021 ein Beitrag von CHF 24.– pro Kalenderjahr erhoben. Für Vermögen ab 8,74 Mio. Franken beläuft sich der EO-Beitrag auf CHF 1200.–.

6.4.5 Beitragsabrechnung für Entschädigungen (EOG 19a)

Die EO-Leistungen bilden massgebenden Lohn im Sinn des AHVG. Der Arbeitnehmeranteil wird der dienstleistenden Person direkt von der Entschädigung abgezogen, der Arbeitgeberanteil geht zulasten des EO-Ausgleichsfonds.

Da der Arbeitgeber Ende Jahr den Lohn für Mitarbeitende abrechnen muss, als wären sie nicht im Dienst gewesen, ergibt sich eine buchhalterische Knacknuss. Ohne entsprechende Ausgleichszahlung würde nämlich er anstelle des EO-Ausgleichsfonds den Arbeitgeberbeitrag übernehmen. Deshalb vergütet die Ausgleichskasse dem Arbeitgeber zusammen mit der EO auch den darauf entfallenden Arbeitgeberbeitrag.

Beispiel

EO des Arbeitnehmers = CHF 1000.–:

- ▶ Entschädigung – 6,4 Prozent (AHV/IV/EO/ALV) = CHF 936.–
- ▶ Vergütung des Arbeitgeberanteils CHF 64.–

EO einer arbeitslosen Person = CHF 1000.–:

- ▶ Entschädigung – 6,4 Prozent (AHV/IV/EO/ALV) = CHF 936.–

EO einer selbständig erwerbenden oder nicht erwerbstätigen Person = CHF 1000.–

- ▶ Entschädigung – 5,3 Prozent (AHV/IV/EO) = CHF 947.–

7. Leistungsübersicht

Erwerbersatz für Dienstleistende seit 2023 (maximal versicherter Jahresverdienst = CHF 99 000.–)			
Entschädigung	mindestens CHF/Tag	fix CHF/Tag	maximal CHF/Tag
Grundentschädigung (EOG 4):			
gewöhnlicher Dienst (EOG 10)	69.–		220.–
Stellungspflichtige/kinderlose Rekruten/ analoge Anzahl Schutzdiensttage/ Grundausbildung Zivilschutz (EOG 9)		69.–	
Beförderungsdienst (EOG 16 I)	124.–		220.–
Kinderzulagen je Kind (EOG 6, 13)		22.–	
Höchstbetrag der Gesamtentschädigung (EOG 16a)		275.–	
Zulage für Betreuungskosten (EOG 7)		effektiv	75.–
Betriebszulage (EOG 8)		75.–	
MSE/EAE/BUE/AdopE			
Mutter-/Vaterschafts- und Betreuungs- entschädigung (EOG 16b ff.)			220.–

8. Anspruchsberechtigte Personen

Der Kreis der anspruchsberechtigten Personen umfasst

- ▶ die Dienstleistenden (vgl. 8.1)
- ▶ die erwerbstätigen Mütter (vgl. 8.2)
- ▶ die andern Elternteile (vgl. 8.3)
- ▶ die erwerbstätigen Väter bzw. andern Elternteile, die ihre Erwerbstätigkeit für die Betreuung ihres gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes unterbrechen müssen (vgl. 8.4)
- ▶ die erwerbstätigen Personen, die ein unter vierjähriges Kind zur Adoption aufnehmen (vgl. 8.5)

8.1 Kreis der entschädigungsberechtigten Dienstleistenden (EOG 1a)

Anspruch auf eine Erwerbsausfallentschädigung haben in der Schweiz oder im Ausland wohnhafte Personen, ab Vollendung des 18. Altersjahrs, die

- ▶ in der schweizerischen Armee oder im Rotkreuzdienst Dienst leisten, für jeden besoldeten Dienstag;
- ▶ Zivildienst leisten (ziviler Ersatzdienst), für jeden gemäss Zivildienstgesetz anrechenbaren Dienstag;
- ▶ nach der schweizerischen Militärgesetzgebung rekrutiert werden, für jeden besoldeten Rekrutierungstag;
- ▶ Schutzdienst leisten (Zivilschutz), für den sie eine Funktionsvergütung erhalten.

- ▶ Ebenso haben Teilnehmende an eidgenössischen und kantonalen Kaderbildungskursen für «Jugend+Sport» sowie Jungschützenleiterkursen, für jeden besoldeten Kurstag. Sie müssen im «Kursjahr» das 18. Altersjahr vollendet haben.

Der Entschädigungsanspruch besteht unabhängig davon, ob die dienstleistende Person vor dem Dienst erwerbstätig oder nicht erwerbstätig war, und unabhängig davon, ob sie in der Schweiz oder im Ausland wohnte und ob sie je EO-Beiträge entrichtet hat. Im Ausland lebende Schweizer/innen haben unter den gleichen Bedingungen Anspruch auf Entschädigungen wie im Inland lebende.

Der Entschädigungsanspruch für Dienstleistende kann frühestens mit Erreichen des 18. Altersjahres entstehen; derjenige für Teilnehmer/innen von eidg. und kantonalen J+S-Kaderbildungskursen ab 17. Altersjahr.

Der Anspruch für Dienstleistende erlischt am letzten Tag vor dem Vorbezug AHV-Altersrente, bzw. mit Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter).

8.2 Anspruch auf Entschädigung bei Mutterschaft und Entschädigung des andern Elternteils (MSE: EOG 16b–c, EAE: EOG 16i; EO 23–30)

Der Anspruch auf Entschädigung entsteht, wenn das Kind lebensfähig geboren wird.

Der Anspruch der Mutter entsteht überdies, wenn die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat.

Nicht erwerbstätige Elternteile gehen leer aus.

Anspruchsberechtigt ist ein Elternteil, der

- ▶ im Zeitpunkt der Geburt des Kindes Arbeitnehmerin (ATSG 10) oder Selbständigerwerbend (ATSG 12) war,
- ▶ während neun Monaten unmittelbar vor der Geburt im Sinn der AHV obligatorisch versichert war und
- ▶ in dieser Zeit mindestens fünf Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat.

Für die Prüfung, ob der Elternteil zum Zeitpunkt der Niederkunft als Arbeitnehmer/in gilt, ist in der Regel auf den Arbeitsvertrag bzw. die arbeitsrechtliche Situation abzustellen. Das Arbeitsverhältnis muss dabei mindestens bis und mit dem Tag der Niederkunft dauern. Unerheblich ist hingegen, ob die Mutter im Zeitpunkt der Geburt in einem gekündigten oder ungekündigten Arbeitsverhältnis stand.

8.2.1 Allgemeines zum Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung und Entschädigung für des andern Elternteils

8.2.1.1 Zur Mindestversicherungsdauer (EOG 16b, EO 26–27)

Falls die Geburt vor dem neunten Schwangerschaftsmonat bzw. der 40. Schwangerschaftswoche erfolgt, verringert sich die Mindestversicherungsdauer entsprechend bis auf sechs Monate. Nicht verringert wird hingegen die Mindesterwerbsdauer von fünf Monaten.

Schwangerschaftsmonat	Mindestversicherungsdauer
Geburt zwischen 8. und 9.	8 Monate
Geburt zwischen 7. und 8.	7 Monate
Geburt vor 7.	6 Monate

Zeiten, während deren die Frau der obligatorischen Versicherung eines EU-Mitgliedsstaates (⇒ Bilaterale Verträge, FZA) oder von Island, Liechtenstein bzw. Norwegen angehört hat, werden für die Ermittlung der Mindestversicherungsdauer berücksichtigt (Totalisierung).

8.2.1.2 Zur Mindesterwerbsdauer (EOG 16b, EOv 28–30)

Während der Mindestversicherungsdauer muss der betreffende Elternteil eine Mindesterwerbsdauer von fünf Monaten ausweisen.

Zum Erfüllen dieser fünfmonatigen Mindesterwerbsdauer ist es nicht erforderlich, dass der betreffende Elternteil pro Kalendermonat eine bestimmte Anzahl Arbeitstage oder -stunden geleistet hat; von Bedeutung ist lediglich das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses. Die Mindesterwerbsdauer wird vom Tag der Geburt an rückwärts gerechnet und braucht nicht zusammenhängend zu sein, muss aber mindestens fünf Monate betragen.

Ferien/Arbeitsunfähigkeit

Bezahlte Ferien oder Urlaub (ggf. prozentualer Zuschlag zu Stundenlohn) werden als Beschäftigungszeit berücksichtigt. Dasselbe gilt für Zeiten in denen im Sinne des EOG Dienst geleistet wurde.

Ebenso mitberücksichtigt werden Zeiten, in denen der betreffende Elternteil **Taggelder** der Arbeitslosen-, Invaliden-, Kranken-, Unfall- oder Militärversicherung bezogen hat, **sofern diese als Lohnersatz gelten**. Für Arbeitsunfähige ist es unerheblich, ob es sich um eine ganze oder eine teilweise Arbeitsunfähigkeit handelt.

- ▶ Frauen, die aus gesundheitlichen Gründen während der Schwangerschaft arbeitsunfähig waren und deren Lohnfortzahlung oder Taggeldbezüge dabei ausgeschöpft wurden, sind Frauen mit Taggeldbezug gleichgestellt. Dazu muss aber im Zeitpunkt der Geburt nach wie vor ein gültiges Arbeitsverhältnis bestehen, das vor der Geburt mindestens fünf Monate gedauert hat.

Spezialfall Neugeborenes im Spital

Wenn ein Neugeborenes aus gesundheitlichen Gründen nach der Geburt mindestens zwei Wochen im Spital bleiben muss (EOG 16c/III, EOv 24, Arztzeugnis erforderlich) kann sich der Anspruch der Mutter auf MSE solange erweitern.

Arbeitslosigkeit

Mutter: Eine zum Zeitpunkt der Geburt arbeitslose Mutter, die deshalb die Mindesterwerbszeit nicht erfüllt hat, hat Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung (MSE), wenn

- ▶ sie bis zur Geburt Taggelder der ALV erhalten hat oder
- ▶ am Tag der Geburt die zum Bezug der Arbeitslosenentschädigung erforderliche Beitragsdauer erfüllt.

PS Arbeitslose Mütter sind während des Mutterschaftsurlaubs weiter über die Suva unfallversichert. Heilungskosten werden übernommen. Ein Taggeldanspruch besteht nur, wenn die Arbeitsunfähigkeit nach dem Mutterschaftsurlaub weiter bestehen sollte (Vorrang Mutterschaftsentschädigung).

Anderer Elternteil (Vater): Der andere zum Zeitpunkt der Geburt arbeitslose Elternteil – der deshalb die Mindesterwerbszeit nicht erfüllt hat – hat Anspruch auf EAE, wenn

- ▶ er bis zur Geburt Taggelder der ALV erhalten hat oder
- ▶ am Tag der Geburt Dienst leistete (EOG 1a) und an diesem Tag für den Bezug der Arbeitslosenentschädigung erforderliche Beitragsdauer erfüllt hat.

Arbeitsunfähiger Elternteil

Ein zum Zeitpunkt der Geburt arbeitsunfähiger Elternteil oder ein Elternteil, der wegen Arbeitsunfähigkeit die Mindesterwerbsdauer nicht erfüllen konnte, hat Anspruch auf Entschädigung, wenn er

- ▶ bis zur Geburt eine Entschädigung einer Sozial- oder Privatversicherung für Erwerbsausfall durch Krankheit oder Unfall, bzw. Taggelder der Invalidenversicherung erhalten hat; oder
- ▶ im Zeitpunkt der Geburt zwar noch in einem gültigen Arbeitsverhältnis steht, aber der Anspruch auf Lohnfortzahlung vorher ausgeschöpft war.

8.2.2 Beginn und Dauer des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung (MSV) bzw. Entschädigung des andern Elternteils (EAE) vgl. 10.2.

8.3 Entschädigung für Eltern, die ein wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen (EOG 16n–s, EO 35a–35d)

Anspruch auf Betreuungsentschädigung (EOG 16n)

Anspruchsberechtigt sind Eltern eines minderjährigen Kindes, das wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigt ist, die

- a) die Erwerbstätigkeit für die Betreuung des Kindes unterbrechen; und
- b) im Zeitpunkt der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit:
 1. Arbeitnehmende im Sinn von ATSG 10 sind,
 2. Selbständigerwerbende im Sinn von ATSG 12 sind, oder

Im Gegensatz zur Mutter-/Vaterschaftsentschädigung gilt hier keine Mindestversicherungs-/Mindest-Erwerbsdauer (in der Schweiz).

Pro Krankheitsfall oder Unfall entsteht nur ein Anspruch (Mutter und Vater zusammen maximal 98 Tage).

Den leiblichen Eltern gleichgestellt sind **Pflegeeltern** (EOV 35a) die das Kind zur dauernden Pflege und Erziehung aufgenommen haben (sofern sie die vorgenannten Bedingungen erfüllen).

Die **Stiefmutter bzw. der Stiefvater** (EOV 35b) ist (sofern sie die vorgenannten Bedingungen erfüllen) anspruchsberechtigt, wenn sie mit dem Elternteil, unter dessen Sorge und Obhut das Kind befindet, einen gemeinsamen Haushalt führt und ihm in der Pflege des Kindes in angemessener Weise beisteht. Zudem muss ein Elternteil vollständig auf den Anspruch verzichten, sofern das Kindsverhältnis zu beiden Elternteilen besteht.

Wann ist ein Kind gesundheitlich schwer beeinträchtigt? (EOG 16o)

Ein Kind ist gesundheitlich schwer beeinträchtigt, wenn:

- a) eine einschneidende Veränderung seines körperlichen oder psychischen Zustandes eingetreten ist;
- b) der Verlauf oder der Ausgang dieser Veränderung schwer vorhersehbar ist oder mit einer bleibenden oder zunehmenden Beeinträchtigung oder dem Tod zu rechnen ist;
- c) ein erhöhter Bedarf an Betreuung durch die Eltern besteht; und
- d) mindestens ein Elternteil die Erwerbstätigkeit für die Betreuung des Kindes unterbrechen muss.

Die Definition der schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung in EOG 16o soll in der Abgrenzung zur mittelschweren Beeinträchtigung helfen. Eine mittelschwere Beeinträchtigung liegt dann vor, wenn zwar ein Spitalaufenthalt oder ein regelmässiger Arztbesuch notwendig ist und der Alltag dadurch erschwert wird, in der aber mit einem positiven Ausgang gerechnet werden kann und in der die gesundheitliche Beeinträchtigung kontrollierbar ist. Dies gilt z.B. für Knochenbrüche, Diabetes oder Lungenentzündungen.

Arbeitslosigkeit der Mutter bzw. des Vaters

Die Anspruchsberechtigung des arbeitslosen Elternteils des Kindes ist gegeben, wenn die Betreuung des Kindes seine Anwesenheit erfordert und er bis zum Beginn des Anspruchs ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung bezogen hat.

Betreffend **Arbeitsunfähigkeit und Erwerbszeiten im Ausland** gelten die für die Mutterschaftsentschädigung entsprechenden Bestimmungen (vgl. Ziff. 8.2.1.1).

8.4 Entschädigung für erwerbstätige Eltern, die ein unter vierjähriges Kind zur Adoption aufnehmen (EOG 16t–u, EOv 35l–35m)

Anspruch auf Adoptionsentschädigung (EOG 16t)

Anspruchsberechtigt sind Personen, die

- ▶ ein weniger als vier Jahre altes Kind zur Adoption aufnehmen,
- ▶ während neun Monaten unmittelbar vor der Niederkunft im Sinn der AHV obligatorisch versichert war und
- ▶ in dieser Zeit mindestens fünf Monate eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat

► im Zeitpunkt der Niederkunft Arbeitnehmer/in (ATSG 10) oder Selbständigerwerbend (ATSG 12) war.

Im Fall einer gemeinschaftlichen Adoption müssen beide Elternteile die vorerwähnten Voraussetzungen erfüllen. Es besteht **aber nur Anspruch auf eine Entschädigung**. Wenn die Eltern den Adoptionsurlaub aufteilen, hat jeder Elternteil Anspruch auf die Entschädigung während seines Urlaubs.

Falls gleichzeitig mehr als ein Kind aufgenommen wird, entsteht nur ein Anspruch. Kein Anspruch entsteht durch Stiefkindadoption (ZGB 264c I).

Für die Berechnung der Mindestversicherungs- und Mindesterwerbsdauer gelten die Regelungen betreffend Mutterschaftsentschädigung sinngemäss.

9. Sachleistungen (Kollektive Leistungen/Prävention)

Die Erwerbersersatzordnung kennt ausschliesslich Geldleistungen. Die Behandlung von allfälligen im Dienst entstandenen oder verschlimmerten Gesundheitsschädigungen (Heilbehandlung, Hilfsmittel und Eingliederungsmassnahmen) fällt in den Zuständigkeitsbereich der Militärversicherung und ist nicht Gegenstand der EO.

10. Geldleistungen

10.1 Tagelder: Erwerbersatz für Dienstleistende

10.1.1 Die Grundentschädigung (EOG 4, 9–11; EO 4–11)

Grundsätzlich erhalten Dienstleistende eine zivilstandsunabhängige Grundentschädigung von 80 Prozent des vordienstlichen Einkommens, auf dem AHV-Beiträge abgerechnet wurden.

10.1.1.1 Berechnung der Grundentschädigung (EOG 11, EO 5–11)

Grundlage für die Bemessung der Entschädigung für Arbeitnehmende bildet **das letzte vor dem Einrücken erzielte und auf den Tag umgerechnete Erwerbseinkommen** (AHVG 5).

Die Höhe der Erwerbsausfallentschädigung wird nach einer verbindlichen, vom BSV herausgegebenen Tabelle bemessen, mit einer oberen Begrenzung auf einem Jahreslohn von CHF 99 000.– (Höchstansatz, seit Januar 2023). Die Grundentschädigung darf nicht mehr als 80 Prozent des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung betragen.

Für die Umrechnung werden Tage **nicht berücksichtigt**, an denen Arbeitnehmende kein oder nur ein vermindertes Erwerbseinkommen erzielt haben wegen: Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Dienstleistung (EO), Mutterschaft oder Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes (EOG 160) sowie anderen Gründen, die nicht auf ihr Verschulden zurückzuführen sind.

Das im Tag erzielte durchschnittliche vordienstliche Erwerbseinkommen wird wie folgt ermittelt:

Für Arbeitnehmende mit Monatslöhnen

wird der im letzten Monat vor dem Einrücken erzielte Monatslohn durch 30 dividiert;

Für Arbeitnehmende mit Stundenlohn

wird der letzte vor dem Einrücken erzielte Stundenlohn mit der Zahl der in der letzten normalen Arbeitswoche vor dem Einrücken geleisteten Arbeitsstunden vervielfacht und durch sieben dividiert. Es gilt somit die Formel:

$$\text{Tagelohn} = \frac{\text{letzter Stundenlohn} \cdot \text{Anzahl Arbeitsstunden in letzter normaler Arbeitswoche}}{\text{sieben}}$$

Für anders entlohnte, regelmässig erwerbstätige Arbeitnehmende

wird der in den letzten vier Wochen vor dem Einrücken erzielte Lohn durch 28 dividiert.

Sonderzulagen, wie 13. Monatslohn, Provision, Gratifikation

Lohnbestandteile, die regelmässig einmal im Jahr oder in mehrmonatigen Abständen zur Auszahlung gelangen, wie namentlich Provisionen und Gratifikationen, sind auf den Tag umzurechnen und zum nach einer der vorgenannten Formeln ermittelten durchschnittlichen Erwerbseinkommen im Tag hinzuzuzählen.

Für Arbeitnehmende mit stark schwankendem Einkommen oder unregelmässiger Erwerbstätigkeit

wird entweder auf das in den letzten drei Monaten vor Dienstbeginn erzielte Erwerbseinkommen abgestellt und dieses durch 90 dividiert. Lässt sich so kein angemessenes Durchschnittseinkommen erzielen, ist das auf den Tag umgerechnete Erwerbseinkommen einer längeren Zeitperiode – maximal jedoch von zwölf Monaten – zu berücksichtigen.

Für Selbständigerwerbende

bildet das auf den Tag umgerechnete Erwerbseinkommen, welches für den letzten vor dem Einrücken verfügbaren AHV-Beitrag massgebend war (Jahreseinkommen dividiert durch 360), die Grundlage zur Bemessung der Entschädigung. Eine unter Arbeitnehmenden erwähnte Einkommensreduktion wird nur berücksichtigt, wenn sie zusammenhängend mindestens 30 Tage gedauert hat. In solchen Fällen wird der Divisor (360) entsprechend reduziert.

Wird zu einem späteren Zeitpunkt für das Jahr der Dienstleistung ein anderer Betrag verfügt, kann die dienstleistende Person von der zuständigen Ausgleichskasse die Neubemessung der Entschädigung verlangen.

Für gleichzeitig Unselbständig- und Selbständigerwerbende

werden die auf den Tag umgerechneten Erwerbseinkommen aus unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit zusammengezählt.

Für Personen, die bis zum Einrücken ein Taggeld bezogen haben

entspricht die Gesamtentschädigung mindestens dem Taggeld der Invaliden- oder obligatorischen Unfallversicherung.

Für Arbeitnehmende, die vor Dienstantritt arbeitslos oder im Betrieb von Kurzarbeit betroffen waren,

wird für die Bemessung der Entschädigung auf das Einkommen abgestellt, das die dienstleistende Person vor Eintritt der Arbeitslosigkeit oder der Kurzarbeit erzielt hatte; dies selbst dann, wenn seither mehr als zwölf Monate vergangen sind.

In Ausbildung stehende Dienstleistende

gelten grundsätzlich als Nichterwerbstätige. Waren sie jedoch in den letzten zwölf Monaten vor dem Einrücken während mindestens vier Wochen bzw. 20 Arbeitstagen oder 160 Arbeitsstunden erwerbstätig, so werden sie als Erwerbstätige mit unregelmässiger Erwerbstätigkeit betrachtet (auch wenn während insgesamt mindestens vier Wochen ohne Unterbruch gearbeitet worden ist!).

10.1.1.2 Grundentschädigung während der Rekrutenschule (EOG 9; EO 10–11)

Für kinderlose Rekruten beträgt die Grundentschädigung generell 25 Prozent des Höchstbetrags der Gesamtentschädigung, d.h., **CHF 69.–**.

Der kinderlosen Person, die Zivildienst leistet und keine Rekrutenschule absolviert hat, steht für die ersten 124 Tage des Zivildienstes dieselbe Grundentschädigung wie für Rekruten zu. Eine teilweise absolvierte Rekrutenschule wird berücksichtigt.

Ebenfalls CHF 69.– pro Dienstag erhalten kinderlose Personen während der 40 Tage dauernden Grundausbildung im Zivilschutz.

Hernach wird Erwerbstätigen der Verdienstausschlag – ungeachtet davon, ob sie Kinder haben – zu 80 Prozent kompensiert. Väter und Mütter erhalten diesen Ansatz bereits ab Beginn der Dienstleistung.

Zivildienstleistende

Zivildienstleistende, die keine Rekrutenschule besucht haben, erhalten während der Anzahl Dienstage, die der Rekrutenschule entspricht, den Minimalansatz von CHF 69.–/Tag (eine teilweise absolvierte Rekrutenschule wird angerechnet). Danach erhalten sie die Grundentschädigung.

Zivilschutz

Für Personen, die bereits mindestens 40 Tage «Militärdienst» (EOG 1a/I und II^{bis}) geleistet haben, beträgt die tägliche Grundentschädigung während der Grundausbildung im Zivilschutz 80 Prozent des vordienstlichen Durchschnittseinkommens.

10.1.1.3 Grundentschädigung während Gradänderungsdiensten (EOG 16 I)

Während bestimmter Gradänderungsdienste – auch Beförderungsdienste oder Ausbildungsdienste genannt – (z.B. Unteroffiziersschule, Offiziersschule, Abverdienen eines Grades) wird eine Grundentschädigung von **mindestens CHF 124.–** (45 Prozent statt der üblichen 25 Prozent des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung) gewährt.

Die Entschädigung wird nur im Militär – nicht aber im Schutzdienst – gewährt, sofern die entsprechende Ausbildung oder das Abverdienen eines zusammengehörenden Ausbildungsgangs **mindestens 18 Tage** dauert.

Grundentschädigung zwischen zwei Diensten (EOG 1a I^{bis})

Armeeangehörige haben zwischen zwei Ausbildungsdiensten Anspruch auf eine Entschädigung, wenn sie als Arbeitnehmer erwerbslos sind. Selbständig-erwerbende und Nichterwerbstätige haben keinen Anspruch.

10.1.1.4 Minimalgarantie für Dienstleistende (EOG 16)

Für Nichterwerbstätige und Personen mit einem kleinen Erwerbseinkommen (Teilzeit) wird eine minimale Grundentschädigung garantiert.

Minimalgarantie für Dienstleistende (EOG 16) Höchstbetrag der Gesamtentschädigung seit 2023 CHF 275.–			
Dienstleistende	ohne Kind CHF/Tag	mit 1 Kind CHF/Tag	ab 2 Kinder CHF/Tag
Normaldienst (EOG 16 III)	25% 69.–	40% 110.–	50% 138.–
Gradänderungsdienst (EOG 16 I)	45% 124.–	65% 179.–	70% 193.–
Durchdiener-Kader (EOG 16 II), ausserhalb der ordentlichen Ausbildung für höheren Dienstgrad	37% 102.–	55% 152.–	62% 171.–

10.1.2 Kinderzulagen (EOG 6, 13)

Anspruch auf Kinderzulagen haben die Dienstleistenden für jedes Kind ab dem Tag der Geburt bis zur Vollendung des 18. Altersjahrs. Wenn sie noch in Ausbildung begriffen sind, besteht Anspruch, bis zum Abschluss, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr.

Kinderzulagen werden gewährt für

- ▶ Kinder der dienstleistenden Person;
- ▶ Pflegekinder der dienstleistenden Person, die sie unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung zu sich genommen haben.

Die Kinderzulage beträgt CHF 22.– je Kind, d.h., acht Prozent des Höchstbetrags der Gesamtentschädigung. Wegen der Begrenzung der Gesamtentschädigung auf den zugrunde liegenden Tagesverdienst kann diese Zulage nicht in jedem Fall für alle Kinder ausgerichtet werden: Maximal können CHF 55.– ausbezahlt werden.

10.1.3 Zulage für Betreuungskosten (EOG 7; EO 12–13)

Dienstleistende, die mit Kind/ern unter 16 Jahren im gemeinsamen Haushalt leben, haben – unabhängig von der Anzahl zu betreuender Kinder – Anspruch auf die Vergütung der durch den Dienst entstandenen Mehrauslagen für Kinderbetreuung; dies, wenn der Dienst mindestens zwei zusammenhängende Tage umfasst.

Vergütet werden die effektiven Aufwendungen, die ohne Dienst nicht angefallen wären. Sie sind auf **CHF 75.–** pro Tag und Familie (27 Prozent des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung) beschränkt.

Sie wird zusätzlich zur Kinderzulage, aber **immer direkt an die dienstleistende Person ausgerichtet**. Die Betreuungskostenzulage wird mit Überschreiten des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung nicht gekürzt, da sie den Mehraufwand an Fremdbetreuung der Kinder während der Dienstperiode ersetzen soll.

10.1.4 Betriebszulagen (EOG 8, 15; EO 14)

Anspruch auf Betriebszulage haben Dienstleistende, die in folgender Eigenschaft **einen Betrieb führen oder an der Führung eines solchen aktiv beteiligt** sind:

- ▶ Eigentümer, Pächter oder Nutzniesser;
- ▶ Teilhaber einer Kollektivgesellschaft;
- ▶ unbeschränkt haftender Teilhaber einer Kommanditgesellschaft;
- ▶ Teilhaber einer anderen, auf einen Erwerbszweck gerichteten Personengesamtheit ohne juristische Persönlichkeit (z.B. einfache Gesellschaft, Erbengemeinschaft).

Anspruch besteht jedoch nur, sofern sie nicht aus unselbständiger Erwerbstätigkeit ein höheres Einkommen erzielen.

Ein **Betrieb liegt vor, wenn** die betreffende Person über Räumlichkeiten, Grundstücke, besondere Einrichtungen, Maschinen oder ein bedeutendes Lager verfügt oder wenn sie eine oder mehrere Personen dauernd beschäftigt. Das bedeutet, dass sie von der AHV als Selbständigerwerbende im Hauptberuf erfasst sein muss.

Ferner haben **mitarbeitende Familienmitglieder in einem Landwirtschaftsbetrieb** Anspruch auf Betriebszulage, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- ▶ das mitarbeitende Familienmitglied muss vor dem Einrücken hauptberuflich im Landwirtschaftsbetrieb tätig gewesen sein;
- ▶ es muss sich um einen Dienst von mindestens zwölf aufeinanderfolgenden besoldeten Tagen handeln;
- ▶ für das mitarbeitende Familienmitglied muss während des Dienstes an wenigstens zehn Tagen eine Ersatzkraft im Betrieb tätig sein, deren Barlohn im Tagesdurchschnitt mindestens die Höhe der Betriebszulage erreicht (EO 14).

Die Betriebszulage beträgt **CHF 75.– pro Tag** (27 Prozent des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung). Sie wird bei Überschreiten des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung nicht gekürzt, da sie den Betriebsverlust, bzw. die Kosten für eine zusätzliche Ersatzkraft während der Dienstperiode ausgleichen soll.

10.1.5 Höchstbetrag der Gesamtentschädigung (EOG 16a)

Die Grundentschädigung und die Kinderzulagen dürfen das durchschnittliche vordienstliche Einkommen (und ggf. den Höchstbetrag von CHF 275.–/Tag) nicht übersteigen. Andernfalls erfolgt eine entsprechende Kürzung.

Von der Kürzung ausgenommen sind Zulagen für Betreuungskosten und Betriebszulagen (EO 16 VI). Diese dürfen den Höchstbetrag übersteigen, da es sich um ausgewiesene, durch die Dienstleistung entstandene Mehrkosten handelt (EO 16 II und 16 III).

10.1.6 Koordination (ATSG 69)

10.1.6.1 Zusammenfallen von Erwerbsausfallentschädigung (EO) und Lohnanspruch

Wenn der Arbeitgeber für die Zeit des Dienstes Lohn auszahlt, kommt ihm die Entschädigung zu (soweit sie die Lohnzahlung nicht übersteigt). Dies gilt auch, wenn der Dienst ganz oder teilweise in die Freizeit der Arbeitnehmenden fällt und ihnen wegen der Dienstleistung kein materieller Nachteil entsteht.

Der Arbeitgeber kann verlangen (entsprechender Hinweis auf der Meldekarte anbringen), dass die Entschädigung direkt an die dienstleistende Person geht. Wenn der Arbeitgeber der dienstleistenden Person für die Zeit, in welcher die Entschädigung mindestens 80 Prozent des letztversicherten Verdienstes ersetzt, keinen Lohn auszahlt (OR 324b), wäre so vorzugehen.

Zudem steht es dem Arbeitgeber frei, trotz Lohnfortzahlung während der Dienstdauer, die direkte Auszahlung der Entschädigung an die dienstleistende Person zu verlangen.

10.1.6.2 Zusammenfallen von Erwerbsausfallentschädigung (EO) und Leistungen der Invalidenversicherung (IVV 20^{quinquies})

Personen, die eine Entschädigung nach EOG beziehen, haben keinen Anspruch auf Taggelder der IV, da während der EO-Berechtigung keine Eingliederungsmassnahme der IV läuft (akzessorische Leistung des IV-Taggeldes).

10.1.6.3 Zusammenfallen von Erwerbsausfallentschädigung (EO) und Leistungen der Militärversicherung (MVG 9, MVV 10)

Die Kosten gesundheitlicher Schäden, die während des Dienstes für Armee oder Schutzdienst eingetreten sind, gehen zulasten der Militärversicherung.

Die Erwerbsausfallentschädigung (EO) wird so lange ausgerichtet, wie die dienstleistende Person Anspruch auf Sold hat. In diesem Zeitraum besteht kein Anspruch auf Taggelder der Militärversicherung (Priorität der EO vor MV).

10.1.6.4 Zusammenfallen von Erwerbsausfallentschädigung (EO) und Arbeitslosen- oder Kurzarbeitsentschädigung

Für Dienstleistende, die vor Dienstantritt arbeitslos waren oder Kurzarbeit leisteten, wird für die Bemessung der Entschädigung auf das Einkommen abgestellt, das sie vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bzw. Kurzarbeit erzielt haben.

Ist die Erwerbsausfallentschädigung (EO) niedriger als die Arbeitslosenentschädigung, behandelt sie die Arbeitslosenversicherung wie einen Zwischenverdienst; d.h., sie übernimmt den Ausgleich. Dazu gibt die Arbeitslosenkasse ein Ergänzungsblatt ab, das zusammen mit der EO-Meldekarte der (für den letzten Arbeitgeber) zuständigen AHV-Ausgleichskasse einzureichen ist.

10.1.7 Teuerung (EOG 16a)

Der Bundesrat kann frühestens **jeweils nach zwei Jahren** den Höchstbetrag der Gesamtentschädigung auf den Jahresbeginn **der Lohnentwicklung anpassen**. Dazu muss sich das für die letzte Festsetzung massgebende Lohnniveau **um mindestens zwölf Prozent geändert** haben – was letztmals per 1. Januar 2023 geschah.

10.2 Entschädigung bei Mutterschaft und Entschädigung des andern Elternteils (MSE: EOG 16c–h, EAE: EOG 16j–m; EOv 31–33)

10.2.1 Die Mutterschaftsentschädigung MSE (EOG 16b–h)

10.2.1.1 Dauer des Entschädigungsanspruchs

Sofern die allgemeinen Voraussetzungen erfüllt sind, entsteht der **Entschädigungsanspruch** am Tag der Niederkunft (vgl. 8).

Der Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung ist nicht an ein bestimmtes Mindestalter gebunden. Sofern sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, haben auch z.B. minderjährige Mütter, die noch keine AHV-Beiträge bezahlt haben (z.B. Lernende), Anspruch auf die Entschädigung.

Wird das Kind tot geboren oder stirbt es bei der Geburt, besteht Anspruch auf Entschädigung, wenn die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat. Der Nachweis über die Schwangerschaft ist in solchen Fällen durch ein ärztliches Attest zu belegen.

Die Mutterschaftsentschädigung wird für längstens 98 Tagen ab dem Tag der Geburt ausgerichtet.

Neugeborenes aus gesundheitlichen Gründen im Spital (EOG 16c/III, EOv 24)

Wenn das Neugeborene aus gesundheitlichen Gründen **unmittelbar nach der Geburt** mindestens zwei Wochen im Spital bleiben muss, verlängert sich der Anspruch um die Dauer der Hospitalisierung: Im Fall eines langen Spitalaufenthalts um maximal 56 Tage. Dazu ist ein Arztzeugnis erforderlich.

Zusätzliche Taggelder im Fall des Todes des andern Elternteils (EOG 16c^{bis})

Sollte der andere Elternteil innerhalb von sechs Monaten ab Geburt des Kindes versterben, hat die Mutter Anspruch auf zusätzliche 14 Taggelder für den Urlaub (in der Regel insgesamt 16 Wochen, bzw. 112 Taggelder).

Ende des Anspruchs auf Mutterschaftsentschädigung (EOG 16d)

Der Anspruch endet am 98. Tag nach der Geburt. Im Fall der Hospitalisierung des Kindes, wie vorerwähnt später.

Der Anspruch endet vorzeitig, wenn die Mutter die Erwerbstätigkeit wieder aufnimmt (auch wenn dies nur für eine Sitzung oder Ähnliches ist), oder wenn sie stirbt.

- Ab 1. Juli 2024 behalten Parlamentarierinnen, die während des Mutterschaftsurlaubs an einer Rats- oder Kommissionssitzung teilnehmen – an der sie sich nicht vertreten lassen dürfen – ihren Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung. Parlamentarierinnen von Parlamenten (Legislative) auf Bundes-, Kantons- oder Gemeindeebene müssen der Ausgleichskasse eine Bescheinigung der zuständigen Stelle einreichen, wonach die Stellvertretung für die Sitzungen, an denen sie teilgenommen hat, nicht erlaubt war.

10.2.2 Entschädigung des andern Elternteils EAE (EOG 16i–m)

Die EAE ersetzt die frühere Vaterschaftsentschädigung: Anspruch auf EAE haben die Väter und die Ehefrauen der biologischen Mütter.

10.2.2.1 Dauer des Entschädigungsanspruchs (EOG 16j)

Anspruchsberechtigt ist die Person, die zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes der rechtliche andere Elternteil ist oder innerhalb von sechs Monaten wird; dies sofern die unter 8. aufgeführten Bestimmungen erfüllt sind.

Für den Bezug der Entschädigung gilt eine Rahmenfrist von sechs Monaten. Sie beginnt mit dem Tag der Geburt des Kindes.

Der Anspruch endet mit Ablauf der Rahmenfrist oder nach dem Bezug der Taggelder; wenn der andere Elternteil oder das Kind stirbt; oder das Kindsverhältnis zum anderen Elternteil aberkannt wird.

Die Entschädigung an den anderen Elternteil wird als Taggeld ausgerichtet.

Der andere Elternteil hat Anspruch auf höchstens 14 Taggelder. Wird der Urlaub wochenweise bezogen, werden pro Woche sieben Taggelder ausgerichtet. Bezieht er den Urlaub tageweise, werden pro fünf entschädigte Tage zusätzlich zwei Taggelder ausgerichtet.

Zusätzliche Taggelder im Fall des Todes der Mutter (EOG 16k^{bis})

Sollte die Mutter am Tag der Niederkunft oder innerhalb von 97 Tagen danach, **versterben**, erhöht sich der Entschädigungsanspruch des andern Elternteils um zusätzliche 98 Taggelder. Damit ist gesorgt, dass in den ersten Lebensmonaten die Betreuung und das Wohl des Neugeborenen Vorrang hat.

Der Urlaub muss unmittelbar nach dem Tod ununterbrochen bezogen werden und endet vorzeitig, wenn der Vater beziehungsweise die Ehefrau der Mutter wieder eine Erwerbstätigkeit aufnimmt.

Die Rahmenfrist von sechs Monaten zum Bezug der EAE wird durch den Bezug dieser 14-wöchigen Entschädigung unterbrochen.

10.2.3 Umfang der Mutterschaftsentschädigung bzw. der Entschädigung des andern Elternteils (EOG 16e–h)

Die Entschädigung beträgt 80 Prozent des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, das der Elternteil unmittelbar vor der Niederkunft erzielt hat, maximal aber **CHF 220.–**.

- ▶ Die Entschädigung stellt massgebenden Lohn im Sinn der AHV dar; d.h., darauf werden AHV/IV/EO-Beiträge von 5,3 Prozent und für vor der Geburt Unselbständigerwerbende 1,1 Prozent an die ALV abgezogen. Der Arbeitgeberbeitrag geht zulasten des EO-Fonds.

10.2.4 Koordination

Der Bezug einer MSE/EAE schliesst den Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosen-, Invaliden-, Unfall- oder Militärversicherung sowie der EO für Dienstleistende aus.

Falls die Mutter oder der andere Elternteil bis zum Beginn dieses Entschädigungsanspruchs Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosen-, Invaliden-, Kranken-, Unfall- oder Militärversicherung oder eine Betreuungsentschädigung hat, entspricht die Entschädigung mindestens der Höhe des bisher bezogenen Taggelds (betraglicher Besitzstand).

Betreffend Mütter

In Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung des Bundes können Kantone eine höhere oder länger dauernde Mutterschafts- oder eine Adoptionsentschädigung vorsehen und zu deren Finanzierung besondere Beiträge erheben (EOG 16h).

Arbeitslose Mütter können während des Bezugs der Mutterschaftsentschädigung Familienzulagen beanspruchen, sofern der Kindsvater keinen Anspruch haben sollte.

10.3 Entschädigung für Eltern, die ein wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen (Betreuungsentschädigung; BUE; EOG 16n–s)

10.3.1 Dauer des Entschädigungsanspruchs (EOG 16p und 16q)

Betroffene haben Anspruch auf einen Betreuungsurlaub von höchstens 14 Wochen.

Für den Bezug der Betreuungsentschädigung gilt eine Rahmenfrist von 18 Monaten. Sie beginnt mit dem Tag, für den das erste Taggeld bezogen wird (und die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind).

Der Anspruch endet mit Ablauf der Rahmenfrist oder nach Ausschöpfung der Taggelder.

Der Anspruch endet vorzeitig, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind; d.h.

- ▶ wenn das Kind nicht mehr (im Sinne von EOG 16o) gesundheitlich schwer beeinträchtigt ist;
- ▶ mit Rückkehr des Pflegekindes zu einem leiblichen Elternteil;
- ▶ wenn die Hausgemeinschaft zwischen Stiefeltern- und leiblichem Elternteil aufgelöst wird oder dem leiblichen Elternteil, mit dem der Stiefeltern- teil eine Hausgemeinschaft führt, die elterliche Sorge oder die Obhut entzogen wird;
- ▶ mit dem Tod des Kindes oder dem der anspruchsberechtigten Person.

Der Anspruch endet jedoch nicht vorzeitig, wenn das Kind während der Rahmenfrist volljährig wird.

10.3.2 Umfang der Betreuungsentschädigung (EOG 16q und 16r)

Die Betreuungsentschädigung wird als Taggeld ausgerichtet.

Innerhalb der Rahmenfrist besteht Anspruch auf höchstens 98 Tag-gelder. Pro fünf Taggelder werden zwei zusätzlich ausgerichtet. Sind beide Eltern erwerbstätig, so hat jeder Elternteil Anspruch auf höchstens die Hälfte der Taggelder. Sie können eine abweichende Aufteilung wählen. Die Entschädigung kann für denselben Tag von beiden Elternteilen bezogen werden (zählt dann aber je einmal).

Die Entschädigung beträgt 80 Prozent des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, das vor Beginn des Anspruchs auf die Betreuungsentschädigung erzielt wurde, maximal aber CHF 220.–.

- Die Entschädigung stellt massgebenden Lohn im Sinn der AHV dar; d.h., darauf werden AHV/IV/EO-Beiträge von 5,3 Prozent und für vor der Geburt Unselbständigerwerbende 1,1 Prozent an die ALV abgezogen. Der Beitrag der Versicherung geht zulasten des EO-Fonds.

10.3.3 Koordination (EOG 16s)

Der Bezug einer Betreuungsentschädigung schliesst den Anspruch auf Tag-gelder der Arbeitslosen-, Invaliden-, Unfall- oder Militärversicherung aus.

Falls der betreffende Elternteil bis zum Beginn des Anspruchs auf Betreuungs-entschädigung Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosen-, Invaliden-, Kran-ken-, Unfall- oder Militärversicherung hatte, entspricht die Betreuungsent-schädigung mindestens der Höhe des bisher bezogenen Taggelds (betraglicher Besitzstand).

Der Bezug einer Betreuungsentschädigung und einer Entschädigung des an-deren Elternteils (EOG 16s und 16m mit parallel-laufenden Rahmenfristen) schliessen sich nicht ausdrücklich aus. Die beiden Entschädigungen können kumulativ, aber nicht gleichzeitig bezogen werden.

10.4 Die Adoptionsentschädigung AdopE (EOG 16u–x)

10.4.1 Dauer des Entschädigungsanspruchs (EOG 16u)

Für den Bezug der Adoptionsentschädigung gilt eine Rahmenfrist von zwölf Monaten. Sie beginnt mit dem Tag der Aufnahme des Kindes.

10.4.2 Umfang der Adoptionsentschädigung (EOG 16v)

Die Adoptionsentschädigung wird als Taggeld ausgerichtet.

Die adoptierende Person hat Anspruch auf höchstens 14 Taggelder. Im Fall einer gemeinschaftlichen Adoption besteht nur Anspruch auf eine Ent-schädigung (die Eltern regeln die Aufteilung des Adoptionsurlaubs). Wird der Adoptionsurlaub wochenweise bezogen, werden pro Woche sieben Taggelder ausgerichtet. Bezieht er den Urlaub tageweise, werden pro fünf entschädigte Tage zusätzlich zwei Taggelder ausgerichtet.

Der Tagessatz beträgt 80 Prozent des durchschnittlichen Erwerbseinkom-mens, das vor Beginn der Aufnahme des Kindes zur Adoption erzielt wurde, maximal aber CHF 220.–.

- ▶ Die Entschädigung stellt massgebenden Lohn im Sinn der AHV dar; d.h., darauf werden AHV/IV/EO-Beiträge von 5,3 Prozent und für vor der Geburt Unselbständigerwerbende 1,1 Prozent an die ALV abgezogen. Der Beitrag der Versicherung geht zulasten des EO-Fonds.

10.4.3 Koordination (EOG 16x)

In Ergänzung zur Adoptionsentschädigung des Bundes können Kantone eine höhere oder länger Adoptionsentschädigung vorsehen und zu deren Finanzierung besondere Beiträge erheben.

10.5 Teuerung (EOG 16a)

Der Bundesrat kann frühestens jeweils nach zwei Jahren den Höchstbetrag der Gesamtentschädigung auf den Jahresbeginn der Lohnentwicklung anpassen. Dazu muss sich das für die letzte Festsetzung massgebende Lohnniveau um mindestens 12 Prozent geändert haben. Die letzte Anpassung ist per 01.01.2023 erfolgt.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30)

11.1.1 Erwerbsausfallentschädigung für Dienstleistende (EOG 17–19, EOV 1–19)

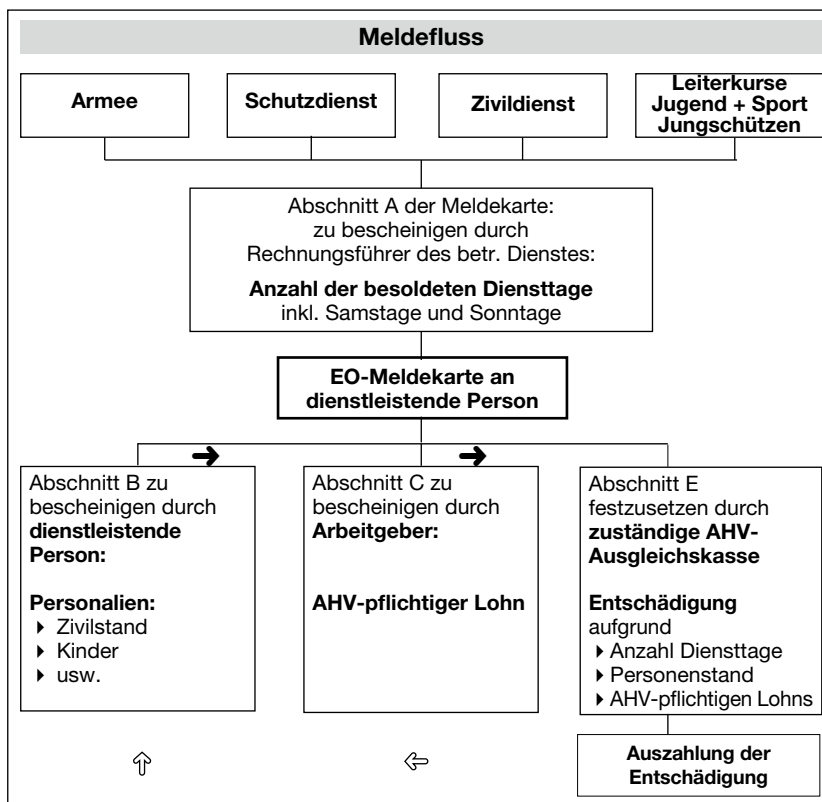
Die dienstleistende Person erhält am Ende des Dienstes, für länger dauernde Dienste erstmals nach zehn Solddagen und hierauf in der Regel am Ende des Monats vom/von der Rechnungsführenden eine **Meldekarte** (Anmeldeformular), auf der die Zahl der geleisteten Dienstage bescheinigt ist.

Arbeitnehmende machen auf der Meldekarte die verlangten Angaben über ihre persönlichen Verhältnisse und leiten die Meldekarte weiter an ihren Arbeitgeber. Dieser bescheinigt darauf den von der dienstleistenden Person vor dem Einrücken bezogenen Lohn und leitet die Meldekarte an die für ihn zuständige Ausgleichskasse weiter.

Selbständigerwerbende oder Nichterwerbstätige reichen die ausgefüllte und unterschriebene Meldekarte direkt der für sie zuständigen Ausgleichskasse ein. Für nichterwerbstätige Studierende ist, wie für den Beitragsbezug, immer die kantonale Ausgleichskasse des Studienorts zuständig.

Zivildienstleistende Personen richten ihre Meldekarte immer an die Vollzugsstelle für den Zivildienst. Nur diese ist zur Abgabe der Meldekarte an die arbeitspflichtige Person befugt. Im Übrigen gilt dasselbe Prozedere.

Auf 2026 sollen die EO-Meldekarte digitalisiert werden und die Meldung elektronisch erfolgen können.



11.1.1.1 Ergänzungsblätter zur EO-Meldekarte

Für gewisse Sachverhalte reichen die standardisierten Angaben der EO-Meldekarte nicht aus. Um die erforderlichen Fakten prüfen zu können, wurden drei Ergänzungsblätter geschaffen, die – wie auch das Formular für die Betreuungszulage – über die AHV-Zweigstellen bezogen werden können (oder <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkbl%C3%A4tter-Formulare/Formulare/Leistungen-der-EO-MSE-EAE-BUE-AdopE>). Sie sind ausgefüllt, unterschrieben und versehen mit den entsprechenden Belegen zusammen mit der EO-Meldekarte einzureichen.

- ▶▶ Ergänzungsblatt 1 Kinderzulage für Stief- und Pflegekinder sowie Kinder unverheirateter oder geschiedener Eltern.
- ▶▶ Ergänzungsblatt 2 für mitarbeitende Familienglieder in einem Landwirtschaftsbetrieb, die eine Betriebszulage geltend machen.
- ▶▶ Ergänzungsblatt 3 für in Ausbildung begriffene Personen, welche die AHV/IV/EO-Beitragspflicht aus mehreren kurzen Arbeitseinsätzen erfüllen.
- ▶▶ Anmeldung zum Bezug einer Zulage zu den Betreuungskosten in der EO.

11.1.1.2 Verlust der Meldekarte (Anmeldeformular)

Wenn das Anmeldeformular verloren gegangen oder ein falsches bzw. unrichtig ausgefülltes Anmeldeformular ausgestellt worden ist, stellt die Ausgleichskasse auf Verlangen und unter Vorlage des Dienstbüchleins der militärdienstleistenden Person ein Ersatzformular (318.734) aus. Für das Ersatzformular

haben J+S Leiterkursabsolvierende den Ausweis über die Kaderbildung (J+S) vorzulegen, Zivildienstleistende den Auszug aus eZIVI (Elektronisches Verwaltungssystem des Zivildienstes) vorzulegen. Für Schutzdienstleistende und Personen im Rahmen in der Rekrutierung, die ihr Anmeldeformular verloren haben, muss für den Ersatz das SEODOR (Schnittstelle EO Dienstleistungsorganisationen) konsultiert werden.

11.1.1.3 **Nachforderung (EOG 20)**

In Abweichung von ATSG 24 erlischt der Anspruch auf Entschädigung für Dienstleistende fünf Jahre nach Ende des Dienstes, der den Anspruch ausgelöst hat. Wer vergessen hat, die Entschädigung geltend zu machen, kann dies somit innerhalb von fünf Jahren nachholen.

11.1.2 **Geltendmachen Entschädigung bei Mutterschaft und Entschädigung des andern Elternteils (EOV 34–35)**

Die Anmeldung erfolgt nicht wie für die Dienstleistenden mittels einer Meldekarte, sondern analog der AHV/IV-Leistungen mit dem **amtlichen Formular** (MSE: 381.750, EAE 318.747; <https://www.ahv-iv.ch/de/Merk-bl%C3%A4tter-Formulare/Formulare/Leistungen-der-EO-MSE-EAE-BUE-AdopE>).

Die Anmeldung ist von der Mutter bzw. dem anderen Elternteil auszufüllen, zu unterzeichnen und mit den erforderlichen Unterlagen¹ **via Arbeitgeber** (bescheinigt Beschäftigungsdauer und Lohn) **an die AHV-Ausgleichskasse weiterzuleiten, über die zuletzt Beiträge abgerechnet worden sind.**

¹gemeint sind: Kopie des Personalausweises der Mutter bzw. des andern Elternteils (Vater) und des Geburtsscheins des Neugeborenen. Unter Umständen sind weitere Belege (ausländische Versicherungszeiten, ärztliche Bestätigung betreffend Frühgeburt, längerem Spitalaufenthalt des Neugeborenen usw.) erforderlich.

Elternteile, die zum Zeitpunkt der Geburt arbeitslos oder arbeitsunfähig sind, haben sich auf dem Formular vom (letzten) Arbeitgeber die Angaben betreffend Beschäftigungsdauer und Lohn bestätigen zu lassen und können anschliessend die Anmeldung direkt der betreffenden AHV-Ausgleichskasse einreichen. Selbständigerwerbende reichen die Anmeldung ebenfalls direkt ein.

Für Mütter und den anderen Elternteil mit Wohnsitz im Ausland, die nicht mehr obligatorisch in der AHV versichert sind, ist die Schweizerische Ausgleichskasse in Genf zuständig.

Bescheinigung des Arbeitgebers

Für die Mutter und den andern Elternteil, die im Zeitpunkt der Geburt Arbeitnehmende sind, bescheinigt der Arbeitgeber auf dem Anmeldeformular den für die Berechnung der Entschädigung massgebenden Lohn. Weiter bescheinigt er den während des Entschädigungsanspruchs ausbezahlten Lohn und die Dauer der Beschäftigung.

Falls einer der Elternteile dann arbeitslos oder arbeitsunfähig ist, bescheinigt der letzte Arbeitgeber auf dem Anmeldeformular den für die Berechnung der Entschädigung massgebenden Lohn sowie die Dauer der Beschäftigung.

Die Auszahlung der Mutterschaftsentschädigung – wie auch derjenigen für den andern Elternteil – erfolgt monatlich nachschüssig.

Falls die monatliche Entschädigung weniger als CHF 200.– ausmacht, erfolgt die Zahlung in einem Betrag nach Ablauf des Anspruchs.

Die Entschädigung für den andern Elternteil wird am Ende des Anspruchs einmalig nachschüssig ausbezahlt. Dasselbe gilt für die zusätzliche Mutterschaftsentschädigung im Fall des Todes des andern Elternteils.

11.1.3 Geltendmachen des Anspruchs auf Betreuungsentschädigung

Die erstmalige Anmeldung erfolgt mit dem **amtlichen Formular** (318.744; <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkbl%C3%A4tter-Formulare/Formulare/Leistungen-der-EO-MSE-EAE-BUE-AdopE>). Pro Elternteil erfolgt eine Anmeldung für die gesamte Anspruchsdauer. In der Anmeldung hat der/die Antragsstellende auch Angaben zum anderen Elternteil zu machen. Dabei geben die Eltern bekannt, ob sie den Betreuungsurlaub aufteilen.

- ▶ Beizulegen ist – neben den Personalausweisen und dem Familienausweis – ein ärztliches Attest, womit bescheinigt wird, dass das anspruchsbegründende Kind schwer beeinträchtigt ist. Je nach Situation (Pflege-/Stiefeltern, vollständiger Verzicht eines Elternteils) sind noch weitere Belege erforderlich.

Die Anmeldung hat für Arbeitnehmende über den Arbeitgeber zu erfolgen. Auf der Anmeldung bescheinigt der Arbeitgeber den massgebenden Lohn. Die Anmeldung und auch die Folgemeldungen (Formular 318.746) sind der Ausgleichskasse einzureichen, mit der er die Beiträge abrechnet.

In der Folge reicht der Arbeitgeber jeweils am Ende des Monats eine Bescheinigung über die abgerechneten Betreuungsurlaubstage ein (Folgemeldung mit Formular 318.746). Für jede Woche sind darauf die normalerweise zu leistenden Tage und die Tage der Abwesenheit aufzuführen. Für Teilzeitbeschäftigte sind auch der Beschäftigungsgrad und die üblicherweise zu leistenden Arbeitstage pro Woche (sowie die in einem Vollzeitpensum zu leistenden) aufzuführen.

PS Die Rahmenfrist läuft weiter, auch wenn das Arbeitsverhältnis beendet oder aufgelöst wird. Denn ein Taggeld kann innerhalb dieser Rahmenfrist zu einem späteren Zeitpunkt wieder zur Ausrichtung gelangen: Dies, wenn der Urlaub bei einem neuen Arbeitgeber weiter bezogen wird oder ein neuer Anspruch auf ALV-Taggeld entsteht.

Der Betreuungsurlaub kann maximal von zwei Personen bezogen werden. Das ist insbesondere im Anspruch von Stiefeltern (die mit dem beeinträchtigten Kind in Hausgemeinschaft leben) zu beachten.

11.1.4 Geltendmachen des Anspruchs auf Adoptionsentschädigung

Die Anmeldung erfolgt mit dem **amtlichen Formular** (318.754; <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkbl%C3%A4tter-Formulare/Formulare/Leistungen-der-EO-MSE-EAE-BUE-AdopE>). Der Anmeldung ist eine Kopie des Personalausweises des/der Adoptierenden und ein Nachweis der zuständigen kantonalen Behörde über die Aufnahme des Kindes zwecks Adoption beizulegen. Aus dem Nachweis muss das Datum der Aufnahme des Kindes in die Hausgemeinschaft hervorgehen.

Im Fall einer im Ausland erfolgten Adoption ist zusätzlich ein Auszug aus dem schweizerischen Personenstandsregister beizulegen, indem die Adoption beurkundet ist. Alternativ können Dokumente eingereicht werden, die belegen, dass die Adoption in der Schweiz anerkannt wurde.

Da nur mit extrem wenigen Gesuchen gerechnet werden muss (weniger als 50 Fälle pro Jahr gesamtschweizerisch!), ist ausschliesslich zuständig:

- ▶ Eidgenössische Ausgleichskasse (EAK), Schwarztorstrasse 59, 3003 Bern.

11.2 **Festsetzen und Auszahlen der Leistung (ATSG 19, EOG 18, 19, EO 20–22)**

Aufgrund der EO-Meldekarte bzw. der Anmeldeunterlagen für die weitere Entschädigung setzt die AHV-Ausgleichskasse den Erwerbersatz fest und überweist ihn dem Arbeitgeber (solange Lohnfortzahlungspflicht) bzw. der entschädigungsberechtigten Person. Vom Erwerbersatz werden die AHV/IV/EO- und für Unselbständigerwerbende zusätzlich die ALV-Beiträge abgezogen (vgl. 6.4.5).

Im Gegensatz zu ATSG 51 und 49 I wird die Entschädigung im formlosen Verfahren, d.h., ohne eine Verfügung zu erlassen, festgesetzt.

11.2.1 **Leistungsbezug im Ausland (EOG 18–19; EO 22)**

Soweit die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, können die Entschädigungen (in CHF) nach EOG auch an im Ausland wohnhafte anspruchsberechtigte Personen ausgerichtet werden.

11.2.2 **Nachforderung, d.h. Verjährung/Verrechnung (EOG 20)**

In Abweichung zu ATSG 24 erlischt der Anspruch auf nicht bezogene Entschädigungen betreffend

- ▶ **Dienstleistende** fünf Jahre nach Ende des Dienstes, der den Leistungsanspruch ausgelöst hat;
- ▶ **Mutterschaft** fünf Jahre nach Ablauf der Entschädigungsdauer (nach EOG 16d);
- ▶ **Entschädigung des andern Elternteils** fünf Jahre nach Ablauf der Rahmenfrist (nach EOG 16j);
- ▶ **Eltern**, die ein wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich **schwer beeinträchtigtes Kind betreuen**, fünf Jahre nach dem letzten Tag des Betreuungsurlaubs;
- ▶ **Anspruch der Mutter** auf zusätzliche Taggelder im Falle des Todes des andern Elternteils fünf Jahre nach Ablauf der Rahmenfrist (nach EOG 16^{bis} I);
- ▶ **Anspruch des andern Elternteils** auf zusätzliche Taggelder im Falle des Todes der Mutter fünf Jahre nach Ende des Entschädigungsanspruchs (nach EOG 16^{bis} III);
- ▶ **Adoption** fünf Jahre nach Ende des Anspruchs (nach EOG 16u III).

11.2.3 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)

Der Anspruch auf Leistungen ist weder abtret- noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig.

Die Ausgleichskasse darf daher die Entschädigung nicht an Dritte auszahlen, die sich darauf berufen, dass ihnen der Anspruch abgetreten oder verpfändet worden sei, selbst wenn eine entsprechende Urkunde vorgewiesen wird (WEO 7001). Hingegen sind die Entschädigungen nach EOG unter Berücksichtigung des betriebsrechtlichen Existenzminimums pfändbar.

Ausrichten der Nachzahlungen an andere Sozialversicherungsträger

Ergibt sich aus der Anmeldung zum Bezug der MSE oder EAE, dass bis zur Geburt des Kindes die Militär-, Unfall-, Kranken- oder Arbeitslosenversicherung Taggelder erbracht hat, informiert die Ausgleichskasse diesen Sozialversicherungsträger umgehend, ab welchem Zeitpunkt bzw. für welche Tage sie die Entschädigung ausrichtet. Gleichzeitig macht sie den Sozialversicherer auf die Verrechnungsmöglichkeit für die zu viel ausgerichteten Taggeldleistungen mit der Nachzahlung der Entschädigung aufmerksam.

11.2.4 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorglich betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfe-Institution angewiesen – ist. Die vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung gelten auch hier.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)

Anspruchsberechtigte Personen (und Arbeitgeber), die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, die EO-Meldekarte bzw. Anmeldung für Entschädigungen wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und entsprechende Auskünfte unentgeltlich zu geben.

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Anspruchsberechtigten, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan zu melden.

11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21)

Systembedingt finden sich in der Erwerbsersatzordnung keine diesbezüglichen Bestimmungen.

11.5 Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen/Erläss (ATSG 24, 25; ATSV 4, 5)

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse finanzielle Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider; in diesen Fällen ist die zuviel bezogene Entschädigung in jedem Fall zurückzuerstatten.

11.5.1 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)

Systembedingt kommt es nicht zum Regress.

11.6 Rechtspflegeverfahren

In Abweichung zum ATSG wird die Erwerbsausfallentschädigung im formlosen Verfahren ausgerichtet. Wer mit der Leistung nicht einverstanden ist, hat zunächst von der AHV-Ausgleichskasse eine Verfügung zu verlangen (ATSG 51).

1. Einsprache an die verfügende Stelle (ATSG 52)

Gegen die Verfügung kann **innerhalb von 30 Tagen an der verfügenden AHV-Ausgleichskasse Einsprache** erhoben werden (ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen). Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. Beschwerde (ATSG 58, EOG 24)

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann **innerhalb von 30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** – für solche von kantonalen Ausgleichskassen in Abweichung vom ATSG am Sitz der Ausgleichskasse – Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

3. Beschwerde beim Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann in letzter Instanz **innerhalb von 30 Tagen Beschwerde** in öffentlich-rechtlicher Angelegenheit am **Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

EO (in Mio. CHF)	1995	2000	2010	2020	2022
Einnahmen Total	860	872	1 006	1 179	2 114
Beiträge					
▶ Versicherte und Arbeitgebende	669	734	985	1 772	2 029
▶ der öffentl. Hand	keine	keine	keine	keine	keine
Ertrag der Anlagen	191	138	21	18	22
Regresseinnahmen	keine	keine	keine	keine	keine
Ausgaben Total	621	680	1 603	1 637	1 875
Geldleistungen	619	678	1 601	1 634	1 870
♦ Entschädigungen im Dienst	619	678	836	691	832
♦ Entschädig. Elternschaft	–	–	691	880	1 072
♦ Betreuungsentschädigung	–	–	–	–	–
♦ Adoptionsentschädigung	–	–	–	–	–
Durchführungs-/ Verwaltungskosten	2	2	2	3	4
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	239	192	–597	184	231
Kapitalkonto EO	4 357	3 455	412	1 351	1 615
Bezüger/innen EO	404 102	322 540	283 010	166 270	206 420
Armee	60,6%	53,4%	48,8%	45,4%	48,2%
Zivilschutz	36,6%	34,8%	20,3%	26,2%	21,6%
J+S-/Jungschützenleiter	2,7%	3,0%	7,1%	8,0%	10,5%
Zivildienst	0,1%	0,8%	4,6%	11,3%	9,7%
Rekrutierung	–	–	9,1%	9,1%	10,0%
Bezüger/innen Entschädigung	–	–	71 610	82 180	132 670
♦ Mutterschaftsentschädigung					69 000
♦ Entschädigung anderer Elternteil					62 700
♦ Betreuungsentschädigung					9 080
♦ Adoptionsentschädigung					–
Anzahl Bezugstage EO	7 453 429	6 693 850	6 941 880	6 788 350	6 972 840
Armee	91,4%	54,1%	51,3%	68,0%	70,4%
Zivilschutz	7,1%	7,8%	4,5%	6,6%	5,4%
J+S/Jungschützenleiter	0,8%	1,0%	1,0%	0,7%	0,8%
Zivildienst	0,7%	2,9%	11,2%	24,2%	22,8%
Rekrutierung	–	–	0,7%	0,5%	0,6%
Bezugstage MSE	–	–			
♦ Mutterschaftsentschädigung			5 723 920	6 728 540	7 717 892
♦ Entschädigung anderer Elternteil					89,3%
♦ Betreuungsentschädigung					10,4%
♦ Adoptionsentschädigung					0,3%
					–

Ab Juli 2005 mit Mutterschafts-, Januar 2021 mit Vaterschafts- (anderer Elternteil), Juli 2021 mit Betreuungs- und Januar 2023 mit Adoptionsentschädigung.
¹ Erhöhung des Beitragssatzes von bisher 0,3 ab 2011 auf 0,5% (2017–2020 nur 0,45%).

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre.

12.2 Entwicklungstendenzen

12.2.1 Angleichung der Erwerbersatzleistungen

Die Erwerbersatzordnung (EO) wurde ursprünglich eingeführt, um den Verdienstaufschlag von Dienstleistenden in der Armee zu kompensieren. Später kamen Verdienstaufschläge im Zusammenhang mit einer Elternschaft hinzu: der über die EO entschädigte Urlaub nach einer Geburt oder Adoption sowie der Urlaub für die Betreuung von gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindern.

Während Dienstleistende zur Grundentschädigung Kinderzulagen der EO, eine Zulage für Betreuungskosten und eine Betriebszulage für Selbständigerwerbende erhalten können, gehen die für die übrigen Verdienstaufschläge Entschädigten diesbezüglich leer aus. Jüngst wurden verschiedene parlamentarische Vorstöße eingereicht, die darauf abzielen, die Ungleichbehandlung in der EO zu beheben.

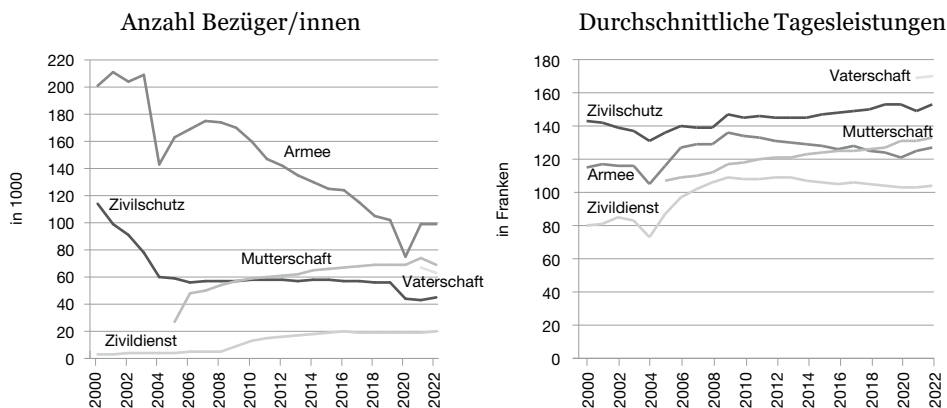
Per 12. April 2024 hat der Bundesrat eine Gesetzesanpassung in Vernehmlassung gegeben, die sich aus den derzeitigen Mitteln der EO finanzieren lässt:

- ▶ Künftig sollen **alle Selbständigerwerbenden Anspruch auf die Betriebsentschädigung** haben.
- ▶ Die Kinderzulage der EO wurde eingeführt bevor das Bundesgesetz über die Familienzulagen ausserhalb der Landwirtschaft in Kraft getreten ist. Sie ist heute nicht mehr erforderlich und hat eine Überentschädigung zur Folge. Deshalb soll die **Kinderzulage der EO gestrichen** werden.
- ▶ Personen, die Dienst leisten und ihre Kinder betreuen lassen müssen, haben Anspruch auf **Entschädigung der ausgewiesenen Betreuungskosten**. Die Entschädigung wird beibehalten und der Kreis der Anspruchsberechtigten **auf alle anderen EO-Anspruchsberechtigten ausgeweitet**.
- ▶ Wenn ein Neugeborenes aus medizinischen Gründen im Spital bleiben oder sofort nach der Geburt hospitalisiert werden muss, wird die Mutterschaftsentschädigung länger ausgerichtet.

Wenn hingegen die Mutter länger einen längeren Spitalaufenthalt benötigt und sich nicht um das Neugeborene kümmern kann, ist bisher keine Verlängerung des Taggeldanspruchs vorgesehen. Künftig soll es möglich sein, den Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung um die tatsächliche Dauer des Spitalaufenthalts der Mutter zu verlängern; dies um maximal 65 Tage (wie im Umkehrfall für den längeren Spitalaufenthalt eines Neugeborenen).

- ▶ **Ausweitung des Anspruchs auf Betreuungsentschädigung bei Hospitalisierung des Kindes:** Muss mindestens ein Elternteil die Erwerbstätigkeit unterbrechen, um sich um ein Kind zu kümmern, das während mindestens vier Tagen im Spital behandelt wird, soll er für die gesamte Dauer des Spitalaufenthalts Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung haben. Sobald das Kind nach Hause kann, besteht der Anspruch während der Genesung für höchstens drei Wochen weiter, sofern die Notwendigkeit der elterlichen Betreuung ärztlich bestätigt ist.

Entwicklung der EO-Leistungen



Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023

12.2.2 Elternzeit

Während in den übrigen Europäischen Staaten längst eine Elternzeit von mindestens 40 Wochen eingeführt ist, kennt die Schweiz lediglich einen (bezahlten) 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub und 2-wöchigen Urlaub für den andern Elternteil. Damit bildet sie das Schlusslicht im europäischen Vergleich.

EKFF-Modell zur Einführung der Elternzeit

Die eidg. Koordinations-Kommission für Familienfragen (EKFF) setzt sich für die Einführung einer Elternzeit in der Schweiz ein, und hat 2010 ein an die schweizerischen Verhältnisse angepasstes Modell entwickelt. Dieses sieht eine Elternzeit von 24 Wochen vor, wovon sowohl die Mutter als auch der Vater je vier Wochen beziehen muss. Die restlichen 16 Wochen können sich die Eltern frei aufteilen.

Die individuelle Inanspruchnahme für Väter erweist sich in Staaten, die schon lange über ein solches Modell verfügen, mit über 80 Prozent als beachtlich. Zusammen mit einer gut ausgebauten Kinderbetreuung kann eine längere Elternzeit der Väter die Arbeitsmarktintegration der Mütter stärken. Denn nach wie vor wird die Doppelbelastung von Beruf und Familie hierzulande überwiegend von den Frauen getragen.

Details vgl. Kapitel I, 4.3.3.2

12.2.3 Finanzperspektiven 2021–2032

Am 15. Juni 2022 hat das BSV die Finanzperspektiven der EO gemäss geltender Ordnung veröffentlicht. Bis und mit 2027 rechnet er für Dienstleistende mit rückläufigen Ausgaben, während für die anderen Entschädigungen im Rahmen des EOG kontinuierlich mit leichten Steigerungen zu rechnen ist.

Finanzperspektiven der EO gemäss geltender Ordnung				
Beträge in Mio. CHF				
Jahr	2022	2025	2030	2032
Ausgaben Total	1 904	2 074		2 285
▶ Dienstleistende	767	807	871	871
▶ Mutterschaft	1 005	1 086	1 207	1 207
▶ anderer Elternteil	128	163	188	188
▶ Betreuungsurlaub	4	17	19	19
Einnahmen Total	2 055	2 124	2 275	2 275
Umlageergebnis	151	51	88	-10
Stand EO-Fonds	1 790	2 126	2 675	2 850

Quelle: BSV 15.06.2022, Finanzperspektiven der EO

12.3 Links

www.ahv-iv.ch (Leistungen der EO-MSEAE-BUE-AdopE)

Merkblätter, Formulare, weitere nützlichen Informationen

www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen: Aktuelles, Gesetz, Verordnung

www.sozialversicherungen.admin.ch

Vollzug: Wegleitung und Kreisschreiben, EO-Tabelle usw.

VIII Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung ALV

1.	Zielsetzung	447
2.	Gesetzliche Grundlagen	447
3.	Geschichtliche Daten	448
4.	Organisation (AVIG 76, AVIV 103–121b)	450
4.1	Obliegenheiten der Ausgleichsstelle Arbeitslosenversicherung (AVIG 83)	451
4.1.1	Aufsichtskommission für den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung (AVIG 89)	452
4.2	Die kantonalen Amtsstellen (KAST; AVIG 85) (AWA, KIGA, AAM, AFA, beco oder DIHA genannt)	452
4.2.1	Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV)	453
4.2.2	Logistikstellen für arbeitsmarktliche Massnahmen (AVIG 85c)	453
4.2.3	Die tripartiten Kommissionen (AVIG 85d)	453
4.3	Die Arbeitslosenkassen (AVIG 81)	453
4.4	Förderung der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ; AVIG 85f)	454
5.	Versicherte Personen	454
5.1	Obligatorisch Versicherte	454
5.2	Freiwillige Versicherung	454
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes	454
5.4	Versicherungsausweis	455
6.	Finanzierung (AVIG 90–93)	455
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	455
6.2	Beitragspflichtige Personen (AVIG 2–6, AVIV 2)	456
6.3	Dauer der Beitragspflicht	456
6.4	Beitragshöhe und Berechnungsbasis (AVIG 3)	456
6.5	Interventionsmechanismus (Konjunkturrisiko, AVIG 90c)	458
7.	Leistungsübersicht	459
8.	Anspruchsvoraussetzungen	460

9.	Sachleistungen	460
9.1	Arbeitsmarktliche Massnahmen (AMM)	
	(AVIG 59–75b, AVIV 81–100)	460
9.1.1	Zielsetzung (AVIG 59 II)	460
9.1.1.1	Anspruchsvoraussetzungen	461
9.1.2	Die Arbeitsmarktlichen Massnahmen	463
9.1.2.1	Bildungsmassnahmen (AVIG 60)	463
9.1.2.2	Beschäftigungsmassnahmen (AVIG 64a und 64b)	463
9.1.2.3	Spezielle Massnahmen (AVIG 65–71d, AVIV 90–95e)	464
10.	Geldleistungen	465
10.1	Arbeitslosenentschädigung (AVIG 8–30, AVIV 3–45)	465
10.1.1	Anspruchsvoraussetzungen (AVIG 8–17, AVIV 3–17)	465
10.1.1.1	Ganz oder teilweise arbeitslos (AVIG 10)	466
10.1.1.2	Anrechenbarer Verdienstausschlag (AVIG 11, AVIV 4–5)	466
10.1.1.3	Rahmenfristen (AVIG 9)	466
10.1.1.31	Erweiterte Rahmenfristen	467
10.1.1.311	Rahmenfrist nach Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit (SE-Tätigkeit) ohne Förderung durch die ALV	467
10.1.1.312	Erweiterte Rahmenfristen nach Kindererziehungszeit (Babypause; AVIG 9b, AVIV 3b)	467
10.1.1.313	Erweiterte Rahmenfristen vor Erreichen des Referenzalters (AVIG 27 III)	467
10.1.1.4	Beitragszeit erfüllt oder von der Erfüllung befreit	468
10.1.1.41	Beitragszeit erfüllt (AVIG 13–14)	468
10.1.1.42	Vom Erfüllen der Beitragszeit befreit (AVIG 14)	468
10.1.1.5	Vermittlungsfähigkeit (AVIG 15, AVIV 14–15)	469
10.1.1.51	Besonderheiten	470
10.1.1.52	Überprüfen der Vermittlungsfähigkeit (AVIG 85 I lit. d, AVIV 24)	470
10.1.1.53	Sanktionen/Einstellung der Anspruchsberechtigung (AVIG 30, AVIV 44–45)	471
10.1.1.6	Pflichten der arbeitslosen Person (AVIG 17, AVIV 18–27)	472
10.1.1.61	Zumutbare Arbeit (AVIG 16, AVIV 17)	473
10.1.1.7	Anspruchsberechtigung	475
10.1.1.71	Allgemeine Wartezeit (AVIG 18 I; AVIV 6–6a)	475
10.1.1.72	Der Taggeldanspruch ruht während	476
10.1.1.73	Der Taggeldanspruch endet, wenn die arbeitslose Person	476
10.1.2	Bemessung der Arbeitslosenentschädigung	476
10.1.2.1	Form und Umfang der Entschädigung (AVIG 21–22, AVIV 33–34)	476
10.1.2.2	Höchstzahl der Taggelder (AVIG 27, AVIV 41b)	478
10.1.2.3	Pauschalansätze für den versicherten Verdienst (AVIV 41)	479
10.1.3	Zwischenverdienst (AVIG 24)	479
10.1.4	Koordination	480
10.1.4.1	Vorzeitiger Ruhestand/Pensionierung vor Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter)	480
10.1.4.2	Freiwillige Leistungen des Arbeitgebers durch Auflösung des Arbeitsverhältnisses (AVIG 11a, AVIV 10a–10h)	481
10.1.4.3	ALE während des Militär- oder Zivildienstes (AVIG 26)	482

10.1.4.4	ALE während Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft (AVIG 28)	482
10.1.4.5	ALE nach Niederkunft, Vaterschafts- oder Betreuungsurlaub	482
10.1.4.6	ALE, wenn Zweifel über Ansprüche aus Arbeitsvertrag bestehen (AVIG 29)	483
10.1.5	Teuerungsanpassung (AVIG 22 III)	483
10.2	Insolvenzenschädigung (IE)	483
10.2.1	Anspruchsvoraussetzungen (AVIG 51–52, AVIV 73–74)	484
10.2.1.1	Vorlauf – im Fall von Lohnausständen zu beachten	484
10.3	Kurzarbeits- (KAE) und Schlechtwetterentschädigung (SWE) KAE (AVIG 31–41, AVIV 46–64)/SWE (AVIG 42–50, AVIV 65–72)	485
10.3.1	Versichertes Ereignis	486
10.3.2	Anspruchsberechtigte Personen (AVIG 31 bzw. 42)	487
10.3.3	Bemessung der Kurzarbeits- bzw. Schlechtwetterentschädigung	487
10.3.3.1	Karenztage zulasten des Arbeitgebers (AVIG 32 II bzw. 43 III, AVIV 50 bzw. 67a)	488
10.3.3.2	Dauer des Leistungsbezugs	488
11.	Vollzug	488
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30)	488
11.1.1	Arbeitsmarktliche Massnahmen (AVIG 59c I)	488
11.1.2	Arbeitslosenentschädigung ALE (AVIG 20)	489
11.1.3	Insolvenzenschädigung (IE; AVIG 53–54, AVIV 77–80)	489
11.1.4	Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung KAE (AVIG 36–38, AVIV 58–61)/SWE (AVIG 45–47, AVIV 69–71)	490
11.1.4.1	Voranmeldung des Anspruchs	490
11.1.4.2	Abrechnung des Arbeitgebers	491
11.1.4.3	Auszahlung	492
11.1.4.4	Pflichten des Arbeitgebers	492
11.1.4.5	Mitwirken des Personals	492
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19)	493
11.2.1	Arbeitsmarktliche Massnahmen	493
11.2.1.1	Leistungsbezug im Ausland	493
11.2.2	Arbeitslosenentschädigung (AVIG 20, AVIV 30–31)	493
11.2.2.1	Leistungsbezug im Ausland	493
11.2.3	Insolvenzenschädigung (AVIV 74)	493
11.2.3.1	Leistungsbezug im Ausland	494
11.2.4	Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung	494
11.2.4.1	Leistungsbezug im Ausland	494
11.2.5	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)	494
11.2.5.1	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	494
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)	495
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21, AVIG 105–107)	495
11.4.1	Einschränkung der Arbeitslosenentschädigung	495
11.4.2	Übertretungen (AVIG 106)	495
11.4.3	Vergehen (AVIG 105)	495
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen	

	Bezügen	
	(Verjährung ATSG 24–25, ATSV 4–5, AVIG 95)	496
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)	496
11.6	Rechtspflegeverfahren (AVIG 100–102, ALV 128)	496
12.	Aktuell	497
12.1	Kennzahlen	497
12.2	Entwicklungstendenzen	500
12.2.1	Rückblick auf Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit im Jahr 2023	500
12.2.2	AVIG-Teilrevision bereit zur parlamentarischen Beratung	501
12.2.3	Arbeitslosenversicherung soll temporär weniger Bundesgelder erhalten	502
12.3	Links	502

1. Zielsetzung

Die Arbeitslosenversicherung will durch arbeitsmarktliche Massnahmen zugunsten versicherter Personen drohende Arbeitslosigkeit verhüten und bestehende Arbeitslosigkeit bekämpfen.

Die Arbeitslosenversicherung deckt die finanziellen Risiken der ganzen oder der teilweisen Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, des witterungsbedingten Arbeitsausfalls und der Insolvenz des Arbeitgebers. Somit ersetzt sie der betroffenen Person – über einen gewissen Zeitraum – das Erwerbseinkommen (den Arbeitnehmenden) bzw. die Lohnkosten (dem Arbeitgeber für Kurzarbeit und Schlechtwetter) und ist für das Verhüten und Verkürzen der Arbeitslosigkeit bemüht.

A Arbeitslosenentschädigung (ALE)

Entschädigung des Einkommensausfalls bei Arbeitslosigkeit
(AVIG 8–30, AVIV 3–45)

B Kurzarbeitsentschädigung (KAE)

Ersatz von Lohnkosten bei Kurzarbeit
(AVIG 31–41, AVIV 46–64)

C Schlechtwetterentschädigung (SWE)

Ersatz von Lohnkosten bei wetterbedingten Arbeitsausfällen
(AVIG 42–50, AVIV 65–72)

D Insolvenzenschädigung (IE)

Einkommensersatz bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers
(AVIG 51–58, AVIV 73–80)

E Arbeitsmarktliche Massnahmen (AMM)

Beiträge an Massnahmen zum Bekämpfen der Arbeitslosigkeit
(AVIG 59–75b, AVIV 81–100)

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 114

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, Inkraftsetzung 1. Januar 2003
- ▶ über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung (AVIG) vom 25. Juni 1982, Inkraftsetzung betr. Insolvenzenschädigung 1. Januar 1983, betr. die übrigen Bestimmungen per 1. Januar 1984.

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), vom 19. September 2002, Inkraftsetzung 1. Januar 2003
- ▶ Verordnung über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung (AVIV), vom 31. August 1983, Inkraftsetzung 1. Januar 1984
- ▶ Verordnung über die obligatorische berufliche Vorsorge von arbeitslosen Personen vom 3. März 1997

- ▶ Verordnung für die von der Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung betriebenen Informationssystemen (ALV-IsV), vom 26. Mai 2021
- ▶ usw.

Verordnungen des Eidg. Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF), bzw. des Staatssekretariats für Wirtschaft (Seco)

- ▶ Verordnung über die Anpassung der Pauschalansätze in der ALV
- ▶ Verordnung betreffend Karenztage in der ALV
- ▶ Kreisschreiben über die Beiträge für die obligatorische ALV

Kantonale Gesetze, Verordnungen und Erlasse

- ▶ z.B. betreffend die Arbeitslosenhilfe und die Arbeitsbeschaffungsprogramme

3. Geschichtliche Daten

Ende 19. Jahrhundert erste Arbeitslosenunterstützungskassen

- 1924 Bundesgesetz über die Subventionierung der Arbeitslosenkassen
- 1947 Revision des Wirtschaftsartikels in der Bundesverfassung, damit ist die Grundlage für die Arbeitslosenversicherung geschaffen.
- 1951 Erstes Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung, mit Verzicht auf ein gesamtschweizerisches Obligatorium
- 1976 Aufnahme des Verfassungsartikels aBV 34^{novies}
- 1977 Übergangsordnung
- 1983 Insolvenzentschädigung bereits in Kraft
- 1984 AVIG und AVIV in Kraft
- 1992 1. AVIG-Teilrevision tritt in Kraft und bringt eine Erhöhung des Beitragssatzes von 0,4 auf 2,0 Prozent, die Ausweitung des maximalen Taggeldanspruches auf 300 Taggelder.
- 1993 Mittels dringlichen Bundesbeschlusses (dBB) vom 19. März 1993 werden der maximale Taggeldanspruch erweitert und gleichzeitig für einzelne Versichertengruppen der Taggeldansatz von 80 auf 70 Prozent reduziert.
- 1996/97 Die 2. AVIG-Teilrevision bringt eine grundlegende Neuausrichtung und Umstrukturierung der Arbeitslosenversicherung nach dem Motto «Eingliederung vor Taggeld». Die Revision tritt in zwei Etappen je auf 1. Januar 1996 und 1997 in Kraft.

Die Arbeitsvermittlung wird den regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) übertragen; zuvor Aufgabe der Gemeindearbeitsämter.
- 1999/2000 Im Rahmen des Stabilisierungsprogramms 1998 werden auch in der Arbeitslosenversicherung Sparmassnahmen getroffen; diese werden gestaffelt eingesetzt.
- 2003 Die 3. AVIG-Teilrevision tritt per 1. Juli 2003 in Kraft. Neu wird nicht mehr zwischen altersabhängigen und besonderen Taggeldern unterschieden. Die Beitragsdauer für den Bezug der Arbeitslosen-

entschädigung wird von sechs auf zwölf Monate erhöht und die Bezugsdauer für unter 55-Jährige auf 400 Taggelder beschränkt. Daneben finden sich zahlreiche Verbesserungen für wirtschaftlich schwächere Personen.

- 2008 Der höchstversicherte Jahresverdienst wird von bisher CHF 106 800.– auf CHF 126 000.– erhöht.
- 2009 Dringlicher Bundesbeschluss betreffend Kurzarbeitsentschädigung: Vom 01.04.2009 bis 31.12.2011 kann innerhalb der Rahmenfrist während maximal 24 Monaten (Abrechnungsperioden) Kurzarbeitsentschädigung bezogen werden. Dabei wird den Arbeitgebern nur ein Karenztag pro Monat angerechnet.
- 2011 Die 4. AVIG-Revision tritt in Kraft. Per 1. Januar werden die Beiträge von bisher 2,0 auf 2,2 Prozent erhöht und für Jahreseinkommen zwischen CHF 126 001.– und CHF 315 000.– das Solidaritätsprozent wieder eingeführt. Leistungsseitig tritt die Revision per 1. April in Kraft. Sie bringt eine Verstärkung des Versicherungsprinzips (engere Koppelung von Beitragsdauer und Anzahl möglicher Taggelder) und sorgt für die Beseitigung von Fehlanreizen.
- 2012 Die Rahmenfrist für die Beitragszeit, welche zum Bezug von 520 Taggeldern berechtigt, wird per 1. Januar von 24 auf 22 Monate herabgesetzt. Durch einen dringlichen Bundesbeschluss als Reaktion auf die «Frankenstärke» kann vom 01.01.2012 bis 31.12.2013 innerhalb der Rahmenfrist während maximal 18 Monaten (Abrechnungsperioden) Kurzarbeitsentschädigung bezogen werden. Dabei wird den Arbeitgebern nur ein Karenztag pro Monat angerechnet.
- 2014 Auf die Plafonierung des Solidaritätsprozents auf Jahreseinkommen bis CHF 315 000.– wird verzichtet.
- 2016 Der höchstversicherte Verdienst gemäss UVG wird von CHF 126 000.– pro Jahr auf CHF 148 200.– erhöht. Dadurch ändern sich auch die entsprechenden Parameter der Arbeitslosenversicherung.
- 2018 Einführung der Stellenmeldepflicht: Berufsarten mit einer Arbeitslosenquote von 8,0 Prozent und mehr (ab 2020 = 5,0% und mehr) müssen zu besetzende Stellen der öffentlichen Arbeitsvermittlung melden.

Der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung für aus dem Ausland zurückgekehrte Schweizer/innen sowie Angehörige von EU-/EFTA-Staaten wurde per 1. Juli verschärft. Für den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung als Beitragsbereite (AVIG 14 III) müssen sie nachweisen, dass sie innerhalb der ordentlichen Rahmenfrist für die Beitragszeit während sechs Monaten in der Schweiz einer beitragspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind.

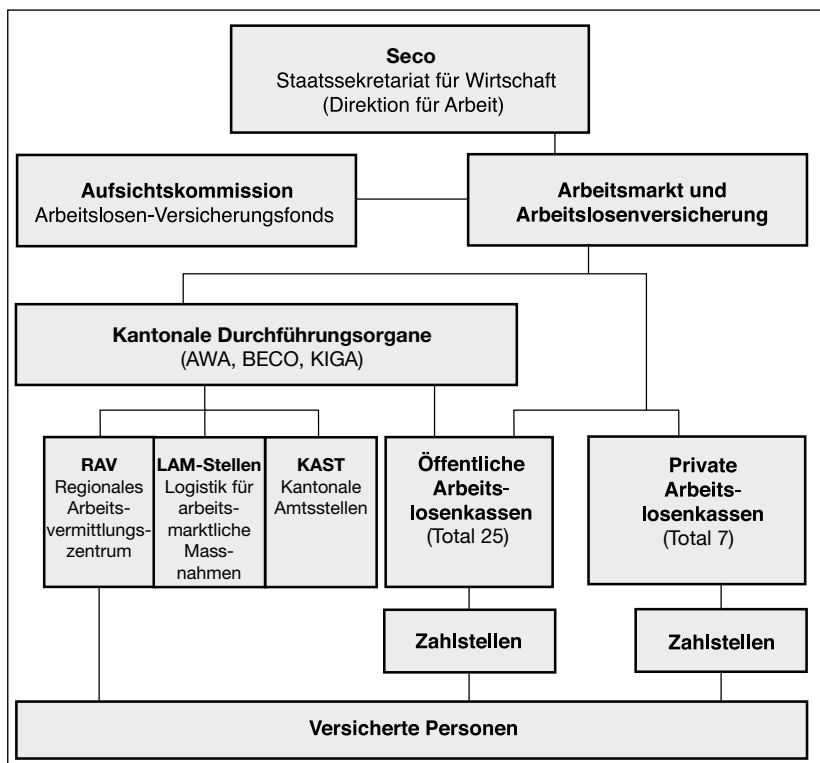
Die Weisungen von 2015 betr. Kurzarbeitsentschädigung im Zusammenhang mit der Frankenstärke gegenüber den Euro werden per 01.09.2018 aufgehoben.

- 2020 Um die Kosten für die Kurzarbeitsentschädigung während der Corona-Krise zu decken, bewilligt das Parlament im Juni 2020 einen ausserordentlichen Bundesbeitrag von 14,2 Mrd. Franken für die Arbeitslosenversicherung. Dadurch müssen die Lohnbeiträge auf 2021 nicht erhöht werden. In der Herbstsession haben sowohl der National- sowie der Ständerat dem Vorgehen zugestimmt.
- 2021 **Auf den 1. Juli tritt eine Teilrevision in Kraft.** Im Gesetz (AVIG) werden Bestimmungen zur Kurzarbeitsentschädigung vereinfacht und der administrative Aufwand für Unternehmen reduziert.
- In der Verordnung (AVIV) finden sich Anpassungen in Bezug auf die Anmeldung zum Leistungsbezug und die Zwischenbeschäftigung von Personen, die KAE oder SWE beziehen sowie für den elektronischen Schriftverkehr zwischen Versicherten und Behörden. Im ganzen AVIV wird «Seco» mit «Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung» ersetzt. Sie und nicht das Seco, welches die Ausgleichsstelle ALV führt, ist verantwortlich für den Vollzug.
- Auf den 1. Juli 2021 wird die neue ALV-Informationssystemverordnung (ALV-IsV) in Kraft gesetzt. Die bisherigen entsprechenden Verordnungen werden aufgehoben und wo sinnvoll die Inhalte in der ALV-IsV übernommen.
- 2024 Auch in der ALV wird der Begriff ordentliches Renteneintrittsalter durch Referenzalter ersetzt. Zudem endet der Leistungsanspruch erst mit Erreichen des Referenzalters, dies auch im Fall des AHV-Vorbezugs (wobei die AHV-Rente an den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung anzurechnen ist).

4. Organisation (AVIG 76, AVIV 103–121b)

Ähnlich der AHV wirken in Organisation und Vollzug der ALV die Kantone (öffentliche = kantonale Arbeitslosenkassen und Regionale Arbeitsvermittlungszentren = RAV) und Verbände (Arbeitslosenkassen der Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberorganisationen) mit.

Zudem arbeiten die Organe der ALV eng mit denjenigen der AHV zusammen. So erfolgt der Abzug der ALV-Beiträge zusammen mit denjenigen für die AHV/IV/EO (Lohnabzug und Überweisung mit Arbeitgeberanteil an die zuständige AHV-Ausgleichskasse). Die Ausgleichskassen rechnen ihrerseits auch die Arbeitslosenbeiträge mit der ZAS (Zentralen Ausgleichsstelle in Genf) ab, die den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung verwaltet.



Die Oberaufsicht über die Vollzugsorgane **übt das Seco (Staatssekretariat für Wirtschaft, Direktion für Arbeit) aus**. Der Vollzug obliegt einerseits den kantonalen Arbeitsstellen und Regionalen Arbeitsvermittlungszentren und andererseits den Arbeitslosenkassen.

4.1 **Obliegenheiten der Ausgleichsstelle Arbeitslosenversicherung (AVIG 83)**

- ▶ Erlass von Weisungen an die Arbeitslosenkassen und kantonalen Arbeitsstellen
- ▶ Prüfung der Geschäftsführung der Arbeitslosenkassen und kantonalen Arbeitsstellen sowie der Auszahlungen der Arbeitslosenkassen
- ▶ Koordinieren der Durchführung von arbeitsmarktlichen Massnahmen; es kann solche konzeptionell vorbereiten und Vorkehrungen zum Anwenden der Rahmenbedingungen solcher Massnahmen treffen
- ▶ Führen der Rechnung des Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung
- ▶ Zuweisen der notwendigen finanziellen Mittel an die Arbeitslosenkassen
- ▶ Entscheidung über die Anrechenbarkeit von Verwaltungskosten der Arbeitslosenkassen
- ▶ Koordination mit den anderen Sozialversicherungen
- ▶ usw.

Die Ausgleichsstelle der ALV betreibt zum Erfüllen der gesetzlichen Aufgaben sowie für statistische Zwecke **Informationssysteme für folgende Dienste** (AVIG 83/1^{bis}):

- ▶ Auszahlung von Leistungen der ALV
- ▶ öffentliche Arbeitsvermittlung
- ▶ Analyse von Arbeitsmarktdaten
- ▶ Betrieb einer Zugangsplattform für elektronische Dienstleistungen
 - ▶ für Versicherte zum Geltendmachen ihrer Ansprüche und zum Erfüllen ihrer Pflichten (nach AVIG 17)
 - ▶ Arbeitssuchende für die Anmeldung und Beratung durch das RAV
 - ▶ Arbeitgeber zum Geltendmachen von Leistungen und Erfüllung ihrer Pflichten (nach AVIG 88/I)
- ▶ Betrieb einer Plattform für die öffentliche Arbeitsvermittlung

Der Zugriff auf die von der ALV-Ausgleichsstelle betriebenen Informationssysteme ist in AVIG 96c geregelt; die Datenbekanntgabe in AVIG 97a.

4.1.1 Aufsichtskommission für den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung (AVIG 89)

Der Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung ist ein rechtlich unselbständiger Fonds mit eigener Rechnung. Sein Vermögen wird vom Bund verwaltet. Es ist gemäss Richtlinien der Aufsichtskommission so anzulegen, dass eine genügende Liquidität, Sicherheit sowie ein marktkonformer Ertrag gewährleistet sind (AVIG 84).

Die Aufsichtskommission für den Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung überwacht den Stand sowie die Entwicklung des Fonds und prüft die Jahresrechnung und den Jahresbericht der Versicherung zuhanden des Bundesrats. Die Aufsichtskommission berät den Bundesrat in allen finanziellen Fragen der Versicherung insbesondere betreffend Änderungen des Beitragssatzes (wobei sie selbst Antrag stellen kann) sowie in der Bestimmung der anrechenbaren Verwaltungskosten der Arbeitslosenkassen. Sie berät den Bundesrat im Rechtsetzungsverfahren und kann ihm Anträge stellen, dies speziell im Bereich der arbeitsmarktlichen Massnahmen.

4.2 Die kantonalen Amtsstellen (KAST; AVIG 85) (AWA, KIGA, AAM, AFA, beco oder DIHA genannt)

- ▶ nehmen zu Gesuchen für arbeitsmarktliche Massnahmen Stellung und sorgen für ein ausreichendes Angebot,
- ▶ bewilligen den Bezug von Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung,
- ▶ überprüfen und entscheiden in Zweifelsfällen über die Vermittlungsfähigkeit von Arbeitslosen,
- ▶ verfügen auf Antrag der Arbeitslosenkassen bzw. RAV harte Sanktionen,
- ▶ errichten und betreiben die RAV, LAM-Stellen, führen die tripartiten Kommissionen und regeln die Zusammenarbeit mit den privaten Stellenvermittlern.

Sofern einzelne der folgenden Aufgaben nicht mit Zustimmung des Seco dem RAV übertragen wurden:

- ▶ Beraten der Arbeitslosen
- ▶ Zuweisen/Vermitteln von Arbeitsstellen
- ▶ Erlass von Einstellungsverfügungen im Fall von Ablehnung zumutbarer Arbeit, Nichtbefolgen von Weisungen, Verletzung der Auskunfts- und Meldepflicht, ungenügenden Arbeitsbemühungen; bzw. wenn nach dem Bezug von diesbezüglichen besonderen Taggeldern aus eigenem Verschulden keine selbständige Erwerbstätigkeit aufgenommen wird.

Die örtliche Zuständigkeit der KAST richtet sich (AVIV 119 I)

- ▶ **für die Arbeitslosenentschädigung:** nach dem Ort, an dem die versicherte Person die Kontrollpflicht erfüllt (AVIV 18)
- ▶ **für die Kurzarbeits- bzw. Schlechtwetter-Entschädigung:** nach dem Ort des Betriebs
- ▶ für die Beiträge an Umschulungs- und Weiterbildungseinrichtungen sowie Programme zur vorübergehenden Beschäftigung: nach dem Sitz der gesuchstellenden Institution
- ▶ für alle übrigen Fälle: nach dem Wohnort der versicherten Person.

4.2.1 Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV)

Die RAV unterstehen dem Zuständigkeitsbereich der Kantone. Sie beraten Arbeitslose (Aktionsplan/Zielvereinbarung) und weisen ihnen offene Stellen zu oder prüfen die Möglichkeit einer adäquaten arbeitsmarktlichen Massnahme und vermitteln Kurse. Zudem kontrollieren sie die Arbeitsbemühungen und führen die vom Bundesrat erlassenen Kontrollvorschriften durch (vor 1996 Stempelkontrolle).

4.2.2 Logistikstellen für arbeitsmarktliche Massnahmen (AVIG 85c)

Die Logistikstellen für die arbeitsmarktlichen Massnahmen (LAM) sind für das Bereitstellen der entsprechenden Angebote und die Qualitätssicherung der Massnahmen zuständig. Es gibt eine LAM-Stelle innerhalb des betreffenden Kantons bzw. der grenzübergreifenden Grossregion.

4.2.3 Die tripartiten Kommissionen (AVIG 85d)

Die tripartiten Kommissionen werden aus Vertreter/innen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden sowie der kantonalen Verwaltung gebildet. Sie kümmern sich um die Belange der RAV und LAM-Stellen sowie allfällige weitere vom Kanton übertragene Aufgaben.

4.3 Die Arbeitslosenkassen (AVIG 81)

Die Kernaufgabe der Arbeitslosenkassen ist die Anspruchsabklärung und das Auszahlen von Arbeitslosenentschädigung. Sie richten die Leistungen – in Form von Arbeitslosen- bzw. Kurzarbeits-/Schlechtwetterentschädigung und in Bezug auf arbeitsmarktliche Massnahmen – aus und erlassen diesbezügliche Verfügungen. **Die Auszahlung der Insolvenzenschädigung obliegt einzig den öffentlichen, d.h., kantonalen Arbeitslosenkassen.** Arbeitslosenkassen haben keine eigene Rechtspersönlichkeit, können aber vor Organen der Rechtsprechung im eigenen Namen als Partei auftreten (Prozessfähigkeit).

4.4 Förderung der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ; AVIG 85f)

Seit der 3. AVIG-Revision (Juli 2003) wird sowohl die interkantonale als auch die interinstitutionelle Zusammenarbeit gefördert.

Die kantonalen Amtsstellen, RAV, LAM-Stellen und die Arbeitslosenkassen arbeiten eng zusammen mit

- ▶ Berufsberatungsstellen und Berufsbildungsbehörden,
- ▶ Sozialdiensten,
- ▶ Durchführungsorganen der Invaliden-, Kranken- und Unfallversicherung,
- ▶ weiteren privaten und öffentlichen Institutionen, die für die Eingliederung Versicherter wichtig sind.

5. Versicherte Personen

5.1 Obligatorisch Versicherte

Das AVIG enthält keine konkrete Nennung der versicherten Personen; genannt werden die beitragspflichtigen und anspruchsberechtigten Personen.

Der Arbeitslosenversicherung sind laut Bundesgesetz (AVIG) **alle Arbeitnehmenden** – auch solche ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG) – **angeschlossen**. Die Versicherungsunterstellung deckt sich weitgehend mit derjenigen der AHV.

Nicht versichert sind Selbständigerwerbende (vgl. 5.2). Zudem ist die Versicherungsdeckung für Geschäftsleitungsmitglieder und ihre im Betrieb mitarbeitenden Ehegatten eingeschränkt (kein Anspruch auf Kurzarbeits-, Schlechtwetter- oder Insolvenzenschädigung; höhere Anforderungen betreffend Arbeitslosenentschädigung).

5.2 Freiwillige Versicherung

Auch die 4. AVIG-Revision liess die von der Verfassung gebotenen Möglichkeiten zur Schaffung einer bundesrechtlichen Regelung für die Arbeitslosenfürsorge und einer Versicherungsgelegenheit für Selbständigerwerbende ungenutzt.

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes

Dem Grundsatz nach ist der Versicherungsschutz an eine unselbständige Erwerbstätigkeit gebunden (Befreiung vom Erfüllen der Beitragszeit in gewissen Fällen – vgl. AVIG 14 I und II – möglich).

Praktisch besteht der Versicherungsschutz ab Abschluss der obligatorischen Schulzeit bis zum Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter).

5.4 Versicherungsausweis

Ein eigener Versicherungsausweis, der die Beitragsleistung an die ALV bescheinigt, existiert nicht. Die Beiträge für die Arbeitslosenversicherung werden zusammen mit jenen für die AHV/IV/EO von den AHV-Ausgleichskassen erhoben. Unter Angabe der Versichertennummer kann über jede AHV-Ausgleichskasse ein Gesamtkontenauszug angefordert werden (vgl. Kapitel III, AHV, 5.5.1; www.ahv-iv.ch, > InfoRegister: Meine kontenführenden Ausgleichskassen). Für Personen, die Arbeitslosenentschädigung beziehen, dient das Formular «Angaben der versicherten Person» für die Geltendmachung.

6. Finanzierung (AVIG 90–93)

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

Die Finanzierung erfolgt nach dem **Ausgaben-Umlageverfahren**. Der in einer Periode entstandene Aufwand an Leistungen soll grundsätzlich durch die in dieser Periode eingenommenen Beiträge gedeckt werden. Ein Ausgleichsfonds hilft, gewisse Schwankungen aufzufangen (modifiziertes Ausgaben-Umlageverfahren).

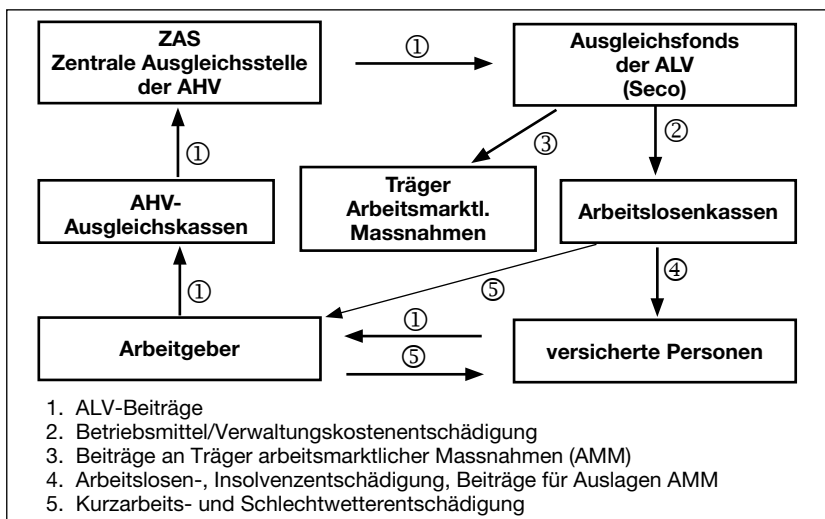
Zur Abfederung des Konjunkturrisikos muss laut AVIG 90c der Beitragssatz angepasst werden, wenn der Schuldenbestand des Ausgleichsfonds Ende Jahr 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Lohnsumme erreicht.

Die Arbeitslosenversicherung finanziert sich durch (AVIG 90)

- ▶ die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber,
- ▶ eine Beteiligung des Bundes und der Kantone an den Kosten für Vermittlung und arbeitsmarktliche Massnahmen,
- ▶ die Vermögenserträge des Ausgleichsfonds.

Geldfluss in der Arbeitslosenversicherung

Quelle: Manual 2017 Roberto Maschetti



6.2 Beitragspflichtige Personen (AVIG 2–6, AVIV 2)

Beiträge an die Arbeitslosenversicherung haben all jene Unselbständig-erwerbenden und ihre Arbeitgeber zu entrichten, die der obligatorischen AHV/IV unterstehen.

Arbeitnehmende und Arbeitgeber tragen die Beiträge je zur Hälfte. Der Arbeitgeber zieht den Arbeitnehmeranteil zusammen mit den AHV/IV/EO-Beiträgen vom Bruttolohn ab. Beide Anteile zusammen überweist er mit den AHV-Beiträgen periodisch an die für ihn zuständige AHV-Ausgleichskasse (AVIG 5). Arbeitnehmende eines nicht beitragspflichtigen Arbeitgebers (ANOBAG) entrichten ihre Beiträge zusammen mit den AHV/IV/EO-Beiträgen an die für sie zuständige AHV-Ausgleichskasse.

Nicht beitragspflichtig sind mitarbeitende Familienmitglieder, die den selbständigen Landwirten gemäss FLG gleichgestellt sind.

6.3 Dauer der Beitragspflicht

Die ALV-Beitragspflicht **beginnt** mit Aufnahme der unselbständigen Erwerbstätigkeit, frühestens am 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres.

Sie **endet** mit Aufgabe der unselbständigen Erwerbstätigkeit, spätestens aber mit Erreichen des Referenzalters, d.h., Ende des Monats, in dem Versicherte das 65. Altersjahr erreichen. Frauen mit Jahrgang 1960 erreichen das Referenzalter noch mit 64 Jahren, Jg. 1961 mit 64 $\frac{1}{4}$, Jg. 1962 mit 64 $\frac{1}{2}$, Jg. 1963 mit 64 $\frac{3}{4}$ (AVIG 2 II lit. c). Wird hernach weitergearbeitet, erlöschen sowohl die Beitragspflicht als auch die Bezugsberechtigung.

6.4 Beitragshöhe und Berechnungsbasis (AVIG 3)

Auf Jahreslöhnen bis CHF 148 200.– werden 2,2 Prozent Beiträge für die ALV erhoben; je 1,1 Prozent Arbeitnehmende und Arbeitgeber. Auf übersteigenden Jahreslöhnen (d.h., ab CHF 148 201.–) ist ein Solidaritätsprozent zum Schuldenabbau eingefordert, je 0,5 Prozent für Arbeitgeber und Arbeitnehmer/in.

Basis für die Beitragsbemessung bildet der massgebende Lohn der AHV. Allerdings kennt die ALV einen Höchstbetrag des versicherten und auch des beitragspflichtigen Verdienstes, dieser ist identisch mit dem im UVG maximal versicherten Verdienst (d.h., CHF 148 200.–). Bis der Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung saniert ist, werden zudem Solidaritätsbeiträge erhoben. Sie haben keinen Einfluss auf die Leistungen.

Für Arbeitnehmende ohne beitragspflichtige Arbeitgeber (ANOBAG) bildet das für die AHV relevante Reineinkommen aus dieser Erwerbstätigkeit (unter Beachtung des maximal versicherten und beitragspflichtigen Verdienstes, dies ggf. mit Solidaritätsbeitrag) Grundlage für die Beitragsbemessung. ANOBAG entrichten die vollen ALV-Beiträge, d.h., sowohl den Arbeitnehmer- als auch Arbeitgeberanteil.

Beitragssätze und höchstversicherter Verdienst seit der Einführung der ALV per 1. April 1977 Die Beiträge sind je zur Hälfte von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber zu entrichten.		
Jahr/e	Beitragssatz in Prozent	höchstversicherter Jahresverdienst in CHF
1977–1979	0,8	46 800.–
1980–1981	0,5	46 800.–
1982–1983	0,3	46 800.–
1984–1986	0,6	69 900.–
1987–1989	0,6	81 600.–
1990	0,4	81 600.–
1991–1992	0,4	97 200.–
1993–1994	2,0	97 200.–
1995	3,0	97 200.–
1996–1999	3,0 bis Jahreslohn CHF 97 200.– 1,0 von CHF 97 201.– bis 243 000.– 0,0 ab CHF 243 001.–	97 200.–
2000–2002	3,0 bis Jahreslohn CHF 106 800.– 2,0 von CHF 106 801.– bis 267 000.– 0,0 ab CHF 267 001.–	106 800.–
2003	2,5 bis Jahreslohn CHF 106 800.– 1,0 von CHF 106 801.– bis 267 000.– 0,0 ab CHF 267 001.–	106 800.–
2004–2007	2,0	106 800.–
2008–2010	2,0	126 000.–
2011–2013	2,2 bis Jahreslohn CHF 126 000.– 1,0 von CHF 126 001.– bis 315 000.– 0,0 ab CHF 315 001.–	126 000.–
2014–2015	2,2 bis Jahreslohn CHF 126 000.– 1,0 ab CHF 126 001.–	126 000.–
2016–2022	2,2 bis Jahreslohn 1,0 ab CHF 148 201.–	148 200.–
seit 2023	2,2 bis Jahreslohn 0,0 ab CHF 148 201.–	148 200.–

Der Solidaritätsbeitrag (1,0% für Löhne ab CHF 148 200.–) konnte auf 1. Januar 2023 gestrichen werden, weil der Arbeitslosen-Ausgleichsfonds per Ende 2022 genügend Kapital ausgewiesen hat.

6.5 Interventionsmechanismus (Konjunkturrisiko, AVIG 90c)

Als einzige Sozialversicherung hat die ALV in der Gesetzgebung Massnahmen festgeschrieben, die greifen, falls der ALV-Ausgleichsfonds (Fall einer anhaltend schlechten Wirtschaftslage und entsprechend hoher Arbeitslosigkeit) anhaltend rote Zahlen schreibt:

Wenn der Schuldenstand des ALV-Ausgleichsfonds Ende Jahr 2,5 Prozent der von der Beitragspflicht erfassten Lohnsumme erreicht (pro 2018 = 7,20 Mrd. Franken) muss der Bundesrat innert Jahresfrist eine Gesetzesrevision für die Neuregelung der Finanzierung vorlegen.

Vorgängig erhöht er den Beitragssatz um höchstens 0,3 Lohnprozent und stellt den Lohnanteil über den höchstversicherten Verdienst (ab CHF 148 201.– unter Beitragspflicht). Dieser Lohnanteil darf höchstens 1,0 Prozent ausmachen (Solidaritätsprozent).

⇒ Seit 2011 sind wir so am Wiederaufbau des ALV-Ausgleichsfonds.

Aufheben der Zusatzfinanzierung

Wenn das Eigenkapital des ALV-Ausgleichsfonds Ende Jahr 2,0 Mrd. Franken Betriebskapital plus 2,5 Prozent der von der Beitragspflicht erfassten Lohnsumme erreicht, muss der Bundesrat innert Jahresfrist die Beitragssätze senken. Von der Senkung kann abgesehen werden, wenn aufgrund schlechter Konjunkturaussichten mit einem unmittelbar starken Anstieg der Arbeitslosigkeit zu rechnen ist.

7. Leistungsübersicht

Leistungsarten AVIG (ohne arbeitsmarktliche Massnahmen)				
Leistungsart	Arbeitslosen- entschädigung AVIG 8–30 AVIV 3–45	Kurzarbeits- entschädigung AVIG 31–41 AVIV 46–64	Schlechtwetter- entschädigung AVIG 42–50 AVIV 65–72	Insolvenz- entschädigung AVIG 51–58 AVIV 73–80
Zweck	Erwerbsersatz	Ersatz der Ausfallkosten, Verhütung von Entlassungen		Ersatz offener Löhne
Kreis	versicherte Arbeitnehme- nde (mind. 12 Monate) sowie neu in den Arbeitsmarkt Eintretende (Mindestverdienst mtl. CHF 500.–)	Arbeitnehmer/in muss beitrags- pflichtig sein (verschiedene Personengruppen sind ausgenommen) nur für ausge- wählte Bran- chen z.B. Bau, Wald usw.		Arbeitnehmer von Betrieben mit Arbeitsort oder Konkurs- ort Schweiz
Versichertes Ereignis	ganze oder teilweise Arbeitslosigkeit	wirtschaftlich bedingte vorübergehende Kürzung/ Einstellung der Arbeit	zwingende witterungsbe- dingte Arbeits- einstellung	Lohnausfall bei Konkurs des Arbeitge- bers (gearbei- tete Zeiten)
Maximal versicherter Verdienst	mtl. CHF 12 350.–			
Leistungs- höhe	70 bzw. 80 Prozent des versicherten Verdienstes, je nach Anspruchs- voraussetzung	80 Prozent des Verdienstauffalls		100 Prozent des Verdienst- auffalls
Leistungs- dauer	nach Alter der versicherten Person bis max. 520 Tage (bzw. 640) pro Rahmen- frist von in der Regel 2 Jahren	12 Monate (pro Betrieb evtl. Abteilung und pro 2-Jahres- Frist) ¹	6 Monate (pro Betrieb evtl. Abteilung und pro 2-Jahres-Frist) ¹	letzte 4 Monatslöhne
¹ Mit Zusammentreffen von Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung können maximal während 12 Monaten Leistungen bezogen werden (davon maximal 6 Monate Schlechtwetterentschädigung). Vom 1. August 2024 bis 31. Juli 2025 wird die maximale Bezugsdauer für Kurzarbeits- entschädigung auf 18 Monate erhöht.				

8. Anspruchsvoraussetzungen

Alle in der Schweiz wohnhaften Arbeitnehmenden sind – ungeachtet ihrer Nationalität – zum Bezug sämtlicher Leistungen gemäss AVIG berechtigt, wenn sie die spezifischen Voraussetzungen erfüllen.

Grenzgänger/innen, die in der Schweiz arbeiten, sind – sofern sie die spezifischen Voraussetzungen erfüllen – hier zum Bezug von Kurzarbeits-, Schlechtwetter- und Insolvenzentschädigung berechtigt. Mit Verlust des Arbeitsplatzes in der Schweiz sind sie aber im Wohnsitzstaat, nach dessen gesetzlichen Bestimmungen, zum Bezug von Arbeitslosenentschädigung und ggf. arbeitsmarktlichen Massnahmen berechtigt. Mit entsprechender Meldung von der Arbeitsmarktbehörde kann während längstens dreier Monate in der Schweiz nach neuer Arbeit gesucht werden (Verkehr mit dem RAV am letzten Arbeitsort in der Schweiz).

Für Arbeitnehmende, welche die Schweiz verlassen oder im Ausland eine Anstellung suchen, finden sich die diesbezüglichen Bestimmungen in Kapitel XVIII, grenzüberschreitende Sozialversicherungen.

Um die fünf Leistungsbereiche übersichtlicher darzustellen, werden die entsprechenden sachlichen Anspruchsvoraussetzungen nachstehend mit der entsprechenden Leistung vorgestellt.

9. Sachleistungen

Die Übernahme von Kosten für die Heilbehandlung oder die gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit sowie die Abgabe von Hilfsmitteln fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitslosenversicherung.

9.1 Arbeitsmarktliche Massnahmen (AMM) (AVIG 59–75b, AVIV 81–100)

Die arbeitsmarktlichen Massnahmen sind als Abwehrdispositiv vor allem gegen strukturelle Arbeitslosigkeit zu verstehen. So erbringt die Arbeitslosenversicherung finanzielle Leistungen für Umschulung, Weiterbildung und Eingliederung von versicherten arbeitslosen Personen und solchen, die von Arbeitslosigkeit bedroht sind.

9.1.1 Zielsetzung (AVIG 59 II)

Mit den arbeitsmarktlichen Massnahmen soll

- ▶ die möglichst rasche Wiedereingliederung – auch von erschwert vermittelbaren Personen – gefördert werden;
- ▶ die Vermittlungsfähigkeit der versicherten Personen verbessert werden, damit sie rasch und dauerhaft wieder eingegliedert werden können;
Laut Rechtsprechung muss durch einen Kursbesuch die Vermittlungsfähigkeit der versicherten Person im konkreten Fall tatsächlich und in erheblichem Mass gefördert werden. Ein bloss vermeintlicher Vorteil der Vermittlungsfähigkeit genügt den gesetzlichen Anforderungen von AVIG 59 II lit. a nicht.
- ▶ die Gefahr von Langzeitarbeitslosigkeit vermindert werden.

In Frage kommen vor allem Massnahmen, die auf bereits vorhandenen Erfahrungen und Kenntnissen aufbauen, diese vervollkommen und dem heutigen Arbeitsmarkt anpassen.

Die arbeitsmarktlichen Massnahmen umfassen

- ▶ **Bildungsmassnahmen** (AVIG 60)
individuelle oder kollektive Weiterbildungskurse
- ▶ **Beschäftigungsmassnahmen** (AVIG 64a und 64b)
Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Berufspraktika, Motivationssemester
- ▶ **Spezielle Massnahmen** (AVIG 65–71d)
Einarbeitungszuschüsse, Ausbildungszuschüsse, Pendlerkosten- und Wochenaufenthalterbeiträge sowie die Unterstützung zur Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit
- ▶ **Weitere Massnahmen** (AVIG 73–75b)
Arbeitsmarktforschung und vom Gesetz abweichende Pilotversuche

Grundsätzlich muss die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen auf Weisung oder mit Zustimmung der zuständigen Amtsstelle (KAST oder RAV) erfolgen. Versicherte können Kurse auch auf Eigeninitiative hin besuchen. Damit die diesbezüglichen Leistungen von der Arbeitslosenversicherung übernommen werden, muss die versicherte Person jedoch rechtzeitig (mindestens zehn Tage vor Kursbeginn) von der zuständigen Amtsstelle (KAST oder RAV) – mit einem begründeten Gesuch und den erforderlichen Unterlagen – die Bewilligung einholen (AVIG 59c).

9.1.1.1 Anspruchsvoraussetzungen

Für die Teilnahme an arbeitsmarktlichen Massnahmen muss die betreffende Person

- ▶ grundsätzlich vermittlungsfähig (AVIG 15; vgl. 10.1.1.5) und
- ▶ ihre Vermittelbarkeit **aus Gründen des Arbeitsmarktes erschwert sein**.
- ▶ Zudem muss die Teilnahme an der Massnahme die Vermittlungsfähigkeit der betreffenden Person **im erheblichen Mass fördern** – wie das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat.

Anspruchsberechtigte Personen

Die versicherte Person muss arbeitslos oder von Arbeitslosigkeit bedroht sein und es muss ihr keine zumutbare Arbeit zugewiesen werden können. Grundsätzlich muss sie innerhalb der Rahmenfrist (vgl. 10.1.1.3) die Mindestbeitragszeit erfüllen oder davon befreit sein.

Die Teilnahme an einer arbeitsmarktlichen Massnahme setzt voraus, dass der versicherten Person ohne diese Massnahme keine Stelle zugewiesen werden kann. **Massnahmen, die eine Grundausbildung oder eine allgemeine Weiterbildung beinhalten, fallen nicht in den Aufgabebereich der Arbeitslosenversicherung!** In der Eingliederung von behinderten Personen arbeiten die Durchführungsstellen der Arbeitslosenversicherung mit der Invalidenversicherung zusammen (IIZ).

In der Beurteilung, ob die Vermittlungsfähigkeit aus Gründen des Arbeitsmarkts erschwert ist, sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts, sozialrechtliche Abteilung, unter anderem folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- ▶ **Die Ausbildung und die bisherige Tätigkeit** der betroffenen Person: Keine Eingliederungsmassnahme gewährt werden kann Personen, denen eine zumutbare Stelle oder eine Zwischenbeschäftigung zugewiesen werden kann sowie solchen, die mit entsprechenden Bemühungen eine neue Stelle finden können. Dasselbe gilt grundsätzlich für Personen, denen bereits eine neue Stelle zugesichert worden ist. Übernommen werden könnte eine Massnahme, die Bedingung für den Stellenantritt darstellt.
- ▶ **Der Kündigungsgrund:** Hat die betroffene Person ihre letzte Stelle aus wirtschaftlichen Gründen verloren oder hat sie einfach ohne entschuld-baren Grund selbst gekündigt?
- ▶ **Die Motivation der betroffenen Person:** Will sie eine Massnahme aus Reaktion auf die Arbeitslosigkeit ergreifen oder entspricht die beantragte Massnahme einem persönlichen Wunsch, der unabhängig von der eingetretenen Arbeitslosigkeit besteht?
- ▶ **Die persönlichen Verhältnisse der betroffenen Person:** Ist sie aufgrund ihres Alters, ihrer familiären Situation oder aus gesundheitlichen Gründen in der Stellensuche benachteiligt?
- ▶ **Erfüllt die betroffene Person die Voraussetzungen** für die beantragte Massnahme?
- ▶ **Ist die Massnahme angemessen?** Sind die Dauer der Massnahme sowie deren Kosten angemessen oder kann das Ziel der Wiedereingliederung auch mit einer kürzeren oder kostengünstigeren Massnahme erreicht werden?

Leistungsanspruch

Die Arbeitslosenversicherung übernimmt die Kosten für die zugesprochenen arbeitsmarktlichen Massnahmen. Zudem übernimmt sie die nachgewiesenen Auslagen für den Transport und Kostenbeiträge an die Verpflegung und ggf. Unterkunft am Ort der Massnahme.

Für die Tage, an denen Versicherte aufgrund eines Entscheids der zuständigen Amtsstelle (KAST, RAV) an einer Bildungs- oder Beschäftigungsmassnahme teilnehmen, wird ihnen **zusätzlich zur Übernahme der entsprechenden Kosten das Taggeld ausbezahlt**. Unter bestimmten Voraussetzungen werden auch während der Planung einer selbständigen Erwerbstätigkeit Taggelder ausgerichtet.

Versicherte Personen, die älter als 50 Jahre sind – und die Anspruchsvoraussetzungen dazu erfüllen –, können nach Ende des Taggeldanspruchs bis zum Ablauf der Rahmenfrist für den Leistungsbezug weiterhin an Bildungs- und Beschäftigungsmassnahmen teilnehmen. Diese und damit verbundene Spesen gehen weiterhin zulasten der Arbeitslosenversicherung.

Der Veranstalter von Bildungs- oder Beschäftigungsmassnahmen bestätigt für jede Kontrollperiode (Monat) spätestens am dritten Werktag des folgenden Monats die Anzahl Tage, an denen die versicherte Person effektiv an der Massnahme teilgenommen hat, und führt die Absenzen (AVIV 87).

9.1.2 Die Arbeitsmarktlichen Massnahmen

9.1.2.1 Bildungsmassnahmen (AVIG 60)

Dazu gehören individuelle oder kollektive Kurse (z.B. Stellenbewerbung) zur Umschulung, Weiterbildung oder Eingliederung sowie Übungsfirmen und Ausbildungspraktika.

- ▶ **Praxisfirmen/Übungsfirmen:** Die Massnahme besteht vor allem darin, im kaufmännischen sowie in anderen Bereichen (Handwerk, Technik usw.) eine Firma mit zehn bis zwanzig Personen zu betreiben, mit dem Ziel, den Teilnehmenden erste Berufserfahrungen zu vermitteln bzw. ihre beruflichen Kenntnisse zu erweitern. Diese stehen stellenlosen Lehrabgänger/innen, Wiedereinsteiger/innen und weiteren Versicherten offen und dauern sechs Monate.
- ▶ **Ausbildungspraktika:** Im Ausbildungspraktikum sollen die Kenntnisse der Teilnehmenden vertieft werden, damit ihre Vermittlungsfähigkeit deutlich verbessert und ihnen ermöglicht wird, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Ausbildungspraktika stehen stellenlose Lehrabgänger/innen und Wiedereinsteiger/innen ins Berufsleben offen und dauern in der Regel bis maximal drei Monate.

Während das Berufspraktikum in erster Linie darauf abzielt, qualifizierten Versicherten erste Berufserfahrungen zu vermitteln, bezweckt das Ausbildungspraktikum hauptsächlich eine bewusste Ergänzung der beruflichen Kenntnisse in einem Bereich, in dem die Versicherten Lücken aufweisen.

9.1.2.2 Beschäftigungsmassnahmen (AVIG 64a und 64b)

Dies sind Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Berufspraktika und Motivationssemester. Als Beschäftigungsmassnahmen gelten namentlich vorübergehende Einsätze im Rahmen von

- ▶ **Programmen zur vorübergehenden Beschäftigung:** Öffentliche oder private nicht gewinnorientierte Institutionen sollen den Teilnehmenden eine geregelte Tagesstruktur geben, die durch die Arbeitslosigkeit bestehende Isolationsgefahr vermeiden und berufliche Qualifikationen erhalten sowie neue dazugeben. Die Dauer der vorübergehenden Beschäftigung ist in der Regel auf sechs Monate beschränkt. So lange werden Tagelder ausgerichtet (keine neue Beitragszeit). Solche Programme dürfen die Privatwirtschaft nicht unmittelbar konkurrenzieren.
- ▶ **Berufspraktika:** Junge, d.h., maximal 30-jährige arbeitslose Lehrabgänger/innen ohne berufliche Erfahrung, Wiedereinsteiger/innen können Berufspraktika in Unternehmen oder in öffentlichen Verwaltungen absolvieren. Sie dauern maximal sechs Monate.
- ▶ **Motivationssemester:** Das Motivationssemester soll jugendlichen Arbeitslosen die Wahl eines Bildungswegs ermöglichen und sie (wieder) in den Arbeitsmarkt eingliedern. Dieses Angebot richtet sich an arbeitslose Schulabgänger/innen, die ihre obligatorische Schulpflicht absolviert und keine Lehrstelle gefunden haben. Während den sechs Monate werden Tagelder von mtl. ca. CHF 450.– ausgerichtet.

9.1.2.3 Spezielle Massnahmen (AVIG 65–71d, AVIV 90–95e)

Als spezielle Massnahmen gelten zeitlich befristete Zuschüsse und Kostenübernahmen:

Einarbeitungszuschüsse (AVIG 65, AVIV 90)

Einarbeitungszuschüsse können Arbeitgebern gewährt werden, die schwervermittelbare Stellensuchende (die bereits 150 Taggelder bezogen haben) anstellen. Zum Ausgleich der verminderten Arbeitsleistung während der Einarbeitung in einem Betrieb beteiligt sich die Arbeitslosenversicherung an den Lohnkosten. Einarbeitungszuschüsse werden während maximal sechs, für ältere Arbeitslose bis zwölf Monate gewährt. Nach je einem Drittel der vorgesehenen Einarbeitungszeit – frühestens nach zwei Monaten – wird der Zuschuss um einen Drittel des ursprünglichen Betrags gekürzt (z.B. 60%, 40%, 20%).

Ausbildungszuschüsse (AVIG 66a–66c, AVIV 90a)

Diese gehen an über 30-jährige Versicherte, die über keine abgeschlossene berufliche Ausbildung verfügen oder in ihrem erlernten Beruf erhebliche Schwierigkeiten haben, eine Stelle zu finden. Solche Zuschüsse werden bis zum Ende der bewilligten maximal dreijährigen Ausbildung ausgerichtet.

Pendlerkosten- und Wochenaufenthaltsbeiträge (AVIG 68–70, AVIV 91–95)

Arbeitslose, die in ihrer Wohnregion keine Arbeit gefunden und deshalb eine Stelle ausserhalb angenommen haben, können von der Arbeitslosenversicherung während längstens sechs Monaten Pendlerkosten- bzw. Wochenaufenthaltsbeiträge erhalten. Solche Beiträge gibt es nur, wenn sie im Vergleich zu ihrer letzten Tätigkeit durch die auswärtige Arbeit eine finanzielle Einbusse erleiden.

Wohnortsregion: Der Arbeitsort liegt in der Wohnortsregion der versicherten Person, wenn zum Wohnort eine öffentliche Verkehrsverbindung besteht, deren Länge 50 Kilometer nicht übersteigt, oder sie den Arbeits- vom Wohnort aus mit einem privaten Motorfahrzeug, das ihr zur Verfügung steht, innerhalb einer Stunde erreichen kann.

Finanzielle Einbusse gegenüber der letzten Erwerbstätigkeit: Die versicherte Person erleidet eine finanzielle Einbusse, wenn in ihrer neuen Tätigkeit der Verdienst, abzüglich der notwendigen Auslagen (Fahrtkosten, Unterkunft, Verpflegung), den vor der Arbeitslosigkeit erzielten versicherten Verdienst, abzüglich der entsprechenden Auslagen, nicht erreicht. Zudem müssen die notwendigen Auslagen (Fahrtkosten, Unterkunft, Verpflegung) höher als jene vor der Arbeitslosigkeit sein.

► **Pendlerkostenbeiträge (AVIG 68, 69; AVIV 91, 92, 94, 95)**

Sie decken die notwendigen Fahrtkosten (in der Regel des öffentlichen Verkehrs 2. Klasse, ausnahmsweise des privaten Verkehrsmittels) im Inland für das Pendeln zwischen dem Wohnort und dem neuen Arbeitsort.

► **Wochenaufenthaltsbeiträge (AVIG 68, 70; AVIV 91, 93, 94, 95)**

Die Wochenaufenthaltsbeiträge decken nicht nur die notwendigen Reisekosten (des öffentlichen Verkehrsmittels) in der Schweiz, um wöchentlich vom Wohnort zum neuen Arbeitsort zu gelangen, sondern auch teilweise die Unterkunfts- und Verpflegungskosten (Pauschalbeträge).

Unterstützung zur Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit (AVIG 71a–71d, AVIV 95a–95e)

Versicherte, die eine dauernde selbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen, können während der Projektierungsphase durch das Ausrichten von höchstens 90 Taggelder, von der Arbeitslosenversicherung unterstützt werden. So lange ist der oder die künftige Selbständigerwerbende von den Kontrollpflichten befreit.

- ▶ Wer nach Abschluss der Planungsphase die selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt, erfährt eine zweijährige Verlängerung der Rahmenfrist für den Leistungsbezug (10.1.1.311). Dadurch kann die Arbeitslosenentschädigung wieder aufleben (Restbezug der Taggelder), falls es mit der Selbständigkeit nicht klappt und diese aufgegeben werden muss.

Um Versicherten den Start als Selbständigerwerbende zu erleichtern, kann die Arbeitslosenversicherung eine Bürgschaftsgarantie bei einer Bürgschaftsorganisation übernehmen (20 Prozent des allfälligen Verlustrisikos, maximal CHF 500 000.–). Betroffene müssen den entsprechenden Antrag frühzeitig dem RAV stellen: Bürgschaftsgarantie mit Taggeldern, in den ersten 19 Wochen; Bürgschaftsgarantie ohne Taggelder in den ersten 35 Wochen ab Beginn der Rahmenfrist für den Leistungsbezug.

10. Geldleistungen

10.1 Arbeitslosenentschädigung (AVIG 8–30, AVIV 3–45)

Auf die Schnelle

- ▶ Arbeitslosenentschädigung von 70 Prozent des letztversicherten Verdienstes (maximal von CHF 148 200.–/Jahr). Wenn Unterhaltspflicht gegenüber Kind/Kindern 80 Prozent.
- ▶ Voraussetzung ist, dass in den letzten zwei Jahren mindestens 12 Beitragsmonate ausgewiesen sind. Die maximale Bezugsdauer ist abhängig von der zurückgelegten Beitragsdauer und dem Alter der betreffenden Person. Je nachdem können maximal 200, 260, 400, 520 (evtl. sogar 640) Taggelder gewährt werden; Details vgl. 10.1.2.2. Es werden nur fünf Taggelder je Woche bezahlt.
- ▶ Sämtliche Anspruchsvoraussetzungen (vgl. 10.1.1) müssen erfüllt sein. Arbeitsbemühungen, Befolgen der Weisungen des RAV, nach einigen Wochen Arbeitslosigkeit Schadenminderungspflicht, d.h., Verpflichtung, auch ausserhalb des angestammten Berufes Arbeit zu suchen und anzunehmen.

10.1.1 Anspruchsvoraussetzungen (AVIG 8–17, AVIV 3–17)

Eine Person hat Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung, wenn sie:

- ▶ ganz oder teilweise arbeitslos ist (AVIG 10);
- ▶ einen anrechenbaren Arbeits- und Verdienstausschlag erlitten hat (AVIG 11);
- ▶ in der Schweiz wohnt (Sonderregelung für Grenzgänger/innen vgl. Kapitel XVIII);

- ▶ die obligatorische Schulzeit zurückgelegt und das Referenzalter noch nicht erreicht hat;
- ▶ die Beitragszeit erfüllt hat oder von der Erfüllung der Beitragszeit befreit ist (AVIG 13–14);
- ▶ vermittlungsfähig ist (AVIG 15) **und**
- ▶ die Kontrollvorschriften erfüllt hat (AVIG 17).

Die Voraussetzungen sind kumulativ (d.h., ausnahmslos alle) zu erfüllen! Wenn ein Element nicht erfüllt wird, besteht kein Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung.

10.1.1.1 Ganz oder teilweise arbeitslos (AVIG 10)

Erst durch die Meldung auf dem Gemeindearbeitsamt bzw. dem RAV gelten Arbeitssuchende als ganz oder teilweise arbeitslos.

- ▶ Als **ganz arbeitslos** gilt, wer in keinem Arbeitsverhältnis steht und eine Vollzeitbeschäftigung sucht.
- ▶ Als **teilweise arbeitslos** gilt, wer in keinem Arbeitsverhältnis steht und lediglich eine Teilzeitbeschäftigung sucht oder eine Teilzeitbeschäftigung hat und eine Vollzeit- oder eine weitere Teilzeitstelle sucht.

Nicht als teilweise arbeitslos gelten Arbeitnehmende, deren normale Arbeitszeit vorübergehend verkürzt wurde (Kurzarbeit).

10.1.1.2 Anrechenbarer Verdienstausschlag (AVIG 11, AVIV 4–5)

Der Arbeitsausfall ist anrechenbar, wenn er einen **Verdienstausschlag zur Folge hat** und

- ▶ mindestens zwei aufeinanderfolgende Arbeitstage (ganz Arbeitslose) bzw.
- ▶ für Teilzeitarbeitslose mindestens zwei volle Arbeitstage innerhalb von zwei Wochen ausmacht.

10.1.1.3 Rahmenfristen (AVIG 9)

Für den Leistungsbezug und für die Beitragszeit gelten grundsätzlich zweijährige Rahmenfristen.

Die Rahmenfrist für den Leistungsbezug beginnt mit dem ersten Tag, für den sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Die Rahmenfrist für die Beitragszeit beginnt in der Regel zwei Jahre vor diesem Tag.

- Beispiel:**
- ▶ Anspruchserhebung ab 1. Juli 2024
 - ▶ Sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt ab 1. Juli 2024

01.07.2022	30.06.2024	01.07.2024	30.06.2026
Rahmenfrist Beitragszeit		Rahmenfrist Leistungsbezug	

10.1.1.31 Erweiterte Rahmenfristen

Die Rahmenfristen können in gewissen Fällen für Arbeitslose erweitert werden:

- ▶ die sich selbständig gemacht haben und damit gescheitert sind (AVIG 9a);
- ▶ nach Abschluss der Kindererziehungszeit (AVIG 9);
- ▶ mit Anmeldung während der letzten vier Jahre vor dem Referenzalter (AVIG 27 III).

10.1.1.311 Rahmenfrist nach Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit (SE-Tätigkeit) ohne Förderung durch die ALV

Je nachdem, ob im Zeitpunkt der Aufnahme der SE-Tätigkeit eine Rahmenfrist für den Leistungsbezug gelaufen ist oder nicht, ergeben sich unterschiedliche Erweiterungen:

- a) Eine Rahmenfrist für den Leistungsbezug bestand und lief; für eine Neuanmeldung nach gescheitertem SE-Versuch ist zu wenig Beitragszeit vorhanden.
 - ▶ Die Rahmenfrist für den **Leistungsbezug** wird um zwei Jahre verlängert und die restlichen anfallenden Taggelder können noch bezogen werden.
- b) Es kann keine Rahmenfrist für den Leistungsbezug eröffnet werden
 - ▶ Die Rahmenfrist für die **Beitragszeit** wird um die Dauer der SE-Tätigkeit, längstens aber um zwei Jahre, erweitert und es können ggf. noch Beitragszeiten herangezogen werden.

10.1.1.312 Erweiterte Rahmenfristen nach Kindererziehungszeit (Babypause; AVIG 9b, AVIV 3b)

Es können sowohl versicherte Mütter als auch Väter, die ihre unselbständige Erwerbstätigkeit wegen der Betreuung eines unter zehnjährigen Kindes unterbrochen haben, von den erweiterten Rahmenfristen profitieren. Für dasselbe Kind kann aber nur einmal und nur von einem Elternteil eine Verlängerung der Rahmenfrist beansprucht werden.

Es ergeben sich Unterschiede, je nachdem, ob zu Beginn der Erziehungszeit eine Rahmenfrist für den Leistungsbezug gelaufen ist oder nicht:

- a) Frist bestand und lief schon vor der «Babypause»
 - ▶ Die Rahmenfrist für den **Leistungsbezug** wird um zwei Jahre verlängert.
- b) Es kann keine Rahmenfrist für den Leistungsbezug eröffnet werden
 - ▶ Die Rahmenfrist für die **Beitragszeit** beträgt vier Jahre.

10.1.1.313 Erweiterte Rahmenfristen vor Erreichen des Referenzalters (AVIG 27 III)

Die Rahmenfrist für den Leistungsbezug von Versicherten, die **innerhalb der letzten vier Jahre vor Erreichen des Referenzalters arbeitslos** werden, kann bis zum Erreichen des Referenzalters (längstens um zwei Jahre) verlängert werden. Falls für Betroffene die Vermittelbarkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes stark eingeschränkt ist, kann der Bundesrat den Anspruch um höchstens 120 Taggelder erhöhen (⇒ insgesamt maximal 640 Taggelder; was zurzeit gilt, AVIV 41b).

10.1.1.4 Beitragszeit erfüllt oder von der Erfüllung befreit

10.1.1.41 Beitragszeit erfüllt (AVIG 13–14)

Die Beitragszeit hat erfüllt, wer innerhalb der Rahmenfrist für die Beitragszeit während mindestens zwölf Monaten eine beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat.

Unterbrüche während des Arbeitsverhältnisses infolge Militär-, Zivil-, Zivilschutzdienst, Krankheit/Unfall (während Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses) oder Schwangerschaft (Arbeitsunterbrüche soweit durch Arbeitsgesetz oder GAV vorgeschrieben) und der Bezugsdauer der Mutterschaftsentschädigung (98 Tage MSE) können allenfalls als Beitragszeiten angerechnet werden.

Sonderregelung für Kunstschaffende: Versicherten mit häufig wechselnden oder befristeten Anstellungen wird die Beitragszeit für die ersten 60 Kalendertage des befristeten Arbeitsverhältnisses verdoppelt (AVIV 12a).

Ermitteln der Beitragszeit

Jeder Arbeitstag von Montag bis Freitag gilt als 1,4 Kalendertage. 30 Kalendertage oder ein voller Kalendermonat ergeben einen Beitragsmonat.

10.1.1.42 Vom Erfüllen der Beitragszeit befreit (AVIG 14)

Daneben existiert eine **Härtefallregelung für Personen, denen es nicht möglich war, der Beitragspflicht nachzukommen**. Hier gilt der Grundsatz: Befreit von der Erfüllung der Beitragszeit kann nur werden, wer die Mindestbeitragszeit nicht erreicht!

- ▶ Verhinderungsgründe AVIG 14 I (Kausalitätsprinzip)
- ▶ Unerwartetes, die Lebensumstände plötzlich veränderndes Ereignis (AVIG 14 II)
- ▶ Rückkehr nach über einjährigem Auslandsaufenthalt (AVIG 14 III, AVIV 13 II)

Verhinderungsgründe AVIG 14 I (Kausalitätsprinzip)

Befreit ist, wer **während mehr als zwölf Monaten** keine Arbeitnehmers-tätigkeit ausüben konnte, wegen

- ▶ Schulausbildung, Umschulung oder Weiterbildung; sofern Betroffene während mindestens zehn Jahren Wohnsitz in der Schweiz hatten,
- ▶ Krankheit (ATSG 3), Unfall (ATSG 4) oder Mutterschaft (ATSG 5) ohne Bezug von Mutterschaftsentschädigung; sofern Betroffene während dieser Zeit Wohnsitz in der Schweiz hatten,
- ▶ Aufenthalt in einer schweizerischen Haft-, Arbeiterziehungs- oder ähnlichen schweizerischen Anstalt.

Wo innerhalb der Rahmenfrist mehrere Verhinderungsgründe (z.B. Mutterschaft und anschliessender Aufenthalt in einer Heilanstalt) aufgetreten sind, können diese zum Erreichen der über einjährigen Ausfallzeit zusammengerechnet werden.

Unerwartetes, die Lebensumstände plötzlich veränderndes Ereignis (AVIG 14 II)

Ebenfalls vom Erfüllen der Beitragszeit befreit sind Personen, die durch den Eintritt eines die Lebensumstände verändernden Ereignisses zu Arbeitsaufnahme oder Erweiterung der Beschäftigungsdauer gezwungen sind. **Dies gilt, sofern sie mit Eintritt des Ereignisses den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz hatten und seither nicht mehr als zwölf Monate vergangen sind.** Als solche Ereignisse gelten

- ▶ richterliche Trennung der Ehe oder Ehescheidung
- ▶ Invalidität oder Tod des Ehemanns bzw. der Ehefrau
- ▶ Wegfall des ganzen oder eines erheblichen Teils des Erwerbseinkommens des anderen Ehegatten (z.B. durch Arbeitslosigkeit)
- ▶ Wegfall der Betreuung von im selben Haushalt lebenden Pflegebedürftigen, die seit mehr als einem Jahr der Pflege bedurft haben

Rückkehr nach über einjährigem Auslandsaufenthalt (AVIG 14 III, AVIV 13 II)

Schweizer/innen und hier niedergelassene Ausländer/innen sind nach ihrer Rückkehr von einem über zwölfmonatigen Auslandsaufenthalt während eines Jahres vom Erfüllen der Beitragspflicht befreit, wenn

- ▶ sie sich ausserhalb des EU-/EFTA-Raums aufgehalten haben und
- ▶ über eine mindestens einjährige Arbeitnehmertätigkeit im Ausland ausweisen können
- ▶ innerhalb der ordentlichen Rahmenfrist für die Beitragszeit während sechs Monaten in der Schweiz einer beitragspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind.

10.1.1.5 Vermittlungsfähigkeit (AVIG 15, AVIV 14–15)

Die arbeitslose Person ist vermittlungsfähig, wenn sie bereit, in der Lage und berechtigt ist, eine zumutbare Arbeit anzunehmen und an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen.

Der Begriff der Vermittlungsfähigkeit umfasst somit drei Elemente:

▶▶ bereit (will)

subjektive Bedingung: Eine arbeitslose Person muss ihre Arbeitskraft so einsetzen können, wie es ein Arbeitgeber normalerweise verlangt. Die versicherte Person muss sich aktiv bemühen; die rein mentale Willenshaltung genügt nicht;

▶▶ in der Lage (kann)

objektive Bedingung: Die versicherte Person muss nicht nur bereit, sondern auch tatsächlich in der Lage sein, ihre Arbeitskraft so einsetzen zu können, wie dies normalerweise ein Arbeitgeber verlangt: Ausbildung, Physis/Psyche usw.;

Nicht vermittlungsfähig sind Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind zu arbeiten; die aus familiären Gründen – z.B. mangels tragfähiger Lösung für die Kinderbetreuung – nicht in der Lage sind, eine zumutbare Arbeit anzunehmen, und solche, die aus per-

sönlichen Gründen nur zu sehr eingeschränkten Zeiten (Tages-/Wochenstunden oder weniger als drei Monate lang) arbeiten können.

» **berechtigt (darf)**

juristische Bedingung: Die Arbeits- und Vermittlungsberechtigung muss aufgrund gesetzlicher Vorschriften gegeben sein, beispielsweise durch das Vorliegen der Arbeitsbewilligung für Ausländer/innen.

Offensichtliche Vermittlungsunfähigkeit

Eine solche besteht, wenn sich die versicherte Person aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht mehr arbeitsfähig fühlt und deshalb nicht bereit ist, eine Arbeit anzunehmen. Daran vermag auch ein anderslautendes Arztzeugnis nichts zu ändern. Nicht vermittlungsfähig ist, wer lediglich in einer geschützten Werkstatt arbeiten kann.

Ist nicht von offensichtlicher Vermittlungsunfähigkeit auszugehen und die betroffene Person bereit, im ungefähren Ausmass der ärztlich festgestellten Arbeitsfähigkeit (mindestens 20 Prozent) eine als zumutbar erachtete Arbeit anzunehmen, ist die **Arbeitslosenversicherung vorleistungspflichtig**, sofern die übrigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (ATSG 70; vgl. Kapitel II, 7.5).

10.1.1.51 Besonderheiten

» **Heimarbeitende**

müssen grundsätzlich zur Aufnahme einer ausserhäuslichen Arbeit bereit sein.

» **Temporärarbeitskräfte**

müssen bereit sein, eine Dauerstelle anzunehmen.

» **Behinderte**

gelten als vermittlungsfähig, wenn sie – bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage – unter Berücksichtigung der Behinderung eine zumutbare Arbeit leisten können.

Die Arbeitslosenversicherung ist vorleistungspflichtig für Leistungen, deren Übernahme durch sie, die Kranken-, die Unfall- oder die Invalidenversicherung umstritten ist (ATSG 70; vgl. Kapitel II, 7.5; und oben).

» **Studierende**

müssen bereit und in der Lage sein, neben dem Studium dauernd einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nachzugehen (Werkstudenten).

» **Personen, die nur bereit sind, befristete Stellen anzutreten**

Grundsätzlich gelten Personen, die geplant haben und nur bereit sind, eine befristete Stelle anzunehmen – z.B. wegen eines Auslandsaufenthalts, einer Weiterbildung bzw. des Studienbeginns oder drei Monate vor der Rekrutenschule bzw. dem Beförderungsdienst – nicht als vermittlungsfähig.

10.1.1.52 Überprüfen der Vermittlungsfähigkeit (AVIG 85 I lit. d, AVIV 24)

Erstinstanzlich prüft das RAV bzw. die kantonale Amtsstelle (KAST), die Vermittlungsfähigkeit.

Die Arbeitslosenkassen entscheiden in der Regel nur bei Klarheit über die Vermittlungsfähigkeit. Im Zweifelsfall müssen sie den Fall der KAST unterbreiten. Hält die KAST die betreffende Person nicht oder nur **teilweise für vermittlungsfähig**, gibt sie dies der Arbeitslosenkasse und dem RAV bekannt.

10.1.1.53 Sanktionen/Einstellung der Anspruchsberechtigung (AVIG 30, AVIV 44–45)

Die versicherte Person ist in der Anspruchsberechtigung einzustellen, wenn sie die Arbeitslosigkeit selber verschuldet hat, sich nicht genügend um zumutbare Arbeit bemüht oder den Weisungen der zuständigen Amtsstelle nur ungenügend Folge leistet.

Wenn die versicherte Person aus eigenem Verschulden arbeitslos geworden ist, beginnt die Einstellung in der Anspruchsberechtigung am ersten Tag, nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses und nach Ablauf der zu bestehenden Wartezeit. Falls die «Einstellung» der versicherten Person wegen einer Handlung oder Unterlassung erfolgt, beginnt sie ab dem Tag nach der Unterlassung bzw. nachdem bereits laufende Einstellungen getilgt sind.

Verfügte Einstelltage können nur mit Tagen getilgt werden, an denen die betreffende Person die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt (gleiches Prinzip wie bei Wartezeiten). Hinsichtlich der Höchstzahl der Taggelder gelten Einstelltage aber als verbrauchte Tage!

Die Dauer der Einstellung ist abhängig vom Grad des Verschuldens:

leicht	▶▶ 1–15 Tage
mittelschwer	▶▶ 16–30 Tage
schwer	▶▶ 31–60 Tage

Für die Beurteilung des Verschuldens (durch die verfügende Stelle) sind die gesamten Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Wird eine versicherte Person wiederholt in der Anspruchsberechtigung eingestellt, wird die Einstelldauer angemessen verlängert. Für die Verlängerung werden die Einstellungen der letzten zwei Jahre berücksichtigt.

- ▶▶ Das Verschulden ist aufgrund von Umständen zum Zeitpunkt, zu dem das Fehlverhalten begangen wurde, zu bemessen und ist nicht an zukünftige Tatsachen zu knüpfen.

Eine Stelle, die knapp zwei Monate nach der Ablehnung einer zumutbaren Stelle angetreten wurde und zum Zeitpunkt der Ablehnung der anderen Stelle noch nicht zugesichert war, hat nichts mit den Umständen zu tun, die zum vorgeworfenen Fehlverhalten führten. Demzufolge kann darin kein entschuldbarer Grund gesehen werden, um für die Festsetzung der Einstelldauer von einem schweren Verschulden gemäss AVIV 45 IV lit. b abzuweichen (BGE 8C_149/2023 vom 14.08.2023).

Aberkennung der Vermittlungsfähigkeit als härteste Massnahme

Personen, die sich weigern, an Kursen, Übungsfirmen, Ausbildungspraktika usw. teilzunehmen oder nicht (pünktlich) zu Kontrollgesprächen erscheinen, wird die Vermittlungsfähigkeit aberkannt. «Reuigen Kunden» wird von der KAST eine drei- bis sechsmonatige Bewährungsfrist verfügt. Ohne Taggelder zu erhalten, müssen sie hernach kooperieren (bei Wohlverhalten werden die Taggelder rückvergütet).

Erlass der entsprechenden Verfügung

Zuständig für den Erlass einer Einstellungsverfügung ist entweder die Arbeitslosenkasse selber oder die kantonale Amtsstelle (KAST) bzw. das RAV.

» Zuständigkeit der Arbeitslosenkasse

- ▶ selbst verschuldete Arbeitslosigkeit, weil die Arbeitskraft kündigt, obwohl ihr das Verbleiben am Arbeitsplatz zugemutet werden könnte, oder sie arbeitsvertragliche Pflichten verletzt hat und deshalb entlassen wird;
- ▶ Verzicht auf Lohn- oder Entschädigungsansprüche gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber zulasten der Arbeitslosenversicherung;
- ▶ Verletzen der Auskunft- und Meldepflichten gegenüber der Arbeitslosenkasse;
- ▶ zu Unrecht erwirkte oder zu erwirken versuchte Arbeitslosenentschädigung.

» Zuständigkeit der kantonalen Amtsstelle (KAST)

- ▶ ungenügende oder fehlende Arbeitsbemühungen;
- ▶ Nichtbefolgen der Kontrollvorschriften oder Weisungen des Arbeitsamtes (RAV);
- ▶ Ablehnen einer zugewiesenen, zumutbaren Arbeit (vgl. AVIG 16);
- ▶ Nichtbesuch oder Abbruch eines zugewiesenen Kurses;
- ▶ Verletzen der Auskunft- und Meldepflichten gegenüber der KAST oder dem RAV;
- ▶ wenn nach Abschluss der Planungsphase mit besonderem Taggeld aus eigenem Verschulden keine selbständige Erwerbstätigkeit aufgenommen werden kann.

10.1.1.6 Pflichten der arbeitslosen Person (AVIG 17, AVIG 18–27)

Betroffene müssen mit Unterstützung der zuständigen Amtsstelle alles Zumutbare unternehmen, um die Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder zu verkürzen (Schadenminderungspflicht).

Sie müssen sich schon während der Kündigungsfrist, also vor Beginn der Arbeitslosigkeit, intensiv um eine neue Stelle bemühen. Diese Bemühungen müssen später gegenüber dem RAV (Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum) belegt werden.

Die versicherte Person muss sich persönlich zur Arbeitsvermittlung anmelden. Dies hat möglichst frühzeitig zu erfolgen, spätestens jedoch am ersten Tag, für den Betroffene Arbeitslosenentschädigung beanspruchen.

Die Anmeldung kann über den «Job-Room» (Zugangsplattform für elektronische Dienstleistungen; vgl. AVIG 83/I^{bis} Bst. d) oder durch persönliches Erscheinen im gemäss Wohnort zuständigen RAV erfolgen. Mit der Anmeldung muss die AHV-Nummer bekanntgegeben werden. Dort wird auch die zuständige Arbeitslosenkasse frei gewählt.

Die Anmeldung wird der versicherten Person schriftlich bestätigt.

Erstes Beratungs- und Kontrollgespräch (AVIV 20a)

Das zuständige RAV führt innerhalb von 15 Tagen nach dem Anmeldedatum das erste Beratungs- und Kontrollgespräch mit der versicherten Person durch (persönliche Identifizierung).

In der Folge führt das RAV mit der versicherten Person in angemessenen Abständen, mindestens alle zwei Monate, Beratungs- und Kontrollgespräche. Dabei werden die Vermittlungsfähigkeit und der Umfang des anrechenbaren Arbeitsausfalls geprüft. Das RAV und die Arbeitslosenkasse klären die arbeitslose Person über ihre Rechten und Pflichten auf, die sich aus den jeweiligen Aufgaben ergeben (AVIV 22).

Zur erstmaligen Anmeldung sind folgende Unterlagen beizubringen (AVIV 20):

- ▶ die Versichertenkarte der «Krankenkasse» oder, falls vorhanden, den AHV-Ausweis
- ▶ einen amtlichen Ausweis (ID/Pass, Führerschein)
- ▶ Nachweis der Arbeitsbemühungen
- ▶ das Kündigungsschreiben, Zeugnisse der letzten Arbeitgeber, Arbeitgeberbescheinigungen (rückwirkend auf zwei Jahre), Bescheinigungen über die persönliche Aus- und Weiterbildung.

Wer sich im Job-Room registriert hat, kann auf weitere eServices zurückgreifen wie

- ▶ Online-Einreichung des Formulars «Nachweis der persönlichen Arbeitsbemühungen»
- ▶ Online-Einreichung des Formulars «Angaben der versicherten Person»
- ▶ Hochladen der Bewerbungsunterlagen
- ▶ Einrichten eines Job-Alerts
- ▶ Einrichten von Stellenmerkliste

Die arbeitslose Person muss eine zugewiesene zumutbare Arbeit annehmen. Sie hat auf Weisung der Arbeitsstelle

- ▶ an arbeitsmarktlichen Massnahmen teilzunehmen, die ihre Vermittlungsfähigkeit fördern
- ▶ an Beratungs- und Kontrollgesprächen, Informationsveranstaltungen sowie an Fachberatungsgesprächen teilzunehmen (AVIV 22 und 23) **und**
- ▶ sie muss den Nachweis der Arbeitsbemühungen für jede Kontrollperiode spätestens am fünften Tag des folgenden Monats oder am ersten auf diesen folgenden Werktag einreichen (AVIV 26).

10.1.1.61 Zumutbare Arbeit (AVIG 16, AVIV 17)

(Zitiert aus Kreisschreiben über die Arbeitslosigkeit, Juli 2007).

Die versicherte Person muss grundsätzlich jede zumutbare Arbeit unverzüglich annehmen. Dies gilt auch für ausserberufliche Arbeit. Zudem muss sie bereit sein, eine Teilzeitstelle zugunsten einer zumutbaren Tätigkeit entsprechend dem ursprünglichem Beschäftigungsgrad aufzugeben. Nimmt die versicherte Person eine zumutbare Stelle nicht an, ist sie in der Anspruchsberechtigung

einzustellen (AVIG 30 I) und im Wiederholungsfall ist ihre Vermittlungsfähigkeit zu prüfen.

Eine Arbeit ist **unzumutbar** (und somit von der Annahmepflicht ausgenommen), **wenn sie den berufs- und ortsüblichen**, insbesondere den gesamt- oder normalarbeitsvertraglichen Bedingungen **nicht entspricht**. Die orts- und branchenüblichen Arbeitsbedingungen bestimmen sich nach den gesetzlichen Vorschriften, den Bedingungen für die gleiche Arbeit im Betrieb bzw. in der Branche sowie den Gesamt- und Normalarbeitsverträgen.

Sie ist unzumutbar, wenn sie **nicht angemessen auf die Fähigkeiten oder auf die bisherige Tätigkeit der versicherten Person Rücksicht nimmt** (gilt nicht für unter 30-Jährige). Der Begriff «Fähigkeiten» umfasst die körperlichen, geistigen und fachlichen Fähigkeiten. Die Arbeit darf eine versicherte Person bezüglich ihrer Fähigkeiten unterfordern, jedoch nicht überfordern. Zudem muss die **Arbeit dem Alter, den persönlichen Verhältnissen oder dem Gesundheitszustand der versicherten Person** angemessen sein.

► Die **Pflicht zur Rücksichtnahme auf die bisherige Tätigkeit** der versicherten Person **ist beschränkt**. Sie äussert sich dadurch, dass es der versicherten Person in ihren persönlichen Arbeitsbemühungen grundsätzlich erlaubt ist, sich zunächst in ihrem bisherigen Berufszweig oder Tätigkeitsbereich umzusehen. Voraussetzung ist jedoch, dass in dem betreffenden Berufs- oder Tätigkeitsbereich überhaupt Stellenangebote vorhanden sind. Wenn im bisherigen Berufszweig kein Stellenmangel besteht, hat die Rücksichtnahme längere Zeit zu dauern.

Unter 30-jährigen Personen wird ab Beginn der Arbeitslosigkeit zugemutet, auch Stellen ausserhalb ihrer bisherigen Tätigkeit anzunehmen (AVIG 16 III^{bis}).

Eine Arbeit ist unzumutbar, **wenn sie einen Arbeitsweg von mehr als zwei Stunden je für Hin- und Rückweg notwendig macht**. Massgebend ist dabei der Zeitaufwand von Tür zu Tür mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Unter Umständen kann von der versicherten Person die Benutzung eines vorhandenen privaten Verkehrsmittels verlangt werden, namentlich wenn ihre Mobilität aufgrund der schlechten Erschliessung durch den öffentlichen Verkehr eingeschränkt ist. Mit dieser Bestimmung wird von der versicherten Person eine hohe geografische Mobilität verlangt. Das AVIG sieht Pendler- und Wochenaufenthalterbeiträge vor (vgl. 9.1.3). Allerdings ist den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (Betreuungspflichten, gesuchter Beschäftigungsgrad usw.) angemessen Rechnung zu tragen.

Eine Arbeit ist unzumutbar, **wenn sie der versicherten Person einen Lohn einbringt, der geringer ist als 70 Prozent des versicherten Verdienstes** (es sei denn, sie erhalte von der ALV Kompensationszahlungen – vgl. 10.1.3). Die lohnmassige Zumutbarkeit bestimmt sich durch Vergleich des Bruttolohnes und der Arbeitslosenentschädigung, auf die die versicherte Person ohne Beschäftigung Anspruch hätte.

10.1.1.7 Anspruchsberechtigung

10.1.1.71 Allgemeine Wartezeit (AVIG 18 I; AVIV 6–6a)

Grundsätzlich beginnt der Taggeldanspruch nach einer allgemeinen Wartezeit von fünf Tagen kontrollierter Arbeitslosigkeit. Innerhalb der Rahmenfrist für den Leistungsbezug ist diese Wartezeit nur einmal zu bestehen, dies auch im Fall wiederholter Arbeitslosigkeit.

- ▶ **Personen mit Unterhaltspflichten** gegenüber Kindern von unter 25 Jahren, deren Jahreslohn CHF 60 000.– (mtl. 5000.–) nicht übersteigt, haben keine Wartezeit zu bestehen. Ab einem Jahreslohn von CHF 60 001.– beträgt die Wartezeit fünf Tage.
- ▶ **Personen ohne Unterhaltspflicht** gegenüber Kindern von unter 25 Jahren und einen Jahresverdienst ab CHF 36 001.– haben in jedem Fall eine Wartezeit zu bestehen. Die Dauer der Wartezeit steigt mit zunehmendem Jahreslohn um die entsprechende Anzahl Arbeitstage (pro Woche fünf Wartetage).

Wartetage	versicherter Jahresverdienst	d.h., monatlich
keine	bis CHF 36 000.–	CHF 3 000.–
5 Tage	CHF 36 001.– bis 60 000.–	CHF 3 001.– bis 5 000.–
10 Tage	CHF 60 001.– bis 90 000.–	CHF 5 001.– bis 7 500.–
15 Tage	CHF 90 001.– bis 125 000.–	CHF 7 501.– bis 10 416.–
20 Tage	ab CHF 125 001.–	ab CHF 10 417.–

Versicherte, die **vom Erfüllen der Beitragszeit befreit sind (vgl. AVIG 14), müssen eine Wartezeit von 120 Tagen** bestehen.

Lehrabgänger/innen und Werkstudentinnen bzw. -studenten haben keine besonderen Wartefristen zu bestehen, da sie während der Ausbildung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt (und somit die Beitragszeit erfüllt) haben.

Für Jugendliche besteht derweilen ein Anspruch auf arbeitsmarktliche Massnahmen. Dazu müssen sie das Schweizer Bürgerrecht oder das eines EU-/EFTA-Staates oder seit mindestens zehn Jahren den Wohnsitz in der Schweiz haben.

- ▶ Jugendliche, die sich nach Abschluss der obligatorischen Schulpflicht der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen, können während der Wartezeit an einem Motivationssemester (vgl. arbeitsmarktliche Massnahmen, AVIG 64a lit. c) teilnehmen.
- ▶ Personen, die das 30. Altersjahr noch nicht vollendet haben, können während der Wartezeit an einem Berufspraktikum teilnehmen (vgl. arbeitsmarktliche Massnahmen, AVIG 64a lit. b), wenn die durchschnittliche Arbeitslosenquote dieser Altersgruppe in der Schweiz 3,3 Prozent übersteigt.

10.1.1.72 Der Taggeldanspruch ruht während

- ▶ Wartetagen oder
- ▶ Einstelltagen als Sanktion;
- ▶ Krankheit (nach dem 30. Kalendertag), während des Bezugs von Mutter-/Vaterschafts- bzw. Betreuungsentschädigung (MSEAE/BUE), Unfall (ab drittem Tag);
- ▶ Zwischenverdienst (falls höher als die Arbeitslosenentschädigung)

10.1.1.73 Der Taggeldanspruch endet, wenn die arbeitslose Person

- ▶ eine zumutbare neue Arbeit gefunden hat,
- ▶ nicht mehr vermittlungsfähig ist,
- ▶ das Referenzalter der AHV erreicht hat.
Für Versicherte, welche die AHV-Rente und/oder Altersleistung der beruflichen Vorsorge – und/oder entsprechende Leistungen ausländischer Sozialversicherungen – vorbeziehen, werden dies von der Arbeitslosenentschädigung abgezogen. Der Kapitalbezug aus der beruflichen Vorsorge wird für die Feststellung des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung in eine Rente um- und entsprechend angerechnet.
- ▶ alle Taggelder bezogen hat
oder mit Ablauf der Rahmenfrist für den Leistungsbezug.

10.1.2 Bemessung der Arbeitslosenentschädigung

10.1.2.1 Form und Umfang der Entschädigung (AVIG 21–22, AVIV 33–34)

Die Arbeitslosenentschädigung wird in Form von Taggeldern ausgerichtet. Es werden – in Abweichung zu den übrigen Sozialversicherungen – **für eine Woche fünf Taggelder ausbezahlt** (AVIG 21, vgl. 10.1.1.71) – dies nach Ablauf der Wartezeit.

Die Umrechnung des Monatsverdienstes in den Tagesverdienst – als Basis für die Ermittlung des Taggelds – erfolgt nach der Formel (AVIV 40a):

$$\text{Tagesverdienst} = \frac{\text{Monatsverdienst}}{21,7}$$

Der versicherte Verdienst (AVIG 23, AVIV 37)

Der versicherte Verdienst bemisst sich nach dem Durchschnittslohn der letzten sechs Beitragsmonate vor Beginn der Rahmenfrist für den Leistungsbezug (wenn höher, Durchschnitt der letzten 12 Monatslöhne, AVIV 37), inklusive vertraglich vereinbarter Zulagen wie 13. Monatslohn, Gratifikation, AHV-pflichtige Boni, Umsatzbeteiligungen usw. Für Arbeitslose, die zuvor sehr hohe Gehälter bezogen haben, ist der höchstversicherte Verdienst auf mtl. CHF 12 350.– limitiert (AVIG 23 I).

Der versicherte Verdienst wird neu festgesetzt, wenn sich innerhalb der Rahmenfrist für den Leistungsbezug der Umfang des anrechenbaren Arbeitsausfalls der versicherten Person ändert. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person erneut arbeitslos wird und sie zuvor während mindestens sechs Monaten ununterbrochen eine beitragspflichtige Beschäftigung zu einem Lohn ausgeübt hat, der über dem versicherten Verdienst liegt.

Nicht versichert sind

- ◀ ein Nebenverdienst, der ausserhalb der normalen Arbeitszeit (100%-Pensum) oder ausserhalb des ordentlichen Rahmens der selbständigen Erwerbstätigkeit erzielt wird;
- ◀ ein Verdienst, der im Bemessungszeitraum monatlich CHF 500.– nicht erreicht (AVIV 40). Der Verdienst aus mehreren Arbeitsverhältnissen wird zusammengezählt;
- ◀ ein Verdienst, der im Rahmen eines durch die öffentliche Hand finanzierten Integrationsprogramms erzielt wurde (nicht unter diese Bestimmung fallen Einarbeitungszuschüsse; sie gelten als Beitragszeit, weil sie im ersten, d.h., regulären Arbeitsmarkt erzielt werden);
- ◀ **Kompensationszahlungen:** In der Berechnung des versicherten Verdienstes für eine Folgerahmenfrist werden während der ersten Rahmenfrist geleistete Kompensationszahlungen nicht angerechnet, sondern nur der für geleistete Arbeit erzielte Lohn.

Verdienstauffall durch Verlust einer von mehreren Teilzeitstellen

Verliert eine versicherte Person einer ihrer Teilzeitstellen und übt während ihrer Arbeitslosigkeit eine oder mehrere der verbleibenden Teilzeitstellen weiter aus, ist das verbleibende Einkommen als Zwischenverdienst zu berücksichtigen (vgl. 10.1.3). Für die Berechnung des versicherten Verdienstes ist das vor Eintritt der Teilarbeitslosigkeit erzielte Gesamteinkommen (maximum 100%-Pensum) zu Grunde zu legen.

Der Verdienstauffall ergibt sich durch den Vergleich des verbleibenden Bruttoeinkommens mit der Arbeitslosenentschädigung, welche die Person je nach Entschädigungssatz (70 oder 80%) im Fall der Ganzarbeitslosigkeit beanspruchen könnte. Liegt das verbleibende Einkommen darüber, besteht kein Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung, genauer gesagt auf Kompensationszahlung wegen eines Zwischenverdienstes (BGE 8c_610/2022 vom 13.09.2023).

- ▶▶ Ein Verdienstauffall von bis zu 20 Prozent (Entschädigungssatz 80%) bzw. bis zu 30 Prozent (Entschädigungssatz 70%) berechtigt nicht zum Bezug von Arbeitslosenentschädigung, weil sich dieser in den Normen der zumutbaren Arbeit (AVIG 16 II lit. I) bewegt.

Höhe des Taggeldes (AVIG 22)
in Prozent des letztversicherten Tagelohnes, seit 2016 maximal von CHF 544.–
70% des versicherten Verdienstes für Arbeitslose ▶▶ ohne unterhaltspflichtige Kinder
80% des versicherten Verdienstes für Arbeitslose, ▶▶ mit Unterhaltspflichten für mind. ein Kind unter 25 Jahren; ihnen wird, sofern der andere Elternteil nicht erwerbstätig ist, das Taggeld um den Betrag der entgangenen Kinder-/Ausbildungszulage ergänzt; ▶▶ die eine Invalidenrente beziehen (IV, UV, MV, BVG), der ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent zugrunde liegt; ▶▶ deren volles Taggeld weniger als CHF 140.– beträgt (mit Monatslöhnen zwischen CHF 3797.– und CHF 4340.– fix CHF 140.–)

Die Arbeitslosenentschädigung gilt als massgebender Lohn im Sinn des AHVG; d.h., darauf sind folgende Beiträge abzurechnen:

- ▶ **AHV/IV/EO:** Beitragsabzug von 5,3 Prozent (kein ALV-Abzug), der Arbeitgeberanteil geht zulasten des ALV-Ausgleichsfonds.
- ▶ **Unfallversicherung** über die Suva, dies unabhängig vom Bestehen der Wartezeiten. Die **NBUV-Prämie** beträgt 3,77 Prozent des Taggelds. Davon gehen zwei Drittel bzw. 2,51 Prozent zulasten der arbeitslosen Person, den Rest (1,26 Prozent) übernimmt der Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung.
- ▶ **Berufliche Vorsorge** über die Auffangeinrichtung berufliche Vorsorge. Auf Taggeldern zwischen CHF 84.70 und CHF 338.70 werden für die Risiken Invalidität und Tod 0,25 Prozent (Werte ab 2023) vom Taggeld abgezogen. Der gleich hohe Arbeitgeberanteil geht zulasten des ALV-Ausgleichsfonds. Das Alterssparen kann im Rahmen der BVG-Normversicherung freiwillig weitergeführt werden (hohe Kosten).

Seit 01.01.2021 besteht für ab 58-jährige Mitarbeitende, denen der Arbeitgeber gekündigt hat, die Möglichkeit freiwillig in der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert zu bleiben (BVG 47a); vgl. Kapitel IX, 6.3.1.3.

Zusätzlich können Personen, welche Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen, gleich wie Erwerbstätige Einlagen in die gebundene Vorsorge (Säule 3a) tätigen.

10.1.2.2 Höchstzahl der Taggelder (AVIG 27, AVIV 41b)

Höchstzahl der Taggelder innerhalb 2-jähriger Rahmenfrist <small>(seit 01.01.2012, Quelle: Seco, Grafik gebo Sozialversicherungen)</small>		
Alter der versicherten Person	Mindestbeitragszeit	Anzahl mögl. Taggelder
bis 25-jährig und ohne Kind ¹	12	200
ab 25-jährig	12	260
ab 25-jährig	18	400
wenn ab 55-jährig oder mit Invalidenrente (ab IV-Grad 40%)	22	520
in letzten 4 Jahren vor Erreichen des AHV-Alters	(mindestens 12 Beitragsmonate)	+120
Beitragsbefreite	–	90²
¹ Auch mit 18 oder mehr Beitragsmonaten nur maximal 200 Taggelder; wenn mit Kind, wie Arbeitslose ab 25. Altersjahr (ab Alter 25 ist es – in Bezug auf die Beitragszeit – egal, ob man Kinder hat oder nicht). ² Mit Wegfall oder Reduktion der IV-Rente besteht Anspruch auf maximal 180 Taggelder		

Wenn keine neue Stelle gefunden wurde und die innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist für den Beitragsbezug mögliche Anzahl Taggelder bezogen worden ist, erfolgt die sogenannte Aussteuerung. Hernach sind die Arbeitslosen auf sich selbst gestellt und müssen oft Sozialhilfeleistungen beantragen.

10.1.2.3 Pauschalansätze für den versicherten Verdienst (AVIV 41)

Der versicherte Verdienst von Personen, die vom Erfüllen der Beitragszeit befreit sind (AVIG 14) oder im Anschluss an eine Berufslehre Anspruch erheben, wird durch Pauschalansätze definiert. Diese variieren je nach Ausbildung und Alter der betroffenen Person. Dessen ungeachtet **können generell höchstens 90 Taggelder bezogen werden.**

Pauschalansätze für den versicherten Verdienst (AHVG 23 II, AVIV 41) seit April 2011	
CHF/mtl. ¹	Ausbildung
3320.–	mit Abschluss auf Tertiärstufe (Hochschulabschluss, höhere Berufs- oder gleichwertige Ausbildung)
2756.–	mit Abschluss auf Sekundarstufe II (abgeschlossene berufliche Grundbildung)
2213.– 868.–	mit oder ohne Abschluss der Sekundarstufe I (obligat. Schule) wenn unter 20-jährig

¹ Sofern sie kinderlos und unter 25-jährig sind, reduzieren sich die Pauschalansätze für nach AVIG 14 I (Verhinderungsgründe, während mehr als 12 Monaten ...) oder in Anschluss an eine Berufslehre um die Hälfte (auf CHF 1660.–, 1378.–, 1107.– bzw. 434.–).
Die Arbeitslosenentschädigung beträgt immer 80 Prozent dieser Pauschalansätze (weil kleiner als mtl. CHF 3797.–).

10.1.3 Zwischenverdienst (AVIG 24)

Kann eine **arbeitslose Person innerhalb der Kontrollperiode ein Einkommen** aus unselbständiger oder selbständiger **Erwerbstätigkeit erzielen**, spricht man in der Regel von einem Zwischenverdienst.

Es besteht ein **Anspruch auf Ersatz des Verdienstauffalls**, wenn eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung angenommen wird, deren Entlöhnung geringer ist als die zustehende Arbeitslosenentschädigung.

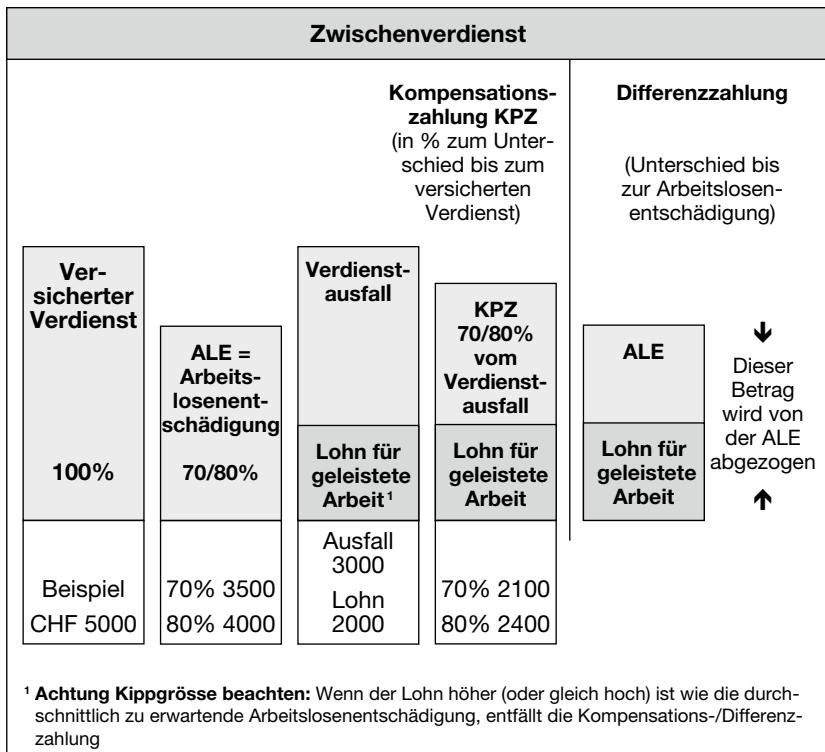
Wird über mehrere Monate ein Zwischenverdienst erzielt, so gilt es zwei Abrechnungsarten zu unterscheiden:

► Die Kompensationszahlung

Sie erbringt in **den ersten 12 Kontrollperioden** (Monaten) das Taggeld auf dem Fehlbetrag zwischen dem Lohn vor Arbeitslosigkeit und dem Lohn aus Zwischenverdienst. Ausnahme: Für Versicherte mit Unterhaltspflichten gegenüber mindestens einem Kind unter 25 Jahren sowie solche, die über 45 Jahre alt sind, besteht der Anspruch während längstens zwei Jahre.

► Die Differenzzahlung

vergütet **hernach** die Differenz zwischen dem vollen Taggeldanspruch und dem Einkommen aus Zwischenverdienst.



Die Berechnung der Kompensationszahlung ist vereinfacht dargestellt. Effektiv wird vom versicherten Verdienst aus der vormaligen Tätigkeit der Zwischenverdienst abgezogen, um den Verdienstaufschlag zu bestimmen. Dieser wird durch 21,7 geteilt und mit der Anzahl Arbeitstage des betreffenden Monats multipliziert.

Während den Wartezeiten (allgemeine und/oder besondere Wartetage) und/oder Einstelltagen erzielter Zwischenverdienst/Ersatzeinkommen sind in die Verdienstaufschlagberechnung einzubeziehen. Die Warte-/Einstelltage sind wertmässig, d.h. in Form von Taggeldern zu tilgen.

10.1.4 Koordination

10.1.4.1 Vorzeitiger Ruhestand/

Pensionierung vor Erreichen des Referenzalters

(ordentliches Renteneintrittsalter)

Der AHV-Vorbezug schliesst den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung nicht mehr grundsätzlich aus. Es wird auch nicht mehr unterschieden, ob eine versicherte Person freiwillig oder unfreiwillig (Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen oder tieferes reglementarisches Referenzalter) in Pension geht.

Falls die Voraussetzungen zum Bezug der Arbeitslosenentschädigung gegeben sind, werden davon die **Altersleistungen der AHV und der beruflichen Vorsorge abgezogen** (AVIG 18c). Es ist unerheblich, ob es sich um Leistungen der obligatorischen oder ausser-/überobligatorischen Vorsorge und solche aus dem In- oder Ausland handelt.

- ▶ Ein allfälliger Kapitalbezug aus der beruflichen Vorsorge wird zwecks Anrechnung in eine monatliche Rente umgerechnet.

10.1.4.2 **Freiwillige Leistungen des Arbeitgebers durch Auflösung des Arbeitsverhältnisses (AVIG 11a, AVIV 10a–10h)**

Wenn im Zusammenhang mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses Zahlungen an die ausgeschiedene Person erfolgen, stellt sich die Frage, ob diese für den Bezug der Arbeitslosenentschädigung zu berücksichtigen sind. Unter bestimmten Voraussetzungen gelten sie als nicht anrechenbarer Arbeitsausfall, was einen Aufschub der Bezugsberechtigung zur Folge hat.

- ▶ Freiwillige Leistungen, z.B. eine Abgangsentschädigung, die den bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses entstandenen Verdienstaufschlag kompensieren, sind nicht zu berücksichtigen.
- ▶ Weitergehende Entschädigungen – wie Zahlungen aus Sozialplänen, Härtefallleistungen, Abfindungen usw. – sind dann in dem Umfang anzurechnen, als sie den höchstversicherten Jahresverdienst (CHF 148 200.–) übersteigen. Wenn die Entschädigung für den Einkauf in die berufliche Vorsorge verwendet wird, erhöht sich dieser «Freibetrag» um weitere CHF 88 200.– (oberer Grenzwert des koordinierten BVG-Lohnes). Dadurch sind nur Entschädigungen über CHF 236 400.– (CHF 148 200.– + maximum BVG CHF 88 200.–) anzurechnen.

Die Dauer des Aufschubs der Bezugsberechtigung von Arbeitslosenentschädigung wird ermittelt, indem der übersteigende Betrag durch den im Rahmen der Tätigkeit erzielten Monatslohn geteilt wird.

Die Frist beginnt mit dem ersten Tag nach Ablauf des Arbeitsverhältnisses, für das die freiwilligen Leistungen ausgerichtet wurden – dies unabhängig vom Zeitpunkt, wann die versicherte Person sich auf der Arbeitslosenversicherung meldet. Am ersten Tag nach Ablauf der Frist, in welcher der Arbeitsausfall nicht anrechenbar ist, beginnen die Rahmenfristen für den Leistungsbezug und die Beitragszeit. Die Zeit des so nicht berücksichtigten Arbeitsausfalls wird dazu als Beitragszeit gewertet.

Beispiel

Abgangsentschädigung CHF 197 600.–, Monatslohn (12-mal) CHF 16 466.65
 Ende Arbeitsverhältnis per 1. Juli; kein Einkauf in Pensionskasse

Berechnung	CHF 197 600.–	Entschädigung
	CHF –148 200.–	maximal versicherter Verdienst
	<hr/>	= Freibetrag
	CHF 49 400.–	zu berücksichtigen

CHF 49 400.– geteilt durch CHF 16 466.65 (Monatslohn) = 3,0 Monate.

- ▶ Beginn Rahmenfrist Leistungsbezug statt am 01.07. am 01.10.
 Die Verschiebung der Rahmenfrist durch die Abgangsentschädigung gilt als ordentliche Beitragszeit (damit bleiben die Anspruchsvoraussetzungen genau gleich erfüllt).

10.1.4.3 ALE während des Militär- oder Zivildienstes (AVIG 26)

Die Arbeitslosenversicherung übernimmt den Ausgleich zwischen der EO und der Arbeitslosenentschädigung (Differenzzahlung). Während der Rekrutenschule oder Beförderungsdiensten besteht kein Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung (Differenzzahlung).

10.1.4.4 ALE während Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft (AVIG 28)

Versicherte, die vorübergehend ganz oder teilweise arbeitsunfähig sind und ihren Taggeldanspruch geltend machen wollen, müssen ihre **Arbeitsunfähigkeit innert einer Woche nach deren Beginn dem RAV und der Arbeitslosenkasse melden** (AVIV 42). Auf dem Formular «Angaben der versicherten Person» ist die Krankheit – von Anfang bis zum Ende (evtl. bis auf weiteres) – entsprechend aufzuführen.

Dies ist für die Arbeitsvermittlung relevant. Erfolgt die Meldung ans RAV ohne entschuldbaren Grund zu spät oder gar nicht, kann dies eine generelle Einstellung der Entschädigung wegen Verletzung der Meldepflicht zur Folge haben.

Ist eine bezugsberechtigte Person infolge Krankheit, Unfall oder Komplikationen in der Schwangerschaft nur vermindert arbeitsfähig (AVIG 28 IV) und erfüllt sonst alle Anspruchsvoraussetzungen, erhält sie die volle Taggeldleistung, wenn sie mindestens 75 Prozent arbeitsfähig ist, bzw. die halbe Taggeldleistung, wenn sie mindestens 50 Prozent arbeitsfähig ist.

Versicherte, die **wegen Krankheit** vorübergehend nicht oder nur vermindert arbeitsfähig sind, haben – sofern sie die übrigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen – Anspruch auf das Taggeld. Dieser Anspruch ist begrenzt. Er dauert **längstens 30 Kalendertage ab Beginn** der ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit (mit der entsprechenden Anzahl Taggelder). Sollte jemand während der Rahmenfrist mehrmals erkranken, werden maximal 44 solcher Taggelder ausgerichtet.

Dasselbe wie für Krankheitsfälle gilt **für werdende Mütter**, die aufgrund eines Arztzeugnisses nicht arbeitsfähig sind.

Arbeitslose sind über die Suva unfallversichert (AVIV 42, VO über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen)

Ab 3. Tag nach dem Unfall einer arbeitslosen Person wird die Arbeitslosenentschädigung sistiert und die Suva als Unfallversicherer entrichtet das Taggeld. Dieses entspricht der Nettoentschädigung der Arbeitslosenversicherung, umgerechnet auf den Kalendertag. Das Taggeld der Unfallversicherung wird unabhängig von zu bestehenden Wartezeiten oder Einstelltagen ausgerichtet; dadurch entfällt das Tilgen von Warte-/Einstellungstagen.

10.1.4.5 ALE nach Niederkunft, Vaterschafts- oder Betreuungsurlaub

Die Mutterschaftsentschädigung beträgt 80 Prozent des letztersicherten Verdienstes, maximal CHF 196.– (seit 2009) pro Tag, dies während 98 Tagen. Sofern die Arbeitslosen- höher wäre als die Mutterschaftsentschädigung, richtet die Erwerbbersatzordnung den höheren Betrag aus.

Analoge Regelungen greifen für den 14-tägigen Vaterschaftsurlaub (EAE-Bezug) oder in Fällen, wo Eltern ihr schwerst erkranktes oder verunfalltes Kind betreuen (BUE-Bezug).

10.1.4.6 **ALE, wenn Zweifel über Ansprüche aus Arbeitsvertrag bestehen (AVIG 29)**

Hat die Arbeitslosenkasse begründete Zweifel darüber, ob der betroffenen Person für die Zeit des Arbeitsausfalls gegenüber ihrem bisherigen Arbeitgeber Lohn- oder Entschädigungsansprüche zustehen, richtet sie Taggelder aus. Diese Regelung gilt auch, wenn die Ansprüche gegenüber dem bisherigen Arbeitgeber zweifelsfrei feststehen, jedoch fraglich ist, ob diese Ansprüche erfüllt werden.

Der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung setzt unter anderem voraus, dass die betroffene Person einen anrechenbaren Arbeitsausfall erleidet, ihr also keine Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber zustehen. Wird das Arbeitsverhältnis nicht ordentlich beendet, muss die betroffene Person allfällige aus dem Arbeitsverhältnis herrührende Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen; dies notfalls vor Arbeitsgericht. Solange Streitigkeiten vor Gericht hängig sind, besteht Unklarheit über den Bestand und die allfällige Höhe dieser Forderungen.

Mit der Zahlung der Arbeitslosenentschädigung gehen in solchen Fällen alle Ansprüche der betroffenen Person samt dem gesetzlichen Konkursprivileg im Umfang der ausgerichteten Taggeldentschädigung auf die Arbeitslosenkasse über (Legalzession). Die Arbeitslosenkasse darf auf das Geltendmachen nicht verzichten, es sei denn, das Konkursverfahren werde durch das Konkursgericht eingestellt (z.B. mangels Aktiven).

10.1.5 **Teuerungsanpassung (AVIG 22 III)**

Systembedingt erübrigt sich hier in der Regel eine Teuerungsanpassung.

In Bezug auf den Mindestansatz, ab dem eine Arbeitslosenentschädigung von 80 Prozent des letztversicherten Verdienstes ausgerichtet werden kann (zurzeit für Taggelder von unter CHF 140.–), ist eine Teuerungsanpassung im Gleichschritt mit der AHV/IV vorgesehen.

10.2 **Insolvenzenschädigung (IE)**

Auf die Schnelle

Die Insolvenzenschädigung deckt die effektiven Lohnforderungen (100 Prozent) der letzten vier Monate des Arbeitsverhältnisses vor der Konkursöffnung. Dies jedoch nur bis zum höchstversicherten Verdienst von mtl. CHF 12 350.–.

- ▶ In AVIG 52 I wird ausdrücklich festgehalten, dass die Insolvenzenschädigung für das gleiche Arbeitsverhältnis vier Monate nicht übersteigen darf. Damit wird sichergestellt, dass unabhängig der zeitlichen Abfolge von mehreren Insolvenzereignissen (z.B. Nachlassstundung und in der Folge Konkursöffnung) für das gleiche Arbeitsverhältnis insgesamt nicht mehr als vier Monate Insolvenzenschädigung möglich sind.
- ▶ Zudem muss sich die Forderung auf einen Zeitraum beziehen, während dem die betroffene Person noch effektiv arbeitete und weder der Stellenvermittlung zur Verfügung stand, noch die Kontrollvorschriften für Arbeitslosenentschädigung erfüllen konnte.

10.2.1 Anspruchsvoraussetzungen (AVIG 51–52, AVIV 73–74)

Wer **erfolglos versucht hat**, gegenüber seinem zahlungsunfähigen Arbeitgeber für bereits geleistete Arbeit **Lohnforderungen durchzusetzen**, kann für die **letzten vier Monate** Insolvenzenschädigung beanspruchen.

- ▶ Gegen den säumigen Arbeitgeber muss der Konkurs eröffnet oder das Pfändungsbegehren für Lohnforderungen gestellt worden sein.
Dem gleichgestellt ist, wenn der Konkurs eines offensichtlich überschuldeten Arbeitgebers nur deswegen nicht eröffnet wird, weil sich kein Gläubiger bereittfindet, die Betreuungskosten vorzuschüssen bzw. das Gericht einen Konkursaufschub verfügt.
- ▶ Der Arbeitgeber muss in der Schweiz der Zwangsvollstreckung unterliegen oder hier Personal beschäftigten.
- ▶ Geltendmachen des Anspruchs innert 60 Tagen nach Publikation des Konkurses im Schweizerischen Handelsamtsblatt (SHAB).

Die Insolvenzenschädigung deckt ausnahmsweise Lohnforderungen, die nach der Konkursöffnung entstanden sind. Dies, falls sich die versicherte Person in einem Rechtsirrtum befunden hat und es sich bei diesen Forderungen nicht um Massenschulden handelt. Die maximale Bezugsdauer von vier Monaten darf jedoch nicht überschritten werden.

Anspruch haben beitragspflichtige Arbeitnehmende, auch Grenzgänger/innen ab Ende der obligatorischen Schulzeit bis zum Erreichen des Referenzalters.

- ◀ **Kein Anspruch** (analog KAE/SWE) besteht für Betriebsinhaber/innen und Mitarbeitende, die in den obersten Entscheidungsgremien die unternehmerischen Entscheide massgeblich beeinflussen können sowie deren mitarbeitende Ehegatten.

Zweigleisig fahren, wenn der Arbeitgeber zahlungsunfähig ist!

- ▶ Insolvenzenschädigung wird nur für geleistete Arbeit entrichtet (Arbeitgeber ist zahlungsunfähig, Konkurs)!
- ▶ Durch die fehlende Arbeit (Annahmeverzug infolge Zahlungsunfähigkeit) gelten die betroffenen Arbeitskräfte in der Regel als arbeitslos. Sie haben sich deshalb als Arbeitslose auf dem für den Wohnort zuständigen RAV (Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum) anzumelden und können gemäss AVIG 29 Arbeitslosenentschädigung beziehen.

10.2.1.1 Vorlauf – im Fall von Lohnausständen zu beachten

Die viermonatige Deckungsfrist für Lohnausstände ist sehr knapp bemessen! **Es gilt rasch zu handeln**, wenn der Arbeitgeber mit der Lohnzahlung im Rückstand ist!

- 1. Ausstehenden Lohn mahnen.** Ziel ist es, die Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers zu belegen und nicht die Zahlungsunwilligkeit.
- 2. Zweite Mahnung** (Einschreiben) folgenden Inhalts:
 - ▶ Frist für Lohnüberweisung drei, maximal zehn Tage
 - ▶ Sicherstellung künftiger Lohnforderungen

▶ Hinweis, Nichteintreten = fristlose Auflösung des Arbeitsverhältnisses gemäss OR 337a

▶ nicht mehr zur Arbeit gehen und **sich als arbeitslos melden**

3. Im Fall des Nichteintretens sofort Betreuung auf Konkurs/Pfändung einleiten.

4. Insolvenzenschädigung auf der **öffentlichen Arbeitslosenkasse** (am Firmensitz) für die Lohnforderungen bis und mit dem letzten Arbeitstag vor dem Konkurs **geltend machen**. Auch die Kündigungsfrist ist beim Konkursamt geltend zu machen. Allerdings wird diese durch die Arbeitslosenentschädigung abgedeckt, sofern sich die versicherte Person umgehend als arbeitslos anmeldet.

10.3 Kurzarbeits- (KAE) und Schlechtwetterentschädigung (SWE) KAE (AVIG 31–41, AVIV 46–64)/SWE (AVIG 42–50, AVIV 65–72)

Auf die Schnelle

▶ Ersatz von Lohnkosten zu 80 Prozent während vorübergehender, wirtschaftlich bedingter Arbeitsausfälle (wenn kantonaler Amtsstelle mindestens zehn Tage vorher angemeldet und bewilligt).

▶ Für bestimmte Betriebe der Bauwirtschaft und ihre Zulieferer während witterungsbedingter Arbeitsausfälle Ersatz der Lohnkosten zu 80 Prozent.

Da die Bezugsbedingungen und Leistungen für beide Sparten fast deckungsgleich sind, werden diese gemeinsam abgehandelt und dabei wird auf allfällige Unterschiede hingewiesen.

Durch die KAE und SWE sollen Arbeitsverhältnisse überbrückend aufrechterhalten werden, um so Entlassungen zu verhüten. Dies bringt allseits Vorteile:

▶ **für die Arbeitskräfte,**

indem eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses und die nachfolgende Arbeitslosigkeit vermieden werden, die an die Dauer des Anstellungsverhältnisses geknüpften Ansprüche (längere Kündigungs- und im Krankheitsfall Lohnfortzahlungsfristen) sowie die vollen Sozialversicherungsleistungen erhalten bleiben.

▶ **für den Arbeitgeber,**

der die Kosten der Personalfuktuation (Einarbeitungskosten, Verlust des betrieblichen Know-hows) spart und die kurzfristige Verfügbarkeit der Arbeitskräfte behält (gemäss BGE 120 V 526) zur Erhaltung eines «intakten Produktionsapparates» über die Zeit der Kurzarbeit hinweg.

▶ **für die Arbeitslosenversicherung,**

sofern in absehbarer Zeit Aussicht auf eine Wiederaufnahme der vollen vertraglichen Arbeitszeit besteht, ist die Bezahlung der Kurzarbeitsentschädigung auch für die Arbeitslosenversicherung günstiger als die Inkaufnahme von Entlassungen und Arbeitslosigkeit.

10.3.1 Versichertes Ereignis

KAE Auf wirtschaftliche Gründe zurückzuführender, unvermeidbarer Arbeitsausfall von mindestens zehn Prozent der üblichen Arbeitszeit (Betrieb oder Abteilung). Dabei bleibt der Arbeitsvertrag aufrechterhalten.

Kurzarbeit ist in der Regel wirtschaftlich bedingt. Als Kurzarbeit gelten auch Arbeitsausfälle, die auf behördliche Massnahmen oder andere, vom Arbeitgeber nicht zu beeinflussende Umstände zurückzuführen sind.

SWE Auf Baubranche und Zulieferer begrenzt (AVIV 65¹) zwingend auf Witterung zurückzuführender Arbeitsausfall (Fortführen der Arbeit technisch unmöglich oder wirtschaftlich unvertretbar).

Es sind nur halbe oder ganze Tage anrechenbar.

AVIV 65

Erwerbszweige mit Anspruch auf Schlechtwetterentschädigung

«¹ Schlechtwetterentschädigung kann in den folgenden Erwerbszweigen ausgerichtet werden:

- a. Hoch- und Tiefbau, Zimmerei-, Steinhauer- und Steinbruchgewerbe;
- b. Sand- und Kiesgewinnung;
- c. Gleis- und Freileitungsbau;
- d. Landwirtschaftsgartenbau;
- e. Waldwirtschaft, Baumschule und Torfabbau, soweit sie nicht Nebenzweig eines landwirtschaftlichen Betriebes sind;
- f. Ausbeutung von Lehmgruben sowie Ziegelei;
- g. Berufsfischerei;
- h. Transportgewerbe, soweit Fahrzeuge ausschliesslich für den Transport von Aushub oder Baumaterial von und zu Baustellen oder für den Abtransport von Sand oder Kies von der Abbaustelle verwendet werden;
- i) Sägerei

² ... (aufgehoben per 01.01.1992)

³ Ausserdem können Arbeitnehmer reiner Reb-, Pflanzen-, Obst- und Gemüsebaubetriebe entschädigt werden, wenn die normalerweise anfallenden Arbeiten wegen aussergewöhnlicher Trockenheit oder Nässe nicht verrichtet werden können.»

Arbeitsausfälle als Folge von witterungsbedingten Kundenausfällen (AVIV 51a)

Aus Rücksicht auf die Touristikbranche können erhebliche Arbeitsausfälle in Folge witterungsbedingter Kundenausfälle, z.B. durch Schneemangel, **über die KAE** geltend gemacht werden. «Erheblich» heisst hier, dass der Umsatz 25 Prozent des durchschnittlichen Jahresumsatzes der letzten fünf Kalenderjahre nicht übersteigen darf!

10.3.2 Anspruchsberechtigte Personen (AVIG 31 bzw. 42)

Der Anspruch entsteht frühestens ab erfüllter obligatorischer Schulzeit und dauert längstens bis zum Erreichen des Referenzalters. Es ist keine Mindestbeitragsdauer zu erfüllen; auch Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG) sind versichert.

Generell besteht jedoch **kein Anspruch** für Arbeitskräfte mit unbestimmbarem/unkontrollierbarem Arbeitsausfall, solche aus Personalverleih, Geschäftsführer und Mitglieder der Geschäftsleitung (Mitglieder eines obersten betrieblichen Entscheidungsgremiums, die Entscheidungen des Arbeitgebers bestimmen oder massgeblich beeinflussen können) sowie ihre mitarbeitenden Ehegatten.

Seit 01.01.2024 haben Berufsbildner/innen Anspruch auf KAE und können in dieser Zeit die Ausbildung für die Lernenden fortsetzen.

Während Ferien oder Krankheit können Betroffene nicht zur Kurzarbeit oder zum Bezug von Schlechtwetterentschädigung verpflichtet werden. Hier ist der Lohn voll zu gewähren.

KAE Keinen Anspruch haben Arbeitskräfte in befristetem oder gekündigtem Arbeitsverhältnis, Lernende und «Saisonniers».

Arbeitskräfte können nicht zu Kurzarbeit verpflichtet werden.

In solchen Fällen besteht kein Anspruch auf KAE und der Arbeitgeber schuldet den vollen Lohn.

SWE **Im Gegensatz zur KAE** besteht hier auch ein Anspruch für Lernende, Arbeitskräfte in befristetem/gekündigtem Arbeitsverhältnis und Saisonniers.

Grenzgänger/innen

Im Gegensatz zur Arbeitslosen-, sind Kurzarbeits-, Schlechtwetter- und Insolvenzenschädigungen in der Schweiz zu beziehen, da hier nicht der persönliche Wohnsitz, sondern der Sitz des Arbeitgebers massgebend ist.

10.3.3 Bemessung der Kurzarbeits- bzw. Schlechtwetterentschädigung

Die KAE bzw. SWE beträgt **80 Prozent des anrechenbaren Verdienstauffalls** (höchstversicherter Verdienst mtl. CHF 12 350.-). Als Grundlage dient der vor Eintritt der Kurzarbeit bzw. des witterungsbedingten Arbeitsausfalls erzielte Monatslohn.

Dies inklusive vereinbarter Zulagen und ggf. Ferienentschädigungen. Ebenso sind in einem Gesamtarbeitsvertrag vereinbarte Lohnerhöhungen, die in diesem Zeitraum wirksam werden, mit zu berücksichtigen.

Wenn der Lohn im letzten Beitragsmonat mindestens zehn Prozent vom Durchschnittslohn der letzten zwölf Monate abweicht, bemisst sich die Kurzarbeits- bzw. Schlechtwetterentschädigung aufgrund des Durchschnittslohns dieser Monate (AVIV 57).

10.3.3.1 **Karenztage zulasten des Arbeitgebers** (AVIG 32 II bzw. 43 III, AVIV 50 bzw. 67a)

Pro Monat (Abrechnungsperiode) muss der Arbeitgeber zudem den Arbeitsausfall für einige Tage selber übernehmen. Man spricht hier von Karenztagen.

KAE während 1. bis 12. Monat je ein Karenztag

Betreffend witterungsbedingte Kundenausfälle (AVIG 32 III, AVIV 51a) beträgt die erstmalige Karenzfrist zwei Wochen, hernach generell drei Tage pro Monat.

SWE während 1. bis 6. Monat je zwei Tage;
ab 7. Monat in Kombination mit KAE je drei Tage

10.3.3.2 **Dauer des Leistungsbezugs**

Das AVIG spricht von Abrechnungsperioden. Gemeint sind damit Monate. Für Kurzarbeit und witterungsbedingten Arbeitsausfall dürfen zusammen für maximal zwölf Monate (innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist) Leistungen bezogen werden.

KAE Die Dauer des Leistungsbezugs ist innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist auf maximal zwölf Monate (Abrechnungsperioden) beschränkt. Der Bundesrat kann die Höchstbezugsdauer in Zeiten von wirtschaftlichen Einbrüchen um höchstens sechs Monate verlängern (AVIG 35/II+III): vom 1. August 2024 bis 31. Juli 2025 beträgt die Höchstbezugsdauer 18 Monate.

Der Arbeitsausfall von über 85 Prozent wird für höchstens vier Monate/Abrechnungsperioden innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist entschädigt (AVIV 57a). Wenn nachher Arbeit vorhanden ist, kann ggf. in einem tieferen Volumen (bis 85%) Kurzarbeitsentschädigung bezogen werden, dies innerhalb der zwölfmonatigen Maximalbezugsdauer.

SWE Innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist kann während maximal sechs Monaten SWE bezogen werden.

Für in AVIV 65 erwähnte Betriebe können sich sowohl Kurzarbeit als auch witterungsbedingte Arbeitsausfälle ereignen. Hier werden die entsprechenden Zeiten zusammengezählt und während maximal zwölf Monaten Entschädigungen gewährt.

Seit 01.07.2021 sind die Stempelkontrolle (AVIG 40) und die Verpflichtung zu Zwischenbeschäftigung (AVIG 41 I, II, V) aufgehoben.

11. **Vollzug**

11.1 **Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30)**

11.1.1 **Arbeitsmarktliche Massnahmen (AVIG 59c I)**

Für alle nicht von der zuständigen Amtsstelle direkt zugewiesenen Massnahmen sind ihr Beitragsgesuche einzureichen. Die Gesuche sind zu begründen und rechtzeitig vor Beginn der zuständigen Amtsstelle einzureichen. Dies in der Regel zehn Tage vor Beginn der betreffenden Massnahme.

11.1.2 Arbeitslosenentschädigung ALE (AVIG 20)

Die betroffene Person **stellt ihren Antrag auf Arbeitslosenentschädigung in der Arbeitslosenkasse**, die sie frei wählen kann. Die **Kassenwahl** erfolgt in der Regel mit der Anmeldung als arbeitslose Person im RAV (AVIV 28). Die zu Beginn der Arbeitslosigkeit gewählte Arbeitslosenkasse kann innerhalb der Rahmenfrist für den Leistungsbezug in der Regel nicht mehr gewechselt werden.

Das Geltendmachen des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung beinhaltet auch die **Verpflichtung der betroffenen Person**, die erforderlichen Unterlagen der zuständigen Amtsstelle einzureichen (AVIV 20):

- ▶ die Wohnsitzbescheinigung der Gemeinde und ggf. die Niederlassungsbescheinigung oder den Ausländerausweis;
- ▶ die Versichertenkarte der «Krankenkasse» oder, falls vorhanden, den AHV-Ausweis;
- ▶ das Kündigungsschreiben, Zeugnisse der letzten Arbeitgeber (rückwirkend auf zwei Jahre), Bescheinigungen über die persönliche Aus- und Weiterbildung sowie den Nachweis über die Arbeitsbemühungen.

Der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung erlischt, wenn diese Unterlagen nicht innerhalb von drei Monaten – nach Ende der Kontrollperiode, auf die sie sich beziehen – eingereicht werden.

11.1.3 Insolvenzentschädigung (IE; AVIG 53–54, AVIV 77–80)

Untersteht der Arbeitgeber der Zwangsvollstreckung in der Schweiz, muss die **Forderung nach Insolvenzentschädigung innerhalb von 60 Tagen¹ der kantonalen Arbeitslosenkasse** am Sitz des zuständigen Betreibungs- und Konkursamts (Firmenhauptsitz)² eingereicht werden.

¹ **d.h., innert 60 Tagen nach:**

- ▶ Publikation der Konkurseröffnung im SHAB;
- ▶ Zustellung der Pfändungsurkunde;
- ▶ Kenntnisnahme des formellen Nichteintretens des Konkursgerichts auf das Konkursbegehren (Überschuldung);
- ▶ Publikation der richterlich bewilligten Nachlassstundung im SHAB;
- ▶ **Publikation** des richterlich bewilligten Konkursaufschubs **im SHAB**.

² Sind im Konkurs eines Arbeitgebers Zweigniederlassungen oder Betriebsstätten in einem anderen Kanton betroffen, können deren Arbeitnehmende ihren Anspruch in der öffentlichen Arbeitslosenkasse dieses Kantons geltend machen. Zuständig zur Bearbeitung dieser Anträge ist aber die öffentliche Arbeitslosenkasse am Sitz des Arbeitgebers (AVIV 77/III).

Wenn der Arbeitgeber **nicht der Zwangsvollstreckung der in der Schweiz** unterliegt, ist die öffentliche Arbeitslosenkasse zuständig, in dem der frühere Arbeitsort der versicherten Person liegt. Falls mehrere Arbeitsorte in verschiedenen Kantonen bestanden haben, bezeichnet die ALV-Ausgleichsstelle die zuständige Arbeitslosenkasse (AVIV 77/IV).

Dazu hat die betroffene Person folgende Unterlagen einzureichen (AVIV 77):

- ▶ das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular;
- ▶ die Versichertenkarte der «Krankenkasse» oder, falls vorhanden, den AHV-Ausweis;
- ▶ die Wohnsitzbescheinigung der Gemeinde und gegebenenfalls den Ausländerausweis;
- ▶ alle weiteren Unterlagen, welche die Arbeitslosenkasse zum Beurteilen des Anspruches verlangt (⇒ nötigenfalls setzt die Arbeitslosenkasse der betroffenen Person eine angemessene Frist zum Vervollständigen der Unterlagen).

Die betroffene Person muss im Konkurs- und Pfändungsverfahren alles unternehmen, um ihre Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber zu wahren, bis die Arbeitslosenkasse ihr mitteilt, dass sie an ihrer Stelle in das Verfahren eingetreten ist (Subrogation). Hernach hat sie die Arbeitslosenkasse in der Verfolgung des Anspruches in jeder zweckdienlichen Weise zu unterstützen.

Verwirkungsfrist

Innerhalb von 60 Tagen seit der Veröffentlichung des Konkurses im schweizerischen Handelsamtsblatt bzw. nach dem Pfändungsvollzug sind die Ansprüche anzumelden. Verspätet geltend gemachte Ansprüche verfallen (AVIG 53 III).

- ▶▶ Mit Auszahlung der Insolvenzenschädigung gehen die Lohnansprüche der betroffenen Person samt dem gesetzlichen Konkursprivileg auf die öffentliche Arbeitslosenkasse über (Legalzession).

Diese macht die Forderungen im weiteren Konkursverfahren geltend. Stellt sich im weiteren Verfahren heraus, dass die Forderung abgewiesen wird (weil diese beispielsweise nicht in der behaupteten Höhe bestand), wird die Insolvenzenschädigung von der betroffenen Person zurückgefordert. Die Arbeitslosenversicherung übernimmt also nur das Risiko der Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers, nicht aber das Risiko des Bestandes der Forderung.

11.1.4 Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung KAE (AVIG 36–38, AVIV 58–61)/SWE (AVIG 45–47, AVIV 69–71)

11.1.4.1 Voranmeldung des Anspruchs

KAE Der Arbeitgeber muss die Kurzarbeit **mindestens zehn Tage vor Beginn der kantonalen Amtsstelle (KAST)** – am Geschäftssitz – melden und ihre Notwendigkeit begründen. Die Voranmeldung ist rechtzeitig, d.h., zehn Tage im Voraus, zu erneuern, wenn die Kurzarbeit länger als drei Monate dauert.

Formular «Voranmeldung» der ALV-Ausgleichsstelle (Angaben betreffend Zeitraum, Kürzung der Arbeitszeit, Anzahl betroffener Arbeitnehmender, Wahl der für ihn zuständigen Arbeitslosenkasse – wobei der Arbeitgeber für jede Betriebsabteilung eine eigene Kasse wählen kann – usw.). Die Amtsstelle trifft einen Grundsatzentscheid darüber, ob die Entschädigung ausbezahlt werden kann (vorbehält-

lich der Erfüllung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, welche die Arbeitslosenkasse monatlich prüft).

Die Bewilligung für Kurzarbeit wird durch die kantonale Amtsstelle erteilt. Die «Voranmeldung» ist zu erneuern, wenn die Kurzarbeit länger als drei Monate dauert (AVIG 36 I).

Arbeitsausfälle infolge wetterbedingter Kundenausfällen (z.B. Schneemangel in Wintersportgebieten) sind gleich wie Arbeitsausfälle infolge Schlechtwetters erst im Nachhinein erkennbar. Deshalb gilt für Arbeitsausfälle infolge wetterbedingter Kundenausfälle die gleiche Meldefrist wie für die Schlechtwetterentschädigung (AVIV 58 V).

SWE Der Arbeitgeber, der für seine Arbeitnehmenden SWE beanspruchen will, muss **dies bis zum 5. Tag des Folgemonats der kantonalen Amtsstelle (KAST)** am Geschäftssitz mittels Formulars der ALV-Ausgleichsstelle melden.

Mit der Meldung bezeichnet der Arbeitgeber die Arbeitslosenkasse, mit der er abrechnen möchte. Hat er bereits eine laufende Rahmenfrist für Kurzarbeit von einer anderen Arbeitslosenkasse, ist ein Kassenwechsel nicht möglich (Ausnahmebewilligungen durch ALV-Ausgleichsstelle).

- ▶ Für jede Baustelle ist ein Formular (Angaben betreffend Zeitraum, Kürzung der Arbeitszeit, Anzahl betroffener Arbeitnehmender usw.) auszufüllen und weiterzuleiten. Zuständig ist die Amtsstelle jenes Kantons, in welchem die Firma ihren Sitz hat.

Überprüfung der Meldung

Die kantonalen Amtsstellen (KAST) sind verpflichtet, anhand eines meteorologischen Kalenders oder anderer geeigneter Unterlagen, die Plausibilität der Arbeitsausfälle zu prüfen und diejenigen ganzen oder halben Ausfalltage zu bestimmen, die grundsätzlich Anrecht auf Schlechtwetterentschädigung geben.

Die kantonale Amtsstelle überprüft die Anrechenbarkeit des Arbeitsausfalls (Meteorologie); die Arbeitslosenkasse das Vorhandensein der Zustimmung der betreffenden kantonalen Amtsstelle/n. Gestützt darauf teilt die KAST dem Arbeitgeber mittels einer beschwerdefähigen Verfügung diejenigen Tage mit, für welche er Schlechtwetterentschädigung geltend machen kann.

11.1.4.2 Abrechnung des Arbeitgebers

Anschliessend **muss der Arbeitgeber den Anspruch** für seine Arbeitnehmenden gesamthaft **für jeden Monat (Abrechnungsperiode) der von ihm – anlässlich der Voranmeldung – bezeichneten Arbeitslosenkasse geltend machen.**

Verwirkungsfrist

Ansprüche an bewilligte KAE oder SWE sind **innerhalb von drei Monaten** nach Ende des betreffenden Monats geltend zu machen. Verspätet eingereichte Ansprüche verfallen.

Der Arbeitgeber reicht der Arbeitslosenkasse folgende Unterlagen ein:

- ▶ Abrechnung von Kurzarbeit/witterungsbedingten Arbeitsausfällen
- ▶ Rapport über die wirtschaftlich bedingten Ausfallstunden. Das Total der monatlichen Ausfallstunden ist von jeder Arbeitskraft unterschriftlich bestätigen zu lassen (bzw. von einer Betriebskommission/Arbeitnehmervertretung)..
- ▶ Listen der Grundlöhne, der bezahlten Feiertage, Ferienansprüche der Arbeitskräfte, Arbeitszeitkalender usw.
- ▶ Stundenrapporte
- ▶ Die Arbeitslosenkasse kann, wenn erforderlich, weitere Unterlagen verlangen.

11.1.4.3 Auszahlung

Die Arbeitslosenkasse prüft die Anspruchsvoraussetzungen. Sofern kein Einspruch der kantonalen Amtsstelle (KAST) vorliegt, vergütet die Arbeitslosenkasse dem Arbeitgeber unter Abzug des Karenztages die KAE bzw. unter Abzug der Karenztage die SWE.

11.1.4.4 Pflichten des Arbeitgebers

Die KAE und SWE dienen dem sozialen Schutz der betroffenen Arbeitnehmenden. Gleichzeitig entlasten sie den Arbeitgeber von den Folgen des Annahmeverzuges im Sinn von OR 324. Dieser für den Arbeitgeber vorteilhafte Nebeneffekt wird dadurch teilweise ausgeglichen, dass ihm Pflichten überbunden werden. Gleichzeitig dienen diese Pflichten der Missbrauchsbekämpfung, indem sie eine gewisse Schwelle gegen die Einführung der Kurzarbeit bilden.

- ▶ Übernahme des Karenztages in der KAE bzw. der Karenztage in der SWE
- ▶ Vorfinanzierung der KAE bzw. SWE

Der Arbeitgeber hat die Kurzarbeitsentschädigung inklusive der Karenzzeit vorzuschüssen und den Arbeitskräften **am ordentlichen Zahltagstermin auszurichten**.

- ▶ Sozialversicherungen voll abrechnen (auf dem ungekürzten Lohn)
- ▶ Anmeldung und fristgerechtes Geltendmachen der Kurzarbeitsentschädigung
- ▶ Statistische Angaben an die kantonale Amtsstelle liefern, unter anderem die durch die betroffenen Arbeitnehmenden unterschriebene Bestätigung der Kenntnis von der Kurzarbeit
- ▶ Auskunft- und Meldepflicht, Pflicht zur wahrheitsgetreuen Auskunft

11.1.4.5 Mitwirken des Personals

Die von Kurzarbeit oder witterungsbedingten Arbeitsausfällen betroffenen Arbeitnehmenden (bzw. die Betriebskommission/Arbeitnehmervertretung) müssen dem Arbeitgeber zuhanden der Arbeitslosenkasse **schriftlich bestätigen**, dass der Rapport über die wirtschaftlich bedingten Ausfallstunden korrekt erstellt ist. Das Total der monatlichen Ausfallstunden ist von jeder Arbeitskraft unterschriftlich bestätigen zu lassen.

Wenn betroffene Mitarbeitende freiwillig eine **Zwischenbeschäftigung** annehmen, müssen sie das damit erzielte Einkommen dem Arbeitgeber zuhanden der Arbeitslosenkasse melden. Dieses Einkommen wird in der Festlegung des anrechenbaren Verdienstauffalls berücksichtigt (AVIG 41, AVIV 63).

11.2 Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19)

11.2.1 Arbeitsmarktliche Massnahmen

Die zuständige Amtsstelle rechnet die Kosten für die betreffende Massnahme direkt mit dem Leistungserbringer ab. Die versicherte Person erhält von der für sie zuständigen Arbeitslosenkasse während der Dauer der Massnahme ein Taggeld (Arbeitslosenentschädigung vgl. nachstehend).

11.2.1.1 Leistungsbezug im Ausland

Ausnahmsweise ist ein Kursbesuch im grenznahen Ausland möglich, sofern dies bewilligt wird (KAST/RAV/LAM).

11.2.2 Arbeitslosenentschädigung (AVIG 20, AVIV 30–31)

Die Arbeitslosenkasse zahlt die Entschädigung für die abgelaufene Kontrollperiode in der Regel im Lauf des Folgemonats aus. Die versicherte Person erhält eine schriftliche Abrechnung. Zuhanden der Steuerbehörde stellt ihr die Arbeitslosenkasse eine Bescheinigung über die erhaltenen Leistungen aus (in gewissen Kantonen elektronische Übermittlung; AVIG 97a/I Bst. c^{bis}).

Die versicherte Person hat Anspruch auf einen angemessenen Vorschuss für kontrollierte Tage, wenn sie ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft macht.

11.2.2.1 Leistungsbezug im Ausland

Grundsätzlich ist der Export von Arbeitslosenentschädigung ins Ausland nicht vorgesehen. Während der Stellensuche im Ausland bestehen allerdings Sonderregelungen (vgl. Kapitel XVIII, Abs. 8.1, grenzüberschreitende Sozialversicherungen).

Grenzgänger/innen, die in der Schweiz arbeiten, sind hier für den Bezug von Kurzarbeits- und ggf. Schlechtwetterentschädigung sowie von Insolvenzentschädigung berechtigt. Werden sie aber arbeitslos, haben sie Anspruch auf Leistungen gemäss der Gesetzgebung des Wohnsitzstaates; dies obwohl sie in der Schweiz zum Bezahlen der Beiträge verpflichtet waren.

- ▶ Seit April 2012 besteht die Möglichkeit, sich für die Arbeitsvermittlung im letzten Beschäftigungsland zur Verfügung zu stellen (Grenzgänger/innen in die Schweiz dem RAV des vormaligen Arbeitsorts). Für die Arbeitsvermittlung unterliegen sie den dortigen Bestimmungen, für den Leistungsbezug aber jenen des Wohnsitzstaates.

11.2.3 Insolvenzentschädigung (AVIV 74)

Die Arbeitslosenkasse leistet **eine erste Zahlung in der Höhe von 70 Prozent** (60% mit Quellensteuer) **der Brutto-Insolvenzentschädigung**, sobald sie diese aufgrund glaubwürdiger Unterlagen der betroffenen Person berechnen kann. Nach gut vier Wochen (Koordination und Rückmeldungen der Sozialversicherungen) erfolgt die Schlussabrechnung.

Allfällige weitere Forderungen der Versicherten werden nach Abschluss des Konkurs- oder Pfändungsverfahrens direkt durch Dividenden (Anteilszahlungen) seitens des Konkursamts den Berechtigten zugestellt.

11.2.3.1 Leistungsbezug im Ausland

Das AVIG enthält hierfür keine expliziten Bestimmungen. Im Sinn der Rechtssicherheit ist davon auszugehen, dass die ausstehenden Löhne ins Ausland vergütet werden.

11.2.4 Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung

Der Arbeitgeber hat die Kurzarbeits- bzw. Schlechtwetterentschädigung vorzuschüssen und jeweils zu den ordentlichen Zahltagsterminen auszurichten (AVIG 37).

Die Arbeitslosenkasse vergütet die rechtmässig ausgerichtete Kurzarbeits- oder Schlechtwetterentschädigung in der Regel innerhalb eines Monats nach Eingang der Abrechnung (AVIG 39 II bzw. 48 II).

11.2.4.1 Leistungsbezug im Ausland

Die Kurzarbeits- bzw. Schlechtwetterentschädigungen werden nur an in der Schweiz domizilierte Betriebe ausgerichtet. Was Kurzarbeit oder Witterung bedingte Arbeitsausfälle anbelangt, hat der Arbeitgeber dafür den Lohn zu den üblichen Zahltagsperioden auszurichten – ggf. auch ins Ausland.

11.2.5 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)

Gemäss ATSG ist der Anspruch auf Leistungen weder abtretbar noch verpfändbar. In der Praxis werden von den Arbeitslosenkassen ausbezahlte Leistungen hernach vom Betreibungsamt einbezogen, soweit sie das jeweilige Existenzminimum übersteigen.

Nachzahlungen von Leistungen der Arbeitslosenkassen können jedoch der öffentlichen oder der privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit diese Vorschusszahlungen geleistet haben. Dasselbe gilt für im Rahmen der Vorleistungspflicht gemäss ATSG 70 erbrachte Sozialversicherungsleistungen.

Seitens der AHV/IV, des Erwerbssersatzes für Dienstleistende und bei Mutterschaft, der Militär-, obligatorischen Unfall-, Krankenversicherung, der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und gesetzlichen Familienzulagen (AVIG 94) können Forderungen sowie Rückforderungen von Renten und Taggeldern mit fälligen Leistungen der Arbeitslosenversicherung verrechnet werden.

11.2.5.1 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorglich betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfe-Institution angewiesen – ist. Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Anspruchsberechtigten, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan zu melden.

Für die Arbeitslosenentschädigung sind die detaillierten Ausführungen von AVIG 16 und 17 massgebend.

Die betroffene Person muss alles Zumutbare unternehmen, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder zu verkürzen. Insbesondere ist sie verpflichtet, Arbeit zu suchen, nötigenfalls auch ausserhalb ihres bisherigen Berufes.

Sie muss ihre Bemühungen nachweisen können (AVIV 26). Sofort nach Erhalt der Kündigung sind die Arbeitsbemühungen (Stellensuche) aufzunehmen und zu dokumentieren!

11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21, AVIG 105–107)

11.4.1 Einschränkung der Arbeitslosenentschädigung

Im Sozialversicherungsrecht gilt der Grundsatz der Schadenminderungspflicht. Deshalb muss die betroffene Person alles Zumutbare unternehmen, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder zu verringern. Wer diese Pflicht nicht oder nur ungenügend erfüllt, wird vorübergehend in der Anspruchsberechtigung eingestellt oder in krassen Fällen die Vermittelbarkeit verneint (vgl. Sanktionen 10.1.1.53).

11.4.2 Übertretungen (AVIG 106)

Wer die Auskunftspflicht verletzt, indem er wissentlich unwahre oder unvollständige Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert, seine Meldepflicht verletzt, sich einer von der zuständigen Stelle angeordneten Kontrolle widersetzt, die vorgeschriebenen Formulare (z.B. Arbeitgeberbescheinigung) nicht oder nicht wahrheitsgetreu ausfüllt, wird mit einer Busse bis zum Höchstbetrag im StGB, das sind zurzeit CHF 10 000.–, bestraft.

11.4.3 Vergehen (AVIG 105)

Wer durch unwahre oder unvollständige Angaben oder in anderer Weise für sich oder einen anderen zu Unrecht Versicherungsleistungen erwirkt, wird mit bis zu sechs Monaten Gefängnis oder mit einer Busse bis zu 180 Tagessätzen (ggf. auch Kombination der beiden Massnahmen) bestraft. Sofern das Strafgesetzbuch für ein bestimmtes Verbrechen oder Vergehen härtere Massnahmen vorsieht, gelten diese.

11.5 **Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (Verjährung ATSG 24–25, ATSV 4–5, AVIG 95)**

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «in gutem Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurück-erstaten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider; d.h., hier ist die zu viel bezogene Entschädigung generell zurückzuerstaten.

Zu Unrecht ausbezahlte Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigungen fordert die Arbeitslosenkasse vom Arbeitgeber zurück. Hat der Arbeitgeber die unrechtmässige Auszahlung zu verantworten, ist für ihn jede Rückforderung gegenüber seinen Arbeitnehmenden ausgeschlossen.

Die betroffene Person muss die Insolvenzenschädigung zurückerstatten (AVIG 55 II), soweit die Lohnforderung im Konkurs oder in der Pfändung abgewiesen oder aus Gründen nicht gedeckt wird, die diese absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt hat. Dasselbe gilt für nachträglich vom Arbeitgeber erfüllte Forderungen.

11.5.1 **Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73)**

Systembedingt dürfte es in der Arbeitslosenversicherung nicht zum Rückgriff auf haftpflichtige Dritte kommen (vorbehalten bleiben die Strafbestimmungen von AVIG 105–107).

11.6 **Rechtspflegeverfahren (AVIG 100–102, ALV 128)**

Mit Ausnahme der arbeitsmarktlichen Massnahmen und der Ablehnungsentscheide werden die Leistungen der Arbeitslosenversicherung in Abweichung von ATSG 49 I im formlosen Verfahren zugesprochen. Wo Betroffene mit der zugeordneten Leistung nicht einverstanden sind, können sie eine Verfügung verlangen, um den Rechtsweg bestreiten zu können.

1. **Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52)**

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügenden Stelle Einsprache** erhoben werden (ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen). In Abweichung zu ATSG 52 I können die Kantone die Behandlung von Einsprachen gegen Verfügungen der RAV den kantonalen Amtsstellen (KAST) übertragen.

Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. **Beschwerde (ATSG 58, AVIG 128)**

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann innerhalb von **30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Gegen Entscheide sowie Beschwerdeentscheide der kantonalen Amtsstellen, RAV und Arbeitslosenkassen ist auch die ALV-Ausgleichsstelle zur Beschwerde vor dem kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht berechtigt.

3. Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

ALV (in Millionen CHF)	1995	2000	2010	2015	2020	2022
Einnahmen Total	5 472	6 450	5 752	7 483	17 429	9 682
Beiträge						
▶ Versicherte und Arbeitgeber	5 448	6 184	5 210	6 796	7 461	7 944
▶ der öffentlichen Hand	–	225	536	634	9 956	1 708
davon Bund		179	390	465	586	618
finanzielle Beteiligung						
Bund Covid-19					9 186	897
Zinsen (AL-Kassen und -Ausgleichsfonds)	21	37	5	4	7	7
Übrige			1	49	3	2
Ausgaben Total	5 225	3 514	7 457	6 874	17 284	7 376
Arbeitslosenentschädigung (netto)	3 580	2 083	5 100	4 846	5 993	4 496
Kurzarbeitsentschädigung	222	22	539	96	10	0
Covid-19					9 186	897
Schlechtwetterentschädigung	110	24	73	50	12	11
Insolvenzenschädigung inkl. Abschreibung	48	14	22	31	28	21
Arbeitsmarktliche Massnahmen	496	316	646	611	601	618
Sozialversicherungsbeiträge netto	178	33	778	736	855	645
Abgeltungen Bilaterale	168	219	–	194	208	205
Verwaltungskosten	189	397	685	699	853	832
Schuldzinsen	232	175	33	2	0	0
Übriger Aufwand	2	1	2	5	1	1
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	247	2 935	–1 706	610	145	2 307
Kapitalkonto ALV	–4 631	–3 157	–6 260	–1 539	1 900	4 021
Bezüger/innen in Tausend		207	323	316	340	285
Bezugstage in Tausend		17 587	32 879	29 623	35 330	25 356
durchschnittl. Bezugsdauer Tage/Bezüg.		85	102	93	104,0	88,9
durchschnittl. Auszahlung CHF/Tag		117.–	140.–	149.–	♀ 157,10	♀ 159,10

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2019 und Vorjahre

Registrierte Arbeitslose nach ausgewählten Merkmalen								
Durchschnittswerte pro Jahr gemäss Seco, Arbeitsmarktstatistik								
	1990	1995	2000	2010	2015	2019	2020	2023
Arbeitslosenquote	0,5%	4,2%	1,8%	3,5%	3,2%	2,3%	3,1%	3,0%
Arbeitslose¹	18 133	153 316	71 987	151 986	136 764	106 932	145 720	93 536
Nach Region								
Deutschschweiz	8 365	86 656	41 118	93 037	81 681	64 396	90 258	62 961
Westschweiz/ Tessin	9 768	66 661	30 869	58 949	55 083	42 298	55 462	43 898
Nach Geschlecht								
Frauen	8 306	67 843	34 216	67 955	60 085	46 887	63 781	44 022
Männer	9 827	85 473	37 772	84 031	76 679	60 045	81 939	62 837
Nach Nationalität								
Schweiz	10 525	88 662	38 532	85 290	73 105	56 461	77 006	50 047
Ausland	7 608	64 655	33 456	66 696	63 658	50 417	68 714	56 812
Nach Alter								
15–24 Jahre	2 887	26 058	10 122	24 344	18 067	11 771	16 799	9 902
25–49 Jahre	11 676	96 479	45 837	93 569	85 405	65 007	89 394	66 741
50 und mehr	3 570	30 779	16 028	34 072	33 292	30 071	39 424	30 124
¹ Anzahl Erwerbstätige (ab 1 Stunde/Woche) gemäss Volkszählung 1990 = 3621716 2000 = 3946988 2010 = 4775000 2020 =								

Quelle: Seco, die Lage auf dem Arbeitsmarkt der betr. Jahre

Ausmass der Kurzarbeit			
Quelle: Seco, aus Arbeitsmarktstatistik «abgerechnete Kurzarbeit»			
Jahr/Monat	Anzahl betroffene Betriebe	Anzahl betroffene Arbeitnehmende	Anzahl ausgefallene Arbeitsstunden
2000 April	265	1 392	74 135
2000 Oktober	133	900	48 008
2001 April	192	996	65 628
2001 Oktober	363	7 166	439 157
2002 April	1 153	18 065	990 146
2002 Oktober	893	9 542	598 454
2003 April	1 719	16 427	840 294
2003 Oktober	1 298	11 928	773 472
2004 April	1 034	7 042	392 041
2004 Oktober	400	3 236	202 335

Fortsetzung nächste Seite

2005 April	603	3 838	263 608
2005 Oktober	314	2 456	155 229
2006 April	288	16 327	98 408
2006 Oktober	103	568	41 397
2007 April	96	629	35 291
2007 Oktober	71	547	29 525
2008 April	119	1450	98 331
2008 Oktober	117	1627	103 392
2009 April	4 092	80 173	4 477 385
2009 Oktober	4 771	74 960	3 930 010
2010 April	2 309	24 789	1 246 152
2010 Oktober	1 054	8 144	444 167
2011 April	519	4 674	249 698
2011 Oktober	459	5 112	259 203
2012 April	633	7 440	382 702
2012 Oktober	638	8 110	428 316
2013 April	612	7 484	368 414
2013 Oktober	375	3 928	212 449
2014 April	209	1 832	106 737
2014 Oktober	165	1 915	127 781
2015 April	510	5 116	283 782
2015 Oktober	563	5 981	360 172
2016 April	668	6 729	375 107
2016 Oktober	586	6 459	372 500
2017 April	459	4 020	203 866
2017 Oktober	176	1 699	114 679
2018 April	123	1 552	76 484
2018 Oktober	71	919	54 697
2019 April	70	875	43 884
2019 Oktober	113	1 772	129 600
2020 April	131 069	1 077 041	90 185 271
2020 Oktober	22 853	219 388	12 812 300
2021 April	41 019	304 284	6 126 247
2021 Oktober	7 917	48 264	2 227 061
2022 April	3 079	22 067	1 185 150
2022 Oktober	175	1 894	96 328
2023 April	74	1 498	50 983
2023 Oktober	97	2 635	136 698
2024 April	182	3 545	168 009
Jahr/Monat	Anzahl betroffene Betriebe	Anzahl betroffene Arbeitnehmende	Anzahl ausgefallene Arbeitsstunden

vergütet werden 80 Prozent des Lohnes während der Ausfallzeit.

12.2 Entwicklungstendenzen

12.2.1 Rückblick auf Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit im Jahr 2023

Quelle: Seco, die Lage auf dem Arbeitsmarkt im Dezember 2023

Für das Berichtsjahr 2023 resultiert im Durchschnitt eine Arbeitslosenquote von 2,0 Prozent, was einer Abnahme um 0,2 Prozentpunkte gegenüber 2022 (2,2%) entspricht. Dabei handelt es sich um die tiefste Arbeitslosenquote seit über 20 Jahren. 2001 wurde zuletzt mit 1,7 Prozent eine tiefere Arbeitslosenquote ausgewiesen. Die Jugendarbeitslosenquote (15- bis 24-Jährige) liegt mit einem Jahresdurchschnittswert von 2,0 Prozent genau gleich hoch wie im Vorjahr. Die Arbeitslosenquote der älteren Arbeitnehmenden (50- bis 64-Jährige) hat mit einem Jahresdurchschnitt von 1,9 Prozent abgenommen (-0,3 Prozentpunkte gegenüber 2022).

Arbeitsmarktentwicklung und Arbeitslosenzahlen

Die positive Arbeitsmarktentwicklung des Vorjahres setzte sich zu Beginn des Jahres noch fort, bevor ab März 2023 eine Wendung eintrat. Die saisonkorrigierte Arbeitslosenquote erhöhte sich im Jahresverlauf moderat von 1,9 Prozent (Januar 2023) auf 2,2 Prozent (Dezember 2023). Die Arbeitslosenquote im Jahr 2023 betrug insgesamt 2,0 Prozent, was dem tiefsten Wert seit 2001 entspricht. Der Umfang der ausbezahlten Kurzarbeitsentschädigung (KAE) entwickelte sich gegenüber dem Vorjahr weiter deutlich zurück. Im Januar 2023 wurde KAE an 228 Betriebe und 3289 Arbeitnehmende ausbezahlt. Solch niedrige Werte wurden zuletzt vor Beginn der Covid-19-Krise erzielt.

Die Arbeitslosenzahl für 2023 beläuft sich im Jahresdurchschnitt auf 93536 Personen und liegt damit um 6041 Personen (-6,1%) tiefer als 2022. Ab Januar ging die Zahl der registrierten Arbeitslosen kontinuierlich zurück, ausgehend von einem mit Blick auf die letzten Jahre bereits unterdurchschnittlichen Anfangsniveau (100 776 Personen). Im Juli erhöhte sich die Zahl der Arbeitslosen erstmals im Jahresverlauf wieder, dies einerseits als Folge der Trendwende und andererseits auch aus saisonalen Gründen. Mit 106 859 lag die Arbeitslosenzahl Ende Dezember 2023 um 10,2 Prozent über dem Wert von Dezember 2022.

Die Anzahl der Stellensuchenden liegt im Jahresdurchschnitt 2023 bei 160 087 und damit ebenfalls deutlich unter dem Durchschnittswert aus dem Vorjahr (-15 462, d.h. -8,8%). Die monatlichen Zahlen der Stellensuchenden entwickelten sich 2023 ähnlich wie die Arbeitslosenzahlen. Ende Dezember 2023 lag die Zahl der Stellensuchenden mit 176 979 um 5,4 Prozent höher als ein Jahr zuvor.

Kurzarbeitsentschädigung (KAE)

Bisher wurde für das Jahr 2023 KAE in der Höhe von rund 50 Mio. Franken ausbezahlt, was im Vergleich zum Vorjahr mit Ausgaben von 384 Mio. Franken einer markanten Reduktion entspricht. Ausgehend von 3289 Arbeitnehmenden (228 Betriebe), für die im Januar 2023 KAE ausbezahlt wurde, hat sich die Beanspruchung der KAE in der ersten Jahreshälfte sukzessive verringert. Im Oktober 2023 (aktuellster verfügbarer Monat) wurde bisher für 2635 Arbeitnehmende (97 Betriebe) KAE abgerechnet. Diese Werte dürften noch leicht ansteigen, da die Unternehmen drei Monate Zeit haben, um ihre Abrechnungen einzureichen. Gemessen an den Voranmeldungen für KAE dürfte in der

zweiten Jahreshälfte 2023 wieder etwas mehr KAE beansprucht werden als im Sommer, dies insgesamt jedoch weiterhin auf moderatem Niveau.

Ausgleichsfonds der ALV

Der Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung wird das Rechnungsjahr 2023 gemäss aktuellen Schätzungen bei einem Gesamtertrag von 9,14 Mrd. Franken (2022: 9,64 Mrd.) und einem Gesamtaufwand von 6,38 Mrd. Franken (2022: 7,33 Mrd.) mit einem Einnahmenüberschuss von 2,76 Mrd. Franken (2022: Einnahmenüberschuss 2,31 Mrd.) abschliessen. Das Eigenkapital stieg bis Ende 2023 auf einen Bestand von 6,78 Milliarden Franken an.

Die Haupteinnahmen bestehen unter anderem aus den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber von 7,89 Mrd. Franken (2022: 7,94 Mrd.) und dem Covid-19-Bundesbeitrag, speziell für die Nachzahlungen des Ferien- und Feiertagsanteils auf Kurzarbeitsentschädigungen von 0,53 Mrd. Franken (2022: 0,90 Mrd.). Die Hauptausgaben beinhalten die Arbeitslosenentschädigungen, die sich 2023 auf 4,28 Mrd. Franken beliefen (2022: 4,79 Mrd.), sowie Kurzarbeitsentschädigungen von 0,58 Mrd. Franken (2022: 0,90 Mrd.).

Neben der SECO-Statistik zur registrierten Arbeitslosigkeit besteht in der Schweiz seit 1991 eine zweite Statistik mit Resultaten zur Erwerbslosigkeit, die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE des Bundesamtes für Statistik BFS. Diese basiert auf den Richtlinien des internationalen Arbeitsamtes (IAA/ILO/BIT) und der EUROSTAT und wird für internationale Vergleiche beigezogen. Die beiden Statistiken unterscheiden sich in der Erhebungsmethode. Im Unterschied zum SECO (monatliche Vollerhebung der registrierten Arbeitslosen bei den RAV) stützt sich das BFS auf vierteljährlich durchgeführte Stichprobenerhebungen mit Telefoninterviews und Hochrechnungen. Die unterschiedlichen Erhebungsmethoden führen zu unterschiedlichen Ergebnissen, jedoch ergänzen sich die Erkenntnisse aus beiden Statistiken.

12.2.2 AVIG-Teilrevision bereit zur parlamentarischen Beratung

Ende November 2023 hat der Bundesrat die Teilrevision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) zuhanden des Parlaments verabschiedet. Die Teilrevision umfasst neben formellen auch materielle Anpassungen, insbesondere eine Erweiterung der Möglichkeit der Teilnahme an Berufspraktika sowie der Grundlagen für den Datenaustausch.

Die Arbeitslosenkassen (ALK) erhalten für ihre Verwaltungstätigkeit eine Entschädigung vom Bund. Mit der Teilrevision wird die pauschale Vergütung abgeschafft. Es werden jährlich die Leistungskennzahlen veröffentlicht (Transparenz) und neu die effektiv angefallenen Verwaltungskosten vergütet. Dabei sollen effiziente ALK einen Bonus und sehr ineffiziente ALK einen Malus erhalten.

12.2.3 Arbeitslosenversicherung soll temporär weniger Bundesgelder erhalten

Wegen drohender Milliardendefizite in der Bundeskasse will der Bundesrat in den Jahren 2025 bis 2029 den Bundesbeitrag an die Arbeitslosenversicherung (ALV) um insgesamt 1,25 Mrd. Franken kürzen. Der Nationalrat nahm im Juni 2024 das entsprechende Bundesgesetz über die Massnahmen zur finanziellen und administrativen Entlastung ab 2025 in der Gesamtabstimmung an. Die Mehrheit war wie die zuständige Kommission der Auffassung, dass die geplante Kürzung einen wesentlichen Beitrag leiste, um die strukturellen Defizite ab 2025 zu bereinigen. Die Massnahme könne ohne Auswirkungen auf die Leistungen der ALV umgesetzt werden und sei angesichts der hohen ausserordentlichen Beiträge des Bunds an die ALV im Rahmen der Covid-Pandemie vertretbar.

12.3 Links

www.arbeit.swiss

Das neue Webportal arbeit.swiss führt bisherige Webseiten der ALV zusammen (Treffpunkt-Arbeit, Eures, Job-Room und Amstat/Arbeitsmarktstatistik) und stellt ein harmonisiertes, umfangreiches und auf die Anspruchsgruppen abgestimmtes Informations- und Serviceangebot zur Verfügung.

www.seco.admin.ch

Staatssekretariat für Wirtschaft (WBF), Kennzahlen zur Arbeitslosenversicherung

www.ahv-iv.ch

für Angaben zum Beitragsbezug

www.suva.ch

Unfallversicherer für Arbeitslose

www.aeis.ch

Auffangeinrichtung BVG

www.sfa-info.ch

Die Stiftung für Arbeit und ihre Organisationen «DOCK», «PORT» und «PLUS» schaffen neue Chancen für Menschen ohne Arbeit. Hier finden sich Angebote für zuweisende Stellen, die Wirtschaft und Privatkundschaft.

www.compasso.ch

Informationsportal zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit einer Behinderung. Es besteht in der Hauptnavigation aus drei Teilgebieten: «Bestehende Arbeitsverhältnisse», «Neueinstellungen» und «Berufliche Eingliederung lohnt sich».

IX Berufliche Vorsorge BVG

1.	Zielsetzung (BVG 1)	507
2.	Gesetzliche Grundlagen	507
3.	Geschichtliche Daten	508
4.	Organisation	510
4.1	Vorsorgeeinrichtung	510
4.1.1	Aufbau einer Vorsorgeeinrichtung	511
4.1.1.1	Der Stiftungsrat	512
4.1.1.11	Aufgaben des Stiftungsrats (BVG 51a–51c)	513
4.1.1.12	Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen (BVV1 15–22)	514
4.1.1.3	Überwachung der Outsourcing Partner	515
4.1.2	Externe Kontrollorgane	516
4.1.2.1	Die Revisionsstelle (BVG 52b–c, BVV2 34–36)	516
4.1.2.2	Der Experte/die Expertin für berufliche Vorsorge (BVG 52d–52e, BVV2 40–41a)	517
4.1.2.3	Die Aufsicht	518
4.1.2.31	Direktaufsicht durch die Kantone (BVG 61–62a, BVV1 2–4)	518
4.1.2.32	Oberaufsicht (BVG 64–64c, BVV1 5–11; OAK BV)	519
4.2	Besondere Träger der beruflichen Vorsorge	520
4.2.1	Anlagestiftungen (BVG 53g–53k; BVV1 21–22 ASV)	520
4.2.2	Die Auffangeinrichtung (BVG 60)	520
4.2.2.1	Finanzierung der Auffangeinrichtung (BVG 72)	521
4.2.3	Der Sicherheitsfonds (BVG 56–59)	521
4.2.3.1	Finanzierung des Sicherheitsfonds (BVG 59, SFV)	521
4.3	Berufliche Vorsorge und Steuern (BVG 80–84, BVV 3, WEFV 14)	522
5.	Versicherte Personen (BVG 2–5, BVV2 1j)	522
5.1	Obligatorisch Versicherte	522
5.1.1	Ausnahme: Nicht obligatorisch zu versichern sind Arbeitnehmende (BVV2 1j)	523
5.2	Freiwillig Versicherte (BVG 44–47, BVV2 28–32)	523
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes (BVG 10, BVV2 6)	524
5.4	Versicherungsausweis	524
5.4.1	Informationspflicht (BVG 86b, FZG 24)	524
5.4.1.1	Information der Vorsorgewerke (BVG 86b, BVV2 48b–48c)	525

6.	Finanzierung (BVG 65–72)	525
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	525
6.1.1	Grundsätze der beruflichen Vorsorge (BVG 1 III, BVV2 1, 1a–1h)	525
6.1.1.1	Angemessenheit (BVV2 1–1a)	525
6.1.1.2	Kollektivität und Gleichbehandlung (BVV2 1c–1f)	526
6.1.1.3	Planmässigkeit (BVV2 1g)	526
6.1.1.4	Versicherungsprinzip (BVV2 1h)	526
6.1.2	Arten von Vorsorgeplänen (FZG 15–16)	526
6.1.2.1	Das Beitragsprimat (FZG 15)	527
6.1.2.2	Das Leistungsprimat (FZG 16)	527
6.1.2.3	Umhüllende Kassen	528
6.1.2.4	Gesplittete Kassen	528
6.1.2.5	1e-Vorsorgepläne	528
6.1.2.6	Wohlfahrtsfonds	529
6.1.3	Transparenz (BVG 65a)	529
6.1.3.1	Freie Mittel	530
6.1.4	Einkauf in die berufliche Vorsorge (BVG 79b, BVV2 60a–d)	531
6.2	Beitragspflichtige Personen (BVG 65–66)	531
6.3	Dauer der Beitragspflicht	531
6.3.1	Massnahmen betreffend ältere Mitarbeitende	531
6.3.1.1	Teilbezug der Altersleistung (BVG 13a)	532
6.3.1.2	Weiterversicherung des bisherigen Verdienstes (BVG 33a)	532
6.3.1.3	Weiterversicherung nach erfolgter Kündigung	532
6.3.1.4	Aufschub des Bezugs der Altersleistungen (BVG 33b)	534
6.4	Beitragshöhe und Berechnungsbasis	534
6.4.1	Arbeitgeberbeiträge (BVG 66)	534
6.4.1.1	Arbeitgeber-Beitragsreserven	534
6.4.2	Beiträge von Personen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen	535
6.4.3	BVG-Normversicherung	535
6.4.3.1	Der koordinierte Lohn (BVG 8–9)	535
6.4.3.2	Altersgutschriften und ihre Verzinsung (BVG 14–16, BVV2 12–13)	537
6.4.3.21	Der Mindestzinssatz und der technische Zins sind nicht dasselbe	538
7.	Leistungsübersicht	540
8.	Anspruchsberechtigte Personen	540
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	540
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	540
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	540
9.	Sachleistungen (Kollektive Leistungen/Prävention)	541

10.	Geldleistungen	541
10.1	Leistungen ohne Eintritt des Versicherungsfalls	541
10.1.1	Freizügigkeitsleistungen/Austrittsleistungen (BVG 27, FZG, FZV)	541
10.1.1.1	Stellenwechsel und Wechsel der Vorsorgeeinrichtung	
	▶ Übertragen der Austrittsleistung (FZG 3, FZV 3–8)	541
10.1.1.1.1	Stellenwechsel bei Teilliquidation der Vorsorgeeinrichtung	542
10.1.1.1.2	Unterbruch der Erwerbstätigkeit (FZG 4, FZV 10–13)	543
10.1.1.1.3	Fälligkeit der Freizügigkeitsleistung – Verzugszins (FZG 2 III und 4)	544
10.1.1.1.4	Vergessene Guthaben (FZV 19a ^{bis} –19f)	544
10.1.1.1.5	Barauszahlung der Austrittsleistung (FZG 5)	544
10.1.1.1.6	Ehescheidung	
	(FZG 22–22f, FZV 19g–19k; ZGB 89a, 122, 123, 124–124e)	545
10.1.2	Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge	
	(BVG 30a–30g, WEFV)	546
10.1.2.1	Umfang der einsetzbaren Vorsorgegelder	547
10.1.2.2	Konditionen für den Einsatz von Vorsorgegeldern (WEF)	547
10.1.2.2.1	Der Vorbezug (WEFV 5–7)	547
10.1.2.2.2	Die Verpfändung (WEFV 8–9)	548
10.1.2.2.3	Informationspflichten betreffend Wohneigentum (WEFV 11)	548
10.1.2.3	Vergleich der Finanzierung mittels Vorbezug gegenüber Verpfändung	549
10.2	Leistungen mit Eintritt des Versicherungsfalls	549
10.2.1	Das Altersguthaben als Basis für die Leistungen	
	(BVG 15, 24 III; BVV2 14)	549
10.2.2	Form der Leistungen – Kapital oder Rente? (BVG 37)	550
10.2.2.1	Der Rentenumwandlungssatz (BVG 14, 24; BVV2 62b)	551
10.2.2.2	Vermögensanlage und Deckungsgrad (BVG 65, 71)	553
10.2.2.2.1	Massnahmen bei Unterdeckung (BVG 65c–65e; BVV2 44–44b)	554
10.2.3	Altersleistungen (BVG 13–17, 37 II; BVV2 62a)	555
10.2.3.1	Bemessung der Altersleistung aus beruflicher Vorsorge	556
10.2.3.2	Kinderrente zur Altersrente des Vaters bzw. der Mutter (BVG 17)	556
10.2.4	Invalidenleistungen (BVG 23–26b, BVV2 18)	557
10.2.4.1	Anspruch auf Invalidenrenten der beruflichen Vorsorge (BVG 23)	557
10.2.4.2	Bemessung der Invalidenrenten aus beruflicher Vorsorge	558
10.2.4.2.1	Neue Bemessungsmethode der IV für Teilzeit-Erwerbende ab 2018	560
10.2.4.2.2	Kinderrenten zur Invalidenrente des Vaters bzw. der Mutter	561
10.2.5	Hinterlassenenleistungen (BVG 18–22, BVV2 20)	562
10.2.5.1	Anspruch auf Hinterlassenenleistungen der beruflichen Vorsorge	
	(BVG 18)	562
10.2.5.2	Bemessung der Hinterlassenenleistungen aus beruflicher Vorsorge	
	(BVG 21)	562
10.2.5.2.1	Leistungen für hinterlassene Ehegatten	562
10.2.5.2.2	Waisenrenten	563
10.2.5.2.3	Begünstigte Personen (BVG 19–20a)	563
10.2.5.2.4	Todesfallkapital	564
10.2.6	Leistungscoordination (AHV/IV ⇔ BVG bzw. AHV/IV, UV/MVU ⇔ BVG)	564
10.2.7	Teuerungsanpassung (BVG 36)	565

11.	Vollzug	565
11.1	Geltendmachen des Leistungsanspruchs (ATSG 29–30)	565
11.1.1	Meldepflicht im Fall von vernachlässigter Unterhaltspflicht (BVG 40; FZG 24 ^{fbis} ; Inkassohilfverordnung [InkHV] 5, 13, 14)	566
11.1.2	Verjährung von Ansprüchen (BVG 41)	566
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung	566
11.2.1	Sicherheit/Insolvenzdeckung (BVG 56)	566
11.2.2	Leistungsbezug im Ausland (FZA)	567
11.2.2.1	Rentenzahlungen	567
11.2.2.2	Auszahlung der Austrittsleistungen wegen endgültigen Verlassens der Schweiz	567
11.2.2.21	Folgen des Wegzugs in einen EU- oder EFTA-Staat	567
11.2.3	Abtretung/Verpfändung (BVG 39)	568
11.3	Mitwirkungs-/Schadenminderungs- und Meldepflicht	568
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (BVG 35)	569
11.5	Rückerstattung (BVG 35a)	569
11.5.1	Rückgriff/Regress (BVG 34b, BVV2 27–27f)	569
11.6	Rechtspflege (BVG 73–74)	570
11.6.1	Klageverfahren nach BVG 73	570
11.6.2	Beschwerdeverfahren nach Art. 74 BVG	571
12.	Aktuell	571
12.1	Kennzahlen	571
12.2	Entwicklungstendenzen	572
12.2.1	BVG-Reform	572
12.3	Links	574

1. Zielsetzung (BVG 1)

Die berufliche Vorsorge umfasst alle Massnahmen auf kollektiver Basis, die den älteren Menschen, den Hinterbliebenen und Invaliden beim Eintreten eines Versicherungsfalles (Alter, Tod oder Invalidität) **zusammen mit den Leistungen der eidg. AHV/IV** die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise erlauben.

Der in der beruflichen Vorsorge versicherbare Lohn oder das versicherbare Einkommen der Selbständigerwerbenden darf das AHV-beitragspflichtige Einkommen nicht übersteigen.

Der Bundesrat präzisiert die Grundsätze der Angemessenheit, der Kollektivität, der Gleichbehandlung, der Planmässigkeit sowie des Versicherungsprinzips. Er kann ein Mindestalter für den vorzeitigen Altersrücktritt festlegen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 111 und insbesondere BV 113

Bundesgesetz

- ▶ über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG), vom 25. Juni 1982, in Kraft seit 1. Januar 1985
- ▶ über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZG), vom 17. Dezember 1993, in Kraft seit 1. Januar 1995
- ▶ über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge (WEF) vom 17. Dezember 1993, in Kraft seit 1. Januar 1995
- ▶ über Fusion, Spaltung, Umwandlung und Vermögensübertragung, Fusionsgesetz (FusG; Fusion, Teil- und Gesamtliquidation von Vorsorgeeinrichtungen) vom 3. Oktober 2003, in Kraft seit 1. Juli 2004
- ▶ Arbeitsvertragsrecht, Art. 331 ff OR
- ▶ Personenrecht, Art. 80 ff ZGB

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über Aufsicht der beruflichen Vorsorge (BVV1) vom 10. und 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Januar 2012
- ▶ Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV2), vom 18. April 1984, in Kraft seit 1. Januar 1985
- ▶ Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV3) vom 13. November 1985, in Kraft seit 1. Januar 1987
- ▶ Verordnung über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZV) vom 3. Oktober 1994, in Kraft seit 1. Januar 1995
- ▶ Verordnung über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge (WEFV) vom 3. Oktober 1994, in Kraft seit 1. Januar 1995
- ▶ Verordnung über die Anlagestiftungen (ASV) vom 22. Juni 2011, in Kraft seit 1. Januar 2012

- ▶ Verordnung gegen übermässige Vergütungen bei börsenkotierten Aktiengesellschaften (VegüV «Minder-Initiative») vom 20. November 2013, in Kraft seit 1. Januar 2014
- ▶ usw.

Weisungen der Oberaufsichtskommission (OAK)

- ▶ Standardwortlaut für den Bericht der Revisionsstelle
- ▶ Ausweis der Vermögensverwaltungskosten
- ▶ usw.

Fachrichtlinien

- ▶ Fachempfehlung zur Rechnungslegungsnorm Swiss Gaap FER 26 der Schweizerischen Kammer der Pensionskassen-Experten

«Satzung» der Vorsorgeeinrichtungen

- ▶ Stiftungsurkunde
- ▶ Reglement/Statuten
- ▶ usw.

3. Geschichtliche Daten

- | | |
|------|--|
| 1914 | Das Fabrikgesetz und die entsprechende Vollziehungsverordnung enthalten erste Bestimmungen über die berufliche Vorsorge. |
| 1925 | Annahme des Verfassungsartikels (aBV 34 ^{quater}). |
| 1936 | Steuerbegünstigung der Personalfürsorgeeinrichtungen (OR-Revision). |
| 1958 | Trennung der Personalvorsorgeeinrichtung von der Arbeitgeberfirma (ZGB-Revision). |
| 1972 | Verankerung des Dreisäulenkonzepts in der Bundesverfassung. |
| 1985 | BVG und Verordnungen treten in Kraft. |
| 1987 | BVV3 betreffend Vorsorgesparen in der Dritten Säule tritt in Kraft. |
| 1995 | Freizügigkeitsgesetz und Wohneigentumsförderung treten in Kraft. |
| 1999 | Rechtliche Grundlagen für die Zentralstelle Zweite Säule (Meldestelle für vergessene Pensionskassenguthaben) treten im Rahmen des FZG in Kraft. |
| 2002 | Dem Sicherheitsfonds wird die Führung der schweizerischen Verbindungsstelle für die berufliche Vorsorge (Abkommen über Personenfreizügigkeit im Rahmen der bilateralen Verträge Schweiz ⇔ EU bzw. Schweiz ⇔ EFTA) übertragen. |
| 2004 | Auf den 1. April tritt die erste Etappe der BVG-Revision mit den Transparenzbestimmungen in Kraft.
Auf den 1. Juli tritt das Fusionsgesetz in Kraft. Dieses gilt auch für Vorsorgeeinrichtungen und Stiftungen im Fall von Fusionen, Vermögensübertragungen (Verfahren im Fall einer Teilliquidation) oder Umwandlung der Rechtsform. |
| 2005 | Die zweite Etappe der 1. BVG-Revision mit dem Leistungsteil tritt in Kraft. |

- 2006 Die dritte Etappe der 1. BVG-Revision mit den steuerrechtlichen Aspekten tritt in Kraft.
- 2010 Personen, die über das reglementarische Rentenalter hinaus arbeiten und deshalb die Stelle wechseln wollen, können nicht mehr zum vorzeitigen Altersrücktritt gezwungen werden. Eine Änderung des Freizügigkeitsgesetzes ermöglicht, dass die Austrittsleistung auf die neue Vorsorgeeinrichtung übertragen werden kann.
An der Referendumsabstimmung vom 7. März wurde eine für die Stabilität der beruflichen Vorsorge dringliche Reduktion des Rentenumwandlungssatzes mit 72,7 Prozent Nein-Stimmen verworfen.
- 2011 Die Strukturreform über die berufliche Vorsorge tritt gestaffelt in Kraft.
Ab 1. Januar greifen Bestimmungen für ältere Arbeitnehmende (Möglichkeit, die Versicherung bis zum 70. Altersjahr fortzuführen, wenn weitergearbeitet wird sowie Möglichkeit, sich vor dem ordentlichen reglementarischen Rentenalter teilpensionieren zu lassen und dennoch zum vollen Verdienst versichert zu bleiben).
Per 1. August treten erste Bestimmungen über Governance und Transparenz in Kraft.
- 2012 Ab 1. Januar greift einerseits die Neuordnung der Aufsicht: Die Kantone bezeichnen die in ihrem Gebiet zuständige Behörde. Die meisten Kantone haben dazu gemeinsame Aufsichtsbehörden gebildet (regionalisierte Direktaufsicht). Diese werden von einer unabhängigen Oberaufsichtskommission überwacht, die auch Weisungen erteilt. Andererseits treten gleichzeitig die verschärften Bestimmungen betreffend Governance und Transparenz in der Führung und der Vermögensverwaltung von Vorsorgeeinrichtungen in Kraft.
- 2014 Auf 1. Januar müssen öffentlich-rechtliche Pensionskassen aus der Verwaltung herausgelöst und in eine eigene Vorsorgeeinrichtung überführt sein. Dies kann nach dem Grundsatz der Vollkapitalisierung oder der Teilkapitalisierung mit Staatsgarantie erfolgen.
Die durch die Minder-Initiative lancierte VegüV (Verordnung gegen übermässige Vergütungen bei börsenkotierten Aktiengesellschaften) tritt per 1. Januar in Kraft.
- 2017 Die Reform Altersvorsorge 2020 ist am 24. September sowohl seitens der Stimmberechtigten als auch der Stände verworfen worden. Damit bleibt (unter anderem) der Rentenumwandlungssatz im obligatorischen Teil weiterhin auf 6,8 Prozent.
- 2019 Nach dem Scheitern der Reform Altersvorsorge 2020 wurden die Sozialpartner aufgefordert, gemeinsam Vorstellungen zur Reform der beruflichen Vorsorge zu entwickeln. Am 2. Juli präsentierten die Sozialpartner (ohne Gewerbeverband – dieser brachte einen eigenen Vorschlag) das Ergebnis.
- 2021 Für ältere Mitarbeitende, denen gekündigt wurde, besteht die Möglichkeit als Arbeitslose die berufliche Vorsorge (auf eigene Rechnung) in der bisherigen Vorsorgeeinrichtung weiterführen zu können.

2023 In der Frühjahrssession 2023 wurde die BVG-Reform nach zähem Ringen von den eidg. Räten abgenommen. Gegen die Reform wurde mit Erfolg das Referendum ergriffen. 2024 kommt es nun zur Volksabstimmung.

Per 1. September 2023 ist das totalrevidierte Datenschutzgesetz (DSG) in Kraft getreten. Dies führt auch in der beruflichen Vorsorge zu erhöhten Dokumentations- und Informationspflichten im Umgang mit Personendaten.

2024 Am 1. Januar tritt die AHV-Reform 21 in Kraft. Das Referenzalter von Frauen und Männern wird auf 65 Jahre vereinheitlicht, der Altersrücktritt flexibilisiert und die Mehrwertsteuer (MwSt.) leicht erhöht.

Die Bestimmungen zur Modernisierung/Optimierung der Aufsicht in der 1. und 2. Säule sind ebenfalls per 1. Januar in Kraft getreten. In der 2. Säule werden insbesondere die Aufgaben der Expertinnen und Experten für berufliche Vorsorge sowie die Voraussetzungen für die Übernahme von Rentnerbeständen präzisiert.

Nach der Annahme der Initiative der 13. AHV-Rente am 3. März wird die monatliche Altersrente der AHV um 8,3 Prozent erhöht, erstmals 2026. Das Parlament muss noch bestimmen wie die zusätzlichen Kosten finanziert werden sollen.

4. Organisation

Das BVG stellt ein Rahmengesetz dar, das für die Vorsorgeeinrichtungen Minimalvorschriften enthält.

Der Arbeitgeber, der obligatorisch versicherte Arbeitnehmende beschäftigt, muss eine in das **Register für die berufliche Vorsorge** (BVG 11 und 48) eingetragene Vorsorgeeinrichtung errichten oder sich einer solchen anschliessen (Mitspracherecht des Personals betreffend deren Wahl).

Die AHV-Ausgleichskassen prüfen, ob die durch sie erfassten Arbeitgeber einer Vorsorgeeinrichtung angeschlossen sind, und veranlassen ggf. den Zwangsanschluss an die Stiftung Auffangeinrichtung BVG.

4.1 Vorsorgeeinrichtung

Jede Arbeitgeberin muss entweder eine eigene Vorsorgeeinrichtung haben oder sich einer bestehenden Vorsorgeeinrichtung anschliessen. Vorsorgeeinrichtungen werden in der Praxis auch als Personalfürsorgeeinrichtung, Personalvorsorgeeinrichtung, Personalversicherung, Pensionskasse oder Ähnliches bezeichnet.

Für **Vorsorgeeinrichtungen** verlangt der Gesetzgeber die Gründung einer **rechtlich selbständigen Institution** (BVG 48), in der durch einen Konkurs des Arbeitgebers das Vermögen der Vorsorgeeinrichtung sichergestellt ist. Deshalb müssen sämtliche Beiträge des Arbeitgebers mit denen der Arbeitnehmenden dieser Einrichtung überwiesen werden.

Neben den Verwaltungen von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie mittleren und grossen Privatunternehmen, die zugunsten ihres Personals eigene Vorsorgeeinrichtungen gegründet haben, schliessen sich immer mehr KMU (kleiner und mittlere Unternehmen) einer Sammel- oder Gemeinschaftseinrichtung (SGE) an. Seit der Einführung des BVG im Jahr 1985 nimmt die Anzahl Vorsorgeeinrichtungen laufend ab.

Zu Beginn waren es rund 15 000 Pensionskassen, 2004 noch 2935 und Ende 2022 1353. Demgegenüber ist die Anzahl der Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen (SGE) weitgehend konstant geblieben.

Gliederung der Pensionskassen (Vorsorgeeinrichtungen)	
Kriterium	Typ
Beziehung der Vorsorgeeinrichtung zum Arbeitgeber	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Firmeneigene Einrichtung Einrichtung eines einzelnen Arbeitgebers ▶ Sammeleinrichtung Einrichtungen von Versicherungen, Banken oder anderweitigen Stiftern für mehrere Arbeitgeber (für jeden angeschlossenen Betrieb organisatorisch und wirtschaftlich getrennte Vorsorgepläne, individueller Vorsorgeplan und getrennte Vermögensverwaltung möglich) ▶ Gemeinschaftseinrichtung Einrichtung für mehrere Arbeitgeber, die demselben Verband oder Verein angehören (keine organisatorische und wirtschaftliche Trennung der angeschlossenen Betriebe, einheitliche Vorsorgepläne)
Art der Deckung der Risiken	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autonome Kasse deckt die Risiken Alter, Tod und Invalidität selber. ▶ Halb- oder teilautonome Kasse deckt einen Teil der Risiken (meist Invalidität und Tod) über eine Versicherungsgesellschaft ab. ▶ Vollversicherte Kasse deckt alle Risiken über eine Lebensversicherung ab (Kollektivversicherung).

Als Rechtsform von Vorsorgeeinrichtungen wird in BVG 48 II zwingend die Stiftung oder Einrichtung des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit vorgeschrieben.

4.1.1 **Aufbau einer Vorsorgeeinrichtung**

Über 95 Prozent der privatrechtlichen Vorsorgeeinrichtungen sind Stiftungen.

Zur Errichtung einer Stiftung bedarf es eines notariellen Aktes, d.h., einer öffentlich beglaubigten **Stiftungsurkunde**. Diese Urkunde wird für Vorsorgeeinrichtungen in der Regel knapp gehalten und gibt unter anderem Aufschluss über die Organe der Stiftung sowie die Art der Verwaltung.

Für die Regelung der Einzelheiten wird auf Reglemente verwiesen.

Das Vorsorgereglement umschreibt im Detail den Träger der Vorsorge, die Organisation und die Verwaltung sowie die Beiträge und die Beitragsentwicklung. Es enthält den Leistungskatalog und definiert die Höhe respektive die Berechnungsgrundlagen für die Leistungen.

Vorsorgeeinrichtungen verfügen insbesondere über folgende Reglemente:

- ▶ Vorsorgereglement (Leistungsreglement)
- ▶ Organisationsreglement
- ▶ Anlagereglement
- ▶ Rückstellungsreglement
- ▶ Teilliquidationsreglement (inkl. Gesamtliquidation)

Inhaltlich sind die Reglemente an die Urkunde gebunden. Sie dürfen dieser in keinem Punkt widersprechen, sondern konkretisieren lediglich in Bereichen, die einer ausführlichen Regelung bedürfen.

Die Reglemente bedürfen zu ihrer Gültigkeit keiner öffentlichen Beurkundung. Sie müssen aber – wie später auch jede Änderung – der zuständigen Aufsichtsbehörde eingereicht und von dieser auf Rechtmässigkeit geprüft werden (BVV1 12–14). Dabei hat die Aufsichtsbehörde Teilliquidationsreglemente konstitutiv zu genehmigen.

Arbeitnehmende und Arbeitgeber haben das Recht, in die Organe der Vorsorgeeinrichtung, die das Reglement erlassen, die Finanzierung bestimmen und über die Vermögensverwaltung entscheiden, die gleiche Anzahl von Vertretern zu entsenden (paritätische Verwaltung, BVG 51).

4.1.1.1 Der Stiftungsrat

Das oberste Organ einer Personalvorsorgestiftung (Vorsorgeeinrichtung) ist der Stiftungsrat. Nach der Wahl der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter/innen hat sich der Stiftungsrat zu konstituieren. Das heisst, er wählt aus seiner Mitte den Präsidenten, legt die Zeichnungs- und die Vertretungsbefugnisse der Mitglieder fest. Der Stiftungsrat muss mindestens aus vier Mitgliedern bestehen (BVV2 33).

Nach seiner Konstituierung obliegt dem Stiftungsrat die gesamte Führung der Personalvorsorgestiftung. Er kann für einzelne Aufgaben besondere Ausschüsse bestellen und für die laufenden Geschäfte einen Geschäftsführer bestimmen, der an den Sitzungen des Stiftungsrates, falls er nicht Mitglied ist, mit beratender Stimme teilnehmen kann. Unabhängig davon, wie die mit dem Vollzug der beruflichen Vorsorge zusammenhängenden Aufgaben verteilt worden sind, tragen die Stiftungsratsmitglieder die volle Verantwortung.

Die einzelnen Mitglieder haften solidarisch. Dies bedeutet, dass sich ein Geschädigter für den ganzen Schaden an ein einziges Mitglied halten kann. Diesem steht gegebenenfalls ein Rückgriffsrecht auf die mitverantwortlichen übrigen Mitglieder des Stiftungsrats zu.

4.1.1.11 Aufgaben des Stiftungsrats (BVG 51a–51c)

Das oberste Organ der Vorsorgeeinrichtung, d.h., der Stiftungsrat, nimmt die Gesamtleitung der Vorsorgeeinrichtung wahr, indem er

- ▶ für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben sorgt,
- ▶ die strategischen Ziele und Grundsätze der Vorsorgeeinrichtung bestimmt sowie die Mittel zu deren Erfüllung,
- ▶ die Organisation der Vorsorgeeinrichtung festlegt,
- ▶ für ihre finanzielle Stabilität sorgt und
- ▶ die Geschäftsführung überwacht.

Dazu werden dem Stiftungsrat per Gesetz 14 unübertragbare Aufgaben zugeteilt:

Unübertragbare Aufgaben des Stiftungsrats

- a Festlegung des Finanzierungssystems;
- b Festlegung von Leistungszielen und Vorsorgeplänen sowie der Grundsätze für die Verwendung der freien Mittel;
- c Erlass und Änderung von Reglementen;
- d Erstellung und Genehmigung der Jahresrechnung;
- e Festlegung der Höhe des technischen Zinssatzes und der übrigen technischen Grundlagen;
- f Festlegung der Organisation der Vorsorgeeinrichtung;
- g Ausgestaltung des Rechnungswesens;
- h Sicherstellung der Information der Versicherten;
- i Sicherstellung der Erstausbildung und der Weiterbildung der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter/innen;
- j Ernennung und Abberufung der mit der Geschäftsführung betrauten Personen;
- k Wahl und Abberufung des Experten für berufliche Vorsorge und der Revisionsstelle;
- l Entscheid über die ganze oder teilweise Rückdeckung der Vorsorgeeinrichtung und den allfälligen Rückversicherer;
- m Festlegung der Ziele und Grundsätze der Vermögensverwaltung sowie der Durchführung und Überwachung des Anlageprozesses;
- n periodische Überprüfung der mittel- und langfristigen Übereinstimmung zwischen der Anlage des Vermögens und den Verpflichtungen der Vorsorgeeinrichtung.

Die Vorsorgeeinrichtung hat die **Erstausbildung und die Weiterbildung** der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter/innen im Stiftungsrat auf eine Weise zu gewährleisten, dass diese ihre Führungsaufgaben wahrnehmen können (BVG 51a II lit. i).

Die Vorsorgeeinrichtungen müssen Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können (BVG 65 I). Für die Prüfung, ob dies zutrifft, bestimmt die Vorsorgeeinrichtung eine Revisionsstelle sowie einen Experten für berufliche Vorsorge (BVG 52a I).

Aktienrecht

Seit 1. Januar 2014 haben Vorsorgeeinrichtungen spezielle Aktionärspflichten erhalten, die seit 1. Januar 2023 im Zuge der Aktienrechtsrevision auf Gesetzesstufe (im Obligationenrecht, OR) verankert wurden.

Die Vorsorgeeinrichtung muss im Anlagereglement eine Aussage über die Ausübung des Aktionärsstimm- und wahlrechts machen. Sie ist hinsichtlich direkt gehaltener börsenkotierter Schweizer Aktien zur Wahrnehmung ihres Stimm- und Wahlrecht bei folgenden Traktanden verpflichtet:

- ▶ Wahl des Verwaltungsrats (inkl. des Präsidenten), der Mitglieder des Vergütungsausschusses und des unabhängigen Stimmrechtsvertreters
- ▶ Statutenbestimmungen zum Thema Vergütungen
- ▶ Vergütungen des Verwaltungsrats, der Geschäftsleitung und des Beirats

Dabei hat sie die Interessen der Versicherten zu wahren – d.h., das Stimmrecht muss dem dauernden Gedeihen der Vorsorgeeinrichtung dienen (Grundsätze der Rendite, der Sicherheit, der Liquidität und der Nachhaltigkeit).

- ▶▶ Der Stiftungsrat muss die Grundsätze festlegen, die das Interesse der Versicherten in der Ausübung des Stimmrechts konkretisieren.

Die Vorsorgeeinrichtung muss mindestens einmal jährlich in einem zusammenfassenden Bericht ihren Versicherten Rechenschaft ablegen, wie sie ihrer Stimmpflicht nachgekommen ist. Ein detaillierter Bericht hat zu erfolgen, wenn Anträge des Verwaltungsrats abgelehnt oder (gleichbedeutend) Stimmenthaltung ausgeübt wurde.

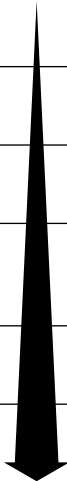
Prüfung und Genehmigung der Reglemente durch die Aufsichtsbehörde

Vorsorgeeinrichtungen sowie Einrichtungen, die ihrem Zweck nach der beruflichen Vorsorge dienen, müssen der Aufsichtsbehörde vor dem Gründungsakt und vor dem Eintrag ins Handelsregister die relevanten Unterlagen zur Prüfung einreichen. Das sind im Wesentlichen der Entwurf der Urkunde oder der Statuten; Angaben über die Gründer/innen, die Organe, die Revisionsstelle und die Experten für berufliche Vorsorge sowie der Entwurf der Reglemente.

4.1.1.2 Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen (BVV1 15–22)

Heute sind knapp drei Viertel der Arbeitnehmenden für die berufliche Vorsorge in Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen (SGE) versichert. Diese sind im BVG aber betreffend den Vollzug im BVG kaum erwähnt. Was die Gründung von SGE sowie die Anlagestiftungen anbelangt, finden sich in der BVV1 (seit der Strukturreform) detaillierte Bestimmungen.

Der zunehmende Wettbewerb unter den SGE schafft Nachfrage und Angebot von individualisierten Lösungen.

Der Individualitätsgrad von SGE			
Quelle: C-alm, Dr. Roger Baumann, ZSBA 06.11.2019			
Indivi- dualität	Grad	Beschreibung	Individuelle Komponenten
	0	Keine Individualität	Volle Solidarität unter den Anschlüssen z.B. ASGA
	1	Mögliche Wahl des Vorsorgeplans	Individuelle Finanzierung der Risikoleistungen und Vorsorgepläne z.B. BVK
	2	Zuordnung von Reserven zu einzelnen Anschlüssen oder Anschlussgruppen	Individuelle Zusatzleistungen z.B. VITA
	3	Pro Anschluss oder Anschlussgruppe eigene Anlagestrategie	Individueller Deckungsgrad, individuelle Sanierung und evtl. individueller Umwandlungssatz z.B. Publica
	4	Pro Anschluss oder Anschlussgruppe eine eigene Anlagestrategie	Individuelle Anlagestrategie; z.B. Pro medico
	5	Pro Anschluss oder Anschlussgruppe eine eigene Umsetzung der Vermögensanlagen	Individuelle Anlagegefässe (grundsätzlich kein Unterschied zu eigener Stiftung) z.B. UEP
Die Stufen 0–2 sind Gemeinschafts- und die Stufen 3–5 Sammeleinrichtungen.			

Weil Gemeinschaftseinrichtungen keinen Einkauf in die Reserven verlangen können, führt deren Wachstum – ohne entsprechende strategische Planung – zu einer Verwässerung der Strukturen. Die Verwässerung wird umso grösser, je höher das Wachstum (Wachstumsziel) und das Sicherheitsbedürfnis sind; je später die Beteiligung erfolgt und je tiefer der Individualisierungsgrad ist.

Für Sammeleinrichtungen liegt das Problem in der Anlagestrategie: Eine gemeinsame Anlagestrategie aller Anschlüsse mit getrennter Rechnung führt früher oder später zu Diskrepanzen zwischen Anlagerisiken und Risikofähigkeit und/oder zwischen erwarteter Rendite und Sollrendite einzelner Vorsorgewerke. Das hat zur Folge, dass sie mittelfristig unterschiedliche Anlagestrategien anbieten müssen. Zudem bieten kleine, abgetrennte Rentenbestände ein höheres Mortalitätsrisiko.

4.1.1.3 Überwachung der Outsourcing Partner

Vorsorgeeinrichtungen sind schlank organisierte Kleinunternehmen. Für das operationelle Tagesgeschäft braucht es Spezialisten, über welche die Vorsorgeeinrichtung häufig nicht verfügt. In der Folge werden spezialisierte, externe Outsourcing Partner (Investment Controller; Investment Advisor; IT-Provider; Immobilienbewirtschafter; Legal Berater usw.) eingesetzt.

Der Stiftungsrat hat trotz Delegation der relevanten Arbeiten an die externen Outsourcing Partner die Gesamtverantwortung.

- Es braucht eine adäquate und effektive Überwachung durch die Geschäftsführung, welche an den Stiftungsrat rapportiert. Dies gilt auch im Fall eines Anschlusses an eine Sammel- oder Gemeinschaftseinrichtung.

Überwachungsprozess und -kontrollen		
Vergabe →	Tagesgeschäft →	Ablösung
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Screening/ Due Diligence ▶ Auswahlkriterien ▶ Interessenkonflikte ▶ Verhandlung ▶ Nachvollzug Entscheid ▶ Vergabe/Briefing/ Transition 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Qualitätssicherung/ Review/Reporting ▶ Compliance/Einhaltung Vertrag/Massnahmen ▶ Interessenkonflikte ▶ Vertragsmanagement ▶ Produkt/DL Innovation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nachvollzug Entscheid ▶ Kommunikation ▶ Ablösung/Transition ▶ Qualitätssicherung ▶ Debriefing
Phasenweise Berichterstattung von der Geschäftsführung an den Stiftungsrat		

Quelle: ASIP 31.03.2022, EY Patrik Schaller

4.1.2 Externe Kontrollorgane

Jede Vorsorgeeinrichtung, auch Sammel- und Gemeinschaftsstiftungen haben drei externe Kontrollorgane: Die Aufsichtsbehörde, den Experten bzw. die Expertin für berufliche Vorsorge und die Revisionsstelle. Dazu kommt meist ein/e externe Investment Controller/in. Sie sind zwar kein gesetzliches Kontrollorgan, nehmen aber eine wichtige Funktion in der Überwachung und Steuerung der Vermögensanlage ein.

Abgesehen von der Aufsicht, die von Gesetzeswegen gesetzt ist, sollten die genannten Personen (Revisor/in, Experte/Expertin für berufliche Vorsorge) nach einigen Jahren gewechselt werden oder zumindest eine Rotation der leitenden Revisorin, des leitenden Revisors erfolgen.

4.1.2.1 Die Revisionsstelle (BVG 52b–c, BVV2 34–36)

Als Revisionsstelle können natürliche Personen und Revisionsunternehmen tätig sein, die von der Eidg. Revisionsaufsichtsbehörde als Revisionsexpertin bzw. -experte nach dem Revisionsaufsichtsgesetz zugelassen sind.

Der **Hauptauftrag** der Revisionsstelle ist es, Jahresrechnung, Alterskonten, Geschäftsführung und Vermögensanlage auf ihre Rechtmässigkeit zu prüfen; sie müssen den gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen entsprechen. Dasselbe gilt in Bezug auf die freien Mittel oder Überschussbeteiligungen aus Versicherungsverträgen.

Weiter muss die Revisionsstelle prüfen, ob die Vorkehrungen zur Sicherstellung der Loyalität in der Vermögensverwaltung getroffen wurden und die Einhaltung der Loyalitätspflichten durch den Stiftungsrat hinreichend (der Grösse und Komplexität der Vorsorgeeinrichtung entsprechend; BVV2 35 I) kontrolliert wird. Zudem ist zu prüfen, ob Rechtsgeschäfte mit der Vorsorgeeinrichtung nahestehenden Personen und Institutionen marktüblichen Konditionen entsprechen und die Interessen der Vorsorgeeinrichtung gewahrt sind (vgl. BVV2 48f–48l).

Wenn die Vorsorgeeinrichtung in Unterdeckung geraten ist, hat die Revisionsstelle zu prüfen, ob die erforderlichen Massnahmen zum Wiedererlangen der vollen Deckung von der Vorsorgeeinrichtung eingeleitet sind und die erforderliche

Meldung an die Aufsichtsbehörde erfolgt ist. Fraglich ist, ob der Gesetzgeber sich bewusst ist, dass es sich um eine jährliche Kontrolle (im Nachhinein) handelt.

► Die Revisionsstelle muss unabhängig sein und ihr Prüfungsurteil objektiv bilden. Die Unabhängigkeit darf weder tatsächlich noch dem Anschein nach beeinträchtigt sein.

Beispiel für eine **tatsächliche Verletzung** der Unabhängigkeit: Der Revisor prüft die Jahresrechnung der Fima seiner Schwester.

Beispiel für eine Verletzung der Unabhängigkeit **dem Anschein nach**: Die Revisorin spielt mit dem Finanzchef der geprüften Firma jeden Freitag Darts in einem Restaurant.

Jahresbericht der Revisionsstelle

Die Revisionsstelle hält ihre Feststellungen zu den Prüfungspunkten jährlich in einem Bericht zuhanden des Stiftungsrats fest. Dieser Bericht bestätigt die Einhaltung der entsprechenden Vorschriften mit oder ohne Einschränkungen und enthält eine Empfehlung über die Genehmigung oder Rückweisung der Jahresrechnung, die dem Bericht beiliegen muss.

Dieser Bericht mit Jahresrechnung ist vom Stiftungsrat der Aufsichtsbehörde und dem Experten für berufliche Vorsorge zuzustellen. Den Versicherten ist er zur Verfügung zu halten.

Stellt die Revisionsstelle anlässlich ihrer Prüfung Mängel fest, muss sie dem Stiftungsrat eine angemessene Frist zum Herstellen des ordnungsgemäßen Zustandes einräumen. Falls diese Frist nicht eingehalten wird, muss die Revisionsstelle die Aufsichtsbehörde informieren. Wenn der Revisionsstelle Tatsachen bekannt werden, die den guten Ruf oder die einwandfreie Geschäftstätigkeit der Verantwortlichen einer Vorsorgeeinrichtung oder entsprechender Einrichtung infrage stellen, muss die Revisionsstelle dies dem Stiftungsrat und gleichzeitig der Aufsichtsbehörde melden (BVV2 36).

4.1.2.2 Der Experte/die Expertin für berufliche Vorsorge (BVG 52d–52e, BVV2 40–41a)

Der Experte bzw. die Expertin für berufliche Vorsorge prüft periodisch, ob die Vorsorgeeinrichtung Sicherheit dafür bietet, dass sie ihre Verpflichtungen erfüllen kann und dass die reglementarischen Bestimmungen über die Leistungen und die Finanzierung den gesetzlichen Vorschriften entsprechen.

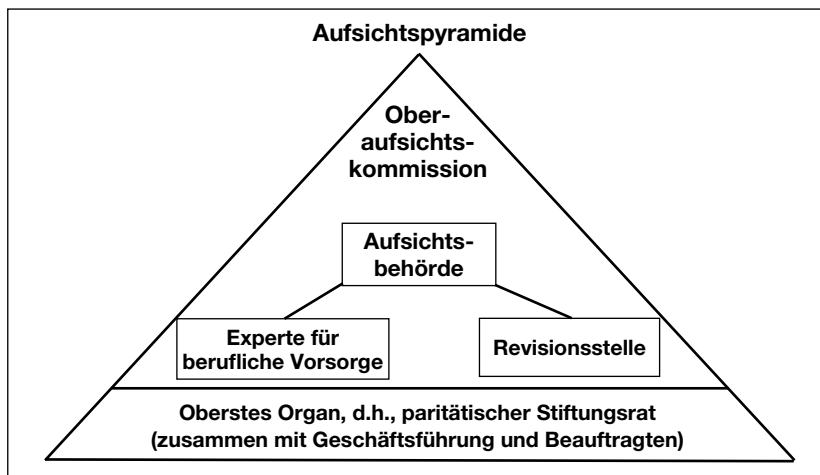
Weiter unterbreitet er/sie dem Stiftungsrat Empfehlungen, insbesondere über die Höhe des technischen Zinssatzes und der übrigen technischen Grundlagen sowie die Massnahmen, die im Fall einer Unterdeckung einzuleiten sind. Er/sie meldet der Aufsichtsbehörde, wenn der Stiftungsrat diese Empfehlungen nicht befolgt und so die Sicherheit der Vorsorgeeinrichtung gefährdet ist.

Die Fachrichtlinie FRP 7 regelt die Pflichten und Aufgaben des Experten bzw. der Expertin für berufliche Vorsorge anlässlich der gesetzlichen Prüfung von Vorsorgeeinrichtungen im Wettbewerb. Frühere Fachrichtlinien enthalten Regelungen des technischen Zinses (FRP 4), zur Beurteilung der finanziellen Situation (FRP 5) und der technischen Unterdeckung (FRP 6). Die Definition des Anwendungsbereichs wurden von der OAK BV übernommen.

Der Experte bzw. die Expertin für berufliche Vorsorge muss unabhängig sein (Details vgl. BVV2 40) und sein/ihr Prüfungsurteil und die Empfehlungen müssen objektiv gebildet worden sein. Die Zulassung als Experte bzw. Expertin für berufliche Vorsorge erteilt die Oberaufsichtskommission. Sie führt das Berufsregister.

4.1.2.3 Die Aufsicht

Seit dem 1. Januar 2012 erfolgt die Aufsicht wie folgt:



Quelle: ASIP 25.06.2010

4.1.2.31 Direktauf sicht durch die Kantone (BVG 61–62a, BVV1 2–4)

Die Kantone bezeichnen die in ihrem Gebiet zuständige Behörde. Die meisten Kantone haben sich auf der Basis von Konkordaten zu Aufsichtsregionen mit einer gemeinsamen Aufsichtsbehörde zusammengeschlossen. Die Aufsichtsbehörde ist eine selbständige, unabhängige öffentlich-rechtliche Anstalt, die in ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegt.

⇒ Unterstellung gemäss Sitzprinzip

Die Vorsorgeeinrichtungen, Freizügigkeitsstiftungen und Stiftungen für das Sparen Säule 3a unterstehen der Aufsichtsbehörde an ihrem rechtlichen Sitz.

Aufsichtsregionen

▶▶ Konkordate, d.h., gemeinsame Aufsichtsregionen

- ▶ Nordwestschweiz: BL und BS
- ▶ Ostschweiz: AI, AR, GL, GR, SG, TG, TI
- ▶ Westschweiz: JU, NE, VD, VS
- ▶ Zentralschweiz: LU, OW, NW, SZ, UR, ZG

▶▶ Staatsverträge: AG mit SO, BE mit FR, ZH mit SH

GE bleibt als Einzelkanton

Die BVG und Stiftungsaufsichten von Zürich/Schaffhausen und die Ostschweizer Aufsicht sind daran sich zu verbinden. Als Rechtsgrundlage für die neue Anstalt mit gegen 1000 Vorsorgeeinrichtungen und 1800 klassischen Stiftungen ist eine interkantonale Vereinbarung (Konkordat) vorgesehen. Die neue

Aufsicht soll ab 2026 durch eine interkantonale selbständige öffentliche-rechtliche Anstalt mit Sitz in Zürich wahrgenommen werden. Sie wird mit lokaler Präsenz in Zürich, St. Gallen und Muraltto vertreten sein. Die übergreifenden Funktionen werden zentral am Standort in Zürich sichergestellt.

In der Folge werden über drei Viertel aller Vorsorgeeinrichtungen derselben Direktaufsichtsbehörde angehören.

Aufgaben der Direktaufsicht (BVG 62)

- ▶ Prüfung der Übereinstimmung der statutarischen und reglementarischen Bestimmungen mit den gesetzlichen Vorschriften
- ▶ Überwachung der Geschäftstätigkeit (Kontrolle Jahresbericht, Jahresrechnung, Bericht der Revisionsstelle und des Experten bzw. der Expertin der beruflichen Vorsorge)
- ▶ Verfügung und Durchsetzung von Massnahmen zum Beheben von Mängeln
- ▶ Entscheide im Rahmen des Stiftungsrechts und des Freizügigkeitsgesetzes (Urkundenänderung, Teil- oder Gesamtliquidation, Fusion)
- ▶ Beratung und Information der Organe und der Versicherten

Die wachsende Bedeutung der Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen stellt sowohl die Direkt- als auch die Oberaufsicht vor neue Herausforderungen. Je komplexer die gewählte Struktur einer Stiftung ist, desto mehr Zusatzinformationen braucht die Aufsicht, um die finanzielle Stabilität und die Risiken der Vorsorgeeinrichtungen zu beurteilen. Basierend auf der Erfahrung der Direktaufsichtsbehörden plant die OAK, die Angebote der Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen neu nach Vorsorgemodellen einzuteilen.

4.1.2.32 Oberaufsicht (BVG 64–64c, BVV1 5–11; OAK BV)

Die Oberaufsichtskommission ist eine rechtlich, administrativ und finanziell von der Bundesverwaltung unabhängige Institution. Sie kann Kompetenzen an ihr Sekretariat (dem BSV angegliedert) delegieren.

Aufgaben der Oberaufsichtskommission (BVG 64a)

- ▶ **Aufsicht über die Direktaufsichtsbehörden** durch Sicherstellung einheitlicher Aufsichtstätigkeit,
- ▶ Erlass von notwendigen Standards,
- ▶ Zulassung und Registerführung der Experten/Expertinnen für berufliche Vorsorge,
- ▶ Weisungserteilung an Revisionsstellen und Experten/Expertinnen für berufliche Vorsorge,
- ▶ Aufsicht über den Sicherheitsfonds, die Auffangeinrichtung und Anlagestiftungen.

Kosten der Oberaufsicht (BVV1 7–11)

Der Oberaufsicht kommen bezüglich der Vorsorgeeinrichtungen keine operativen Aufgaben zu (keine Aufsicht über die Vorsorgeeinrichtung, sondern über die Aufsichtsbehörden). Die Kosten der Oberaufsichtskommission (OAK) und ihres Sekretariats werden durch eine jährliche Aufsichtsabgabe und Gebühren für Verfügungen und Dienstleistungen gedeckt. Die Abgaben und Gebühren bezieht die OAK von den Direktaufsichtsbehörden, der Auffangeinrichtung und dem Sicherheitsfonds sowie den Anlagestiftungen.

Die jährliche Aufsichtsabgabe bemisst sich nach der Zahl der beaufsichtigten Vorsorgeeinrichtungen sowie nach der Anzahl der aktiven Versicherten und der Anzahl der ausbezahlten Renten (BVG 64c II seit 01.01.2018). Für den Sicherheitsfonds, die Auffangeinrichtung und die Anlagestiftungen richtet sich die Abgabe nach dem Vermögen und ggf. der Anzahl Sondervermögen.

- ▶ Die jährliche Aufsichtsabgabe der Direktaufsichtsbehörden (Kantone) an die Oberaufsicht bemisst sich einerseits je Vorsorgeeinrichtung und andererseits je in der Vorsorgeeinrichtung versicherte Person. Diese Kosten müssen die kantonalen Aufsichtsbehörden den von ihnen beaufsichtigten Vorsorgeeinrichtungen weiterbelasten.

4.2 Besondere Träger der beruflichen Vorsorge

4.2.1 Anlagestiftungen (BVG 53g–53k; BVV1 21–22 ASV)

Zur gemeinsamen Anlage und Verwaltung von Vorsorgegeldern können Anlagestiftungen gegründet werden. Ihr oberstes Organ ist die Anlegerversammlung. Der Stiftungsrat ist das ausführende Organ.

Seit über 40 Jahren bieten Anlagestiftungen den Vorsorgeeinrichtungen bewährte kollektive Anlageprodukte. In der KGAST (Konferenz der Geschäftsführer der Anlagestiftungen), ihrer Standesorganisation, sind 26 Anlagestiftungen wie AWI, CSA, HIG, IST, Swisscanto zusammengeschlossen, die rund einen Achtel der im Rahmen der beruflichen Vorsorge angesparten Gelder verwalten. Im Rahmen der Strukturreform wurde eine explizite Rechtsgrundlage für die Anlagestiftungen ins Gesetz aufgenommen. Diese wird durch die Verordnung über die Anlagestiftungen (ASV) ergänzt.

Die **Haftung** der Anlagestiftung für Verbindlichkeiten einer Anlagegruppe ist auf das Vermögen dieser Anlagegruppe beschränkt. Jede Anlagegruppe haftet somit nur für ihre eigenen Verbindlichkeiten. Die Haftung der Anleger ist ausgeschlossen.

Zusätzlich gibt es zwei Träger der beruflichen Vorsorge, die als Stiftungen der Durchführung des BVG in besonderen Fällen dienen.

4.2.2 Die Auffangeinrichtung (BVG 60)

Zur Sicherstellung des Obligatoriums in der beruflichen Vorsorge wurde durch die Spitzenverbände der Arbeitnehmerschaft und Arbeitgeber die «Stiftung Auffangeinrichtung» gegründet.

Sie hat drei Aufgabengebiete

- ▶ Verwaltung unzustellbarer Freizügigkeitsleistungen
- ▶ Durchführung der obligatorischen beruflichen Vorsorge für arbeitslose Personen
- ▶ Durchführung der BVG-Vorsorge
 - ▶ Freiwilliger Anschluss von Betrieben
 - ▶ Zwangsanschluss von Betrieben
 - ▶ Freiwillige Versicherung von Personen

Dazu gehört die Aufgabe, Freizügigkeitsguthaben von arbeitslosen Personen zu verwalten, bis sie wieder eine Stelle gefunden haben.

Betroffene haben die Wahl, die Austrittsleistung in eine Freizügigkeitseinrichtung zu überweisen, (ab 2021) in der bisherigen Vorsorgeeinrichtung zu belassen oder der Auffangeinrichtung zu übermachen. Die Auffangeinrichtung ist, Freizügigkeitsguthaben anzunehmen. Im Jahr 2022 hat sie 1,4 Mio. Freizügigkeitskonten im Wert von 16,9 Mrd. Franken verwaltet.

- ▶ Ausrichten von Leistungen, wenn kein Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung

4.2.2.1 Finanzierung der Auffangeinrichtung (BVG 72)

Die Auffangeinrichtung als (in sich geschlossene) Pensionskasse muss sich entsprechend selbst finanzieren.

4.2.3 Der Sicherheitsfonds (BVG 56–59)

Das BVG sieht vor, dass die Spitzenverbände der Arbeitnehmer und Arbeitgeber die «Stiftung Sicherheitsfonds» errichten. Dem Sicherheitsfonds obliegen hauptsächlich vier Aufgabengebiete:

- ▶ Das Ausrichten **von Zuschüssen an Vorsorgeeinrichtungen mit «ungünstiger» Altersstruktur**. Damit ältere Arbeitskräfte nicht diskriminiert werden, erhalten Vorsorgeeinrichtungen mit durchschnittlichen Altersgutschriften ab 14 Prozent einen Kostenbeitrag.
- ▶ **Die Sicherstellung der gesetzlichen** (im beschränkten Umfang auch der ausserobligatorischen) **Leistungen für zahlungsunfähig gewordene Vorsorgeeinrichtungen**.

Insolvenzen ganzer Pensionskassen gibt es heute kaum mehr. Solche Fälle waren früher schon selten. Meist waren dies kleinere Arbeitgeber mit eigener Pensionskasse. Heute sind solche Unternehmen an SGE angeschlossen oder haben eine extern geführte Verwaltung.

- ▶ Ausübung der Funktion als Zentralstelle 2. Säule (Meldestelle für vergessene Pensionskassenguthaben).
- ▶ Führen der schweizerischen Verbindungsstelle für die berufliche Vorsorge (Abkommen über Personenfreizügigkeit im Rahmen der bilateralen Verträge Schweiz ⇔ EU bzw. Schweiz ⇔ EFTA).

4.2.3.1 Finanzierung des Sicherheitsfonds (BVG 59, SFV)

Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge der Vorsorgeeinrichtungen. Die Beiträge für ein Kalenderjahr werden jeweils am 30. Juni des Folgejahres fällig (z.B. die Beiträge pro 2024 am 30.06.2025).

- ▶ **Beiträge für ungünstige Altersstruktur**
aufgrund der koordinierten Löhne betreffend Altersleistung, pro 2024: 0,13 Prozent.
- ▶ **Beiträge für Insolvenzdeckung**
aufgrund der reglementarischen Austrittsleistung der Versicherten zuzüglich des zehnfachen Betrages sämtlicher Renten; pro 2024: 0,002 Prozent.

4.3 Berufliche Vorsorge und Steuern (BVG 80–84, BVV 3, WEFV 14)

Die Vorsorgeeinrichtungen sind von den direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden und von Erbschafts- und Schenkungssteuern der Kantone und der Gemeinden **befreit**. Liegenschaften von Vorsorgeeinrichtungen dürfen jedoch mit Steuern belastet werden (Handänderungs- und Grundstückgewinnsteuern).

Die Beiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmenden und Selbständigerwerbenden sind – auch in Bezug auf freiwillige Einkäufe – **von den direkten Steuern** des Bundes, der Kantone und der Gemeinden abzugsfähig.

Der freiwillige Einkauf in eine Vorsorgeeinrichtung wird unter Absatz 6.1.4 behandelt.

- ▶ Der anwartschaftliche Anspruch ist beim Bund, bei den Kantonen und den Gemeinden steuerfrei.
- ▶ Dafür erfolgt die volle Besteuerung der Leistungen aus Vorsorgeeinrichtungen als Einkommen (BVG 83).

5. Versicherte Personen (BVG 2–5, BVV2 1j)

5.1 Obligatorisch Versicherte

Der beruflichen Vorsorge sind **obligatorisch alle Arbeitnehmenden unterstellt, deren AHV-pflichtiger Jahreslohn höher ist als drei Viertel der maximalen AHV/IV-Rente, d.h., Jahreslohn über CHF 22 050.–** (seit 2023).

- ▶ Der Bundesrat könnte auf Antrag von Berufsverbänden beschliessen, alle ihnen angeschlossenen Selbständigerwerbenden – oder eine bestimmte Risikogruppe unter denselben – zur beruflichen Vorsorge zu verpflichten. Davon wurde bis heute aber kein Gebrauch gemacht.

Zudem unterstehen seit Juli 1997 **auch Personen, die Arbeitslosen-Tagelder beziehen, für die Risiken Tod und Invalidität** (nicht aber Alter) dem BVG-Obligatorium.

Voraussetzungen zur obligatorischen Unterstellung unter das BVG (müssen kumulativ erfüllt sein)	
AHV-rechtliche	Arbeitgeber mit Betriebsstätte (Haushaltung) in der Schweiz; selber als Arbeitskraft der AHV-Beitragspflicht unterstellt.
Arbeitsvertragliche	Unbefristeter oder befristeter Arbeitsvertrag, der länger als drei Monate dauert.
Altersmässige	Ab 18. Altersjahr für Risiken Invalidität und Tod; ab 25. Altersjahr zusätzlich für Alterssparen.
Lohnmässig	Jahres-Erwerbseinkommen zwischen CHF 22 050.– und 88 200.– (seit 2023)

Im Rahmen der ausser-/überobligatorischen beruflichen Vorsorge ist der maximal versicherbare Jahresverdienst auf den zehnfachen oberen Grenzbetrag beschränkt; d.h., seit 2023 CHF 882 000.– (BVG 79c).

- ▶ Befristet angestellte Arbeitnehmende sind obligatorisch versichert, wenn das Arbeitsverhältnis ohne Unterbruch über die Dauer von drei Monaten hinaus verlängert wird (ab Zeitpunkt, wo die Verlängerung vereinbart wird). Ab Beginn des vierten Monats zu versichern sind Arbeitnehmende, die beim gleichen Arbeitgeber mehrere aufeinanderfolgende Anstellungen haben, die insgesamt länger als drei Monate dauern und kein Unterbruch drei Monate übersteigt.

5.1.1 Ausnahme:

Nicht obligatorisch zu versichern sind Arbeitnehmende (BVV2 1j)

- ▶ deren Arbeitgeber gegenüber der AHV nicht beitragspflichtig sind;
- ▶ die in einem befristeten Arbeitsverhältnis von höchstens drei Monaten stehen (wird das Arbeitsverhältnis über die Dauer von drei Monaten hinaus verlängert, sind Arbeitnehmende von dem Zeitpunkt an versichert, in dem die Verlängerung vereinbart wurde);
- ▶ die nebenberuflich tätig sind und im Haupterwerb bereits obligatorisch versichert oder selbständig erwerbend sind;
- ▶ die im Sinn der Invalidenversicherung mindestens 70 Prozent invalid sind;
- ▶ die als mitarbeitende Familienmitglieder in landwirtschaftlichen Betrieben tätig sind.

Von der obligatorischen Vorsorge befreit werden können Arbeitnehmende, die voraussichtlich nicht dauernd in der Schweiz tätig und im Ausland genügend versichert sind (Gesuch an Vorsorgeeinrichtung).

5.2 Freiwillig Versicherte (BVG 44–47, BVV2 28–32)

- ▶ **Selbständigerwerbende** können sich über die Vorsorgeeinrichtung ihres Berufsverbands, solche mit Personal zusammen mit diesem, seit 2024 jeder Vorsorgeeinrichtung, die solche Anschlüsse in ihrem Reglement vorsieht oder sonst über die Auffangeinrichtung versichern lassen (BVG 44). Das Anbringen von gesundheitlich bedingten Vorbehalten bis zu drei Jahren ist zulässig. Ein Vorbehalt ist unzulässig, wenn die selbständig erwerbende Person mindestens sechs Monate versichert war und sich innert Jahresfrist freiwillig versichert.
- ▶ **Arbeitnehmende, die im Dienste mehrerer Arbeitgeber** tätig sind, können sich freiwillig versichern, sofern das AHV-pflichtige Jahreseinkommen CHF 22 050.– übersteigt. Falls es die reglementarischen Bestimmungen zulassen, ist dies über die Vorsorgeeinrichtung einer der Arbeitgeber möglich, seit 2024 der Vorsorgeeinrichtung ihres Berufsverbands, sonst über die Auffangeinrichtung (BVG 46).
- ▶ **Versicherte, die aus der obligatorischen Versicherung ausscheiden**, können sie weiterführen; über die bisherige Vorsorgeeinrichtung, falls dies die reglementarischen Bestimmungen vorsehen, sonst über die Auffangeinrichtung (BVG 47).

Ab 58-jährige Versicherte, deren Arbeitsverhältnis seitens des Arbeitgebers aufgelöst wurde, können in der (bisherigen) Vorsorgeeinrichtung verbleiben. Im Fall einer Weiterversicherung von über zwei Jahren muss die Altersleistung zwingend in Rentenform bezogen werden (BVG 47a).

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes (BVG 10, BVV2 6)

Die obligatorische Versicherung beginnt mit Antritt des Arbeitsverhältnisses, frühestens (analog der AHV) ab 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres. Bis zum vollendeten 24. Altersjahr sind jedoch nur die Risiken Tod und Invalidität zu versichern. Erst hernach werden zusätzlich die Altersguthaben gebildet.

Für Arbeitslose beginnt die obligatorische Versicherung – nur für die Risiken Tod und Invalidität – mit dem Tag, für den erstmals eine Arbeitslosenentschädigung ausgerichtet wird, d.h., nach den allgemeinen und besonderen Wartetagen (die Versicherung besteht aber während ggf. verfügbarer Einstelltage weiter).

Die Versicherungspflicht endet mit

- ▶ Entstehen des Anspruchs auf Altersleistungen;
- ▶ Tod oder Anspruch auf volle Invalidenleistung;
- ▶ Auflösung des Arbeitsverhältnisses oder mit Einstellung des Arbeitslosen-Taggeldanspruches;
- ▶ mit Unterschreiten des Mindestlohns.

Nachdeckung

Wird nach Auflösung des alten Arbeitsverhältnisses nicht gleich ein neues eingegangen, bleiben die Risiken Tod und Invalidität noch einen Monat nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses über die bisherige Vorsorgeeinrichtung versichert. Wird vorher ein neues Vorsorgeverhältnis begründet, so ist die neue Vorsorgeeinrichtung zuständig.

Vgl. auch 6.3 bis 6.3.1.4 Dauer der Beitragspflicht.

5.4 Versicherungsausweis

Die berufliche Vorsorge ist dezentral geregelt. Ein einheitlicher Versicherungsausweis analog der AHV besteht nicht.

5.4.1 Informationspflicht (BVG 86b, FZG 24)

Die Vorsorgeeinrichtung muss ihre Versicherten jährlich informieren über

- ▶ die Leistungsansprüche,
- ▶ den koordinierten Lohn,
- ▶ den Beitragssatz,
- ▶ das Altersguthaben,

zusätzlich muss sie Angaben machen über

- ▶ die Organisation und Finanzierung der Vorsorgeeinrichtung sowie
- ▶ die Mitglieder des paritätischen Organs.

Nur wenn es die versicherte Person verlangt,

hat die Vorsorgeeinrichtung die Jahresrechnung und den Jahresbericht auszuhändigen sowie Auskünfte zu erteilen über

- ▶ den Kapitalertrag,
- ▶ den versicherungstechnischen Risikoverlauf,
- ▶ die Verwaltungskosten,

- ▶ die Deckungskapitalberechnung,
- ▶ die Reservebildung und
- ▶ den Deckungsgrad.

5.4.1.1 Information der Vorsorgewerke (BVG 86b, BVV2 48b–48c)

Die Sammeleinrichtungen müssen jedes Vorsorgewerk darüber informieren, wie viele Beiträge bzw. Prämien – aufgliedert nach Spar-, Risiko- und Kostenanteil – sie insgesamt bezahlen und welcher Anteil davon auf das Vorsorgewerk entfällt. Weiter müssen Sammeleinrichtungen jedes Vorsorgewerk darüber informieren, welche freien Mittel und Überschüsse aus Versicherungsverträgen sie insgesamt erzielt haben, welchen Verteilschlüssel sie innerhalb der Sammeleinrichtung anwenden und welcher Anteil der Überschüsse auf das Vorsorgewerk entfällt. Die Vorsorgekommission muss Informationen, die das Vorsorgewerk betreffen, den Versicherten auf Anfrage schriftlich mitteilen.

6. Finanzierung (BVG 65–72)

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

Die Finanzierung der beruflichen Vorsorge erfolgt grundsätzlich nach dem **Kapitaldeckungsverfahren**. Dies bedeutet, dass die Vorsorgeeinrichtung die Vorsorgeleistungen planmässig finanziert und durch Bildung eines Deckungskapitals sicherstellt. Der von der Vorsorgeeinrichtung bezeichnete Experte bzw. die Expertin für berufliche Vorsorge muss periodisch überprüfen, ob die Vorsorgeeinrichtung Sicherheit dafür bietet, dass sie ihre Verpflichtungen erfüllen kann.

Die Finanzierung der beruflichen Vorsorge erfolgt einerseits mittels Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber und andererseits durch Kapitalerträge (Zins und Zinseszins).

Mittel der öffentlichen Hand sind – ausser dort, wo der Staat Arbeitgeber ist – nicht zur Finanzierung vorgesehen. Indirekt aber trägt der Staat durch die Steuerbefreiung der Beiträge und Vermögen ebenfalls zur Finanzierung bei.

6.1.1 Grundsätze der beruflichen Vorsorge (BVG 1 III, BVV2 1, 1a–1h)

In der Ausgestaltung von betrieblichen Vorsorgekonzepten kann sich die Frage stellen, ob gewisse Bereiche noch der Zweiten Säule (ausser-/überobligatorische Leistungen) zuzuordnen sind und damit unter die steuerliche Begünstigung fallen. Die mit der 1. BVG-Revision für die Zweite Säule massgeblichen Grundsätze von Angemessenheit, Kollektivität, Gleichbehandlung, Planmässigkeit und des Versicherungsprinzips sollen Klarheit in der Abgrenzung schaffen.

6.1.1.1 Angemessenheit (BVV2 1–1a)

Ein Vorsorgeplan gilt als angemessen, wenn die reglementarischen

- ▶ **Alterssparbeiträge**, welche vom Arbeitgeber und all seinen Arbeitnehmenden insgesamt (bzw. der freiwillig versicherten Selbständigerwerbenden) aufgebracht werden, **nicht mehr als 25 Prozent** aller versicherbaren AHV-pflichtigen Löhne betragen

oder

► **Altersleistungen 70 Prozent des AHV-Lohns vor der Pensionierung nicht übersteigen** (letzversicherter Verdienst), dies ohne AHV-Rente.

Wenn der AHV-pflichtige Lohn mehr als CHF 88 200.– pro Jahr (oberer Grenzbetrag) beträgt, dürfen die Leistungen aus beruflicher Vorsorge zusammen mit der AHV maximal 85 Prozent des letzversicherten AHV-pflichtigen Verdienstes betragen.

Für Versicherte, die mehreren Vorsorgeeinrichtungen angehören, dürfen die kumulierten Ansprüche vorgenannte Richtwerte nicht übersteigen.

6.1.1.2 **Kollektivität und Gleichbehandlung (BVV2 1c–1f)**

Eine Vorsorgeeinrichtung oder ein Vorsorgewerk – Sammel- oder Gemeinschaftseinrichtung – kann sich auf die Gesamtheit der Versicherten ausrichten (gesprochen wird dann von einem Kollektiv) oder verschiedene Kollektive vorsehen. **Die Zugehörigkeit zum betreffenden Kollektiv** muss sich nach objektiven Kriterien richten, wie Anzahl Dienstjahre, ausgeübte Funktion, hierarchische Stellung im Betrieb, Alter oder Lohnhöhe.

► Innerhalb eines Vorsorgeplanes dürfen individuell wählbare Anlagestrategien angeboten werden, wenn ausschliesslich Lohnbestandteile über dem Anderthalbfachen des oberen BVG-Grenzbetrages (seit 2023 CHF 132 300.–) versichert werden.

6.1.1.3 **Planmässigkeit (BVV2 1g)**

Planmässigkeit bedeutet, dass die Vorsorgeeinrichtung in ihrem Reglement die verschiedenen Leistungen, die Art, wie sie finanziert und beansprucht werden können, die Vorsorgepläne sowie die verschiedenen Versichertenkollektive, für welche unterschiedliche Pläne gelten, genau festlegt. Jeder Vorsorgeplan muss sich auf Parameter stützen, die nach fachlich anerkannten Grundsätzen festgelegt werden.

6.1.1.4 **Versicherungsprinzip (BVV2 1h)**

Seit 2006 ist es nicht mehr möglich, reine Alterssparpläne zu führen. Neu müssen mindestens 6 Prozent aller Beiträge, welche für die Finanzierung der Vorsorgelösung des Betriebs aufgebracht werden, für die Leistungen im Invaliditäts- und Todesfall aufgewendet werden. Wo mehrere Kollektive und/oder Pläne bestehen, bezieht sich der 6-Prozent-Anteil auf die Gesamtheit der Beiträge/Prämien aus diesen Kollektiven und Plänen.

6.1.2 **Arten von Vorsorgeplänen (FZG 15–16)**

Das BVG schreibt die genaue Ausgestaltung nicht vor. Erst die Konsultation des jeweiligen Reglements gibt Auskunft, wie der Vorsorgeplan einer Vorsorgeeinrichtung konzipiert ist.

Dabei lassen sich zwei Gestaltungsarten (Primate) mit je spezifischen Merkmalen unterscheiden: das Beitrags- und das Leistungsprimat. Aber auch Mischformen kommen vor; z.B. Todesfall- und Invaliditätsrisiko nach Leistungs- und Alterssparen nach Beitragsprimat. Hier wird teilweise vom «Biprimat» oder «Duoprimat» gesprochen. Weiter anzutreffen ist, dass der Teil aus der BVG-Normversicherung nach dem Leistungsprimat und ausserobligatorische Leistungen nach dem Beitragsprimat dargestellt sind.

Kontinuierliche Abnahme von Pensionskassen mit Leistungsprimat

Zwischen 2005 und 2015 nahmen die Vorsorgeeinrichtungen im Leistungsprimat von 289 auf 58 Einheiten ab. Auf 2023 hat sich die letzte der grossen Pensionskassen vom reinen Leistungsprimat verabschiedet. Die Swisscanto Pensionskassenstudie 2023 weist noch 6 Prozent reine Leistungsprimatskassen aus. 30 Prozent sind reine Beitragsprimatskassen und 64 Prozent sind im Duoprivat (Altersleistungen im Beitragsprimat und Risikoleistungen im Leistungsprimat).

6.1.2.1 Das Beitragsprimat (FZG 15)

Im Beitragsprimat richten sich die Leistungen der Vorsorgeeinrichtung nach der Höhe der geleisteten Beiträge (Altersgutschriften). Die zu leistenden Beiträge müssen in Prozent des versicherten Verdienstes definiert sein. Hingegen besteht keine Garantie der Leistungen in Prozent des versicherten Verdienstes.

Das Beitragsprimat bietet gewisse Vorteile, unter anderem

- ▶ ist genau bekannt, was die Versicherung kostet;
- ▶ besteht kein Zwang, Einkaufssummen oder Nachzahlungen zu leisten;
- ▶ ist das System einfach, leicht verständlich und übersichtlich (Stand Altersguthaben, Höhe der finanzierbaren Altersleistung und der Freizügigkeitsleistung).

Dafür gilt es gewisse Nachteile in Kauf zu nehmen:

- ▶ Der Vorsorgegrad sinkt mit Erhöhung des versicherten Verdienstes laufend; Lohnsteigerungen werden ungenügend versichert;
- ▶ durch die während der Versicherungsdauer eingetretene Inflation ist der Leistungserhalt vor Rentenbeginn nicht oder nur ungenügend gewährleistet;
- ▶ das Leistungsniveau ist häufig tiefer als im Leistungsprimat.

6.1.2.2 Das Leistungsprimat (FZG 16)

Für die nach dem Leistungsprimat aufgebauten Vorsorgeeinrichtungen richtet sich die Höhe der Beiträge nach den vorgesehenen Leistungen. Die Leistungen werden hier in Prozent des versicherten Verdienstes festgesetzt (z.B. garantierte Altersrente von 60 Prozent des letztversicherten Lohnes). Die dafür erforderlichen Beiträge werden nach versicherungstechnischen Grundlagen ermittelt.

Das Leistungsprimat bietet unter anderem Vorteile wie

- ▶ klare lohnprozentuale Leistung, welche die Vorsorgeplanung erleichtert;
- ▶ der Leistungserhalt vor Rentenbeginn ist im Fall einer Inflation gewährleistet;
- ▶ das Anlage- und Langleberisiko wird vollumfänglich von der Vorsorgeeinrichtung getragen;
- ▶ häufig ist das Leistungsniveau höher als im Beitragsprimat.

Demgegenüber treten Nachteile auf:

- ▶ es sind Einkaufssummen und im Fall einer Lohnerhöhung jeweils Nachzahlungen zu leisten;
- ▶ die Austrittsleistung ist nicht einfach zu berechnen, das System als solches ist wegen kasseninterner Solidaritäten schwer nachvollziehbar;
- ▶ es erfordert einen grösseren administrativen Aufwand;
- ▶ es ist weniger geeignet für flexible Arbeitsverhältnisse (Teilzeitbeschäftigung) und Entlohnungssysteme (Erfolgsbeteiligungen).

6.1.2.3 Umhüllende Kassen

Vielerorts erbringen registrierte Vorsorgeeinrichtungen mehr als die im BVG vorgeschriebenen Mindestleistungen; hier wird von umhüllenden Kassen gesprochen. In der gesamten 2. Säule ist deutlich mehr Kapital im überobligatorischen als im obligatorischen Bereich angespart. Bezüglich der Leistungsbereiche, die über die BVG-Minimalversicherung hinausgehen – bzw. bereits unter dieser zum Tragen kommen –, gelten unter anderen die BVG-Vorschriften über die paritätische Verwaltung, die Verantwortlichkeit, die Kontrolle, den Sicherheitsfonds, die Aufsicht, die finanzielle Sicherheit, die Rechtspflege, die Strafbestimmungen, die Transparenz und die Vermögensverwaltung (BVG 49).

Registrierte Vorsorgeeinrichtungen, welche Mehrleistungen erbringen, haben im Rahmen einer **Schattenrechnung** den Nachweis zu erbringen, dass die BVG-Mindestvorschriften bezüglich Leistungen eingehalten werden. Die Schattenrechnung ist zudem ein wichtiges Hilfsmittel zur Abgrenzung der beiden Rechtsanwendungsbereiche BVG einerseits und privates Vertragsrecht andererseits.

6.1.2.4 Gesplittete Kassen

Neben den umhüllenden Vorsorgeeinrichtungen ist auch ein sogenanntes Splitting anzutreffen. Das bedeutet, dass neben der BVG-Versicherung eine weitere Pensionskasse, auch Kaderversicherung genannt, geführt wird, die überobligatorische Leistungen versichert.

6.1.2.5 1e-Vorsorgepläne

Dies sind Pensionskassen-Kaderlösungen – basierend auf BVV2 1e – für Lohnanteile über dem anderthalbfachen des oberen Grenzbetrages nach BVG (seit 2023 CHF 132 300.–). 1e-Vorsorgepläne können nur als Ergänzung zur «Basispensionskasse» angeboten werden.

Vorsorgeeinrichtungen können hier ihren Versicherten die Wahl zwischen mehreren Anlagestrategien anbieten (höchstens zehn, wovon mindestens eine davon risikoarm sein muss). Allerdings darf das Vorsorgeguthaben nicht in verschiedenen Anlagestrategien aufgeteilt und entsprechend angelegt werden.

Aufgrund des erforderlichen Jahresverdienstes von über CHF 132 300.– steht dieser etwa 5–7 Prozent der Versicherten offen. 2021 konnten laut BVG-Statistik 36 696 Versicherte ihr Vorsorgekapital nach Wahl ihrer Anlagestrategie investieren.

- ▶ Durch 1e-Pläne kann die Anlagestrategie im Lohnbereich über CHF 132 300.–/Jahr durch die versicherte Person beeinflusst werden.
- ▶ Im Gegenzug richtet sich die Austrittsleistung nach dem Deckungsgrad; die Mindestgarantien von FZG 15 und 17 entfallen.

Deshalb sind 1e-Vorsorgelösungen in einem separaten Rechtsträger zu führen, der ausschliesslich Lohnanteile über dem anderthalbfachen oberen Grenzbetrag versichert. Sie dürfen nicht mit Vorsorgelösungen, die Garantien gemäss FZG 15 und 17 gewähren, im gleichen Rechtsträger geführt werden (OAK BV, Mitteilungen 3/2020).

Die Grundsätze über die Angemessenheit (BVG 2 1 V), die Kollektivität (BVG 2 1e) sowie die Bestimmungen über Sicherheit und Risikoverteilung des angelegten Vermögens (BVG 2 50 IV^{bis}) gelten sinngemäss zu den Bestimmungen vor Vorsorgeeinrichtung.

6.1.2.6 Wohlfahrtsfonds

Neben der eigentlichen Vorsorgeeinrichtung unterhalten einige Betriebe Wohlfahrtsfonds, die exklusiv vom Arbeitgeber finanziert werden. Diese Wohlfahrtsfonds richten (ehemaligen) Betriebsangehörigen oder deren Hinterlassenen Zuschüsse aus, wenn sie wegen Krankheit, Unfall, Invalidität oder Arbeitslosigkeit in eine besondere Notlage geraten sind.

6.1.3 Transparenz (BVG 65a)

Im Rahmen der Transparenzvorschriften schreibt der Bundesrat vor, dass alle schweizerischen Personalvorsorge- und Sammeleinrichtungen ihre Jahresrechnung nach dem Rechnungslegungsstandard «Swiss Gaap FER 26» offenlegen.

Mit den Bestimmungen soll sichergestellt werden, dass

1. die tatsächliche finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtung ersichtlich wird,
2. die Sicherheit der Erfüllung der Vorsorgezwecke belegt werden kann,
3. das paritätische Organ der Vorsorgeeinrichtung seine Führungsaufgabe wahrnehmen kann und
4. die Informationspflichten gegenüber den Versicherten erfüllt werden können.

Inhaltlich die offensichtlichste Auswirkung für Personalvorsorgeeinrichtungen ist die vorgeschriebene einheitliche Gliederung der Bilanz (die Vermögenswerte sind zum Marktwert zu verbuchen), der Betriebsrechnung und des Anhangs. Die Positionen der Jahresrechnung werden vorgegeben, zusätzliche Informationen gehören in den Anhang. Damit wird erreicht, dass sämtliche wünschenswerten Informationen offengelegt werden und die Abschlüsse der verschiedenen Kassen besser vergleichbar sind.

Die Versicherer haben die Sammelstiftungen so zu informieren, dass sie den Versicherten Auskunft über die Berechnung der Beiträge, die Überschussbeteiligung und die Versicherungsleistungen geben können. Wo Anschlussverträge zwischen den Vorsorgestiftungen und den angeschlossenen Betrieben aufgelöst werden, tragen die neuen Bestimmungen den Interessen der Versicherten und deren Vorsorgeguthaben besser Rechnung.

6.1.3.1 Freie Mittel

Als freie Mittel werden die nicht durch Verpflichtungen gebundenen Vorsorgemittel einer Vorsorgeeinrichtung betrachtet. Dafür wird üblicherweise der Begriff des Deckungsgrades verwendet. Weist eine Vorsorgeeinrichtung einen Deckungsgrad von 110 Prozent aus, verfügt diese Vorsorgeeinrichtung über 10 Prozent freie Mittel.

Dabei gilt es zu beachten, dass mit einem Deckungsgrad von 100 Prozent noch keine Reserven zum Ausgleich von Schwankungen auf den Kapitalanlagen vorhanden sind. Üblicherweise sind Schwankungsreserven von 10 bis 20 Prozent der vorhandenen Kapitalanlagen erforderlich. Die effektive Höhe richtet sich nach der Anlagestrategie der einzelnen Vorsorgeeinrichtung. Wirklich frei verfügbare Mittel sind somit erst ab einem Deckungsgrad von 110 bis 120 Prozent vorhanden.

Freie Mittel entstehen

- ▶ durch Kapitalerträge über dem Zinssatz für die Altersguthaben bzw. technischen Zinssatz (Performance auf Kapitalanlagen)
- ▶ aus versicherungstechnischen Gewinnen, z.B.
 - ▶ weniger Invaliditäts- und Todesfälle als erwartet;
 - ▶ Tod von Versicherten, deren Altersguthaben noch nicht verbraucht wurde und die keine Hinterlassenenleistungen auslösen;
- ▶ freiwillige Einlagen des Arbeitgebers in die Vorsorgeeinrichtung (z.B. aus Anlass eines Firmenjubiläums).

Freie Mittel können unter anderem für die Verbesserung der Leistungen der Versicherten und Rentner/innen, die Anpassung der Altersrenten an die Teuerung oder die Reduktion der Beiträge der Versicherten/Arbeitgeber verwendet werden. Aufgrund der Diskussionen um die Bilanzierung der Vorsorgeverpflichtungen international tätiger Schweizer Konzerne (Rechnungslegungsnormen IAS 19 und FER 16) hat das BSV «Richtlinien über die Verwendung von freien Mitteln von Vorsorgeeinrichtungen zur Beitragsreduktion oder -befreiung» erlassen.

Diese Richtlinien nennen vier Bedingungen, die kumulativ erfüllt sein müssen, damit die freien Mittel zur Beitragsreduktion oder -befreiung verwendet werden dürfen:

1. Beitragsreduktionen bzw. -befreiungen sind statutarisch/reglementarisch vorgesehen.
2. Das oberste Organ der Vorsorgeeinrichtung (Stiftungsrat) hat eine Beitragsreduktion oder -befreiung beschlossen.
3. Die Vorsorgezwecke sind gesichert und erfüllt (wofür sehr strenge Massstäbe gesetzt werden).
4. Die Fortschreibung der Freizügigkeitsleistung ist so vorzunehmen, wie wenn keine vorübergehende Beitragsreduktion oder -befreiung stattfinden würde.

Ferner sind die Rentner/innen am freien Vermögen zu beteiligen wie die aktiven Versicherten (Erhöhung des Rentendeckungskapitals und damit Leistungsverbesserungen). Spezielle Hinweise finden sich für öffentlich-rechtliche Vorsorgeeinrichtungen, die nicht voll finanziert sind.

6.1.4 Einkauf in die berufliche Vorsorge (BVG 79b, BVV2 60a–d)

Die Vorsorgeeinrichtung kann den Einkauf **bis zur Höhe der reglementarischen Leistungen** ermöglichen. Für die Berechnung des Einkaufs müssen die gleichen, nach fachlichen Grundsätzen festgelegten Parameter eingehalten werden, wie für die Definition des Vorsorgeplans (vgl. 6.1.1).

Folgende Einschränkungen sind zu beachten:

- ▶ Sofern Einkäufe getätigt worden sind, dürfen Leistungen innerhalb der nächsten drei Jahre nicht in Kapitalform aus der Vorsorge zurückgezogen werden.
- ▶ Wer zum Erwerb von Wohneigentum Vorbezüge gemacht hat, muss diese zurückzahlen, bevor ein freiwilliger Einkauf vorgenommen werden kann.
- ▶ In der Regel reduziert sich der Höchstbetrag der Einkaufssumme um die in der Säule 3a als Selbständigerwerbende/r getätigten Einlagen mit Zinsen und ggf. von parkierten Freizügigkeitsguthaben (BVV2 60a).
- ▶ Die jährliche Einkaufssumme von Personen, die **aus dem Ausland zuziehen** und noch nie einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung angehört haben, darf in den ersten fünf Jahren 20 Prozent des reglementarisch versicherten Lohnes nicht übersteigen (BVV2 60b). Wenn sich solche Personen erst nach Ablauf der fünf Jahre einkaufen wollen, muss die Vorsorgeeinrichtung den Einkauf in die vollen reglementarischen Leistungen zulassen. Durch eine Ergänzung (BVV2 60b II) können seit Januar 2011 grundsätzlich Leistungen direkt aus einem ausländischen System der beruflichen Vorsorge übertragen werden (Reglementsbestimmungen der betreffenden Vorsorgeeinrichtung beachten).
- ▶ Für geschiedene Personen, die sich nach der Einkommensteilung wieder einkaufen wollen (FZG 22c), kommen die Einkaufsbeschränkungen nicht zum Tragen.

6.2 Beitragspflichtige Personen (BVG 65–66)

In der beruflichen Vorsorge ist der Kreis der Versicherten identisch mit jenem der Beitragspflichtigen. Es sind die versicherten Arbeitnehmenden und ihre Arbeitgeber, Personen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen, und freiwillig Versicherte, die Beiträge entrichten.

6.3 Dauer der Beitragspflicht

Die Beitragspflicht beginnt mit Aufnahme der Erwerbstätigkeit, frühestens (mit entsprechend hohem Lohn) am 1. Januar des 18. Altersjahres. In der BVG-Normversicherung sind bis zum 1. Januar des 25. Altersjahres nur die Risiken Tod und Invalidität versichert und somit beitragspflichtig. Hernach beginnt das Alterssparen mit zusätzlichen Beiträgen (Altersgutschriften). Die Beitragspflicht endet (abgesehen von der Nachdeckung) gleichzeitig mit der Versicherungspflicht.

6.3.1 Massnahmen betreffend ältere Mitarbeitende

Die versicherte Person kann die Altersleistung ab dem (vollendeten) 63. Altersjahr vorbezahlen, wobei das Reglement der Vorsorgeeinrichtung einen Vorbezug bereits ab Alter 58 vorsehen kann. Dabei muss der erste Vorbezug min-

destens 20 Prozent der Altersleistung betragen. Andererseits ist ein Aufschub der Altersleistung bis zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit, maximal aber dem (vollendeten) 70. Altersjahr möglich (BVG 13a).

6.3.1.1 Teilbezug der Altersleistung (BVG 13a)

Die AHV-Reform 21 bringt per 01.01.2024 für die berufliche Vorsorge Neuerungen hinsichtlich des schrittweisen Altersrücktritts.

Die versicherte Person kann die Altersleistung als Rente abgestuft in bis zu drei Schritten beziehen, wobei die Vorsorgeeinrichtung mehr als drei Schritte zulassen kann. Dabei darf der Anteil der vor dem reglementarischen Referenzalter bezogenen Altersleistung den Anteil der Lohnreduktion nicht übersteigen.

Wird die Altersleistung als Kapital bezogen, ist der Teilbezug in höchstens drei Schritten zulässig, dies auch dann, wenn mehrere Vorsorgeeinrichtungen betroffen sind. Ein Schritt umfasst sämtliche Bezüge innerhalb eines Kalenderjahres.

► Wenn eine Vorsorgeeinrichtung mehr als drei Pensionierungsschritte zulässt, muss ab dem vierten Schritt zwingend eine Rente bezogen werden.

Vor ihrer Fälligkeit sind Ansprüche der Vorsorgeeinrichtung steuerbefreit. Für die Anerkennung eines Teilaltersrücktritts hat die Schweizerische Steuerkonferenz im Sinn einer Praxisempfehlung folgende Voraussetzungen formuliert.

1. Vorliegen einer massgeblichen, dauerhaften Reduktion des Beschäftigungsgrads;
2. Massgebende Lohnreduktion;
3. Bezug von Altersleistungen muss der Reduktion des Beschäftigungsgrades entsprechen;
4. Reglementarische Verankerung der Teilpensionierung und ihrer Voraussetzungen.

6.3.1.2 Weiterversicherung des bisherigen Verdienstes (BVG 33a)

Personen ab dem 58. Altersjahr, die ihr Arbeitspensum vor Erreichen des reglementarischen Referenzalters um maximal die Hälfte reduzieren (und entsprechend weniger verdienen), können den bisherigen Verdienst weiter versichern; dies bis zum reglementarischen Referenzalter.

► Für den die freiwillige Weiterversicherung betreffenden Teil ist die Parität ausgenommen, d.h., der/die Arbeitnehmende kann allein für die Beitragszahlung verpflichtet werden.

Da es sich um Beiträge auf dem versicherten Verdienst handelt, bleibt auch der Anteil der Weiterversicherung steuerbefreit – dies auch in jenen Fällen, wo sich der Arbeitgeber nicht an der Finanzierung beteiligt.

6.3.1.3 Weiterversicherung nach erfolgter Kündigung

Versicherte, die aus der obligatorischen Versicherung ausscheiden, können ihre Vorsorge oder das Alterssparen in der bisherigen Vorsorgeeinrichtung weiterführen; dies allerdings nur, wenn deren Reglement eine Weiterführung vorsieht. Sonst ist das Weiterführen über die Auffangeinrichtung möglich.

Wer Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezieht, ist über die Auffangeinrichtung für Invalidität und Tod in der Höhe des koordinierten Taggelds versichert. Das Fortführen des Alterssparens nur im Rahmen der BVG-Normversicherung möglich. Andernfalls muss die Freizügigkeitsleistung und – so kein neues Arbeitsverhältnis eingegangen wird – daraus später das Kapital bezogen werden.

Zusätzliche Regelung (BVG 47a)

Versicherte, die **nach dem vollendetem 58. Altersjahr** aus der Versicherung ausscheiden, weil ihnen der **Arbeitgeber gekündigt hat**, können seit 2021 die Weiterversicherung im bisherigen Umfang in der bisherigen Vorsorgeeinrichtung verlangen.

- ▶ Dies kann **nur für die Risikoleistung** (Invalidität und Tod) im bisherigen Umfang sein. (Sonst sind Arbeitslose in der Auffangeinrichtung nur im Rahmen des koordinierten Taggelds betreffend Invalidität und Tod versichert).
- ▶ **Möglich ist auch der Erhalt der Altersvorsorge.** Entweder kann die Altersleistung beitragsfrei in der bisherigen Pensionskasse belassen werden oder sie kann mittels Sparbeiträgen weiter ausgebaut werden.
- ▶ Die versicherte Person bezahlt die **Beiträge** (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) zur Deckung der Risiken Tod und Invalidität und – falls sie weiter ausgebaut wird die Altersvorsorge – sowie die Verwaltungskosten.
- ▶ Die **Versicherung endet** mit Eintritt der Risiken Tod oder Invalidität oder mit Erreichen des reglementarischen Referenzalters.

Wenn die betroffene Person eine neue Anstellung hat und in eine neue Vorsorgeeinrichtung eintritt, muss ihr die bisherige das Altersguthaben überweisen. Der Übertrag der Austrittsleistung hat zu erfolgen, wenn in der neuen Vorsorgeeinrichtung mehr als zwei Drittel der für den Einkauf in die vollen reglementarischen Leistungen benötigt werden, endet die Versicherung in der alten Vorsorgeeinrichtung (Übertrag der Austrittsleistung).

Die Versicherung kann durch die versicherte Person jederzeit **gekündigt** werden. Durch die Vorsorgeeinrichtung kann die Versicherung im Fall von Beitragsausständen gekündigt werden.

- ▶ Gekündigte Mitarbeitende, welche die Versicherung so weiterführen, sind **gleichberechtigt** wie die im selben Kollektiv aufgrund eines bestehenden Arbeitsverhältnisses versicherten Mitarbeitenden. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Zins, den Umwandlungssatz sowie auf Zahlungen durch den früheren Arbeitgeber oder einen Dritten.
- ▶ Wenn die Weiterführung mehr als zwei Jahre gedauert hat, müssen die **Versicherungsleistungen grundsätzlich in Rentenform** bezogen werden (ausser das Reglement der Vorsorgeeinrichtung sieht nur Leistungen in Kapitalform vor). Zudem kann die Austrittsleistung nicht mehr für Wohneigentum eingesetzt werden (Vorbezug oder Verpfändung).

6.3.1.4 **Aufschub des Bezugs der Altersleistungen (BVG 33b)**

Der Bezug von Altersleistungen kann auf Verlangen der versicherten Person bis zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit (maximal bis Alter 70) aufgeschoben werden.

- ▶ Das Kapital wird derweilen weiter verzinst.
- ▶ Zudem kann im Reglement der Vorsorgeeinrichtung vorgesehen werden, dass auf dem AHV-pflichtigen Gehalt weitere Beiträge entrichtet werden. Dadurch erhöht sich das Altersguthaben. Meist sieht das Reglement auch eine Erhöhung des Umwandlungssatzes vor.

6.4 **Beitragshöhe und Berechnungsbasis**

Die **Vorsorgeeinrichtungen legen die Höhe der Beiträge** des Arbeitgebers und der Arbeitnehmenden in den **reglementarischen Bestimmungen** fest. Der Beitrag des Arbeitgebers muss mindestens gleich hoch sein wie die gesamten Beiträge seiner Arbeitnehmenden.

Ein höherer Anteil des Arbeitgebers kann nur mit dessen Einverständnis festgelegt werden. Im Übrigen sind die Vorsorgeeinrichtungen frei, wie sie die Finanzierung regeln. Die Finanzierung ist im Reglement der Vorsorgeeinrichtung festzulegen. Will und kann ein Arbeitgeber mehr als die Hälfte der Beiträge übernehmen, können die Beiträge der Versicherten gesenkt oder aber höhere Leistungen ausgerichtet werden. In gut ausgebauten Vorsorgeeinrichtungen leisten die Arbeitgeber bis zu zwei Drittel der gesamten Beiträge.

6.4.1 **Arbeitgeberbeiträge (BVG 66)**

Der Arbeitgeber schuldet der Vorsorgeeinrichtung die gesamten Beiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil). Er zieht den reglementarisch festgelegten Beitragsanteil der Arbeitnehmenden von deren Lohn ab. Seinen Anteil kann er auch aus einer vorgängig gebildeten Arbeitgeber-Beitragsreserve finanzieren.

Der Arbeitgeber muss seine und die Arbeitnehmerbeiträge bis spätestens zum Ende des ersten Monats nach dem Kalenderjahr oder Versicherungsjahr, für das sie geschuldet sind, an die Vorsorgeeinrichtung überweisen; d.h., die Beiträge pro 2024 müssen bis 31. Januar 2025 überwiesen werden.

6.4.1.1 **Arbeitgeber-Beitragsreserven**

Es handelt sich hier um die Vorauszahlung der künftig durch den Arbeitgeber für sein Personal geschuldeten Beiträge. Die Arbeitgeber-Beitragsreserven dienen dazu, ein angemessenes Polster für wirtschaftlich schwierige Zeiten zu schaffen. Zu gegebener Zeit können so die im Unternehmen vorhandenen Mittel für wirtschaftlich notwendige Investitionen eingesetzt und die Arbeitgeberbeiträge aus der zuvor geäuften Reserve finanziert werden.

Zuwendungen des Arbeitgebers in die Beitragsreserven sind grundsätzlich steuerlich absetzbar. Die Höhe der absetzbaren Zuwendungen ist je nach Kanton begrenzt (maximal auf den fünffachen des jährlichen Arbeitgeberbeitrag).

Die Vorsorgeeinrichtung kann in ihrem Reglement vorsehen, dass die Arbeitgeber-Beitragsreserven temporär zur Sanierung der Vorsorgeeinrichtung genutzt werden können. Der Arbeitgeber willigt schriftlich in einen Verwendungsverzicht während der Sanierungsphase ein.

6.4.2 Beiträge von Personen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen

Für die Risikodeckung Tod und Invalidity wird Arbeitslosen vom Taggeldanteil, der CHF 84.70 übersteigt (versichert im 2023 minimal CHF 14.10 und maximal CHF 239.90), 0,125 Prozent Beiträge abgezogen. Der Arbeitgeberanteil von ebenfalls 0,125 Prozent geht voll zulasten der Arbeitslosenversicherung.

6.4.3 BVG-Normversicherung

Das BVG regelt den Mindeststandard, dem die obligatorische berufliche Vorsorge verpflichtet ist. In der Regel sind ausserhalb der Auffangeinrichtung und Schattenrechnung Abweichungen von dieser Mindestnorm anzutreffen.

Nachfolgende Ausführungen über den koordinierten Lohn beziehen sich ausschliesslich auf die BVG-Normversicherung.

6.4.3.1 Der koordinierte Lohn (BVG 8–9)

Damit sich die Leistungsziele der Ersten und der Zweiten Säule nicht überschneiden, enthält BVG 8 die Bestimmung, dass nur der sogenannte **koordinierte Lohn** zu versichern ist.

Massgebend für die Bemessung des koordinierten Lohnes ist der voraussichtliche AHV-pflichtige Lohn (vgl. BVV2 3) während eines Kalenderjahres.

massg. AHV-pflicht. Lohn		ausser-/über-obligat.	maximal CHF 882 000.–
	Maximum für BVG-Normvers.	CHF 88 200.–	Koord. Lohn
	AHV-Vollrente	CHF 29 400.–	
	Koord. Abzug	CHF 25 725.–	minimal CHF 3 675.–
	Eintrittsschwelle	CHF 22 050.–	
		1. Säule	

Seit Januar 2005 (1. BVG-Revision) sind die Eintrittsschwelle und der Koordinationsabzug nicht mehr gleich hoch und auch nicht mehr identisch mit der maximalen Vollrente der AHV/IV.

Für AHV-pflichtige Löhne zwischen CHF 22 050.– und 29 400.– beläuft sich der koordinierte Lohn generell auf CHF 3 675.–. Dies gilt auch für Teilinvalide, deren Grenzbeträge gekürzt werden; d.h., der gekürzte Grenzbetrag darf nicht weniger als CHF 3 675.– betragen.

Koordinierter Lohn, wenn Jahreslohn vorübergehend sinkt (BVG 8 III)

Sinkt der Jahreslohn vorübergehend wegen Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Vaterschaft oder aus ähnlichen Gründen, behält der bisherige koordinierte Lohn mindestens so lange Gültigkeit, als die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers bestehen würde (OR 324a). Der bisherige koordinierte

Lohn hat auch mindestens so lange Gültigkeit wie ein Mutterschafts- (OR 329f), ein Vaterschafts- (OR 329g) oder ein Betreuungsurlaub (OR 329i) dauert. (Diese Bestimmung ist im Rahmen des Bundesgesetzes zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung in FZG 10 IV aufgenommen worden).

Grenzbeträge für die obligatorische berufliche Vorsorge ab 2023		
BVG-Normversicherung	pro Kalenderjahr	Arbeitslose/Tag
max. AVH/IV-Rente	29 400.–	
versichert ab Lohn (¾)	22 050.–	84.70
versichert bis Lohn	88 200.–	338.70
Koordinationsabzug (⅔)	25 725.–	98.80
Minimal koord. Lohn (⅙) (gilt auch für Teilinvalide)	3 975.–	14.10
Maximal koord. Lohn	62 475.–	239.90

Im Fall der Zahlungsunfähigkeit (Konkurs) einer Vorsorgeeinrichtung steht der **Sicherheitsfonds für die Leistungen für versicherte Jahreslöhne bis CHF 132 300.–** (eineinhalbfacher oberer Grenzwert) ein.

Masszahlen berufliche Vorsorge – koordinierte Löhne für Arbeitnehmende						
Quelle: eigene Darstellung						
Jahr	Vollrente AHV maximal CHF	oberer Grenzwert CHF	Eintrittsschwelle (Mindest-Lohn) CHF	Koordinationsabzug CHF	koordinierter Lohn	
					minimal CHF	maximal CHF
1985	16 560	49 860	16 560	16 560	2 070	33 120
1986	17 280	51 840	17 280	17 280	2 160	34 560
1987	17 280	51 840	17 280	17 280	2 160	34 560
1988	18 000	54 000	18 000	18 000	2 250	36 000
1989	18 000	54 000	18 000	18 000	2 250	36 000
1990	19 200	57 600	19 200	19 200	2 400	38 400
1991	19 200	57 600	19 200	19 200	2 400	38 400
1992	21 600	64 800	21 600	21 600	2 700	43 200
1993	22 560	67 680	22 560	22 560	2 820	45 120
1994	22 560	67 680	22 560	22 560	2 820	45 120
1995	23 280	69 840	23 280	23 280	2 910	46 560
1996	23 280	69 840	23 280	23 280	2 910	47 760
1997	23 880	71 640	23 880	23 880	2 985	47 760
1998	23 880	71 640	23 880	23 880	2 985	47 760
1999	24 120	72 360	24 120	24 120	3 015	48 240

2000	24 120	72 360	24 120	24 120	3 015	48 240
2001	24 720	74 160	24 720	24 720	3 090	49 440
2002	24 720	74 160	24 720	24 720	3 090	49 440
2003	25 320	75 960	25 320	25 320	3 165	50 640
2004	25 320	75 960	25 320	25 320	3 165	50 640
2005	25 800	77 400	19 350	22 575	3 225	54 825
2006	25 800	77 400	19 350	22 575	3 225	54 825
2007	26 520	79 560	19 890	23 205	3 315	56 355
2008	26 520	79 560	19 890	23 205	3 315	56 355
2009	27 360	82 080	20 520	23 940	3 420	58 140
2010	27 360	82 080	20 520	23 940	3 420	58 140
2011	27 840	83 520	20 880	24 360	3 420	59 160
2012	27 840	83 520	20 880	24 360	3 420	59 160
2013	28 080	84 240	21 060	24 570	3 510	59 670
2014	28 080	84 240	21 060	24 570	3 510	59 670
2015	28 200	84 600	21 150	24 675	3 525	59 925
2016	28 200	84 600	21 150	24 675	3 525	59 925
2017	28 200	84 600	21 150	24 675	3 525	59 925
2018	28 200	84 600	21 150	24 675	3 525	59 925
2019	28 440	85 320	21 330	24 885	3 555	60 435
2020	28 440	85 320	21 330	24 885	3 555	60 435
2021	28 860	86 040	21 510	25 095	3 585	60 945
2022	28 860	86 040	21 510	25 095	3 585	60 945
2023	29 400	88 200	22 050	25 725	3 675	62 475
2024	29 400	88 200	22 050	25 725	3 675	62 475

6.4.3.2 Altersgutschriften und ihre Verzinsung (BVG 14–16, BVV2 12–13)

Die künftige Altersleistung wird im Lauf des Erwerbslebens angespart. Die Endleistung kann entweder in Prozent des letztversicherten Verdienstes (Leistungsprimat) ausgedrückt werden oder – wie in der BVG-Normversicherung vorgesehen – sich aus den Altersgutschriften und Zinsen (Beitragsprimat), d.h., dem Altersguthaben, ergeben.

Während für die AHV/IV/EO und auch die Arbeitslosenversicherung für alle Arbeitnehmenden derselbe Beitragssatz (Lohnprozente) zur Anwendung kommt, gelten in der BVG-Normversicherung je nach Alter der versicherten Person unterschiedliche Gutschriften.

Die Altersgutschriften werden jährlich in Prozent des koordinierten Lohnes berechnet. Dabei gelten folgende Ansätze:

Prozentuale Altersgutschriften nach Lebensjahren				
seit 2005 mit Alter Frauen und Männer	25–34	35–44	45–54	55–64/65
Altersgutschrift in Prozent des koordinierten Lohns	7	10	15	18

Die BVG-Normversicherung (auf dem Beitragsprimat beruhende Minimalvorsorge) funktioniert wie ein Sparkonto. Darauf ist jedes Jahr ein Anteil des koordinierten Lohnes zu verbuchen. Dieser Anteil hängt vom Alter – und bis Ende 2004 vom Geschlecht – der betroffenen Arbeitskraft ab. **Zudem sind die Altersgutschriften der Vorjahre zu verzinsen.**

Der Mindestzinssatz (BVV2 12)

Der Bundesrat schreibt einen Mindestzinssatz vor. Sofern die Anlagerenditen es zulassen, kann und soll dieser Zinssatz überschritten werden. Im Rahmen der BVG-Normversicherung darf er aber nicht unterschritten werden (was hingegen für den ausser-/überobligatorischen Teil möglich ist).

Nachdem der Mindestzinssatz seit Einführung des BVG im Jahr 1985 bis 2002 unverändert 4,0 Prozent betragen hatte, wurde er per 2003 erstmals gesenkt.

Entwicklung des Mindestzinssatzes			
Quelle: eigene Darstellung			
Jahr	Prozent	Jahr	Prozent
1985–2002	4,0	2012–2013	1,5
2003	3,25	2014–2015	1,75
2004	2,25	2016	1,25
2005–2007	2,5	2017–2019	1,00
2008	2,75	2020–2023	1,00
2009–2011	2,0	2024	1,25

Der Mindestzins pro 2025 wird Ende 2024 bekannt gegeben.

Dieser Mindestzinssatz gilt für die im Rahmen der BVG-Normversicherung von den Aktivversicherten angesparten Altersguthaben. Je höher die effektiv erzielte Rendite ist, desto besser können die Guthaben verzinst werden. Auf dem ausser-/überobligatorischen Teil der beruflichen Vorsorge bestehen keine Vorschriften in Bezug auf die Verzinsung.

Umhüllende Vorsorgeeinrichtungen mit ausser-/überobligatorischen Altersleistungen können den BVG-Mindestzinssatz unterschreiten oder gar eine Nullverzinsung vorsehen. Der BVG-Mindestzinssatz wird durch die vorhandenen überobligatorischen Altersguthaben finanziert (Anrechnungsprinzip).

6.4.3.21 Der Mindestzinssatz und der technische Zins sind nicht dasselbe

Der Mindestzinssatz ist aber nicht mit dem technischen Zinssatz zu verwechseln. Dieser liegt der Vorsorgeplanung zugrunde und ist massgebend für die Verzinsung des Deckungskapitals der Rentner/innen. Die Höhe des technischen Zinssatzes wird vom Führungsorgan (Stiftungsrat) bestimmt und beträgt in den meisten Vorsorgeeinrichtungen zwischen 1,5 bis 2,5 Prozent.

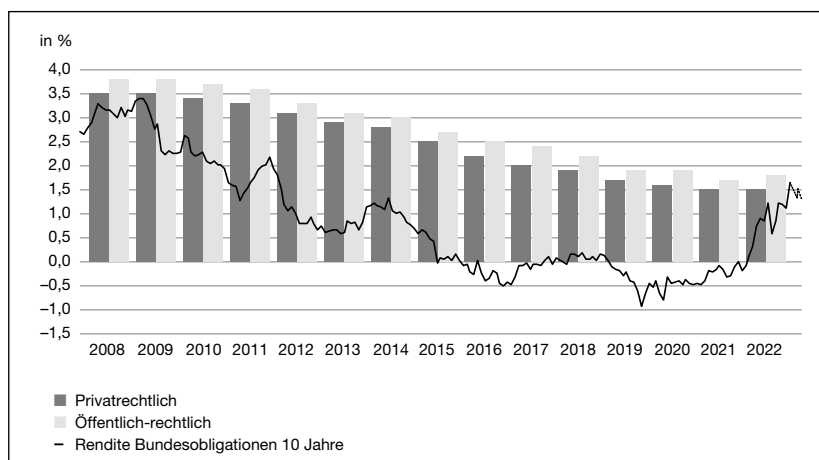
- Das Festlegen des technischen Zinssatzes zählt zu den wichtigen und verantwortungsvollen Aufgaben des Stiftungsrats jeder Vorsorgeeinrichtung. Dabei stützt er sich auf die Empfehlung des Experten für berufliche Vorsorge.

Der Experte/die Expertin berücksichtigt für die Empfehlung die Struktur und Merkmale der Vorsorgeeinrichtung sowie deren absehbare Veränderungen. Er/sie stellt sicher, dass der technische Zinssatz mit einer angemessenen Marge unterhalb der erwarteten Nettorendite (der Anlagestrategie) der Vorsorgeeinrichtung liegt. Dabei berücksichtigt er/sie zudem die Obergrenze für die Empfehlung des technischen Zinssatzes, welche die Schweizerische Kammer der Pensionskassen-Experten gemäss der Fachrichtlinie FRP 4 jährlich am 30. September für die kommenden Abschlüsse publiziert.

Ab Oktober 2023 beträgt die **Obergrenze** für die Empfehlung des technischen Zinssatzes **3,63 Prozent** (mit Generationentafeln) bzw. **3,33 Prozent** (mit Periodentafeln).

Unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwands und der zunehmenden Lebenserwartung auf dem Rentendeckungskapital müsste aber eine Rendite von 4,3 bis 5,8 Prozent erzielt werden, um die laufenden Renten (Umwandlungssatz 6,8 Prozent) vollumfänglich finanzieren zu können. Wo dies nicht möglich ist, tragen die aktiv Versicherten zur Finanzierung der laufenden Renten bei. Je niedriger der technische Zinssatz festgesetzt wird, desto geringer fällt die für die Finanzierung mindestens nötige Anlagerendite aus. Vorsorgeeinrichtungen mit einem grossen Rentneranteil sind zurzeit nicht zu beneiden. Eine Senkung des technischen Zinssatzes hat einen unmittelbaren Nachfinanzierungsbedarf der entsprechenden Rentendeckungskapitalien zur Folge.

Technischer Zinssatz



Quelle: Swisscanto Pensionskassenstudie 2023

7. Leistungsübersicht

Grundsätzlich sind in der beruflichen Vorsorge zweierlei Szenarien für den Leistungsbezug möglich: entweder ist ein Versicherungsfall eingetreten (Invalidität, Alter oder Tod) oder aber man wechselt die Vorsorgeeinrichtung (Wechsel der Arbeitsstelle) oder scheidet – zumindest für eine gewisse Zeit – aus dem System aus.

Geldleistungen in der BVG-Normversicherung	
mit Eintritt des Versicherungsfalls	ohne Eintritt des Versicherungsfalls
<ul style="list-style-type: none"> » Alter <ul style="list-style-type: none"> ▸ Altersrente ▸ ggf. mit Kinderrente » Tod <ul style="list-style-type: none"> ▸ Waisenrente ▸ Ehegatten-/Partnerrente oder Ehegatten-/Partnerabfindung » Invalidität <ul style="list-style-type: none"> ▸ Invalidenrente ▸ ggf. mit Kinderrente <p>Unter gewissen Voraussetzungen «Kapital statt Rente»</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Freizügigkeitsleistung <ul style="list-style-type: none"> ▸ Übertragung im Fall eines Stellenwechsels auf neue Vorsorgeeinrichtung ▸ Übertragung auf Freizügigkeitskonto oder -police während Unterbruch der Erwerbstätigkeit (ggf. Aufgabe vor Eintritt des Versicherungsfalls) ▸ Barauszahlung mit <ul style="list-style-type: none"> – endgültigem Verlassen der Schweiz (ausser EU-/EFTA-Staaten) – Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit (gemäss AHV) ▸ Ausgleich im Scheidungsfall » Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge Vorbezug oder Verpfändung

8. Anspruchsberechtigte Personen

Das BVG macht bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen keine Unterschiede bezüglich der Nationalität der versicherten Personen. Einzig für die Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung gibt es eine Einschränkung, diese ist aber nicht von der Nationalität abhängig, sondern vom Wohnsitz von Personen, die die Schweiz endgültig verlassen.

Dadurch fallen detaillierte Beschreibungen zur nachstehenden – aufgrund der Struktur belassenen – Aufzählung der Personenkreise weg:

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

9. Sachleistungen (Kollektive Leistungen/Prävention)

Das BVG kennt keinerlei Sachleistungen.

10. Geldleistungen

10.1 Leistungen ohne Eintritt des Versicherungsfalls

10.1.1 Freizügigkeitsleistungen/Austrittsleistungen (BVG 27, FZG, FZV) Versicherte, welche die Vorsorgeeinrichtung verlassen, bevor der Versicherungsfall (Alter, Invalidität oder Tod) eintritt, haben Anspruch auf eine Austrittsleistung – die sogenannte Freizügigkeitsleistung.

- ▶ **Die Austrittsleistung bezieht sich immer auf die Sparbeiträge.**
Die Risikobeiträge werden laufend zur Finanzierung der Invaliditäts- und Hinterlassenenleistungen verwendet.

Weil die Austrittsleistung neben dem Guthaben aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG-Normversicherung) auch dasjenige aus ausser-/überobligatorischer Vorsorge und den Anspruch für den geschiedenen Ehegatten (Ehescheidung) umfasst, wurde dafür per 01.01.1995 ein eigenes Gesetz geschaffen, das FZG.

Ermitteln der Austrittsleistung (FZG 15–18)

Das Ziel der Freizügigkeit besteht darin, dass die ausscheidende Person von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung denjenigen Betrag gutgeschrieben erhält, den sie mit Eintritt in die gleiche Vorsorgeeinrichtung einbringen müsste, um das bisherige Vorsorgeniveau zu erreichen.

Da die Finanzierung der Vorsorgeeinrichtungen verschieden gelöst ist, kennt das FZG für Ansprüche aus dem Beitrags- und Leistungsprimat separate Vorschriften. Weil aufgrund interner Solidaritäten jüngere, aus der Vorsorgeeinrichtung ausscheidende Versicherte, zu kurz kommen könnten, wird ein Mindestbetrag für die Austrittsleistung garantiert. Zudem ordnet das FZG an, dass immer mindestens das BVG-Altersguthaben (BVG 15) mitzugeben sei.

Die Vorsorgeeinrichtung hat also in jedem Fall drei Berechnungen anzustellen, um die definitive Austrittsleistung (bestes Resultat) zu ermitteln:

- ▶ Die für das Beitrags- bzw. Leistungsprimat erforderliche Rechnung (FZG 15 bzw. 16);
- ▶ die Berechnung des Mindestbetrages (FZG 17) und
- ▶ die Kontrollrechnung, dass die obligatorische Vorsorge gewährleistet ist (FZG 18 in Verbindung mit BVG 15).

10.1.1.1 Stellenwechsel und Wechsel der Vorsorgeeinrichtung

▶ Übertragen der Austrittsleistung (FZG 3, FZV 3–8)

Durch das Ausscheiden aus der Vorsorgeeinrichtung soll der Vorsorgeschutz für das Alter, bei Invalidität und im Todesfall, wenn immer möglich, erhalten werden.

Mit Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung muss die gesamte Austrittsleistung in die neue Vorsorgeeinrichtung eingebracht werden. Nicht zulässig ist, nur das BVG-Minimum einzubringen und den Rest auf einem Freizügigkeitskonto zu belassen.

Seit Januar 2001 muss zudem mit jedem Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung das in einer Freizügigkeitseinrichtung (Bankstiftung oder Versicherung) vorhandene Vorsorgekapital in die neue Vorsorgeeinrichtung überwiesen werden. Dabei trifft die versicherte Person eine Meldepflicht sowohl gegenüber der Freizügigkeitseinrichtung als auch gegenüber der neuen Vorsorgeeinrichtung.

10.1.1.11 Stellenwechsel bei Teilliquidation der Vorsorgeeinrichtung

Erfolgt der Stellenwechsel (unfreiwillig) im Rahmen einer erheblichen Verminderung der Belegschaft oder einer Unternehmensrestrukturierung, kommen die Vorschriften der Teilliquidation zur Anwendung. Dies ist auch dann der Fall, wenn ein Anschlussvertrag mit einer Sammeleinrichtung aufgelöst wird.

Die Voraussetzungen und die Details der Umsetzung der Teilliquidation werden von jeder einzelnen Vorsorgeeinrichtung in ihren Reglementen festgehalten (BVG 53b–53e).

Im Gegensatz zum Austritt einer einzelnen Person (Stellenwechsel, Unterbruch der Erwerbstätigkeit usw.), wo nur ein Anspruch auf die Freizügigkeitsleistung gemäss FZG 15–18 besteht, haben die von einer Teilliquidation betroffenen Versicherten auch einen Anspruch auf die freien Mittel (dies im positiven wie im negativen Sinn). Das bedeutet, dass

- ▶ der ausscheidenden Person, die unter die Bestimmungen der Teilliquidation fällt, im Fall einer Unterdeckung der Vorsorgeeinrichtung der versicherungstechnische Fehlbetrag abgezogen wird. Im Fall einer «Überdeckung» hat sie einen Anspruch auf einen Anteil der freien Mittel;
- ▶ die Einzelperson durch ihren freiwilligen Austritt Anspruch auf die Freizügigkeitsleistung gemäss FZG 15–18 hat. Da für sie die Bestimmungen über die Teilliquidation nicht zur Anwendung gelangen, hat sie bei einer Unterdeckung auch keine Kürzung zu gewärtigen.

Teil-/Gesamtliquidation und Fusion von Vorsorgeeinrichtungen (FusG, BVG 53b–53e)

Wenn ein Unternehmen oder Unternehmensteil veräussert oder fusioniert wird, bedingt dies für die betroffenen Mitarbeitenden in der Regel auch einen Wechsel der Vorsorgeeinrichtung. Es kommt zu einer Teil- oder, in gewissen Fällen, einer Gesamtliquidation. Die massgebenden Bestimmungen finden sich im Fusionsgesetz (FusG), die in Bezug auf das BVG seit Januar 2005 verbindlich sind.

Seither muss jede Vorsorgeeinrichtung die Bestimmungen zur Teilliquidation in einem Reglement festhalten. Dieses enthält Bestimmungen über die Voraussetzungen und das Verfahren im Fall einer Teilliquidation. Im Fall einer Gesamtliquidation entscheidet die Aufsichtsbehörde über die vorerwähnten Punkte und genehmigt auch den Verteilplan.

Was ist in welchem Gesetz geregelt		
Quelle: ASVS, BVG-Seminar 2004		
Vorgang	Regelungsbereich	Gesetz
Fusion	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Voraussetzungen, Wirkung, Form und Verfahren ▶▶ Einhaltung des Vorsorgezwecks ▶▶ Definition der Ansprüche der Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ FusG ▶ BVG ▶ BVG
Gesamt- und Teilliquidation	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Voraussetzungen, Grundsätze, Wirkung, Form und Verfahren, Einhaltung des Vorsorgezwecks ▶▶ Definition der Ansprüche der Versicherten ▶▶ Verfahren ▶▶ Vermögensübertragung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ BVG ▶ BVG ▶ BVG + kant. Erlasse ▶ FusG

10.1.1.2 Unterbruch der Erwerbstätigkeit (FZG 4, FZV 10–13)

Versicherte, die aus der bisherigen Vorsorgeeinrichtung austreten (ohne dass ein Vorsorgefall eingetreten ist), können in der Regel nicht direkt über die Austrittsleistung verfügen. Sie haben mitzuteilen, in welcher Form sie den Vorsorgeschutz aufrechterhalten wollen. Dafür stehen zwei Möglichkeiten zur Wahl, welche den ausschliesslichen und unwiderruflichen Verwendungszweck sicherstellen:

▶▶ **Die Freizügigkeitspolice** (Versicherungslösung)

Hier kann die Anlage in Form einer Kapitalversicherung (inklusive Todesfallschutz), teilweise einschliesslich der Deckung des Invaliditätsrisikos, erfolgen. Rentenversicherungen werden selten angeboten.

▶▶ **Das Freizügigkeitskonto** (Bankenlösung)

Hier wird durch die Kapitalanlage das Alterskapital weiter aufgebaut, eine Deckung des Invaliditäts- und Todesfallrisikos ist nicht enthalten.

Freiwillige zusätzliche Einzahlungen der versicherten Person auf eine Freizügigkeitspolice oder ein Freizügigkeitskonto sind nicht zulässig.

Die Austrittsleistung darf höchstens an zwei Freizügigkeitseinrichtungen übertragen werden. Die Versicherten können aber jederzeit die Freizügigkeitseinrichtung oder die Form der Erhaltung des Vorsorgeschatzes wechseln.

Unterbleibt die Meldung der versicherten Person, in welcher Form die Vorsorge weitergeführt werden soll, muss die bisherige Vorsorgeeinrichtung die Austrittsleistung spätestens nach Ablauf von zwei Jahren der Auffangeinrichtung überweisen.

Über das Freizügigkeitskonto bzw. die Freizügigkeitspolice kann man frühestens fünf Jahre vor und spätestens fünf Jahre nach Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter der AHV) verfügen – vorbehalten bleiben die gesetzlich vorgesehenen vorzeitigen Auszahlungsgründe (FZG 5, FZV 16).

Versicherte können auch eine Austrittsleistung beanspruchen, wenn sie die Vorsorgeeinrichtung zwischen dem frühestmöglichen und dem reglementarischen Referenzalter verlassen und die Erwerbstätigkeit weiterführen oder arbeitslos gemeldet sind.

Freizügigkeitsguthaben						
	1990	2000	2010	2015	2020	2022
Freizügigkeitsgelder Total in Mio. Franken	5 427	–	37 649	49 568	57 061	56 181
Freizügigkeitskonten auf Banken						
Summe in Mio. Franken	3 380	11 626	26 755	36 443	36 430	33 726
Anzahl	244 217	465 169	663 161	869 031	848 160	831 860
Freizügigkeitspolicen auf Versicherungen						
Summe in Mio. Franken	2 047	–	6 146	6 522	6 312	5 737
Anzahl	149 199	326 086	339 607	294 105	285 168	267 597
Freizügigkeitskonten auf Auffangeinrichtung BVG						
Summe in Mio. Franken	–	1 400	4 748	12 697	14 319	16 718
Anzahl	–	227 866	726 136	1 194 107	1 272 587	1 399 863

Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre

10.1.1.3 Fälligkeit der Freizügigkeitsleistung – Verzugszins (FZG 2 III und 4)

Die Austrittsleistung wird fällig mit dem Austritt aus der Vorsorgeeinrichtung.

Ab diesem Zeitpunkt ist sie zum durch den Bundesrat festgelegten Mindestsatz zu verzinsen.

- Überweist die Vorsorgeeinrichtung die fällige Austrittsleistung **nicht innerhalb von 30 Tagen, nachdem sie die notwendigen Angaben für die Überweisung erhalten hat**, ist ab Ende dieser Frist ein Verzugszins von 1,0 Prozent zu entrichten (d.h., Verzinsung pro 2024: $1,25 + 1,0 = 2,25$ Prozent).

10.1.1.4 Vergessene Guthaben (FZV 19a^{bis}–19f)

Die dem Sicherheitsfonds angegliederte **Zentralstelle 2. Säule führt ein zentrales Register** über Freizügigkeitskonten und -policen von Versicherten, mit denen die betreffende Einrichtung keinen Kontakt mehr herstellen konnte.

10.1.1.5 Barauszahlung der Austrittsleistung (FZG 5)

Unter bestimmten Voraussetzungen können Versicherte (ohne dass ein Vorsorgefall eingetreten ist) ihre Austrittsleistung direkt beziehen. Dieser Barbezug ist steuerpflichtig!

Eine Barauszahlung ist nur möglich, wenn die versicherte Person

- die Schweiz endgültig verlässt;
- eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt (Erfassung zur AHV/IV/EO-Beitragspflicht als selbständig erwerbend);
- eine Austrittsleistung erhalten würde, die geringer als ihr Jahresbeitrag ist.

An verheiratete ist die Barauszahlung nur zulässig, wenn der andere Ehegatte schriftlich zustimmt.

- ▶ Folgen der bilateralen Verträge FZA für die Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung ab Juni 2007 vgl. Absatz 11.2.2.2.

10.1.1.6 Ehescheidung

(FZG 22–22f, FZV 19g–19k; ZGB 89a, 122, 123, 124–124e)

Mit Inkrafttreten einer Ehescheidung ist die während der Ehe entstandene Austrittsleistung zu teilen und entsprechend zu übertragen (auf das Alterskonto der/des anderen bzw., wenn sie/er nicht einer Pensionskasse angehört, auf ein Freizügigkeitskonto oder eine -police).

Mit dem Teilungsanspruch soll ein Ausgleich für die vorsorgerechtlichen Nachteile der während der Ehe erfolgten Aufgabenteilung geschaffen und die wirtschaftliche Selbständigkeit nach der Scheidung sichergestellt werden – dies als Ausdruck der mit der Ehe verbundenen Schicksalsgemeinschaft. Es kann – wo die hälftige Teilung ungerechtfertigt ist – eine andere Lösung getroffen werden.

Die während der Ehe **bis zum Zeitpunkt der Einleitung des Scheidungsverfahrens** erworbenen Ansprüche aus beruflicher Vorsorge werden anlässlich der Scheidung ausgeglichen (Regelung seit 01.01.2017).

Für den Vorsorgeausgleich im Scheidungsfall gilt es, drei Szenarien zu unterscheiden:

- 1. Keiner der zu scheidenden Ehegatten bezieht eine Alters- oder Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge:** Vorsorgeausgleich wie bisher mittels hälftiger Teilung der während der Ehe erworbenen Austrittsleistung. Das gilt auch, wenn während des hängigen Scheidungsverfahrens ein Vorsorgefall eintritt.

- ▶ Ein allfälliger WEV-Vorbezug und Freizügigkeitsguthaben werden in die Teilung miteinbezogen.

Nicht in die hälftige Teilung einbezogen werden

- ▶ Aufgezinstе Vorsorgeguthaben inklusive Freizügigkeitsguthaben, die bei der Eheschliessung bereits vorhanden waren (Verzinsung zum BVG-Mindestzinssatz bis zum Zeitpunkt der Einleitung des Scheidungsverfahrens);
- ▶ Aufgezinstе Einmaleinlagen (Einkäufe) aus Eigengut während der Ehe;
- ▶ Barauszahlungen und Kapitalabfindungen während der Ehe.

Übertragung der Austrittsleistung

- ▶ Die zu übertragende Austrittsleistung bei Ehescheidung wird in der Pensionskasse/Freizügigkeitseinrichtung (PK/FZE) des verpflichtenden Ehegatten – d.h., jenem/jener, der/die abgeben muss – im Verhältnis des BVG Altersguthabens zum übrigen Vorsorgeguthaben belastet.
- ▶ Die zu übertragende Austrittsleistung wird in der PK/FZE des berechtigten Ehegatten – d.h., jenem der erhält – im gleichen Verhältnis dem Vorsorgeguthaben gutgeschrieben.
- ▶ Die PK/FZE halten fest, wie sich die Austrittsleistung auf das BVG-Altersguthaben und das übrige Vorsorgeguthaben verteilt und leiten diese Informationen mit der Übertragung an die andere PK/FZE weiter.

2. **Ein Ehegatte ist vor dem Referenzalter** (ordentliches Renteneintrittsalter) **invalid und bezieht eine Rente**: Es wird auf die hypothetische Austrittsleistung abgestellt, auf welche die versicherte Person Anspruch hätte, wenn die Invalidität entfallen würde (massgebend ist also das fortgeführte passive Altersguthaben).
3. **Ein Ehegatte ist im Rentenalter und bezieht eine Altersrente** (gilt auch betreffend Invalidenrente im Alter): Teilung der Rente (nicht des Vorsorgekapitals) durch das Gericht nach Ermessen unter Beachtung der Ehedauer und der Vorsorgebedürfnisse. Für die Pensionskasse gibt es eine **neue Rentenart**: Scheidungsrente = Altersrente ohne Anwartschaften für eine nicht in der Pensionskasse versicherte Person.

Der Vorsorgeausgleich wird erst nach Rechtskraft der Scheidung (Gerichtsurteil; nach dessen Weisungen) vorgenommen.

Für den Ausgleich von Vorsorgeansprüchen gegenüber einer schweizerischen Einrichtung der beruflichen Vorsorge sind seit 2017 ausschliesslich die schweizerischen Gerichte zuständig. Gemäss Bundesgesetz über das internationale Strafrecht (IPRG 64/I^{bis}) und BGE 9C_302/2020 vom 15.04.2021 können ab 01.01.2017 im Ausland ergangene Urteile über den Ausgleich schweizerischer Vorsorgeansprüche nicht mehr anerkannt werden.

10.1.2 Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge (BVG 30a–30g, WEFV)

Die auf Januar 1995 in Kraft getretene Verordnung über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge schafft die Möglichkeit, Vorsorgegelder oder auch nur Vorsorgeansprüche aus dem gesamten Bereich der beruflichen Vorsorge **für die Finanzierung von selbst genutztem Wohneigentum** (nicht für Zweit- oder Ferienwohnungen) zu verwenden.

- ▶ für den Erwerb und die Erstellung von Wohneigentum inkl. werterhaltende und wertvermehrnde Investitionen (z.B. Allein-, Mit- oder Gesamteigentum)
- ▶ für die Rückzahlung von Hypothekendarlehen oder Aufschub der Amortisation
- ▶ für den Erwerb von Anteilscheinen einer Wohnbaugenossenschaft oder ähnlicher Beteiligungen

Hierfür können sowohl Gelder aus der obligatorischen als auch aus der ausser-/überobligatorischen Vorsorge, aus Freizügigkeitspolice und -konti bezogen werden; dies bis drei Jahre vor der Pensionierung.

Für verheiratete Personen ist sowohl für den Vorbezug als auch für die Verpfändung die schriftliche Zustimmung des Ehegatten notwendig.

10.1.2.1 Umfang der einsetzbaren Vorsorgegelder

Es stehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten zur Verfügung: der Vorbezug und die Verpfändung. Beides ist aber nur bis drei Jahre vor der effektiven Pensionierung möglich.

Wie viel kann eingesetzt werden?	
Vorbezug	Verpfändung
Option bis 3 Jahre vor der Pensionierung	
Mindestbetrag: CHF 20 000.– (alle 5 Jahre) Ausnahme Anteilscheine	Kein Mindestbetrag
Höchstbetrag:	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ bis Alter 50: max. aktuelle Freizügigkeitsleistung (FZL) ▶ ab Alter 50: <ul style="list-style-type: none"> ▶ entweder FZL Stand Alter 50 ▶ oder ½ der aktuellen FZL 	
Auszahlung nach vorgängiger Einverständniserklärung direkt an Gläubiger (z.B. Liegenschaftenverkäufer, Bank, Versicherung). <input checked="" type="checkbox"/> Grundbucheintrag zur Sicherstellung des Vorsorgezwecks.	Barbezüge nur mit schriftlicher Zustimmung des Pfandgläubigers (Bank, Versicherung usw.). <input checked="" type="checkbox"/> Mit der Pfandverwertung verliert die vers. Person die verpfändete FZL.

10.1.2.2 Konditionen für den Einsatz von Vorsorgegeldern (WEF)

10.1.2.21 Der Vorbezug (WEFV 5–7)

Im Fall eines Vorbezugs überweist die Vorsorgeeinrichtung den Betrag von mindestens CHF 20 000.– (gemäss gesetzlichen Bestimmungen ist nur bezüglich Anteilscheinen einer Wohnbaugenossenschaft ein tieferer Betrag zulässig) direkt an den Verkäufer respektive den Darlehensgeber. Ein Vorbezug ist aus ein und derselben Vorsorgeeinrichtung nur alle fünf Jahre möglich.

Die Kapitaleistung aus der Vorsorgeeinrichtung **wird mit Bezug sofort steuerpflichtig**. Die Vorsorgeeinrichtung meldet die Auszahlung des Vorbezugs innert 30 Tagen der Eidgenössischen Steuerverwaltung. Die Höhe der Steuerbelastung ist von der anwendbaren kantonalen Steuergesetzgebung abhängig. Diese muss im Einzelfall genau abgeklärt werden, da die Steuerbeträge unter Umständen eine beträchtliche Höhe erreichen. **Zudem darf die Steuer nicht aus den vorbezogenen Mitteln bezahlt werden.**

- ▶ Die Vorsorgeeinrichtung kann in ihrem Reglement vorsehen, dass während einer Unterdeckung die Auszahlung eines Vorbezugs zeitlich und betragsmässig beschränkt oder ganz verweigert werden kann, wenn er der Rückzahlung von Hypothekarschulden dient.

Sobald das Wohneigentum nicht mehr selbst genutzt oder veräussert wird, ist der Vorbezug an die Vorsorgeeinrichtung zurückzuzahlen. Um dies sicherzustellen, wird im Grundbuch eine Veräusserungsbeschränkung angemerkt (BVG 30d).

Der vorbezogene Betrag muss von der versicherten Person bzw. ihren Erben zurückbezahlt werden, wenn

- ▶ das Wohneigentum, in das sie Geld aus der beruflichen Vorsorge investiert hat, veräussert wird;
- ▶ Rechte an diesem Wohneigentum eingeräumt werden, die wirtschaftlich einer Veräusserung gleichkommen (z.B. Vermietung, Wohn-/Nutzniebsungsrecht), oder
- ▶ durch den Tod der vers. Person, wenn keine Vorsorgeleistung fällig wird.

Ausnahmen (keine Rückzahlung), wenn das Wohneigentum an eine vorsorgerechtlich begünstigte Person übertragen wird oder innerhalb von zwei Jahren neues Wohneigentum erworben wird (so lange auf Freizügigkeitskonto einzubezahlen).

- ▶▶ **Der Vorbezug kann zurückbezahlt werden** bis zur Entstehung des Anspruchs auf die reglementarische Altersleistung, bis zum Eintritt des Vorsorgefalls oder zur Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung. Geschieht dies in Etappen, hat die jeweilige Rückzahlung mindestens CHF 10 000.– (seit 01.10.2017) zu betragen. Mit schriftlichem Gesuch kann die seinerzeit auf dem Vorbezug (Anteil) erhobene Steuer zurückgefordert werden (kein Zins).

10.1.2.22 Die Verpfändung (WEFV 8–9)

Die Ansprüche auf Vorsorgeleistungen können aber auch zum Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum verpfändet werden.

Hier ist kein Mindestbetrag festgelegt. Die Verpfändung muss jedoch der Vorsorgeeinrichtung schriftlich angezeigt werden, damit sie Gültigkeit erlangt. Im Fall eines Wechsels der Vorsorgeeinrichtung wird der Pfandgläubiger durch die bisherige Vorsorgeeinrichtung benachrichtigt, ebenso mit Eintritt des Leistungs- oder Freizügigkeitsfalles.

10.1.2.23 Informationspflichten betreffend Wohneigentum (WEFV 11)

Die Vorsorgeeinrichtung informiert die Versicherten mit Geltendmachen eines Vorbezugs/einer Verpfändung, oder vorher auf schriftliches Gesuch hin, über

- ▶▶ das für Wohneigentum zur Verfügung stehende Vorsorgeguthaben;
- ▶▶ die Leistungskürzungen;
- ▶▶ die Möglichkeit, durch eine Zusatzversicherung Vorsorgelücken im Fall von Invalidität oder Tod zu schliessen;
- ▶▶ die Steuerpflicht;
- ▶▶ den Anspruch auf Rückerstattung der bezahlten Steuern bei Rückzahlung des Vorbezugs.

Wechselt die versicherte Person die Vorsorgeeinrichtung, teilt die alte der neuen unaufgefordert mit, ob und ggf. in welchem Umfang die Freizügigkeits- oder Vorsorgeleistung verpfändet ist oder Mittel vorbezogen worden sind.

Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge							
Bezüge/Rückzahlungen in Mio. CHF	1995	2000	2010	2015	2019	2020	2021
Ausbezahlte Vorbezüge	1 350	2 013	2 520	1 587	1 438	1 593	1 677
Rückzahlungen	1	40	259	451	512	526	611
Anzahl							
Vorbezüge	21 006	30 188	33 243	20 653	18 498	20 049	20 907
Rückerstattungen	10	750	5 241	7 179	8 452	8 793	10 259
Durchschnittsbeträge in CHF							
Vorbezug	64 254	66 695	75 805	76 862	77 750	79 459	80 191
Rückzahlung	56 613	53 535	62 202	58 887	60 631	59 796	59 516

Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre

10.1.2.3 Vergleich der Finanzierung mittels Vorbezug gegenüber Verpfändung

Vorbezug oder Verpfändung?	
Vorbezug	Verpfändung
▶ Vorbezug erhöht den Eigenkapitalanteil des Eigentümers am Wohneigentum.	▶ Verpfändung erhöht den Fremdkapitalanteil des Eigentümers am Wohneigentum.
▶ Die Vorsorgeleistungen der versicherten Person werden bei Eintritt des Versicherungsfalles (Alter, Invalidität oder Tod) gemäss Reglement und Vorsorgeplan gekürzt .	▶ Im Gegensatz zum Vorbezug wird der Vorsorgeschutz der versicherten Person durch eine Verpfändung nicht geschmälert , sondern erst durch eine allfällige Pfandverwertung .
▶ Zusatzversicherung für die verminderte Versicherungsdeckung empfehlenswert.	▶ Vergünstigung auf nachrangigen Hypotheken .
▶ Der Vorbezug ist zu versteuern .	▶ Durch die Verpfändung ist nichts zu versteuern ; vielmehr erhöht sich der Steuerabzug durch den Anstieg des Fremdkapitalanteils.

10.2 Leistungen mit Eintritt des Versicherungsfalles

10.2.1 Das Altersguthaben als Basis für die Leistungen (BVG 15, 24 III; BVV2 14)

Das Altersguthaben dient als Grundlage für die Berechnung aller BVG-Leistungsansprüche. Im Leistungsprimat gilt das Deckungskapital als entsprechende Referenzgrösse. Das Altersguthaben bzw. Deckungskapital resultiert je nach Höhe des Zinssatzes nur etwa zu 60 bis 80 Prozent aus den Altersgutschriften. Ein wichtiger «Beitragszahler» sind Zinsen und Zinseszinsen.

Für die Berechnung der Altersleistung (und der Freizügigkeitsleistung gemäss Beitragsprimat) **beruht das Altersguthaben (BVG 15) einer versicherten Person auf**

- ▶ **den Altersgutschriften samt Zinsen**, für die Zeit, während der die versicherte Person der Vorsorgeeinrichtung angehört hat (oder längstens bis zum Erreichen des Referenzalters);
- ▶ **den Altersgutschriften samt Zinsen, die von den vorhergehenden Vorsorgeeinrichtungen überwiesen** und der versicherten Person zugeschrieben worden sind;
- ▶ **den Rückerstattungen** aus WEF-Vorbezug (Wohneigentum, BVG 30d); aus dem Vorsorgeausgleich im Scheidungsfall gutgeschriebene Zahlungen (FZG 22c) oder Wiedereinkauf der im Scheidungsfall zu leistender Verpflichtung (FZG 22d); sowie
- ▶ **allfälligen freiwilligen Einkäufen in die Vorsorgeeinrichtung**, auch diese sind zu verzinsen.

Für die Berechnung von Invaliden- oder Hinterlassenenleistungen von Versicherten, die das Referenzalter (ordentliches Renteneintrittsalter) noch nicht erreicht haben, wird auch vom Altersguthaben ausgegangen, das die betroffene Person mit Erreichen des Referenzalters erreichen würde.

Das der Berechnung solcher Invaliden- oder Hinterlassenenleistungen zugrunde liegende Altersguthaben besteht aus

- a) dem Altersguthaben, das die versicherte Person bis zum Beginn des Anspruchs auf die Invaliden- bzw. Hinterlassenenrente (gemäss vorhergehender Aufstellung, also verzinst) erworben hat, und
- b) der Summe der Altersgutschriften, basierend auf dem letzten koordinierten Lohn für die bis zum ordentlichen Pensionierungsalter fehlenden Jahre; dies aber ohne Zins.

10.2.2 Form der Leistungen – Kapital oder Rente? (BVG 37)

Die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenleistungen werden **in der Regel als Rente ausgerichtet**.

Eine Kapitalabfindung erfolgt, wenn die BVG-Leistungen nur einen Bruchteil der einfachen AHV-Rente ausmachen. Alle Versicherten haben jedoch das Recht, 25 Prozent des BVG-Altersguthabens anlässlich der Pensionierung als Kapital zu beziehen. Das Reglement der Vorsorgeeinrichtung kann weitergehende Kapitalbezugsoptionen für Altersleistungen und auch Möglichkeiten des Kapitalbezuges für die Risikoleistungen vorsehen. Das Reglement bestimmt auch, welche Frist für die Anmeldung des Kapitalbezuges eingehalten werden muss. Üblicherweise beträgt diese für Altersleistungen 1 bis 12 Monate.

Der Ehegatte muss dem Kapitalbezug in jedem Fall schriftlich zustimmen. Im Fall der Verweigerung der Unterschrift kann das Gericht angerufen werden.

Welche Option im konkreten Einzelfall angezeigt und für die betroffene Person sinnvoll ist, sollte unter Beiziehen von Fachpersonen geklärt werden. Aufgrund der Fachbeiträge in den einschlägigen Medien lassen sich die beiden Typen plakativ wie folgt darstellen:

Der typische Kapitalbezüger

- ▶ ist alleinstehend oder lebt im Konkubinat
- ▶ rechnet nicht mit einer überdurchschnittlichen Lebenserwartung
- ▶ hat Erfahrungen mit der Anlage von grösseren Geldbeträgen
- ▶ kann mit Vermögensreserven Ertragsschwankungen ausgleichen
- ▶ will Kapital frei vererben oder verschenken können
- ▶ misstraut Staat und Sozialversicherungen (Pensionskasse)

Der typische Rentenbezüger

- ▶ ist verheiratet mit einer jüngeren Frau
- ▶ rechnet mit einer hohen Lebenserwartung
- ▶ legt Wert auf grosse Sicherheit
- ▶ ist angewiesen auf ein regelmässiges garantiertes Einkommen
- ▶ vertraut Staat und Sozialversicherungen (Pensionskasse)

Auf jeden Fall ist der Ruhestand sorgfältig zu planen. Je eher man sich mit diesen Fragen auseinandersetzt, desto mehr Optionen stehen offen, um den erforderlichen Kapitalbedarf sicherzustellen, damit man im Alter die gewohnte Lebenshaltung fortsetzen und sich etwas gönnen kann.

10.2.2.1 Der Rentenumwandlungssatz (BVG 14, 24; BVV2 62b)

Als Basis für die Rentenberechnung dient in der beruflichen Vorsorge das Altersguthaben der versicherten Person. Ist sie in einer Leistungsprimatskasse versichert, kann vom «Deckungskapital» als Referenzgrösse ausgegangen werden. Dieses Altersguthaben bzw. das Deckungskapital wäre ihr mit Wahl der Kapitaloption auszuzahlen.

Um aus dem Kapital eine lebenslängliche Jahresrente zu erwirken, schreibt der Gesetzgeber den Mindestumwandlungssatz vor.

Mit dem Umwandlungssatz wird das mit der Pensionierung vorhandene Kapital in eine lebenslängliche Rente umgewandelt. Im Fall einer vorzeitigen oder aufgeschobenen Pensionierung wird der Umwandlungssatz entsprechend reduziert bzw. erhöht.

Dem zwischen 1985 und 2004 gültigen Umwandlungssatz von 7,2 Prozent war eine durchschnittliche Lebenserwartung von 14 bis 15 Jahren zugrunde gelegt worden. Die gestiegene Lebenserwartung hat nun dazu geführt, dass der mittlerweile zu hohe Umwandlungssatz reduziert werden muss. Das Risiko, dass Rentner länger als erwartet leben (Langleberisiko) kann von den Vorsorgeeinrichtungen nicht mehr über hohe Anlageerträge finanziert werden, was zu systemfremden Umverteilungen von den Aktivversicherten zu Rentenbeziehenden führt.

Je tiefer der Umwandlungssatz ist, desto länger kann der Rentenbezug aus den vorhandenen Mitteln sichergestellt werden. Eine Senkung des Umwandlungssatzes bewirkt aber auch eine Kürzung des jährlichen Rentenanspruchs.

Im Rahmen der 1. BVG-Revision wurde im Obligatorium der Umwandlungssatz von 7,2 Prozent auf 6,8 Prozent (ab 2005) gesenkt. Am 22.09.2024 kommt eine weitere BVG-Reform zur Abstimmung, die im Obligatorium ein Absenken des Umwandlungssatzes auf 6,0 Prozent, eine Verstärkung des Sparprozesses und einen Rentenzuschlag für die Übergangsgeneration (15 Jahrgänge) vorsieht.

Im ausser-/überobligatorischen Bereich (z.B. für umhüllende Kassen) sind auch andere Lösungen zulässig.

Zielsetzung laut Verfassung und Gesetz ist, dass die Altersleistungen aus dem zum Zeitpunkt des Altersrücktritts angesparten Kapital (Altersguthaben) vollständig finanziert werden (kein Umlageverfahren). Es soll das sogenannte Äquivalenzprinzip bzw. Kapitaldeckungsverfahren gelten. Als unmittelbare Folge hängt – mit gegebenem Startkapital – die Höhe des Umwandlungssatzes ab von

- ▶ der Bezugsdauer der Leistungen (Leistungsarten, Sterblichkeit, Zivilstand usw.)
- ▶ den Vermögenserträgen auf dem Restkapital (technischer Zinssatz)

Das oberste Organ (Stiftungsrat) ist verantwortlich für die finanzielle Sicherheit der Vorsorgeeinrichtung.

- ▶▶ Zu hohe Parameter (Mindestzinssatz, Mindestumwandlungssatz) erschweren diese Aufgabe und führen zu unerwünschten Solidaritäten zwischen aktiv Versicherten und Rentnern. Die Notwendigkeit weiterer Senkungen zeichnet sich ab.
- ▶▶ Die 1. BVG-Revision brachte mehr Transparenz. Versicherungstechnisch nicht korrekte Parameter unterlaufen diese.

Der gesetzlich festgelegte Mindestumwandlungssatz von 6,8 Prozent ist versicherungstechnisch zu hoch angesetzt. Umhüllende Vorsorgeeinrichtungen sind seit einiger Zeit daran, diesen zu senken. Viele (auch grosse) Vorsorgeeinrichtungen haben bereits Anpassungen durchgeführt oder beschlossen. Aktuell liegen die Umwandlungssätze dieser Einrichtungen meist zwischen 5,0 und 6,4 Prozent.

Finanzielle Folgen des hohen Umwandlungssatzes

Die durch den hohen Umwandlungssatz verursachten Kosten gehen zulasten der aktiv Versicherten (Minderverzinsung) oder reduzieren den Deckungsgrad der Vorsorgeeinrichtung. Die Folge ist eine in der Zweiten Säule nicht vorgesehene Umlagefinanzierung von «Jung zu Alt». Die Auswirkungen sind umso grösser, je höher der Anteil des Rentnerdeckungskapitals am Gesamtkapital ist und je mehr zukünftige Pensionierungen zum (zu) hohen Umwandlungssatz erfolgen.

Auswirkungen einer Senkung des Umwandlungssatzes

- ▶▶ Für **aktiv Versicherte** bedeutet sie eine Leistungsreduktion (falls keine flankierenden Massnahmen getroffen werden); dafür nimmt das Risiko ab, zukünftige Altersrenten mitfinanzieren zu müssen.
- ▶▶ Für bestehende **Rentner/innen** ergeben sich keine Änderungen. Die Höhe der laufenden Renten bleibt unangetastet. Dies gilt selbst bei Vorsorgeeinrichtungen in Unterdeckung (BVG 65d III lit. b).
- ▶▶ **Arbeitgeber** profitieren einerseits von einem langfristig stabil finanzierten Vorsorgewerk, andererseits kann das reduzierte Leistungsniveau die Attraktivität des Arbeitgebers beeinträchtigen.

10.2.2.2 Vermögensanlage und Deckungsgrad (BVG 65, 71)

Die Vorsorgeeinrichtungen müssen jederzeit Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können. Um dies zu erreichen, enthält das BVG umfassende Anlagerichtlinien und Bestimmungen zur Vermögensverwaltung (vgl. BVG 51b–53k; BVV2 40, 48f–49a, 50–58).

Erlaubte Anlagekategorien sind (BVV2 53 und 55):

- ▶ Bargeld
- ▶ Postcheck- und Bankguthaben
- ▶ Obligationen
- ▶ Immobilien und Bauland
- ▶ Aktien, Beteiligungen usw.
- ▶ Alternative Anlagen wie Hedgefonds, Private Equity, Rohstoffe und Insurance Linked Securities
- ▶ Innovative Technologien: seit 01.01.2022 können nichtkotierte schweizerische Anlagen in innovative und zukunftssträchtige Technologien als eigene Kategorie führen

Für die einzelnen Anlagekategorien bestehen prozentuale Obergrenzen (z.B. maximal 15 Prozent für alternative Anlagen). Zusätzliche Einschränkungen gelten für Anlagen im Ausland und in Fremdwährungen.

Jede einzelne Vorsorgeeinrichtung bestimmt ihre Anlagestrategie basierend auf der kassenspezifischen Risikobereitschaft und -fähigkeit selbst und hält sie im Anlagereglement fest. Die Anlagestrategie wird massgeblich beeinflusst durch folgende Faktoren: Verhältnis Aktivversicherte zu Rentenbeziehenden, Anteil jüngerer und älterer Aktivversicherter, mittlere Verweildauer im Betrieb; Zu- oder Abnahme der Aktivversicherten, Höhe des technischen Zinssatzes, Höhe der Schwankungsreserve usw.

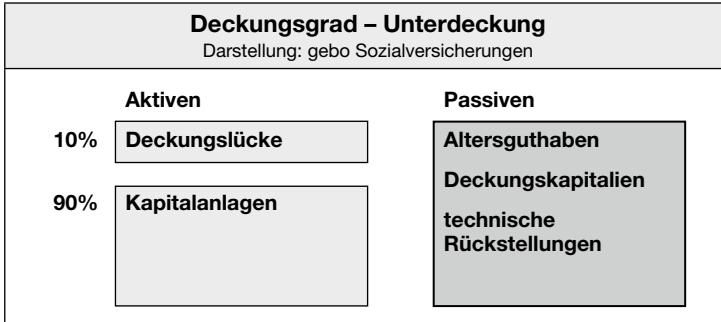
Deckungsgrad (BVG 65a, 86b; BVV2 44 und 44a)

Der Deckungsgrad dient als Messlatte. Er zeigt das Verhältnis zwischen dem vorhandenen Vermögen und dem versicherungstechnisch notwendigen Vorsorgekapital inklusive technischer Rückstellungen auf. Das bedeutet, dass **am Bilanzstichtag** die Summe der Austrittsleistungen (Altersgutschriften und Einkäufe mit Zinsen) sämtlicher Aktivversicherten und das Deckungskapital aller Rentenbeziehenden (Passiven) dem vorhandenen Vermögen (Aktiven) gegenübergestellt werden. Sind Aktiven und Passiven gleich hoch, beträgt der Deckungsgrad 100 Prozent. Eine solche Vorsorgeeinrichtung verfügt über eine eingeschränkte Risikofähigkeit in Bezug auf ihre Anlagen, da jegliche Wertschwankungsreserven fehlen. In Abhängigkeit der Anlagestrategie benötigen die Vorsorgeeinrichtungen Wertschwankungsreserven von ca. 10 bis 20 Prozent.

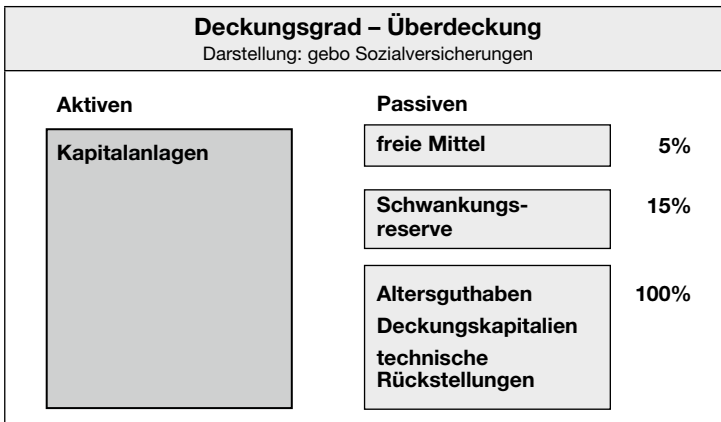
Übersteigen die Passiven die Aktiven, besteht eine Unterdeckung

Ein Deckungsgrad zwischen 95 und 100 Prozent wird als geringe Unterdeckung bezeichnet; es wird davon ausgegangen, dass die Vorsorgeeinrichtung innerhalb von maximal fünf Jahren saniert werden kann. Ein Deckungsgrad unter 95 Prozent gilt als erhebliche Unterdeckung – Sanierungsmassnahmen werden hier länger als fünf Jahre dauern.

Für Vorsorgeeinrichtungen mit mehreren Vorsorgewerken ist die Betrachtung je Vorsorgewerk erforderlich.



Übersteigen die Aktiven die Passiven und ist die Schwankungsreserve voll geöffnet, besteht eine Überdeckung.



Eine zeitlich begrenzte Abweichung vom Grundsatz der jederzeitigen Sicherheit ist zulässig, wenn sichergestellt ist, dass die gesetzlichen Leistungen mit Fälligkeit erbracht werden können und die Vorsorgeeinrichtung Massnahmen ergreift, um die Unterdeckung in einer angemessenen Frist zu beheben.

10.2.2.21 Massnahmen bei Unterdeckung (BVG 65c–65e; BVV2 44–44b)

Die Vorsorgeeinrichtung ist verpflichtet, die Deckungslücke selbst zu beheben. Die Aufsichtsbehörde, der Arbeitgeber, die Versicherten sowie Rentnerinnen und Rentner sind über das Ausmass, die Ursachen der Unterdeckung sowie die ergriffenen Massnahmen zu informieren. Der Sicherheitsfonds wird nur aktiv, wenn die Vorsorgeeinrichtung zahlungsunfähig ist. Die Sanierungsmassnahmen sollten in der Regel innert 5 bis 7 Jahren zu einem Deckungsgrad von 100 Prozent führen.

Stellt die Revisionsstelle bei der Abnahme der Jahresrechnung fest, dass eine Unterdeckung vorliegt, hat sie dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Sanierungsmassnahmen zur Wiederherstellung der vollen Deckung erreicht werden. Es ist innerhalb von vier Monaten ab Genehmigung der Jahresrechnung durch den Stiftungsrat der Aufsichtsbehörde ein Sanierungsvorschlag einzureichen.

Die Massnahmen zum Beheben der Unterdeckung müssen

- ▶ auf einer reglementarischen Grundlage beruhen,
- ▶ der besonderen Struktur der Vorsorgeeinrichtung Rechnung tragen,
- ▶ dem Grad der Unterdeckung angemessen und ausgewogen sein.

Sofern andere Massnahmen nicht zum Ziel führen, kann die Vorsorgeeinrichtung während der Dauer der Unterdeckung

- ▶ vom Arbeitgeber und von den Arbeitnehmenden Beiträge zum Beheben der Unterdeckung erheben (Sanierungsbeiträge).

Dabei muss der Arbeitgeberbeitrag mindestens gleich hoch sein wie die Summe der Arbeitnehmerbeiträge;

- ▶ von den Rentenbeziehenden einen Beitrag zur Behebung der Unterdeckung erheben. Allfällige Beiträge sind jedoch auf gesetzlich oder reglementarisch nicht vorgeschriebene Rentenerhöhungen der letzten zehn Jahre beschränkt;
- ▶ sofern die beiden vorgenannten Massnahmen nicht ausreichen, kann der BVG-Mindestzinssatz während der Dauer der Unterdeckung, längstens aber für fünf Jahre, um maximal 0,5 Prozent unterschritten werden.

Weitere Sanierungsmassnahmen (Auswahl)

- ▶ Überprüfung und Anpassung der Anlagestrategie;
- ▶ freiwillige Einlage des Arbeitgebers oder vorübergehender Verwendungsverzicht auf Arbeitgeberbeitragsreserve;
- ▶ Minderverzinsung oder Nullverzinsung der Altersguthaben bei umhüllenden Vorsorgeeinrichtungen nach dem Anrechnungsprinzip;
- ▶ Kürzung überobligatorischer Leistungen (z.B. Senkung Umwandlungssatz für zukünftige Altersrenten).

10.2.3 Altersleistungen (BVG 13–17, 37 II; BVV2 62a)

Grundsätzlich gilt für die AHV und die BVG-Normversicherung dasselbe Referenzalter. Das Reglement der betreffenden Vorsorgeeinrichtung kann ein **anderes Rücktrittsalter** vorsehen. **Der Altersrücktritt darf aber nicht vor dem vollendeten 58. und nicht nach dem 70. Altersjahr erfolgen.**

- ▶ **Ab 2024 muss** als Folge der AHV-Reform 21 die **Vorsorgeeinrichtung den Leistungsvorbezug ab Alter 63** (für Frauen der Jahrgänge 1961 bis und mit 1969 bereits ab Alter 62) **anbieten**. Auch ein Teilbezug der Altersleistung in mind. drei Schritten muss angeboten werden (mindestens 3 Schritte für den Bezug der Altersrente, maximal 3 Schritte bei Kapitalbezug). Der 1. Teilbezug kann auf mindestens 20 Prozent der Altersleistung festgelegt werden. Allerdings darf der Teilbezug vor dem reglementarischen Referenzalter den Anteil der Lohnreduktion (massgebend ist der Lohn, nicht der Beschäftigungsgrad) nicht übersteigen.

Der Bezug der ganzen Altersleistungen ist zulässig, wenn der verbleibende Lohn unter die reglementarische Eintrittsschwelle fällt.

- ▶ Ebenso muss ein **Aufschub des Leistungsbezugs** bis zum 70. Altersjahr angeboten werden (Weiterführung ab dem Referenzalter ohne Altersgut-schriften, jedoch mit Zins).

Das Reglement der Vorsorgeeinrichtung kann die Möglichkeit vorsehen weiterhin Beiträge zu entrichten.

Die seit 2011 bestehende «Erleichterung der Arbeitsmarktbeteiligung älterer Arbeitnehmender» wurde derweilen nicht gestrichen.

Die Vorsorgeeinrichtung kann in ihrem Reglement folgendes vorsehen:

- ▶ Weiterversicherung des bisherigen Verdienstes für Versicherte, deren Lohn sich ab dem 58. Altersjahr um höchstens die Hälfte reduziert (BVG 33a). Bis zum reglementarischen Referenzalter kann die Weiterversicherung des bisherigen versicherten Verdienstes erfolgen. Für den Anteil der nicht mehr durch Lohnzahlungen gedeckt ist, können aber die ganzen Beiträge der/dem Arbeitnehmenden auferlegt werden.
- ▶ Auf Verlangen der versicherten Person kann die Vorsorge bis zum Ende der Erwerbstätigkeit, höchstens aber bis zum 70. Altersjahr weiterführen (BVG 33b).

10.2.3.1 Bemessung der Altersleistung aus beruflicher Vorsorge

Basis für die Altersleistung bildet das Altersguthaben (vgl. 10.2.1) bzw. für Leistungsprimatslösungen das Deckungskapital.

Die Höhe der Altersrente wird in Prozenten (Umwandlungssatz) des Altersguthabens (vgl. 10.2.1) **berechnet**, das die versicherte Person mit Erreichen des Referenzalters erworben hat. Für die BVG-Normversicherung beträgt der Umwandlungssatz mit Erreichen des Referenzalters 6,8 Prozent. Das bedeutet, dass es aus einem Altersguthaben von CHF 100 000.– jährlich CHF 6800.– Rente gibt.

Das Reglement der Vorsorgeeinrichtung kann im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen einen vorzeitigen Altersrücktritt mit entsprechender Leistungskürzung (tieferer Umwandlungssatz) vorsehen. Es ist auch zulässig, sich während der Versichertenlaufbahn so einzukaufen, dass diese Kürzung ausgeglichen wird (vgl. 6.1.1.1).

Seit Revision 2005 kann die versicherte Person **verlangen, dass ihr ein Viertel des Altersguthabens** – das für die Berechnung der tatsächlich bezogenen Altersleistung massgebend ist – **als Kapitalabfindung ausbezahlt wird** (BVG 37 II).

Dies selbst da, wo das Reglement der Vorsorgeeinrichtung keine Kapitaloption enthält und soweit der Anspruch auf der BVG-Normversicherung beruht.

10.2.3.2 Kinderrente zur Altersrente des Vaters bzw. der Mutter (BVG 17)

Versicherte, denen eine Altersrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Fall ihres Todes eine Waisenrente erhalten könnte (d.h., Kind bis zum 18. Altersjahr – wenn in Ausbildung, bis zu deren Abschluss, längstens bis zum 25. Altersjahr), Anspruch auf eine Kinderrente von 20 Prozent der Altersrente.

Laut Bundesgerichtsentscheid vom 14.03.2019 (9C_793/2018) ist neu das **Anrechnungsprinzip für die Alterskinderrenten** (wie auch für Kinderrenten zur Invalidenrente) zulässig. Was bedeutet das? Die BVG-Normversicherung (Obligatorium) hält die Berechnung für die Altersrente mit gesetzlichen Umwandlungssatz und den Anspruch auf Kinderrenten fest. Diese sind auf jeden

Fall geschuldet (Schattenrechnung). Im Rahmen der überobligatorischen Vorsorge, speziell in umhüllenden Vorsorgeeinrichtungen, kann es vorkommen, dass die Altersleistung des Elternteils allein betrachtet höher ist als die Altersleistung aus BVG-Normleistung mit Kinderrente. In diesem Fall kommt – mit entsprechender reglementarischer Bestimmung – nur die höhere Altersleistung des Elternteils zur Auszahlung (⇒ Es kommt auf die Summe der Renten an).

10.2.4 Invalidenleistungen (BVG 23–26b, BVV2 18)

10.2.4.1 Anspruch auf Invalidenrenten der beruflichen Vorsorge (BVG 23)

Ein Anspruch auf Invalidenleistungen besteht, wenn die betroffene Person

- ▶ **im Sinn der IV zumindest 40 Prozent** (IV-Grad gemäss Einkommensvergleich ohne Aufrechnung) **invalid ist und**
- ▶ **mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war.**

Sonderregelung betreffend Geburtsinvalide und als Minderjährige invalid gewordene Personen, die mit Aufnahme der Erwerbstätigkeit zwischen 20 und 40 Prozent arbeitsunfähig sind und mit Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, auf mindestens 40 Prozent versichert waren.

Da Invalidenleistungen nur dann ausgelöst werden, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führte, versichert war, ist für die Vorsorgeeinrichtung der durch die Invalidenversicherung festgesetzte Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität von wesentlicher Bedeutung. Von diesem Zeitpunkt hängt es ab, ob aus der beruflichen Vorsorge eine Invalidenrente zu erwarten ist oder nicht und welche Vorsorgeeinrichtung zuständig ist.

Der Anspruch auf eine Invalidenrente der Vorsorgeeinrichtung **entsteht analog zur Invalidenversicherung (1. Säule)**, d.h. nach einem Wartejahr, mit verspäteter Anmeldung entsprechend später. Die berufliche Vorsorge kann ggf. für die Leistungsdauer der Kollektiv-Taggeldversicherung einen Aufschub des Rentenbezugs vorsehen (vgl. reglementarische Bestimmungen).

Bindungswirkung der IV-Verfügung auf die berufliche Vorsorge

Der Entscheid der IV-Stelle ist für eine Vorsorgeeinrichtung (und die übrigen Organe der beruflichen Vorsorge) grundsätzlich verbindlich, sofern sie in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde. Diese Bindungswirkung gilt sowohl für den Zeitpunkt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit als auch für den Invaliditätsgrad und den Rentenbeginn.

Wenn die IV-Stelle den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auf einen Zeitpunkt festlegt, der mehr als sechs Monate ab Eingang der IV-Anmeldung zurückliegt, besteht keine Bindungswirkung mehr.

Zum Ausrichten der Invaliditätsleistung zuständige Vorsorgeeinrichtung
Bis die IV (1. Säule) die Sachlage geklärt und eine Rente zugesprochen hat, vergehen nicht selten zwei bis drei Jahre. Wenn die betroffene, teilarfbeitsfähige Person inzwischen den Arbeitgeber und damit die Vorsorgeeinrichtung gewechselt hat, stellt sich die Frage nach der Zuständigkeit zur Übernahme der Leistungen.

Befindet sich die versicherte Person mit Erreichen des Leistungsanspruchs nicht in der Vorsorgeeinrichtung, in welcher die Gesundheitsschädigung mit entsprechender Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, ist diejenige vorleistungspflichtig der sie zuletzt angehört hat (BVG 26 IV). Steht die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung fest, kann die vorleistungspflichtige auf diese Rückgriff nehmen.

- ▶ Die zeitliche Bindung zwischen der während eines Vorsorgeverhältnisses eingetretene Arbeitsunfähigkeit und der späteren Invalidität wird unterbrochen, wenn während mehr als dreier Monate eine Arbeitsfähigkeit von über 80 Prozent in einer angepassten Erwerbstätigkeit gegeben ist. (BGE 9C_147/2017 vom 20.02.2018).
- ▶ Die Bindungswirkung entfällt, wenn die betroffene Person die Anmeldung zum IV-Leistungsbezug zu spät eingereicht hat.

Diese muss innerhalb der ersten 6 Monate ab dem von der IV-Stelle gesetzten Beginn der einjährigen Wartefrist eingegangen sein. Wenn die Anmeldung später erfolgte, wird die IV-Rente (der 1. Säule) erst 6 Monate nach Eingang der Anmeldung ausgerichtet. Die Vorsorgeeinrichtung kann die Leistungspflicht frei prüfen und ist nicht mehr an den Entscheid der IV gebunden (BGE 9C_679/20).

10.2.4.2 Bemessung der Invalidenrenten aus beruflicher Vorsorge

Das für die Bemessung der Invalidenleistung, die in der Regel als Rente ausgerichtet wird, massgebende Altersguthaben berechnet sich wie unter 10.2.1 beschrieben (**Stand Altersguthaben mit Eintritt des Versicherungsfalls, ergänzt mit unverzinsten Altersgutschriften bis zum Erreichen des Referenzalters**). Für Invalide ab Jahrgang 1949 beträgt der Umwandlungssatz generell 6,8 Prozent.

Im ausser-/überobligatorischen Bereich können höhere Invalidenrenten ausgerichtet und die Auszahlung des die BVG-Normversicherung übersteigenden Teils bis zum Erreichen des Referenzalters befristet werden (BVG 49 I).

Invaliditätsgrad und Rentenanteil (7. IV-Revision)

Massgebend für die Anwendung des neuen oder alten Rechts ist grundsätzlich der Eintritt der Invalidität. Wenn der massgebende Zeitpunkt (Ablauf Wartefrist) vor dem 01.01.2022 war, so gilt noch altes Recht (abgestufte Renten).

Mit Eintritt der Invalidität vor 2022, gilt das altrechtliche IV-Rentensystem (mit Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49% = $\frac{1}{4}$ der ganzen Rente, mit 50 bis 59% = $\frac{1}{2}$, mit 60 bis 69% = $\frac{3}{4}$, ab 70% = ganze Rente). Mit Eintritt der Invalidität ab 2022 greift das verfeinerte (stufenlose) Rentensystem \Rightarrow Details inkl. Übergangsfristen, die auch für die BVG-Normversicherung gelten, vgl. Kapitel IV, 10.2.2.

Neurechtliche Renten (ab 2022 eingetretene Invalidität)					
Darstellung: gebo Sozialversicherungen					
IV-Grad	Anteil an ganzer Rente	IV-Grad	Anteil an ganzer Rente	IV-Grad	Anteil an ganzer Rente
bis 39%		keine Rente			
40%	25,0%	50%	50%	60%	60%
41%	27,5%	51%	51%	61%	61%
42%	30,0%	52%	52%	62%	62%
43%	32,5%	53%	53%	63%	63%
44%	35,0%	54%	54%	64%	64%
45%	37,5%	55%	55%	65%	65%
46%	40,0%	56%	56%	66%	66%
47%	42,5%	57%	57%	67%	67%
48%	45,0%	58%	58%	68%	68%
49%	47,5%	59%	59%	69%	69%
ab 70%					ganze Rente

Vorgehen für Teilinvalide (BVG 34 I lit. b; BVV2 4, 15)

Seit 2007 gelten im Rahmen der BVG-Normversicherung **dieselben Abstufungen wie für die Invalidenversicherung**. Zudem ist die Vorsorgeeinrichtung grundsätzlich an den durch die Invalidenversicherung festgelegten **Invaliditätsgrad aus dem Einkommensvergleich** gebunden. Im ausser-/überobligatorischen Bereich kann sie andere Regelungen treffen.

Wird der versicherten Person nicht eine ganze Invalidenrente zugesprochen, teilt die Vorsorgeeinrichtung deren Altersguthaben in einen der Rentenberechtigung entsprechenden passiven und in einen der Resterwerbsfähigkeit entsprechenden aktiven Teil auf.

Das auf die Teilinvalidität entfallende Altersguthaben wird wie vorerwähnt zum Berechnen der Invalidenrente herangezogen. Der andere Teil ist dem Altersguthaben einer voll erwerbstätigen Person gleichgestellt. Sollte die Resterwerbsfähigkeit nicht genutzt werden, würde dieser Teil als Freizügigkeitsleistung behandelt (vgl. nachstehend Leistung ohne Eintritt des Versicherungsfalls).

Aufteilung des Altersguthabens (AGH) im Fall von Teilinvalidität für altrechtliche Renten			
Quelle: BVV2 15			
IV-Grad aus Einkommensvergleich	40%	47,5%	63%
Anspruch auf Anteil der ganzen Rente	40%	47,5%	63%
auf Teilinvalidität entfallendes AGH	40%	47,5%	63%
auf weitere Tätigkeit entfallendes AGH	60%	52,5%	37%
Kürzung der Grenzwerte für diesen Teil¹	60%	52,5%	37%
¹ Der versicherte Mindestlohn von CHF 3675.– darf aber nicht unterschritten werden. Im Sinn einer überobligatorischen Leistung kann das Vorsorgereglement weiterhin eine für die versicherte Person vorteilhaftere Abstufung vorsehen.			

Zum Ermitteln des koordinierten Lohns reduzieren sich die Grenzbeträge entsprechend dem Anteil der ganzen Rente. Die Eintrittsschwelle für eine Person mit einem Invaliditätsgrad von 63 Prozent beträgt für eine erst 2023 entstandene Rente 37 Prozent von CHF 22 050.– = CHF 8158.– (wenn vor 2022 entstanden = Dreiviertel-Rente, somit 25% der Eintrittsschwelle). Ist dieser Wert erreicht, darf der minimal koordinierte Lohn nicht unter CHF 3675.– sinken.

10.2.4.21 Neue Bemessungsmethode der IV für Teilzeit-Erwerbende ab 2018

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads hat die Invalidenversicherung (IV) das bei voller Gesundheit aus Teilzeit-Erwerbstätigkeit erzielte Erwerbseinkommen (Valideneinkommen) auf ein Vollzeitpensum aufzurechnen. Von diesem ist das trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch erzielbare Einkommen (Invalideneinkommen) abzuziehen und so der Invaliditätsgrad festzustellen. Dieser wird dann in Prozenten des Erwerbsspensums gewichtet und ist massgebend für die Bewertung nach Einkommensvergleich.

Beispiel

Ausgangslage: Versicherte Person mit Erwerbsspensum bei voller Gesundheit von 70%, Jahreslohn CHF 54 600.–; 30% Hobby; Einschränkung im Erwerb, mit angepasster Tätigkeit, 40% ⇒ Erwerbseinkommen CHF 26 000.–.

Berechnung des Invaliditätsgrads 1. Säule: Valideneinkommen Teilzeit = CHF 54 600.– (70%-Pensum) bzw. CHF 78 000.– (100%-Pensum); Invalideneinkommen (bei angepasster Tätigkeit, 40%-Pensum) = CHF 26 000.–.

⇒ Differenz CHF 52 000.– in Prozenten des Valideneinkommens = Invaliditätsgrad von 67%.

Weil die versicherte Person effektiv im 70%-Pensum gearbeitet hat ⇒ 70% von 67% = Invaliditätsgrad für die 1. Säule = 47%.

Der vorsorgerechtlich relevante Invaliditätsgrad bemisst sich aufgrund des aus Teilerwerbstätigkeit erzielten Valideneinkommens (und nicht im Verhältnis zum hypothetischen aus Vollzeiterwerbstätigkeit). Weil die Vorsorgeeinrichtungen grundsätzlich an das von der IV festgesetzte Valideneinkommen gebunden sind, muss eine Umrechnung erfolgen.

BGE 9c_133/2017 vom 07.03.2018 empfiehlt – für den Fall, dass die IV den Invaliditätsgrad bezogen auf ein Vollzeitpensum ermittelt hat – als klarster und einfachster Berechnungsvorgang folgendes: Das von der IV festgesetzte Valideneinkommen ist auf das ausgeübte Teilpensum herunterzurechnen und gestützt darauf (sowie auf die übrigen grundsätzlich bindenden Parameter) ein neuerlicher Einkommensvergleich durchzuführen.

Beispiel

Ausgangslage (wie IV): Versicherte Person mit Erwerbspensum bei voller Gesundheit von 70%, Jahreslohn CHF 54 600.–; 30% Hobby; Einschränkung im Erwerb, mit angepasster Tätigkeit, 40% \Rightarrow Erwerbseinkommen CHF 26 000.–

Berechnung des Invaliditätsgrads 2. Säule:

Valideneinkommen 100%	CHF	78 000.–
Umgerechnet auf Beschäftigungsgrad mit Anstellung von 70% =	CHF	54 600.–
Invalideneinkommen	CHF	<u>26 000.–</u>
Differenz (Einkommensvergleich)	CHF	28 600.–

Was in der beruflichen Vorsorge einen IV-Grad von 52,38% ergibt (CHF 28 600.– geteilt durch CHF 54 600.– mal 100). Mit Eintritt der Invalidität vor 2022 wird eine halbe Invalidenrente nach BVG ausgelöst.

Änderung der IV-Verordnung (IVV 26^{bis} III) per 01.01.2024 mit Auswirkung auf die 2. Säule

Der Invaliditätsgrad (IV-Grad) wird ermittelt aus dem Vergleich des Einkommens, das eine Person vor der Invalidität erzielt hat, und jenem, das sie mit der Invalidität noch erzielen kann. Bei versicherten Personen ohne Einkommen muss ein Einkommen angenommen werden, das eine Person in ihrer Situation erzielen könnte. Dazu werden Erhebungsdaten des Bundesamtes für Statistik (BFS) für zahlreiche Berufsbilder und mehrere Kompetenzstufen beigezogen. Diese bilden die Einkommen vor allem von Personen ohne Invalidität ab, also tendenziell höhere Löhne, als Personen mit Behinderung sie erzielen können. Der ab 1. Januar 2024 neu anzuwendende Pauschalabzug von 10 Prozent berücksichtigt bei der Ermittlung des Einkommens mit Invalidität realistische Einkommensmöglichkeiten von Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

- » **Für die berufliche Vorsorge bedeutet dies**, dass mit gleichem Invaliditätsbeginn IV/BVG (einschliesslich reglementarische Vorsorge) zu entsprechenden Rentenerhöhungen und Neurenten kommt und Überentschädigungsberechnungen zu überprüfen sind.

10.2.4.22 Kinderrenten zur Invalidenrente des Vaters bzw. der Mutter

Versicherte, denen eine Invalidenrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Fall ihres Todes eine Waisenrente erhalten könnte (d.h., Kind bis zum 18. Altersjahr – wenn in Ausbildung, bis zu deren Abschluss, längstens bis zum 25. Altersjahr), Anspruch auf eine Kinderrente von 20 Prozent der Invalidenrente.

Zulässigkeit des Anrechnungsprinzips für die Kinderrenten zur Invalidenrente vgl. 10.2.3.2 (Alterskinderrenten).

10.2.5 Hinterlassenenleistungen (BVG 18–22, BVV2 20)

10.2.5.1 Anspruch auf Hinterlassenenleistungen der beruflichen Vorsorge (BVG 18)

Ein Anspruch auf Hinterlassenenleistungen besteht nur, wenn der/die Verstorbene

- ▶ im Zeitpunkt des Todes oder mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zum Tod geführt hat, **versichert war oder**
- ▶ **von der Vorsorgeeinrichtung im Zeitpunkt des Todes eine Invaliden- oder Altersrente erhielt.**

10.2.5.2 Bemessung der Hinterlassenenleistungen aus beruflicher Vorsorge (BVG 21)

Die Bemessung der Hinterlassenenleistung beruht entweder auf der Basis der Altersrente (Tod nach Erreichen des Pensionsalters) bzw. der ganzen Invalidenrente, die im Überlebensfall fällig geworden wäre.

Die Witwen- bzw. Witwerrente beträgt 60 Prozent der entgangenen Invaliden- bzw. Altersrente.

Die Waisenrente beläuft sich auf **20 Prozent** der vollen Invaliden- bzw. Altersrente des verstorbenen versicherten Elternteils.

10.2.5.21 Leistungen für hinterlassene Ehegatten

Mit Inkrafttreten des Leistungsteils der ersten BVG-Revision – d.h., sofern der Tod des Ehegatten ab Dezember 2004 eingetreten ist – **sind Witwen und Witwer** (in der BVG-Normversicherung) **einander vollumfänglich gleichgestellt.**

Eine BVG-Witwen- bzw. -Witwerrente erhält, wer zum Zeitpunkt der Verwitwung

- ▶ entweder für den Unterhalt eines oder mehrerer Kinder aufkommen muss oder
- ▶ das 45. Altersjahr zurückgelegt und mit dem verstorbenen Ehemann bzw. der verstorbenen Ehefrau seit mindestens fünf Jahren verheiratet gewesen ist.

Andernfalls wird eine Abfindung in der Höhe des dreifachen Jahresbetrages der entgangenen Witwen- bzw. Witwerrente ausgerichtet.

Geschiedene Ehegatten sind Witwen bzw. Witwern gleichgestellt (BVV2 20), wenn deren Ehe mindestens zehn Jahre gedauert hat und der/die Verstorbene zu Alimentezahlungen verpflichtet worden ist. Der Anspruch auf eine Rente an die «geschiedene Witwe» bzw. den «geschiedenen Witwer» besteht nur solange, wie die Alimente geschuldet gewesen wären. Seit Inkrafttreten der Bestimmungen über den Vorsorgeausgleich im Scheidungsfall per 01.01.2017 geben Kapitalabfindungen grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf Hinterlassenenleistungen.

Die Hinterlassenenleistungen der Vorsorgeeinrichtung an «geschiedene Witwe» bzw. den «geschiedenen Witwer» können um den Betrag gesenkt werden, um den sie zusammen mit den Hinterlassenenleistungen der AHV den Anspruch aus dem Scheidungsurteil übersteigen. Erhält die «geschiedene Wit-

we» bzw. den «geschiedenen Witwer» von der AHV eine Altersrente oder eine IV-Rente, wird nur der Anteil der Rente aus der 1. Säule angerechnet der der Hinterlassenenleistung entspricht (Kongruenzprinzip). Eine Regelung betreffend Hinterlassenenleistungen aus der Unfallversicherung wurde in der Neuregelung vergessen.

Massgebendes Reglement

Wenn zwischen der Invalidisierung oder Pensionierung und dem Todesfall mehrere Jahre vergangen sind, stellt sich die Frage, ob zur Beurteilung der Sachlage das damalige Leistungsreglement der Vorsorgeeinrichtung zur Beurteilung des Anspruchs auf Hinterlassenenleistungen zur Anwendung kommt oder das zwischenzeitlich geänderte. Nach konstanter Rechtsprechung ist es das im Zeitpunkt des Todesfalls aktuelle Reglement.

10.2.5.22 Waisenrenten

Kinder, deren versicherter Vater bzw. versicherte Mutter verstorben ist, haben Anspruch auf eine Waisenrente. Diese wird ausgerichtet bis zu ihrem 18. Altersjahr, wenn noch in Ausbildung, bis zu deren Abschluss, längstens bis zum 25. Altersjahr.

PS Durch den Tod des Stiefvaters oder der Stiefmutter entsteht für das betreffende Kind kein Anspruch auf eine Waisenrente (BGE 128 V 116). Im Rahmen des Überobligatoriums wäre eine solche möglich, falls der/die Verstorbene das Stiefkind in erheblichem Masse dauernd unterstützt hat.

10.2.5.23 Begünstigte Personen (BVG 19–20a)

Die Vorsorgeeinrichtung **kann** (muss aber nicht) neben Witwe/Witwer und Waisen zusätzlich folgende begünstigte Personen vorsehen. Falls sie entsprechende Voraussetzungen kennt, muss sie die Begünstigtenordnung gemäss BVG 20a übernehmen. Dabei ist denkbar, dass ein Reglement nur die Absätze a und b für verbindlich erklärt.

a) natürliche Personen, die von der versicherten Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind;

oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat;

oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss;

b) wenn nach Buchstabe a) begünstigte Personen fehlen, die Kinder der verstorbenen Mutter bzw. des verstorbenen Vaters, welche keine Waisenrente erhalten, die Eltern oder Geschwister der verstorbenen Person;

Laut BGE 9C_536/2022 gehören auch Halbgeschwister in den Kreis der begünstigten Personen.

c) bei Fehlen von unter Buchstabe a) und b) begünstigten Personen, die gesetzlichen Erben, unter Ausschluss des Gemeinwesens (Umfang: nur entweder die von der versicherten Person einbezahlten Beiträge, inkl. allfälliger Einkaufssummen, oder 50 Prozent des Vorsorgekapitals).

Die Vorsorgeeinrichtungen dürfen reglementarisch zusätzliche Kriterien einführen (z.B. unter «a Lebensgemeinschaft» das Führen eines gemeinsamen

Haushalts verlangen) und im Reglement verwendete Begriffe definieren (z.B. ab welchem Ausmass eine Unterstützung als erheblich gilt).

Wo eine Vorsorgeeinrichtung vorsieht, dass ihr eine Lebenspartnerschaft (zu Lebzeiten) schriftlich – z.B. auf einem **Formular** im Intranet – gemeldet werden muss, ist dies ein zwingendes Erfordernis. Richterlich zu beurteilen sind viele Fragen in Bezug auf die Begünstigtenordnung. Immer bestätigt, dass nur mit Vorliegen der schriftlichen Meldung zu Lebzeiten ein Anspruch auf Hinterlassenenleistungen besteht. Ein Testament reicht nicht aus (weil Vorsorgeleistungen nicht dem Erbrecht unterstellt sind).

10.2.5.24 Todesfallkapital

Vorsorgeeinrichtungen können in ihren reglementarischen Leistungen ein Todesfallkapital vorsehen. Dieses wird fällig, wenn eine **aktiv versicherte Person** verstirbt, ohne einen Anspruch auf eine Ehegatten- oder Lebenspartnerrente auszulösen. Das Todesfallkapital entspricht der ganzen oder je nach Reglement einem Anteil der Austrittsleistung nach FZG.

Es gibt auch Vorsorgeeinrichtungen, die ein Todesfallkapital ausrichten, wenn ein Rentner bzw. eine Rentnerin verstirbt, ohne Hinterlassenenleistungen auszulösen. Das Todesfallkapital kann, je nach Reglement, das ganze noch nicht bezogene Alterskapital umfassen, einen Anteil davon oder einen x-fachen Jahresbetrag der entsprechenden Altersrente.

Der Anspruch geht – unabhängig vom Erbrecht – an die Hinterlassenen. Die Vorsorgeeinrichtung kann eine Kaskadenordnung (z.B. gemäss FZG) vorsehen und den Anspruch – analog zu den Lebenspartnerrenten – von einer Anmeldung (Formular) zu Lebzeiten abhängig machen.

Wo weder Hinterlassenenleistungen noch Todesfallkapital fällig werden, bleibt das noch bestehende Altersguthaben als Mutationsgewinn in der Vorsorgeeinrichtung.

10.2.6 Leistungskoordination (AHV/IV ⇔ BVG bzw. AHV/IV, UV/MVU ⇔ BVG)

Die Vorsorgeeinrichtung **kann die Hinterlassenen- und Invalidenleistungen kürzen**, soweit sie zusammen mit anderen anrechenbaren Einkünften 90 Prozent des mutmasslich entgangenen Verdienstes übersteigen (BVG 34a, BVV2 24 ff).

In BVV2 24 II wird präzisiert, welche Einkünfte im Rahmen der Überentschädigungsabschöpfung (BVG 34a) als anrechenbar gelten:

- ▶ Hinterlassenen- und Invalidenleistungen, die andere in- und ausländische Sozialversicherungen und Vorsorgeeinrichtungen der leistungsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses ausrichten; dabei werden Kapitalleistungen mit ihrem Rentenumwandlungswert angerechnet.
- ▶ **Nicht angerechnet werden** Hilfflosen- und Integritätsentschädigungen, Abfindungen, Assistenzbeiträge und ähnliche Leistungen.
- ▶ Taggelder aus obligatorischen Versicherungen.
- ▶ Taggelder aus freiwilligen Versicherungen, wenn diese mindestens zur Hälfte vom Arbeitgeber finanziert werden.

- ▶ wenn die versicherte Person Invalidenleistungen bezieht, wird überdies das weiterhin erzielte oder zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbs- oder Ersatzeinkommen angerechnet.
- ▶ Die Einkünfte der Witwe oder des Witwers und der Waisen werden zusammengerechnet.

Die von der Unfall- oder der Militärversicherung erfolgten Leistungskürzungen/bzw. -verweigerungen wegen Grobfahrlässigkeit oder vorsätzlichen Herbeiführens muss das BVG nicht ausgleichen (BVV2 25 II).

Kürzung von Invalidenleistungen nach Erreichen des Referenzalters

Hat die versicherte Person das Referenzalter erreicht, darf die Vorsorgeeinrichtung ihre Leistungen nur kürzen, wenn diese mit entsprechenden Leistungen des Unfall- oder Militärversicherers oder vergleichbaren ausländischen Leistungen zusammentreffen.

Die Vorsorgeeinrichtung erbringt die Leistungen weiterhin im selben Umfang wie vor Erreichen des Referenzalters. Sie muss Rentenkürzungen des Unfall- oder Militärversicherers – die aufgrund des Erreichens/Überschreitens des Referenzalters fällig werden – nicht ausgleichen. Die Gekürzten Leistungen der Vorsorgeeinrichtung dürfen zusammen mit den Leistungen des Unfall- oder Militärversicherers und den vergleichbaren ausländischen Leistungen nicht tiefer ausfallen als die ungekürzten Leistungen gemäss BVG (24 und 25).

10.2.7 Teuerungsanpassung (BVG 36)

Obligatorische Anpassung der Hinterlassenen- und Invalidenrenten (aus BVG-Normversicherung):

- ▶ Erstmals nach **drei vollen Kalenderjahren**, nach Beginn der Rentenauszahlung.
- ▶ Die nachfolgenden Anpassungen erfolgen auf den gleichen Zeitpunkt wie die Anpassungen der Renten der AHV.

Die Anpassung der laufenden Altersrenten erfolgt im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der Vorsorgeeinrichtung. Darüber hat das paritätische Organ – d.h., der Stiftungsrat – jährlich zu entscheiden. Dieser Entscheid ist im Jahresbericht der Vorsorgeeinrichtung zu begründen.

Massgebend für die Teuerungsfestsetzung ist der Landesindex für die Konsumentenpreise.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Leistungsanspruchs (ATSG 29–30)

Das BVG gibt keine Richtlinien vor, wie die Ansprüche gegenüber den Vorsorgeeinrichtungen geltend zu machen sind. Somit sind im Einzelfall diesbezügliche statutarische Bestimmungen und das Reglement der betreffenden Vorsorgeeinrichtung massgebend. In der Praxis erfolgt die Leistungszahlung meist aufgrund einer Mitteilung des Arbeitgebers an die Vorsorgeeinrichtung. Grundsätzlich muss jedoch die versicherte Person das Leistungsbegehren stellen.

11.1.1 **Meldepflicht im Fall von vernachlässigter Unterhaltspflicht (BVG 40; FZG 24^fbis; Inkassohilfeverordnung [InkHV] 5, 13, 14)**

2022 ist die Inkassohilfeverordnung in Kraft getreten. Sie regelt die vom Gemeinwesen zu leistende Hilfe in der Durchsetzung familienrechtlicher Unterhaltsansprüche, wenn die zu Alimentezahlungen für Kinder/Jugendliche verpflichtete Person die Unterhaltspflicht nicht erfüllt (Inkassohilfe). Es müssen Zahlungsausstände von mindestens vier Monaten vorliegen.

- ▶ Mit der Inkassohilfe betraute Fachstellen können nun Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen Personen melden, die ihre Unterhaltspflichten nicht erfüllen.
- ▶ Die Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen sind in solchen Fällen (entsprechende Meldung ist eingegangen) verpflichtet, die Fachstelle umgehend zu informieren, sobald Vorsorgeguthaben ausbezahlt oder verpfändet bzw. verwertet werden sollen.

Es sind somit keine Kapitalauszahlungen an gemeldete Personen mehr möglich, ohne dass vorher die Fachstelle informiert worden ist.

Antliche Formulare unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/bv/grundlagen-und-gesetze>

11.1.2 **Verjährung von Ansprüchen (BVG 41)**

Die Leistungsansprüche verjähren nicht, sofern die Versicherten im Zeitpunkt des Versicherungsfalls die Vorsorgeeinrichtung nicht verlassen haben.

Forderungen auf periodische Leistungen (Renten) verjähren nach fünf Jahren, andere (Kapital) nach zehn Jahren.

Guthaben von Freizügigkeitskonten oder -policen (die nicht abgerufen worden sind) werden nach Ablauf von zehn Jahren ab dem ordentlichen Rücktrittsalter dem Sicherheitsfonds überwiesen (BVG 41). Dieser verwendet sie zur Finanzierung der Zentralstelle 2. Säule.

11.2 **Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung**

Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenleistungen werden in der Regel als Renten ausgerichtet (BVG 37). Der Bezug eines Viertels des BVG-Altersguthabens in Kapitalform – unabhängig davon, ob die Vorsorgeeinrichtung in ihrem Reglement eine diesbezügliche Option enthält – ist im Rahmen der ersten BVG-Revision per Januar 2005 eingeführt worden.

Die Renten werden in der Regel monatlich ausgerichtet. Für den Monat, in dem der Anspruch erlischt, wird die Rente voll ausbezahlt (BVG 38).

Details betreffend Leistungsbezug finden sich im Reglement der betreffenden Vorsorgeeinrichtung.

11.2.1 **Sicherheit/Insolvenzdeckung (BVG 56)**

Für die Sammelstiftungen von Versicherungsgesellschaften, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterstehen, gelten die diesbezüglich strengen Vorschriften. Mit Abschluss des Anschlussvertrags sind die vereinbarten Leistungen sicherzustellen. Die Versicherungsgesellschaft haftet voll für die versprochenen Leistungen.

Für die übrigen Vorsorgeeinrichtungen gelten die Bestimmungen des BVG.

Im Fall einer Zahlungsunfähigkeit der Vorsorgeeinrichtung deckt der **Sicherheitsfonds** die Ansprüche der Versicherten im obligatorischen und ausser-/überobligatorischen Bereich. Die Insolvenzdeckung umfasst Leistungen, die sich aus AHV-pflichtigen Erwerbseinkommen bis zum Eineinhalbfachen des oberen BVG-Grenzbetrages ergeben, d.h., 2022 bis CHF 129 060.–.

11.2.2 Leistungsbezug im Ausland (FZA)

11.2.2.1 Rentenzahlungen

Ein Leistungsbezug im Ausland ist möglich, im BVG bestehen diesbezüglich keine Einschränkungen.

11.2.2.2 Auszahlung der Austrittsleistungen wegen endgültigen Verlassens der Schweiz

Grundsätzlich können sich Personen, die die Schweiz endgültig verlassen, ihre Freizügigkeitsleistung auszahlen lassen. Dieser Barbezug ist steuerpflichtig! Die Auszahlung an verheiratete Anspruchsberechtigte ist nur zulässig, wenn der andere Teil schriftlich zustimmt.

11.2.2.21 Folgen des Wegzugs in einen EU- oder EFTA-Staat

Im Zusammenhang mit den Abkommen über die Personenfreizügigkeit wurde der langjährigen Diskussion um die Zugehörigkeit der Zweiten Säule unter das Sozial- oder Privatversicherungsrecht ein Ende bereitet. Die Lösung wurde darin gefunden, dass man die obligatorische Minimalvorsorge gemäss BVG (Normversicherung) den Sozialversicherungen zuordnet, ausser- und überobligatorische Leistungen aber den Privatversicherungen. Somit fällt nur die BVG-Normversicherung unter den Anwendungsbereich des Abkommens.

Für Versicherte, **unabhängig von ihrer Nationalität**, welche die Schweiz verlassen und **in einen EU- bzw. EFTA-Staat ziehen, kommt unter Umständen das Barauszahlungsverbot** (FZG 25f in Anlehnung an die bilateralen Verträge mit der EU) **zum Tragen. Dieses beschränkt sich aber auf das Guthaben der BVG-Normversicherung.**

Es wird zudem nur für jene Personen wirksam, die nach ihrer Ausreise aus der Schweiz in einem Mitgliedsstaat der EU oder der EFTA für die Risiken Alter, Tod und Invalidität weiterhin obligatorisch versichert, d.h., pflichtversichert sind. **Der obligatorische Teil der Austrittsleistung (BVG-Normversicherung) muss in diesem Fall auf eine Freizügigkeitspolice oder ein Freizügigkeitskonto in der Schweiz überwiesen werden.**

► Pflichtversichert sind in EU- bzw. EFTA-Staaten alle Arbeitnehmenden. Für Selbständigerwerbende gelten je nach Staat unterschiedliche Regelungen.

Nichterwerbstätige sind in keinem der EU- bzw. EFTA-Staaten pflichtversichert, d.h., dass ihnen die ganze Austrittsleistung ausbezahlt werden kann.

Nachweis der Pflichtversicherung

Vereinfachtes Verfahren für Personen, die nach Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien oder Griechenland **ausreisen**. Sie – bzw. die für sie zuständige Vorsorgeeinrichtung – können vom Sicherheitsfonds BVG (Verbindungsstelle, www.sfbvg.ch) das entsprechende Antragsformular beziehen.

- ▶ Die erhobenen Personendaten werden der betreffenden Behörde übermittelt. Sie prüft 90 Tage nach der Ausreise aus der Schweiz, ob die gemeldete Person der obligatorischen (Pflicht-)Versicherung unterstellt ist.
- ▶ Das Ergebnis ihrer Prüfung übermittelt die ausländische Behörde dem Sicherheitsfonds BVG, worauf dieser sowohl die antragstellende Person als auch die Vorsorgeeinrichtung informiert.

Die Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung bleibt somit weiter zulässig für

- ▶ Personen, welche die Schweiz verlassen und nicht in einen EU- bzw. EFTA-Staat ausreisen
- ▶ Personen mit Wohnsitz in einem EU- bzw. EFTA-Staat in Bezug auf ihre Guthaben aus der ausser- bzw. überobligatorischen beruflichen Vorsorge
 - ▶ Guthaben aus der BVG-Normversicherung, wenn die Person im betreffenden EU- bzw. EFTA-Staat nicht pflichtversichert ist (Nicht-erwerbstätige, zum Teil Selbständigerwerbende)

«**Brexit**»: Im neuen Sozialversicherungsabkommen CH⇔UK sind keine Bestimmungen betreffend Freizügigkeitsleistungen (FZL) enthalten. Das bedeutet, dass wer die Schweiz endgültig verlässt und in UK den Wohnsitz/ Erwerbssort nimmt, sich die ganze FZL auszahlen lassen kann.

11.2.3 **Abtretung/Verpfändung (BVG 39)**

Der Leistungsanspruch kann vor Fälligkeit weder abgetreten noch verpfändet werden. Ausnahme: Verpfändung zum Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum (WEFV).

Hingegen kam die Schuldbetreibungs- und Konkurskammer des Bundesgerichtes zum Schluss, dass alle **fälligen** Leistungen aus beruflicher Vorsorge wie Lohn beschränkt pfändbar sind (SchKG 92–93). Somit weicht die berufliche Vorsorge auch hier von den bisherigen Regelungen in AHV/IV und UVG sowie ATSG ab.

11.3 **Mitwirkungs-/Schadenminderungs- und Meldepflicht**

Die Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht sind systemleitende Grundsätze des Sozialversicherungsrechts, werden aber in den Gesetzen meist nur als Sanktionen im Fall von Pflichtverletzungen erwähnt. In Bezug auf die versicherte Person sind die reglementarischen Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtung massgebend.

Die versicherte Person hat auch während des Anstellungsverhältnisses dafür zu sorgen, dass die Vorsorgeeinrichtung Kenntnis von wesentlichen persönlichen Änderungen wie Eheschliessung, Ehescheidung, Geburt eines Kindes oder Vaterschaft erhält.

Wer einer neuen Vorsorgeeinrichtung beitrifft (Stellenwechsel, Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit), muss diese über vorhandene Freizügigkeitsleistungen und das Vorsorgekapital informieren und die entsprechenden Gelder in die neue Vorsorgeeinrichtung einbringen.

Verantwortlichkeit (BVG 52)

Alle mit der Verwaltung oder Geschäftsführung einer Vorsorgeeinrichtung beauftragten Personen sowie die Experten/Expertinnen für berufliche Vorsorge sind für den Schaden verantwortlich, den sie ihr absichtlich oder fahrlässig zufügen.

- ▶ Der Anspruch auf Schadenersatz gegen die vorgenannten Organe verjährt in fünf Jahren, ab dem Tag, an dem die geschädigte Person Kenntnis vom Schaden und von der Person des/der Ersatzpflichtigen erlangt hat. Der Anspruch verjährt in jedem Fall nach zehn Jahren ab dem Tag der schädigenden Handlung.

Für die Haftung der Revisionsstelle gilt OR 755 sinngemäss.

11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (BVG 35)

Eine Kürzung von Vorsorgeleistungen der versicherten Person ist nur im Fall eines schweren Selbstverschuldens möglich oder wenn sich diese einer Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung widersetzt. Zudem ist die Kürzung nur in dem Rahmen (Prozentsatz) möglich, in dem auch die AHV/IV Leistungen kürzen kann.

11.5 Rückerstattung (BVG 35a)

Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten.

Von der Rückforderung kann abgesehen werden, wenn die Leistungsempfängerin bzw. der Leistungsempfänger gutgläubig war und die Rückforderung zu einer grossen Härte führt.

Das BVG sieht für arglistiges Erschleichen von Vorsorgeleistungen Gefängnisstrafen bis zu sechs Monaten oder Geldstrafen bis zu CHF 20 000.– vor.

11.5.1 Rückgriff/Regress (BVG 34b, BVV2 27–27f)

Erst 2005, im Rahmen der ersten BVG-Revision, wurde das Rückgriffsrecht der Vorsorgeeinrichtung auf haftpflichtige Dritte gesetzlich geregelt. Dabei lehnt sich das BVG an die diesbezüglichen ATSG-Bestimmungen an.

Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt die Vorsorgeeinrichtung im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein (Subrogation; BVG 34b).

Einschränkung des Rückgriffs (BVV2 27c)

Ein Rückgriffsrecht gegen den Ehegatten der versicherten Person, deren Verwandte oder mit ihr in gemeinsamem Haushalt lebende Personen besteht nur, wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben. Die gleiche Einschränkung gilt für den Rückgriffsanspruch aus einem Berufsunfall gegen den Arbeitgeber der versicherten Person.

Die geschädigte Person selbst kann ihre nicht gedeckten Schadenersatzansprüche (auch ohne Absicht, Grobfahrlässigkeit) direkt beim Haftpflichtigen bzw. bei dessen Haftpflichtversicherung geltend machen.

11.6 Rechtspflege (BVG 73–74)

In der beruflichen Vorsorge muss zwischen zwei verschiedenen Rechtspflegeverfahren unterschieden werden:

- ▶ einerseits das Klageverfahren nach BVG 73, soweit es um Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten geht (betrifft vor allem strittige Leistungsansprüche von Anspruchsberechtigten gegenüber Vorsorgeeinrichtungen);
- ▶ andererseits das Beschwerdeverfahren nach BVG 74. Da geht es insbesondere um Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen und Aufsichtsbehörden.

11.6.1 Klageverfahren nach BVG 73

Da die berufliche Vorsorge nicht dem ATSG unterstellt ist, gilt nach wie vor ein in der Regel zweistufiges Verfahren.

Die Besonderheit von Leistungsansprüchen nach BVG liegt darin, dass keine staatliche Behörde (wie in der AHV die AHV-Ausgleichskasse) als sozusagen erste Instanz über den Leistungsanspruch entscheidet, sondern die Vorsorgeeinrichtung. Die Vorsorgeeinrichtung als Stiftung untersteht dem Privatrecht. Folglich stellt ihr Entscheid über den Leistungsanspruch keine anfechtbare Verfügung dar.

Ist eine versicherte Person mit der ihr zugesprochenen Leistung der Vorsorgeeinrichtung nicht einverstanden, kann sie den Rechtsweg beschreiten. Bevor sie das Klageverfahren einleitet, sollte sie ihr Anliegen dem Organ der paritätischen Verwaltung (Stiftungsrat) vorbringen. Wird keine Übereinstimmung erzielt, ist von diesem ein Abweisungsentscheid zu verlangen. Das Einspracheverfahren als solches entfällt.

1. Klage

Als erste Instanz für das **Klageverfahren** gilt das hierfür vom betreffenden Kanton bezeichnete Gericht, in der Regel das kantonale (Sozial-) Versicherungsgericht. Dieses entscheidet über Streitigkeiten zwischen den Vorsorgeeinrichtungen, den Arbeitgebern und den Anspruchsberechtigten.

Für Vorsorgeeinrichtungen **gibt es (erstinstanzlich) keine eigentlichen Rechtsmittel, sondern nur Verjährungsfristen zu beachten!** Diese betragen in der Regel (BGV 41 II)

- ▶ 5 Jahre für periodische Leistungen (Renten) und Beiträge;
- ▶ 10 Jahre für einmalige Leistungen (Kapital).
- ▶ Für gewisse Verfügungen der Auffangeinrichtung oder des Sicherheitsfonds gilt aber die im öffentlichen Recht massgebende 30-tägige Verwirkungsfrist.

2. Beschwerde ans Bundesgericht

Gegen das Urteil des kantonalen Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde** in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten **an das Bundesgericht** in Luzern erhoben werden (BGG 86 I lit. d). Dieses entscheidet abschliessend.

Gemäss der allgemeinen Bestimmung im Bundesgerichtsgesetz erfolgt nur eine Prüfung der Rechtsfragen (eingeschränkte Kognition).

11.6.2 Beschwerdeverfahren nach Art. 74 BVG

Verfügungen der Aufsichtsbehörden können mit Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht angefochten werden (BVG 74). Der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts kann mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das **Bundesgericht** in Luzern weitergezogen werden.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

BVG (in Millionen CHF)	1995	2000	2010 ¹	2015 ¹	2020
Einnahmen Total	40 807	46 051	62 107	68 225	66 880
Beiträge					
▶ Versicherte und Arbeitgeber	24 134	25 842	41 214	45 813	51 399
davon Versicherte	8 950	10 294	14 904	18 343	21 061
Arbeitgeber	15 184	15 548	25 432	27 470	30 338
▶ der öffentliche Hand	keine	keine	keine	keine	keine
Einmaleinlagen (Einkäufe)	2 612	3 657	5 112	8 503	15 306
davon Versicherte	1 783	2 493	4 083	5 277	6 831
Arbeitgeber	830	1 164	1 039	3 226	8 475
Kapitalertrag brutto	15 813	16 552	15 603	15 292	15 192
Ausgaben Total	24 330	32 467	46 055	53 470	55 781
Sozialleistungen	14 139	20 236	30 912	35 504	42 464
Renten	11 571	16 326	24 614	28 161	31 515
Kapitalien	2 568	3 910	6 298	7 343	10 949
Austrittsleistungen, saldiert	5 489	4 938	6 806	8 150	8 537
Barauszahlungen		1 103	830	1 042	666
Freizügigkeitsleistungen (FZL)		3 835	5 976	7 108	7 872
saldiert					
ausbezahlte FZL		17 965	26 588	36 754	48 327
minus einbezahlte FZL		14 130	20 613	29 646	40 455
Nettozahlungen an Versicherungen	2 725	4 048	4 377	4 673	-1 802
Kosten Vermögensverwaltung/ Passivzins	1 287	2 640	3 091	4 318	4 773
Verwaltungsaufwand	691	605	869	935	795
Ergebnis laufende Rechnung (GRSV)	16 477	13 467	16 969	14 560	26 292
Kapitalkonto BVG	311 100	475 000	625 427	788 177	161 710
Total Versicherte	3 190 000	3 226 004	3 696 045	4 068 196	4 401 466
Total Vorsorgeeinrichtungen	12 200	9 096			
davon berufliche Vorsorge (BVG)		3 418	2 265	1 782	1 389
Total Personen mit Kapitalbezug	keine Ang.	31 164	36 255	39 719	57 543
Total Rentner/innen:	627 000	750 033	978 856	1 091 480	1 206 265
davon Altersrente	keine	413 080	599 856	720 815	842 357
Witwen-/Witwerrente	detaillierten	150 044	177 311	186 484	194 113
Waisen-/Kinderrente	Angaben	54 271	68 631	63 475	57 820
Invalidenrente		102 504	133 163	120 706	111 975
Höhe der jährlichen BVG-Renten					
durchschnittlich					
Altersrente	keine	28 244	30 379	29 471	28 268
Witwen-/Witwerrente	detaillierten	15 755	18 704	19 640	20 126
Waisenrente	Angaben	5 139	4 472	4 641	4 937
Invalidenrente		16 321	16 425	16 468	17 273

¹ Seit 2004 wird das Kapital um die Unterdeckung bereinigt.

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre

12.2 Entwicklungstendenzen

Die Pensionskassenvermögen entsprechen 136% des BIP

Ende 2022 betrug das Vermögen der 1353 Pensionskassen in der Schweiz 1066 Mrd. Franken, was praktisch dem Stand von 2020 entspricht. Unter den grössten Positionen sanken die Aktien auf 28,9 Prozent (Vorjahr 31,6%) und die Obligationen auf 27,1 Prozent (Vorjahr 27,8%) der Bilanzsumme. Demgegenüber erhöhte sich der Anteil der Immobilien auf 23,6 Prozent (Vorjahr 20,9%). Mit der Entwicklung an den Finanzmärkten schloss das Nettoergebnis aus Vermögensanlagen mit –105 Mrd. Franken erwartungsgemäss negativ ab.

Quelle: BSV, Pensionskassenstatistik 2022, 21.12.2023

12.2.1 BVG-Reform

Am 17. März 2023 wurde die BVG-Reform 21 nach zähem Ringen in der Frühjahrssession der eidg. Räte angenommen und gleich von linker Seite mit dem Stimmensammeln fürs Referendum begonnen. Das Referendum ist zu Stande gekommen. Am 22. September 2024 wird über die BVG-Reform abgestimmt.

Worum es geht

Durch die steigende Lebenserwartung und Schwankungen in den Finanzmärkten sind die Renten der beruflichen Vorsorge seit längerer Zeit unter Druck geraten. Es ist zu einer systemfremden Umverteilung von Aktiven zu Rentenbeziehenden gekommen. Dies soll mit der BVG-Reform verhindert und zudem sollen Arbeitnehmende mit tiefen Löhnen sowie Teilzeiterwerbstätige besser versichert werden. Konkret umfasst die BVG-Reform folgende Massnahmen:

- ▶ Verstärkung des Sparprozesses
- ▶ Senkung des Umwandlungssatzes
- ▶ Rentenzuschlag für die Übergangsgeneration

Auch umhüllende Vorsorgeeinrichtungen werden von der BVG-Reform betroffen: Durch das Anpassen der Eintrittsschwelle werden (gemäss Schätzung des Bundesamts für Sozialversicherungen im Jahr 2019) rund 70 000 Arbeitnehmende, die vorher nicht versichert waren, neu zu versichern sein. Je nach Vorsorgeplan der umhüllenden Vorsorgeeinrichtung kann die Reform auch eine Anpassung des Koordinationsabzugs erfordern; denn neu werden rund 30 000 Arbeitnehmende mit einem höheren Lohn zu versichern sein.

Verstärkung des Sparprozesses

Nach wie vor sind Arbeitnehmende ab 1. Januar des 18. Altersjahres erst für die Risiken Invalidität und Tod zu versichern, sofern sie einen Jahreslohn von mehr als CHF 19 845.– haben. Das Alterssparen beginnt (wie gehabt) erst mit Alter 25. **Zu versichern sind künftig 80 Prozent des Jahreslohnes bis CHF 88 200.– (versicherter Verdienst = koordinierter Lohn).**

BVG-Normversicherung (Obligatorium)		
Parameter	BVG heute	BVG 21
Beginn Alterssparen	ab Alter 25	ab Alter 25
Staffelung Altersgutschriften	7/10/15/18	9/9/14/14
Rentenumwandlungssatz im Schlussalter	6,8%	6,0%
Eintrittsschwelle (Jahr)	CHF 22 050.–	CHF 19 845.–
Koordinationsabzug	CHF 25 725.–	20% des AHV-pflichtigen Lohnes (max. CHF 17 640.–)

Die Altersgutschriften werden gegenüber heute neu gestaffelt. Fürs Alterssparen betragen sie von 25. bis 44. Altersjahr 9,0 Prozent und vom 45. Altersjahr bis zum Referenzalter 14,0 Prozent.

Senkung des Umwandlungssatzes und Rentenzuschlag

Der Mindestumwandlungssatz beträgt mit Erreichen des Referenzalters (ordentliches Renteneintrittsalter gemäss AHV) 6,0 Prozent. Die Mindestumwandlungssätze im Fall eines Rentenvorbezugs oder -aufschubs wird vom Bundesrat in der Verordnung geregelt.

Um den mit der Senkung des Umwandlungssatzes verbundenen Leistungsabbau aufzufangen, erhält die Übergangsgeneration – d.h. die ersten 15 Jahrgänge nach Inkrafttreten der Reform – einen Rentenzuschlag. Dessen Umfang ist abhängig vom Geburtsjahr und von der Höhe des Vorsorgeguthabens.

12.3

Links

www.vorsorgeforum.ch

Informationen zur beruflichen Vorsorge

www.vps.epas.ch

Verlag Schweizer Personalvorsorge und Sozialversicherung; Website über alles Wissenswerte um unser Dreisäulenkonzept der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

www.asip.ch

Schweizerischer Pensionskassenverband

www.mit-uns-fuer-uns.ch

Machen Sie sich schlau. Der Schweizerische Pensionskassenverband (ASIP) erklärt kurz und präzise die wichtigsten Begriffe und Fakten

www.bvgauskuenfte.ch

Der Verein BVG-Auskünfte mit 160 kompetenten Fachpersonen gibt Versicherten kostenlos Auskünfte zu Fragen über ihre Pensionskasse

www.pensionlaw.ch

Datenbank mit jüngsten Bundesgerichtsurteilen, amtlichen Entscheiden zur beruflichen Vorsorge sowie Kommentare zur Rechtsprechung in der 2. Säule

www.sfbvg.ch

Sicherheitsfonds BVG

www.aeis.ch

Auffangeinrichtung BVG

www.bsv.admin.ch (Bundesamt für Sozialversicherungen)

Aktuelles, Gesetze der betr. Sozialversicherungen

www.fer.ch

Rechnungslegungsnorm

X Soziale Krankenversicherung KV

1.	Zielsetzung	580
2.	Gesetzliche Grundlagen	580
3.	Geschichtliche Daten	582
4.	Organisation	586
4.1	Einrichtungen zum Durchführen der sozialen Krankenversicherung	588
4.1.1	Die Krankenversicherer (Krankenkassen; KVG 2 ff)	588
4.1.1.1	Vertrauensärzte (KVG 57)	588
4.1.1.2	Beratende Kommissionen (KVG 33 IV, KVV 37a–37 f)	589
4.1.2	Gemeinsame Einrichtung (KVG 18)	589
4.1.3	Institution zur Förderung der Gesundheit (KVG 19)	589
4.1.4	Aufsicht über die Krankenversicherungen	589
4.1.5	Führende Branchenorganisationen in der Schweiz	590
4.1.5.1	Santésuisse	590
4.1.5.2	curafutura	590
4.1.6	Rückversicherer (KVG 28 ff)	590
4.1.6.1	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK)	591
4.1.6.2	RVK	591
4.1.7	Bundesamt für Gesundheit (BAG)	591
4.1.8	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)	591
4.1.9	Swiss-peddose	591
4.1.10	Ombudsstelle Krankenversicherung	591
5.	Versicherte Personen	592
5.1	Obligatorisch versicherte Personen (KVG 3, KVV 1–6)	592
5.1.1	Befreiung von der Versicherungspflicht (KVV 2)	592
5.1.2	Nicht der Versicherungspflicht unterstehende Personen (KVV 2)	593
5.2	Freiwillig Versicherte – freiwillige Taggeldversicherung	594
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes (KVG 5, KVV 1–7)	594
5.3.1	Wohnsitz und Aufenthalt von über drei Monaten in der Schweiz (KVV 7)	594
5.3.1.1	Verspäteter Beitritt (KVG 5 II, KVV 8)	594
5.3.2	Einige Sonderregelungen (Aufzählung nicht abschliessend)	595
5.3.2.1	Asylsuchende (KVV 7 V), die sich bis zur Rückkehr ins Heimatland in der Schweiz aufhalten dürfen	595
5.3.2.2	Entsandte Arbeitnehmende und ihre Familienangehörigen (KVG 3, KVV 4)	595
5.3.2.3	Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Diplomaten, Konsulatsangehörige usw. vgl. KVV 5)	595

5.3.3	Sistieren der Krankenversicherung	595
5.3.3.1	Während lange dauernden Militärdienstes (KVG 3 IV, KVV 10a)	595
5.3.3.2	Die Unfalldeckung für Arbeitskräfte (KVG 8–10, KVV 11)	595
5.3.4	Wechsel des Versicherers (KVG 7)	596
5.3.4.1	Freizügigkeit	597
5.4	Versicherungsausweis/Versichertenkarte (KVG 42a, Verordnung über die Versichertenkarte der obligatorischen Krankenversicherung)	597
5.4.1	Heute Digitalisierung im Gesundheitswesen?	597
5.4.1.1	Elektronisches Patientendossier (EPD)	598
6.	Finanzierung (KVAG 12–19, KVG 76–77)	598
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	598
6.2	Prämienpflichtige Personen (KVG 61)	599
6.3	Dauer der Prämienpflicht (KVG 5, KVV 90)	600
6.4	Prämienhöhe und Berechnungsbasis	600
6.4.1	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG 61–63, KVV 89–92)	600
6.4.1.1	Kostenbeteiligung (KVG 64, KVV 103–105)	601
6.4.1.2	Wahl einer besonderen Versicherungsform (KVG 62, KVV 93–101a) mit der Möglichkeit, Prämien zu sparen	602
6.4.1.21	Versicherung mit wählbarer Franchise (KVV 93–95)	602
6.4.1.22	Versicherung mit eingeschränktem Wahlrecht des Leistungserbringers (KVV 99–101)	603
6.4.1.23	Bonusversicherung (KVV 96–98)	603
6.4.1.3	Prämienverbilligung (KVG 65, 66, KVV 106)	604
6.4.1.4	Risikoausgleich (Verordnung über den Risikoausgleich, VORA)	605
6.4.1.5	Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen (KVAG 17, KVAV 30–33)	606
7.	Leistungsübersicht	606
8.	Anspruchsvoraussetzungen	607
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	607
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	607
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	607
8.4	Voraussetzungen für die Kostenübernahme	607
8.4.1	Wahlrecht betreffend Leistungserbringer und Kostenübernahme (KVG 41)	607
8.4.1.1	Freiwillige Einschränkung des Wahlrechts (KVV 99–101)	608
8.4.1.2	Beschränkungen im Leistungsumfang (KVG 33 I, KVV 33)	608
8.4.1.3	Behandlung im Ausland (KVG 34, KVV 36–37)	609
8.4.2	Tarife und Preise (KVG 43–55a, 104; KVV 59a–59e)	610
8.4.2.1	Taxpunktwerte – Tarmed, Tardoc (KVG 48)	610
8.4.2.2	Fallpauschalen – SwissDRG, TARPSY, ST Reha (KVG 49)	611
8.4.2.3	Fehlen eines Tarifvertrages (KVG 47)	612
8.4.3	Unterschiedliche Tarife für ambulante und für stationäre Behandlung	612

8.5	Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung	613
8.5.1	Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde (KVG 54)	613
8.5.2	Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde (KVG 55)	613
8.5.3	Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (KVG 55a)	613
8.6	Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen	613
8.6.1	Wirtschaftlichkeit der Leistungen (KVG 56)	613
8.6.2	Qualitätssicherung (KVG 58)	613
9.	Sachleistungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, KVG 25)	614
9.1	Pflegeleistungen bei Krankheit (KVG 25a, KLV 7–9)	615
9.1.1	Krankenpflege ambulant (KVG 25a, KLV 7–9)	615
9.1.1.1	für Versicherte, die nicht in einem Pflegeheim wohnen (KLV 7a)	615
9.1.1.2	für Versicherte im Pflegeheim bzw. in Tages- oder Nachtstrukturen	615
9.1.1.3	Aufteilung der Kosten	616
9.1.2	Spitalaufenthalt, Akut- und Übergangspflege (Stationäre Behandlung; KVG 25a II, 49a)	616
9.1.2.1	Akut- und Übergangspflege (KVG 25a II, KLV 7b)	616
9.1.3	Verordnete medizinische Rehabilitation (KVG 25 II lit. d)	617
9.2	Spezifische Anspruchsvoraussetzungen (KVG 33, KVV 33)	617
9.2.1	Ärztliche Psychotherapie (KLV 2–3b)	617
9.2.2	Von Chiropraktoren/Chiropraktorinnen verordnete Leistungen (KLV 4)	617
9.2.3	Ärztliche Komplementärmedizinische Leistungen (KLV 4b)	617
9.2.4	Übernahme von ärztlich verordneten Massnahmen	617
9.2.4.1	Physiotherapie (KLV 5)	617
9.2.4.2	Ergotherapie (KLV 6)	618
9.2.4.3	Ernährungsberatung (KLV 9b)	618
9.2.4.4	Diabetesberatung (KLV 9c)	618
9.2.4.5	Logopädie (KLV 10+11)	618
9.2.4.6	Neuropsychologie (KLV 11a)	618
9.2.4.7	Psychologische Psychotherapie (KLV 11b)	618
9.2.4.8	Beitrag an Badekuren (KVG 25 II lit c, 35, 40, KVV 57, KLV 25)	619
9.2.5	Verordnete Medikamente – Leistungen der Apotheker/innen (KVG 25 II lit. h, 52, KVV 37e, 64–75, KLV 4a, 29–38g)	619
9.2.6	Hilfsmittel – Mittel und Gegenstände (KVG 25 II lit. b, KLV 20–24, MiGeL)	619
9.3	Leistungen bei Mutterschaft (KVG 29, KLV 13–16)	620
9.3.1	Strafloser Schwangerschaftsabbruch (KVG 30)	620
9.4	Zahnärztliche Behandlung (KVG 31, KLV 17–19a)	620
9.4.1	Zahnärztliche Behandlung im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen (KLV 19a)	620
9.5	Beitrag an Transport und Rettungskosten (KVG 25 II lit. g, KVV 33g, KLV 26, 27)	621
9.7	Prävention (KVG 26, KLV 12)	621
9.7.1	Gesundheitsförderung Schweiz (KVG19+20)	621
9.8	Weitere Versicherungsarten (KVG 2 II, KVAV 1)	622

10.	Geldleistungen (KVG 67 ff)	623
10.1	Abschluss einer Krankentaggeldversicherung (KTG) ist möglich als	623
10.1.1	Vertragspartner	624
10.1.2	Abschluss der Kollektiv-KTG-Versicherung	624
10.1.3	Finanzierung/Beitragspflicht	624
10.2	Dauer der KTG-Versicherung	625
10.2.1	Beginn	625
10.2.1.1	Versicherungsvorbehalte	625
10.2.2	Ende der KTG-Versicherung	626
10.2.3	Übertritt von Kollektiv-KTG- in Einzelversicherung	626
10.2.3.1	Die Informationspflicht	627
10.2.3.2	Frist für Übertritt in Einzelversicherung	627
10.3	Abdecken der Lohnfortzahlungspflicht	627
10.3.1	Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers	627
10.4	Anspruch auf Taggeld	628
10.4.1	Taggeldanspruch während der Mutterschaft (Geburtengelder)	629
10.4.2	Koordination/Übererschädigung und ihre Folgen	629
10.4.2.1	Zusammentreffen von Anspruch auf KTG mit Taggeldanspruch Arbeitsloser	630
10.4.2.2	Übererschädigung durch IV-Rente und KTG	630
10.5	Abschluss unter Sozial- oder Privatversicherungsrecht?	631
11.	Vollzug	632
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30)	632
11.1.1	Nachforderung (ATSG 24)	632
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19, KVG 42, 56)	633
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland	633
11.2.1.1	Erkrankung im EU-/EFTA-Raum	633
11.2.1.2	Erkrankung während Auslandsaufenthalten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums (KVV 36)	634
11.2.2	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)	634
11.2.2.1	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	634
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)	635
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21)	635
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25, ATSV 4–5)	636
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73, KVG 79)	636
11.6	Rechtspflegeverfahren	636
11.6.1	Bezüglich der sozialen Krankenversicherung	636
11.6.1.1	Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und dem Krankenversicherer (ATSG 51 II, KVV 127)	636
11.6.1.2	Streitigkeiten unter den Versicherern (KVG 87)	637
11.6.1.3	Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringern (Schiedsgericht; KVG 89)	637
11.6.2	Streitigkeiten bezüglich der Zusatzversicherungen	637

12.	Aktuell	638
12.1	Kennzahlen	638
12.1.1	Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP)	640
12.1.2	2022 liessen wir uns unsere Gesundheit 91,5 Mrd. Franken kosten	640
12.2	Entwicklungstendenzen	641
12.2.1	Palliative Care stärkt die Selbstbestimmung	641
12.2.2	«Gesundheit2030»	642
12.2.3	Krankenversicherung wie weiter	643
12.3	Links	644

1. Zielsetzung

Dem Krankenversicherungsgesetz liegt der Gedanke der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zugrunde. Mittels einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist der gesamten Bevölkerung der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gleichzeitig sollen Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen entlastet und die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen gefördert werden.

Das KVG regelt die soziale Krankenversicherung. Es umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Übernahme von Kosten für die Heilbehandlung und Pflege) und eine freiwillige Taggeldversicherung.

Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen in Fällen von

- ▶ Krankheit (ATSG 3);
- ▶ Geburtsgebrechen (ATSG 3 II), soweit sie nicht durch die Invalidenversicherung (IV) gedeckt sind;
- ▶ Unfall (ATSG 4), soweit kein Unfallversicherer dafür aufkommt;
- ▶ Mutterschaft (ATSG 5).

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

Art. 117 Kranken- und Unfallversicherung

Art. 118 Schutz der Gesundheit

Art. 118a Komplementärmedizin

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
Allerdings findet das ATSG in folgenden Bereichen keine Anwendung (KVG 1 II)
 - ◆ Zulassung und Anschluss von Leistungserbringern (KVG 35–40, 59)
 - ◆ Tarife, Preise und Globalbudget (KVG 43–55)
 - ◆ Prämienverbilligung der öffentlichen Hand (KVG 65–66a)
 - ◆ Streitigkeiten der Versicherer unter sich (KVG 87)
 - ◆ Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (KVG 89)
- ▶ über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, in Kraft seit 1. Januar 1996
- ▶ betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014, in Kraft seit 1. Januar 2016
- ▶ über das elektronische Patientendossier (EPDG) vom 19. Juni 2015, in Kraft seit 15. April 2017

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, in Kraft seit 1. Januar 1996
- ▶ betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung, KVAV) vom 18. November 2015, in Kraft seit 1. Januar 2016
- ▶ über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 12. April 1995
- ▶ über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) vom 19. Oktober 2016
- ▶ über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK) vom 12. April 1995
- ▶ über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner/innen, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG) vom 3. Juli 2001
- ▶ über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002
- ▶ über die Einschränkung und Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung vom 3. Juli 2002
- ▶ über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK) vom 14. Februar 2007
- ▶ über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 20. Juni 2014
- ▶ über das elektronische Patientendossier (EPDV) vom 19. Juni 2015, in Kraft seit 15. April 2017

Verordnungen des Eidg. Departements des Innern

- ▶ über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995, in Kraft seit 1. Januar 1996
- ▶ über die Preisniveauintizes und die Durchschnittsprämien für den Anspruch auf Prämienverbilligung in der Europäischen Union, in Island und in Norwegen, in Kraft seit 1. Januar 2011

3. Geschichtliche Daten

- 1890 Verfassungsgrundlage für Kranken- und Unfallversicherung wird in Bundesverfassung Art. 34^{bis} aufgenommen. Annahme durch Volk und Stände.
- 1900 «Lex Forrer»: Ein Sozialversicherungsgesetz gemäss der bismarckschen Zwangsversicherung, die Kranken-, die Unfall- und die Militärversicherung umfassend, wird durch das Volk verworfen.
- 1912 Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG), mit strikter Trennung der beiden Bereiche, wird – nachdem es am 13. Juni 1911 von den Räten gutgeheissen wurde – an der Referendumsabstimmung vom 4. Februar 1912 mit einer äusserst knappen Mehrheit angenommen.
- 1914/18 Das KUVG tritt am 1. Januar 1914 die Krankenversicherung betreffend und per 1. Januar 1918 bezüglich der Unfallversicherung in Kraft.
- 1964 1. KUVG-Revision (mit Leistungserweiterungen, Mutterschaftsleistungen, Neuordnung Subventionen, Einbezug Tuberkuloseversicherung); Inkrafttreten per 1. Januar 1966.
- 1981 Revision des zweiten Teils des KUVG durch Abspaltung der Unfallversicherung.
- 1993 Einführung eines Risikoausgleichs durch einen dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung.
- 1994 Volk und Stände stimmen der Totalrevision des KVG knapp zu.
- 1996 Inkrafttreten des neuen KVG: Einführung des Versicherungsobligatoriums mit umfassendem Leistungskatalog in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Garantierte freie Wahl der Kasse für alle Versicherten und volle Freizügigkeit in der OKP. Einführung von Einheitsprämien für erwachsene Versicherte pro Versicherer und Region; freie Wahl der Versicherungsform (Standard, Wahlfranchise, HMO, Bonusversicherung); Weiterführung des Risikoausgleichs in einer eigenen Verordnung (VORA).
- 1997 Nach der einjährigen Übergangsfrist greift nun die Trennung zwischen sozialer Krankenversicherung nach KVG und Zusatzversicherungen nach VVG.
- 2001 Der vorgezogene Teil der 1. KVG-Revision erlaubt den Krankenversicherern für alle 18- bis 25-Jährigen eine besondere Prämienstufe einzuführen, erleichtert den «Kassenwechsel», verbietet die vertragliche Verknüpfung zwischen obligatorischer Krankenpflege- und Zusatzversicherung, erlaubt Apothekern, anstelle der ärztlich verordneten Originalpräparate Generika abzugeben, usw.
- 2003 Nach gut zweijähriger Arbeit an den Vorlagen scheidet der zweite Teil der 1. KVG-Revision in der Schlussabstimmung im Nationalrat. Auch hier werden die erforderlichen Anpassungen nun häppchenweise erfolgen und ein dynamischer Entwicklungsprozess verhindert.

- 2004 Die Kranken- und die Unfallversicherung werden neu dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstellt (zuvor Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV). Die gesamtschweizerisch flächendeckende Arzttarifvereinbarung «Tarmed» wird ab 1. Januar 2004 auch für die Krankenversicherung verbindlich.
Die ordentliche Franchise für Erwachsene beträgt neu CHF 300.– und der Selbstbehalt CHF 700.– im Jahr.
- 2005 Der Bundesrat beschliesst, eine Krankenversicherungskarte einzuführen; Neuregelung und -abstufung der Wahlfranchisen.
- 2006 Erhöhung des Selbstbehalts für Originalpräparate von 10 auf 20 Prozent, wenn dafür ein Generikum verfügbar wäre, und weitere Anpassungen der KLV.
- 2007 Änderungen betreffend Leistungsübernahme und Kassenwechsel säumiger Prämienzahlender; Änderung der Kriterien für den Risikoausgleich unter Krankenversicherern, Inkrafttreten der Verordnung über die Versichertenkarte.
- 2008 Totalrevision der Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK), Änderung der KLV in Bezug auf die Prävention und die Spezialitätenliste.
- 2010 Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung betreffend Pflegeleistungen ambulant oder im Pflegeheim.
- 2011 Anpassungen an das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008. Erlass der Verordnung über den Anspruch auf Prämienverbilligung für in der Schweiz versicherte Personen mit Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen.
- 2012 Änderungen im Bereich des Leistungsaufschubs und der Prämienverbilligung. Die Übernahme von Verlustscheinen für nicht bezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen wird gesamtschweizerisch vereinheitlicht. Zugleich wird auch die Durchführung der Prämienverbilligung gesamtschweizerisch geregelt. Alle Kantone müssen die Beiträge zur Prämienverbilligung direkt an den Krankenversicherer der anspruchsberechtigten Person bezahlen.

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Group), das Fallpauschalensystem für stationäre Spitalbehandlungen (akutsomatische Spitalleistungen), tritt in Kraft. Neue Spitalfinanzierung tritt in Kraft. Der Versicherte hat die Möglichkeit, zwischen allen Listenspitälern in der Schweiz frei zu wählen.
- 2014 Neue Berechnung des Risikoausgleichs, Neuregelung des Optionsrechts im Bereich Krankenversicherung mit Frankreich (einheitliches Formular).
- 2016 Das im September 2014 verabschiedete Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz tritt per 1. Januar in Kraft. Es beabsichtigt, die Aufsicht über die Krankenversicherer zu stärken und die Transparenz zu verbessern. Dem BAG als Aufsichtsbehörde stehen neue Mittel zur Verfügung, um gegen zu hohe oder zu tiefe Prämien vorzugehen. Die Prämien dürfen nicht vor der Genehmigung durch das BAG veröffentlicht werden.

- 2017 Ab 1. August übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die komplementärmedizinischen ärztlichen Leistungen weiterhin, dies unbefristet. Sie sind den anderen von der OKP vergüteten medizinischen Fachrichtungen gleichzustellen.
- 2017/18 Der Prämienzuschlag für die Gesundheitsförderung wird in zwei Schritten von CHF 2.40 auf 4.80 pro Person und Jahr erhöht. Die zusätzlichen Einnahmen von rund 19 Mio. Franken fliessen in Massnahmen zur rascheren Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen sowie zur Stärkung der Gesundheit im Alter.
- Nach Ablauf der Übergangsfrist übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die komplementär medizinischen ärztlichen Leistungen weiterhin, dies unbefristet. Sie sind den Leistungen anderer medizinischer Fachrichtungen, die von der OKP vergütet werden, gleichgestellt.
- 2018 Alle in der Schweiz versicherten Personen können im ambulanten Bereich ihren Arzt/ihre Ärztin sowie andere Leistungserbringende in der ganzen Schweiz frei wählen, ohne dass ihnen dadurch finanzielle Nachteile entstehen.
- In der Krankenversicherungsverordnung (KVV) werden Bestimmungen mit internationalem Bezug angepasst. Unter anderem müssen die Kantone rund die Hälfte der Kosten übernehmen, wenn sich hier versicherte Grenzgänger/innen oder Rentner/innen – mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat – in der Schweiz behandeln lassen. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (im Raum Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein) kann dauerhaft weitergeführt werden.
- 2019 Das revidierte Heilmittelgesetz tritt in Kraft. Unter anderem sollen die Anforderungen in Bezug auf die Abgabe von Arzneimitteln gelockert und dadurch die Selbstmedikation vereinfacht werden. Darüber hinaus werden die Zulassungsverfahren für Arzneimittel aus Ländern mit ähnlichen Verfahren (wie in der Schweiz) vereinfacht.
- Der Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte wird bis Juni 2021 ausgedehnt. Dann soll das neue Regulierungssystem stehen.
- PS Der 2013 lancierte Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen» wird bis 2021 verlängert. Das Ziel die Zahl Organspendender pro 1 Mio. Einwohner/innen von 13,7 auf 20 Personen zu erhöhen, wurde bis Ende 2018 nicht erreicht.
- 2020 Der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern wird erstmals auch aufgrund des Medikamentenkonsums, den «pharmazeutischen Kostengruppen (PCG)» ermittelt.
- Die Ansätze für die Vergütung der Pflegekosten werden im Pflegeheim leicht erhöht und für ambulante Pflege (Spitex) leicht gesenkt. Zudem wurden Bestimmungen zur Bedarfsermittlung im Pflegeheim und im Fall von ambulanter Pflege erlassen.

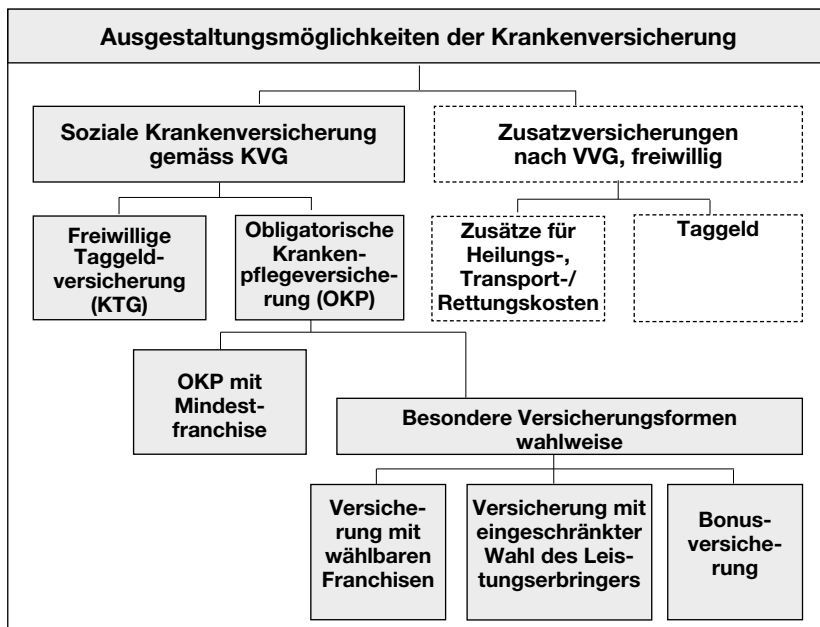
- 2021 Kantone haben neu die Aufgabe, auch ambulante Leistungserbringer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuzulassen. Weiter werden die Kantone durch das Eidgenössische Parlament verpflichtet, in bestimmten medizinischen Fachgebieten für unterschiedliche Regionen die Zahl der Arztpersonen zu beschränken, welche zulasten OKP Leistungen erbringen dürfen.
- Für die Berechnung des Spitalkostenbeitrages wird die Zählweise der Hospitalisation angepasst. Der Austrittstag wird gemäss überarbeiteter Verordnung (KVV) nicht mehr gezählt. Betreffend die Zählweise von «Urlaubstagen» verweist die Verordnung auf die Regelung innerhalb der Tarifstruktur, welche aber durch den Bundesrat zu genehmigen ist.
- 2022/23 Technische Änderungen in den Bereichen Datenschutz/Datenweitergabe, Neugliederung der Artikel bezüglich Zulassung der Leistungsbringer.
- 2024 Erhöhung des Selbstbehalts für Originalpräparate von 20 auf 40 Prozent, wenn dafür ein günstigeres Arzneimittel verfügbar wäre, und weitere Anpassungen der KLV.
- Eltern haften zukünftig solidarisch für ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen für Kinder, die vor der Volljährigkeit geschuldet sind. Versicherungswechsel für volljährig gewordene Kinder sind möglich, auch wenn Ausstände vorhanden sind, die in der Zeit der Minderjährigkeit entstanden sind.
- Verpflichtung der Leistungserbringer und der Versicherer (oder deren Verbände) zur Einführung eines gemeinsamen Monitorings der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erkläraren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen.
- Am 22. Dezember 2023 haben die eidgenössischen Räte EFAS, die Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen aus einer Hand, verabschiedet. Im Akutbereich soll diese Regelung am 1. Januar 2028 in Kraft treten, die Pflegeleistungen sollen 4 Jahre später in die einheitliche Finanzierung integriert werden.
- Neu sieht dann der Kostenverteiler bei ambulanter und stationärer Behandlung wie folgt aus:
- Bis zum Einbezug der Pflege werden 24,5 Prozent von den Kantonen und 75,5 Prozent von den Versicherern über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert. Vier Jahre später, nach erfolgter Integration der Pflegeleistungen, liegt der Verteilschlüssel bei 26,9 Prozent für die Kantone und 73,1 Prozent für die Versicherer.

4. Organisation

In der Schweiz besteht für die gesamte Wohnbevölkerung die Pflicht, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abzuschliessen, verbunden mit dem Recht, sich einer der zugelassenen sozialen Krankenversicherungen anzuschliessen (freies Wahlrecht). Diese Unterstellung kann im Rahmen der ordentlichen oder – um Prämien zu sparen, mit gewissen Einschränkungen – besonderen Versicherungsformen erfolgen.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überwacht die Durchführung der sozialen Krankenversicherungen (KVAG 56).

Leistungen, die durch das Obligatorium nicht abgedeckt werden (z.B. Zahnbehandlung, Behandlung ausserhalb der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton), können mittels privatrechtlichen Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) abgedeckt werden. Hierfür unterstehen die Krankenversicherer mit entsprechender «Betriebsbewilligung» dem Eidg. Finanzdepartement und dort der Finanzmarktaufsicht (FINMA).



Je nach Versicherungsangebot wechselt die Unterstellung vom Sozial- ins Privatversicherungsrecht, d.h., vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) zum Versicherungsvertragsgesetz (VVG), oder umgekehrt. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) trennt klar zwischen der sozialen Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflege- und freiwillige Taggeldversicherung) und den Zusatzversicherungen gemäss VVG.

Gestaltung der Krankenversicherung nach Krankenversicherungsgesetz oder Versicherungsvertragsgesetz		
KVG «Sozialversicherungsrecht»	Gestaltungsprinzip	VVG «Privatversicherungsrecht»
<ul style="list-style-type: none"> ▶ obligatorische Krankenpflegeversicherung ▶ freiwillige Taggeldversicherung nach KVG 	Versicherungssparten	Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung für <ul style="list-style-type: none"> ▶ ambulante Behandlungen ▶ stationäre Behandlungen ▶ Erkrankungen im Ausland (Ferien), Transportkosten, Zahnbehandlung usw. ▶ Taggeld nach VVG
<ul style="list-style-type: none"> ▶ obligatorische Krankenpflegeversicherung (als selbständige Schadenversicherung) ▶ freiwillige Taggeldversicherung (als Schadenversicherung) 	Versicherungsart	<ul style="list-style-type: none"> ▶ meist Schaden- oder Summenversicherungen ▶ auch unselbständig, im Zusammenhang mit Lebensversicherung möglich
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einzelversicherung ▶ freiwillige Taggeldversicherung auch als Kollektivversicherung zulässig 	Versicherungsform	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einzelversicherung ▶ Kollektivversicherung ▶ Familienversicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▶ gegenüber Sozialversicherern vorleistungspflichtig ▶ Legalzession und integraler Regress ▶ Koordination im Sinn des ATSG 	Verhältnis zu anderen Versicherern	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelung gemäss allgemeinen Vertragsbedingungen, z.B. Kürzung, wenn anderer Versicherer leistungspflichtig ist
an KVG gebunden: <ul style="list-style-type: none"> ▶ keine in obligatorischer Krankenpflegeversicherung ▶ eingeschränkt in freiwilliger Taggeldversicherung (kann zu maximal 5-jährigem Vorbehalt führen) 	Risikoprüfung	Vertragsfreiheit betreffend: <ul style="list-style-type: none"> ▶ kein Kontrahierungszwang (also auch unbegründete Ablehnungen möglich) ▶ Leistungseinschränkung ▶ Mehrprämie ▶ Karenzfrist ▶ Selbstbeteiligung
durch Gesetz festgelegt; gestaltbar je Versicherer: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einheitsprämie ▶ kantonale/regionale Abstufung (maximal 3 Stufen pro Region) ▶ bis 18./25. Altersjahr tiefere Prämien 	Prämien	verursachergerecht: <ul style="list-style-type: none"> ▶ können mit zunehmendem Alter steigen ▶ können für Frauen höher sein als für Männer ▶ Rabatte, Kollektivverträge usw. möglich
bedingt, mit Bonusversicherung	Prämienanpassung an Schadenverlauf	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bonus/Malus ▶ Schadenfreiheitsrabatt
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tod (evtl. Wegzug ins Ausland) ▶ Wechsel des Versicherers möglich ▶ Übertritt in Sonderstatus (z.B. Berufsmilitär) 	Beendigung der Versicherung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ablauf des Vertrages ▶ Kündigung (einseitiges Kündigungsrecht, gilt nur für Versicherungsnehmer/in) ▶ Kündigung im Schadensfall (einseitiges Kündigungsrecht, gilt nur für Versicherungsnehmer/in)

4.1 Einrichtungen zum Durchführen der sozialen Krankenversicherung

4.1.1 Die Krankenversicherer (Krankenkassen; KVAG 2 ff)

Krankenversicherungen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG durchführen.

Als zugelassene Rechtsformen gelten für die soziale Krankenversicherung: die Aktiengesellschaft, die Genossenschaft (OR 828), der Verein (ZGB 60) oder die Stiftung (ZGB 80).

PS Aktuell sind es rund 50 zugelassene Krankenversicherer.

Einige sind in Versicherungsgruppen zusammengeschlossen. Nach der Anzahl versicherter Personen gemessen ist 2022 die CSS-Gruppe der grösste Krankenversicherer (1 513 209) gefolgt von der Helsana (1 502 715), Groupe Mutuel (939 997), Sanitas (809 592), Swica (751 522), Visana-Gruppe (628 710), Concordia (599 593) und der KPT (357 374). Die anderen Krankenversicherer und Gruppen haben deutlich weniger als 200 000 Mitglieder.

Das Erteilen der Betriebsbewilligung macht das KVAG (Art. 5) vom Erfüllen umfassender, strenger Voraussetzungen abhängig, wie:

- ▶ Sitz in der Schweiz;
- ▶ die soziale Krankenversicherung muss nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchgeführt und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet sein; die Krankenversicherer dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zweck verwenden;
- ▶ die Krankenversicherer müssen die freiwillige Krankentaggeldversicherung durchführen;
- ▶ die Krankenversicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person und jede Person, die berechtigt ist, einen Taggeldversicherungsvertrag abzuschliessen, aufnehmen;
- ▶ usw.

Die Aufnahme einer Person darf nicht von der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis abhängig gemacht werden. Allerdings können die Krankenversicherer ihr Tätigkeitsgebiet auf bestimmte Kantone, Regionen oder Orte beschränken, womit sie nur für im Tätigkeitsgebiet wohnhafte Personen zugänglich sind.

4.1.1.1 Vertrauensärzte (KVG 57)

Die Versicherer bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztgesellschaften Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach KVG 36 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder einer leitenden spitalärztlichen Stellung tätig gewesen sein.

Der Vertrauensarzt berät den Versicherer in medizinischen Fachfragen und überprüft die Voraussetzungen der Leistungspflicht. Als unabhängiger ärztlicher Berater beurteilt er in unklaren Situationen Akten und andere Informationen. Untersuchungen macht er selten. Er steht als Vermittler zwischen dem behandelnden Arzt, dem Versicherer und dem Versicherten (Patienten).

Die Schweigepflicht bzw. das Arztgeheimnis ist von grösster Bedeutung. Viele der von den Versicherern gewünschten Daten dürfen nur dem Vertrauensarzt zugestellt werden. Solche Informationen sind vertraulich und werden von ihm nach Sachdienlichkeit gefiltert weitergegeben.

4.1.1.2 Beratende Kommissionen (KVG 33 IV, KVV 37a–37 f)

Der Bundesrat bzw. das eidg. Departement des Innern (EDI) wird in Ausgestaltung des KVG mit Verordnungen von drei Kommissionen beraten. Deren Mitglieder werden vom Bundesrat gewählt. In der Beratung von Leistungen ist der Beizug von Expertinnen und Experten, der nicht vertretenen Kreise obligatorisch. Das BAG führt das Sekretariat der Kommissionen und koordiniert die Arbeiten.

Beratende eidg. Kommissionen sind:

- ▶ die eidg. Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen;
- ▶ die eidg. Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände;
- ▶ die eidg. Arzneimittelkommission.

4.1.2 Gemeinsame Einrichtung (KVG 18)

Die gemeinsame Einrichtung ist eine durch die Versicherer errichtete Stiftung, welche die Kosten der gesetzlichen Leistungen zahlungsunfähiger Krankenversicherer zu übernehmen und den Risikoausgleich unter den Versicherern (VORA) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vollziehen hat. Der Bundesrat kann ihr weitere Aufgaben übertragen, dies namentlich zum Erfüllen internationaler Verpflichtungen.

Die gemeinsame Einrichtung führt die internationale Leistungsaushilfe durch, indem sie im Rahmen der bilateralen Abkommen (FZA) als gesamtschweizerische Verbindungsstelle wirkt.

4.1.3 Institution zur Förderung der Gesundheit (KVG 19)

Das KVG verpflichtet die Versicherer und Kantone, die Volksgesundheit zu fördern. Dazu haben sie gemeinsam eine Stiftung – die Gesundheitsförderung Schweiz – zu betreiben, die aus Beiträgen der Versicherten von CHF 4.80 pro Kalenderjahr (insgesamt rund 40,8 Mio. Franken) finanziert wird. Die Stiftung finanziert auf Gesuch hin Projekte Dritter zur Gesundheitsförderung, dies entweder voll oder mit anderen Partnern zusammen.

4.1.4 Aufsicht über die Krankenversicherungen

Es ist das **Bundesamt für Gesundheit (BAG)**, das – gestützt auf das KVAG und die KVAV – die Versicherer der sozialen Krankenversicherung (Krankenkassen und betroffene private Versicherungsunternehmen), die Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung und die gemeinsame Einrichtung beaufsichtigt. Das BAG ist auch zuständig für die Aufsicht über die Unfall- und die der Suva angegliederten Militärversicherung. Dabei muss die Aufsichtsbehörde speziell die Solvenz der Versicherer gewährleisten.

Das 2016 in Kraft getretene Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetzes (KVAG) mit entsprechender Verordnung (KVAV) soll die Transparenz erhöhen und die Mittel der Aufsichtsbehörde stärken. Nebst den Finanzierungsvorschriften und

den Vorgaben zur Prämien genehmigung beinhalten das KVAG und die KVAV Vorgaben zur einwandfreien Geschäftsführung, zum Risikomanagement, zu den internen Kontrollen und zur externen Revisionsstelle, welche die Versicherer zu erfüllen haben und die von der Aufsichtsbehörde geprüft werden.

4.1.5 Führende Branchenorganisationen in der Schweiz

4.1.5.1 Santésuisse

Santésuisse ist die führende Branchenorganisation der Schweizer Gesundheitspolitik. Die Hauptaufgaben von Santésuisse bestehen in der Förderung der Krankenversicherung, im Zusammenschluss der einzelnen «Krankenkassen», dem Kontakt zu den Bundesbehörden und daraus resultierend in Vernehmlassungen zu Gesetzen und Verordnungen des Bundes. Santésuisse führt das Zahlstellenregister der Leistungserbringer. Versicherer, die dies wünschen, können sich dem kasseneigenen Rechenzentrum Centris anschliessen und der Tarifsuisse. Die Tarifsuisse ist mit rund 50 angeschlossenen Krankenversicherern und 70 Prozent Marktanteil die grösste Leistungseinkäuferin im KVG-Bereich.

4.1.5.2 curafutura

Die Helsana- und die CSS-Gruppe sind per 31.12.2013 aus der Santésuisse ausgetreten und haben zusammen mit der bereits früher ausgetretenen Sanitas-Gruppe den Verband «curafutura – Die innovativen Krankenversicherer» gegründet. Damit entsteht zu Santésuisse auf politischer Ebene ein Konkurrenzverband. Ihm ist Ende Mai 2013 auch die KPT beigetreten.

4.1.6 Rückversicherer (KVAG 28 ff)

Die Aufsichtsbehörde erteilt die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung, wenn der Rückversicherer die Anforderungen des KVAG erfüllt und die Interessen der Versicherten gewährleistet.

Bewilligungsvoraussetzungen, um als Rückversicherer tätig sein zu können:

- ▶ Krankenversicherer (KVAG 2), mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestbestand an Versicherten;
- ▶ Private Versicherer, die nach dem VAG zur Rückversicherung zugelassen sind (private Rückversicherer);
- ▶ Die Rückversicherer müssen
 - ▶ die Rechtsform einer Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen;
 - ▶ ihren Sitz in der Schweiz haben;
 - ▶ über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
 - ▶ jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen und insbesondere als Krankenkasse über ausreichende Reserven verfügen oder als privater Rückversicherer die finanziellen Anforderungen nach dem VAG erfüllen;
 - ▶ über eine zugelassene externe Revisionsstelle verfügen.

4.1.6.1 Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK)

Der SVK dient den angeschlossenen Krankenversicherern als Dienstleister und Rückversicherer von besonderen Leistungen wie Dialysen, Organtransplantationen, Strahlentherapien. Weiter betreibt die SVK die IV-Verbindungsstelle der schweizerischen Krankenversicherer (Hilfsmittelbeschaffung, CCM-Luxembourg).

4.1.6.2 RVK

Die Branchenorganisation RVK ist ein Verband von momentan 22 kleinen und mittleren Krankenversicherern mit insgesamt 785 000 Versicherten. Er bietet den kleineren und mittleren Kassen Rückversicherungslösungen und verschiedene Dienstleistungen an.

4.1.7 Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das BAG ist einerseits für die ganzen Belange der Gesundheitsförderung zuständig. Andererseits beaufsichtigt das BAG als für die soziale Krankenversicherung zuständiges Amt des EDI die Durchführung der sozialen Krankenversicherung und sorgt für das einheitliche Anwenden der gesetzlichen Bestimmungen. Das BAG hat hierfür gegenüber den Krankenversicherern Weisungsrecht.

4.1.8 SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)

Die SwissDRG AG ist gemäss der gesetzlichen Vorgaben (KVG 49) zuständig für die Erarbeitung und die Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalen-Systems zur Abgeltung der stationären Leistungen der Spitäler. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung erfolgte am 1. Januar 2012.

4.1.9 Swiss-peddose

Für die Therapie von Kindern und Neugeborenen stehen nicht genügend Medikamente zur Verfügung, die spezifisch für diese Altersgruppe entwickelt und auf sie angepasst wurden. In der Kindermedizin werden daher oft Medikamente verwendet, die entweder nur für Erwachsene (sogenannter «off-label use») oder in der Schweiz (noch) gar nicht (sogenannter «unlicensed use») zugelassen sind.

Um die Sicherheit der Arzneimittelanwendung in der Pädiatrie zu verbessern, wurde die nationale Datenbank «SwissPedDose» geschaffen. Auf der Internetseite SwissPedDose (www.swiss@peddose.ch) werden seit 2018 schweizweit harmonisierte Empfehlungen zur Indikation, Dosierung und Anwendung der am häufigsten in der Pädiatrie angewendeten Wirkstoffe veröffentlicht. Diese stehen den Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz und im Ausland kostenlos zur Verfügung.

4.1.10 Ombudsstelle Krankenversicherung

Die Ombudsstelle wurde von Santésuisse als unabhängige Stiftung gegründet. Ihr Ziel ist es, Prozesse zwischen versicherten Personen und Krankenversicherern zu vermeiden. Die Ombudsstelle in Luzern bearbeitet gesamtschweizerisch Fälle aus dem ganzen Gebiet der Krankenversicherung, d.h., auch der Zusatzversicherungen und der Taggeldversicherung. Sie ist für alle Krankenversicherer tätig.

5. Versicherte Personen

5.1 Obligatorisch versicherte Personen (KVG 3, KVV 1–6)

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert dreier Monate nach der Geburt oder Wohnsitznahme für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen (obligatorische Krankenpflegeversicherung).

Ausländer/innen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung müssen aber ab Einreise in die Schweiz versichert sein (KVV 7 II). Ausländer/innen ohne Aufenthaltsbewilligung müssen ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert sein (KVV 7 II^{bis}).

Das Bundesobligatorium für Krankenpflegeversicherung bewirkt, dass sich jede Person (ungeachtet des Alters, des Geschlechts oder der Nationalität) mit Wohnsitz in der Schweiz **über einen Krankenversicherer ihrer Wahl für Krankenpflege zu versichern hat**. Die Krankenversicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsgebiet jede versicherungspflichtige Person aufnehmen (KVG 4).

Die Vollzugskontrolle über die Versicherungspflicht obliegt den Kantonen.

Die Kantone informieren periodisch die Bevölkerung über die Versicherungspflicht. Sie achten insbesondere darauf, dass Personen, die aus dem Ausland zuziehen, sowie Eltern von Neugeborenen rechtzeitig informiert werden (KVV 10).

5.1.1 Befreiung von der Versicherungspflicht (KVV 2)

Auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen sind einige Personengruppen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten, wenn sie im Ursprungsland über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen:

- ▶ Personen aus dem Ausland, die sich hier im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung aufhalten;
- ▶ Personen, für die eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusatzversichern könnten;
- ▶ in die Schweiz entsandte Arbeitnehmende (mit Verpflichtung des Arbeitgebers, für die Einhaltung einer adäquaten Krankenversicherung besorgt zu sein);
- ▶ Personen mit Wohnsitz in einem EU-Staat und Erwerbstätigkeit in der Schweiz, wenn sie laut FZA nicht den schweizerischen Sozialversicherungen unterstellt sind.

Das Gesuch um Befreiung vom Beitritt zu einer schweizerischen Krankenversicherung muss innerhalb von drei Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit in der Schweiz gestellt werden. Über die Gleichwertigkeit entscheiden die Kantone.

5.1.2 Nicht der Versicherungspflicht unterstehende Personen (KVV 2)

Nicht der Versicherungspflicht unterstehen aktive und pensionierte Bundesbedienstete, die der Militärversicherung unterstehen, Personen, die sich ausschliesslich zur Behandlung oder Kur in der Schweiz aufhalten, und Personen, die aufgrund eines Sozialversicherungsabkommens (FZA oder Länderabkommen) der Sozialversicherung eines anderen Staates unterstehen.

Details betreffend grenzüberschreitende Krankenversicherung vgl. Kapitel XVIII, 8.2;

Sistieren der Versicherungspflicht vgl. 5.3.3

Zuständige kantonale Stellen für die Abklärung gleichwertiger Versicherungsdeckung (Befreiung vom Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz) Quelle: BAG, Ratgeber obligatorische Krankenversicherung, Stand 2023		
AG	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
AI	Gesundheits- und Sozialdepartement, 9050 Appenzell	www.ai.ch
AR	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
BE	Amt für Sozialversicherungen, 3072 Ostermundigen	www.jgk.be.ch
BL	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
BS	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
FR	Wohnsitzgemeinde Gemeinde des Aufenthaltsorts; bzw. für Grenzgänger/innen: Amt für Gesundheit, 1700 Freiburg	www.fr.ch/ssp
GE	Service de l'assurance-maladie, 1207 Genève	www.ge.ch
GL	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
GR	Wohnsitzgemeinde bzw. für Grenzgänger/innen Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsorts	
JU	Caisse de compensation du canton du Jura, 2350 Saignelégier	www.caisseavsjura.ch
LU	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales, Ausgleichskasse Luzern, 6000 Luzern 15	www.was-luzern.ch/ak
NE	Office cantonal de l'assurance-maladie, 2002 Neuchâtel	www.ne.ch
NW	Ausgleichskasse Nidwalden, 6371 Stans	www.aknw.ch
OW	Gesundheitsamt, 6061 Sarnen	www.ow.ch
SG	Wohnsitzgemeinde bzw. für Grenzgänger/innen Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsorts	
SH	SVA Sozialversicherungsamt Schaffhausen, 8200 Schaffhausen	www.svash.ch
SO	Amt für soziale Sicherheit, 4509 Solothurn	www.so.ch
SZ	Ausgleichskasse Schwyz, Abteilung Leistungen (KVG), 6431 Schwyz	www.aksz.ch
TG	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsorts; für Grenzgänger/innen Amt für Gesundheit, 8510 Frauenfeld	www.gesundheit.tg.ch
TI	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo, 6500 Bellinzona	www.ti.ch

Fortsetzung auf der nächsten Seite

UR	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
VD	Office vaudoise de l'assurance-maladie (OVAM), 1014 Lausanne	www.vd.ch
VS	Wohnsitzgemeinde bzw. für Grenzgänger/innen Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsorts	
ZG	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4609 Olten	www.kvg.org
ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Prämienverbilligung/Versicherungsobligatorium, 8090 Zürich	www.gd.zh.ch

5.2 **Freiwillig Versicherte – freiwillige Taggeldversicherung**

Mehrere Vorstösse, die Taggeldversicherung für Arbeitskräfte obligatorisch zu erklären, sind gescheitert – so zuletzt im Dezember 1994, die SPS/SGB-Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung».

Für die Kompensation des Lohnausfalls kann eine Taggeldversicherung – in Form einer Kollektivversicherung durch den Arbeitgeber oder als Einzelversicherung durch die versicherte Person selber – abgeschlossen werden. Dies sowohl im Rahmen der sozialen Krankenversicherung als auch im Rahmen des Privatversicherungsrechts.

Die freiwillige Taggeldversicherung wird unter «10. Geldleistungen» erläutert.

5.3 **Dauer des Versicherungsschutzes (KVG 5, KVV 1–7)**

5.3.1 **Wohnsitz und Aufenthalt von über drei Monaten in der Schweiz (KVV 7)**

Die Versicherung **beginnt** für Personen, die sich innerhalb der ersten drei Monate nach Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz anmelden (bzw. angemeldet werden), zum Zeitpunkt der Geburt bzw. der Wohnsitznahme. Sie **endet** in der Regel mit der definitiven Abmeldung ins Ausland bzw. mit dem Tod. Bezüglich Abmeldung ins Ausland sind die speziellen Regeln des FZA zu beachten (Erwerbortsprinzip).

- ▶ Gemäss Bundesgerichtsurteil vom November 2016 ist die Prämie teilbar. D.h., die Prämie muss erst ab dem Datum der Wohnsitznahme in der Schweiz oder Geburt bezahlt werden und nicht für den ganzen Monat.

5.3.1.1 **Verspäteter Beitritt (KVG 5 II, KVV 8)**

Für Personen, die erst nach der «Dreimonatsfrist» der Versicherungspflicht nachkommen bzw. vom Kanton einer Krankenversicherung zugewiesen werden mussten, beginnt die Versicherung am Tag des Beitritts. Dies bedeutet, dass zuvor entstandene Kosten nicht übernommen werden!

Wenn keine entschuldbaren Gründe für den verspäteten Beitritt vorliegen, wird als Sanktion ein Prämienzuschlag von 30 bis 50 Prozent erhoben; dies für die doppelte Dauer der Verspätung. Der Prämienzuschlag darf nicht als Einmalzahlung verlangt werden. Er entfällt zudem, wenn die Sozialhilfebehörde für die Prämien aufkommen muss.

5.3.2 Einige Sonderregelungen (Aufzählung nicht abschliessend)

5.3.2.1 Asylsuchende (KVV 7 V), die sich bis zur Rückkehr ins Heimatland in der Schweiz aufhalten dürfen

Sie haben unmittelbar nach der Zuweisung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beizutreten. Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs. Für ihre hier geborenen Kinder gilt der Grundsatz, dass sie ab der Geburt zu versichern sind. Der Austritt erfolgt per Tag an dem diese Personen die Schweiz nachgewiesenermassen verlassen haben oder mit ihrem Tod.

5.3.2.2 Entsandte Arbeitnehmende und ihre Familienangehörigen (KVG 3, KVV 4)

Sie bleiben während zwei Jahren in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie im Ausland für eine in der Schweiz domizilierte Firma tätig sind und unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz versicherungspflichtig waren. Der Entsendung gleichgestellt ist die Weiterführung gemäss AHVG 1a III lit. a. Die Versicherung kann auf Gesuch hin bis auf insgesamt sechs Jahre verlängert werden. Hernach ist vom Ausland her keine Unterstellung unter die schweizerische soziale Krankenversicherung mehr möglich!

5.3.2.3 Personen im öffentlichen Dienst mit Aufenthalt im Ausland (Diplomaten, Konsulatsangehörige usw. vgl. KVV 5)

Auch sie bleiben während ihres Auslandseinsatzes dem KVG unterstellt. Sie können hier ihre nicht mittels Erwerbstätigkeit im Ausland versicherten Familienangehörigen ebenfalls versichern lassen.

5.3.3 Sistieren der Krankenversicherung

Für Zeitspannen, in denen die entsprechende Leistung bereits über einen anderen Sozialversicherer gedeckt ist, kann die obligatorische Krankenpflegeversicherung «auf Eis gelegt» werden. Dadurch entfällt die Prämienzahlung an den Krankenversicherer.

5.3.3.1 Während lange dauernden Militärdienstes (KVG 3 IV, KVV 10a)

Personen, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen in der Schweizer Armee Militärdienst leisten, können die Krankenversicherung vorgängig mittels Vorweisung eines entsprechenden Marschbefehls sistieren oder zu viel bezahlte Prämie nachträglich mit der Vorweisung des Dienstbüchleins zurückfordern (betrifft nur die Grundversicherungsprämien; die Zusatzversicherungen nach VVG laufen weiter und die Prämien bleiben geschuldet).

PS Wenn der Marschbefehl spätestens acht Wochen vor Dienstantritt eingereicht wird, ist die Prämie bereits ab dem ersten Tag des Dienstes sistiert.

5.3.3.2 Die Unfalldeckung für Arbeitskräfte (KVG 8–10, KVV 11)

Die Übernahme der Pflege- und Heilungskosten ist für Arbeitskräfte sowohl durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung als auch die Unfallversicherung gedeckt.

Auf Antrag der versicherten Person schliesst der Krankenversicherer die Unfalldeckung aus, wenn diese einen Nachweis erbringt, dass sie gemäss

UVG sowohl für Berufs- als auch Freizeitunfälle versichert ist. Dadurch wird die Krankenversicherungsprämie entsprechend herabgesetzt.

Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats. Sobald die Deckung des Unfallrisikos bei der obligatorischen Unfallversicherung ganz oder teilweise aufhört, sind Unfälle wieder durch das KVG gedeckt (und dafür wieder Prämien einzufordern). ⇒ **Informationspflicht des Arbeitgebers** bei Aufgabe des Arbeitsverhältnisses (bzw. der Arbeitslosenversicherung zum Zeitpunkt der Aussteuerung), dass die Unfallddeckung in der Krankenversicherung wieder aufzunehmen ist. Die Reduktion der Krankenversicherungsprämie für den Prämienanteil der Unfallversicherung beträgt höchstens 7 Prozent (KVV 91a IV).

5.3.4 Wechsel des Versicherers (KVG 7)

Jede versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf Ende eines Semesters (d.h., 30. Juni und 31. Dezember) wechseln.

Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Krankenversicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.

Der Wechsel des Krankenversicherers ist zudem nur möglich, wenn vorgängig alle säumigen (gemahnten) Zahlungsausstände beglichen worden sind. Für Personen, die erfolglos betrieben worden sind, betrifft das auch die vom Kanton übernommenen Leistungen (KVG 64a; und BGE 9C_714/2018).

Ausnahmen

- ▶ Sobald man eine Mitteilung betreffend Prämienhöhe erhält, kann ein Wechsel des Versicherers unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist (auf das Ende eines Monats) vorgenommen werden. Der Versicherer muss die neue Prämie zwei Monate vor ihrer Gültigkeit mitgeteilt haben. Als neue Prämie gilt nicht nur eine Prämienhöhung, sondern jede neu bewilligte Prämie. Da die Krankenversicherer in der Regel auf Ende Jahr einen neuen Prämientarif vorlegen, kann in der Praxis auf Jahresende meist nicht mit dreimonatiger, sondern mit einmonatiger Frist (per 30. November) gekündigt werden.
- ▶ Wird der Wohnsitz an einen Ort ausserhalb des Tätigkeitsgebiets des (bisherigen) Krankenversicherers verlegt, muss die Versicherung zum Zeitpunkt des Umzugs gewechselt werden.

Merke

- ▶▶ Mit Wahl einer besonderen Versicherungsform kann der Versicherer nur per Ende eines Kalenderjahres gewechselt werden (Ausnahme: Mitteilung einer neuen Prämie).
- ▶▶ Wird der Versicherer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gewechselt, darf als Folge der bisherige Versicherer die bei ihm bestehenden Zusatzversicherungen nicht kündigen.
- ▶▶ Hat die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht bezahlt, kann sie für die Grundversicherung den Versicherer nicht wechseln (KVG 64a, KVV 105l).

5.3.4.1 Freizügigkeit

In der Krankenpflegeversicherung gilt neben der Versicherungspflicht die volle Freizügigkeit:

- ▶ keine Vorbehalte bezüglich Gesundheitszustand
- ▶ kein Höchsteintrittsalter
- ▶ keine Bedingungen wie Betriebs- oder Berufszugehörigkeit

5.4 Versicherungsausweis/Versichertenkarte (KVG 42a, Verordnung über die Versichertenkarte der obligatorischen Krankenversicherung)

Jede versicherte Person erhält für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) eine Versichertenkarte. Darauf sind die wichtigsten Daten – wie der Name und die Anschrift des Krankenversicherers, der Name der versicherten Person, ihre Versichertennummer (AHV) und ihr Geburtsdatum – aufgedruckt und zusätzlich auf einem integrierten Chip enthalten. Dort finden sich auch die für die Rechnungsstellung erforderlichen Benutzerschnittstellen. Sie sind auf einer Datenbank gespeichert, die Ärzte, Spitäler und Apotheken abrufen können.

Auf diesem Speicher kann die versicherte Person auf freiwilliger Basis weitere persönlich-medizinische Angaben wie Blutgruppe, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, aktuelle Körperleiden, Medikation und Unfallfolgen separat speichern lassen. Im Bedarfsfall kann das Spital oder die Medizinalperson mit einem entsprechenden Lesegerät diese Daten abrufen.

In der Regel erhalten die Versicherten von ihrem Krankenversicherer zudem jährlich eine **Versicherungspolice** mit detaillierter Angabe der vertraglich vereinbarten Leistungsarten aus Grund- und ggf. Zusatzversicherung sowie den diesbezüglichen monatlichen Prämien.

5.4.1 Heute Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Die Coronakrise hat es mit den über Fax gemeldeten Ansteckungszahlen der Kantone der Öffentlichkeit ins Bewusstsein gerückt: Die Digitalisierung der administrativen Abläufe im Gesundheitswesen ist bei Weitem noch nicht Realität. Mit der Umsetzung einer durchgängig digitalen Abwicklung einer Behandlung – von der Anordnung bis zum Fallabschluss mit Rechnungsstellung – sollen nicht nur Kosten, sondern auch die Fehleranfälligkeit sinken.

Santésuisse und die Tochtergesellschaft SASIS treiben die Entwicklung des einheitlichen Standards SHIP (Swiss Health Information Processing) für den elektronischen Datenaustausch intensiv voran.

Der Bundesrat hat im November 2023 das Programm zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen (DigiSanté) verabschiedet und die Botschaft über einen Verpflichtungskredit an das Parlament überwiesen. DigiSanté hat eine Laufzeit von zehn Jahren (2025–2034), umfasst rund 50 Vorhaben.

5.4.1.1 Elektronisches Patientendossier (EPD)

Das elektronische Patientendossier (EPD) ist eine digitale Sammlung persönlicher Dokumente mit Informationen rund um die Gesundheit von Patientinnen und Patienten. Diese bestimmen, wer welche Dokumente wann einsehen darf. Über eine sichere Internetverbindung sind die im EPD hinterlegten Informationen für Gesundheitsfachpersonen – sofern durch Patientinnen und Patienten freigegeben – jederzeit abrufbar.

Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime und Geburtshäuser sowie ab 2022 neu zugelassene Arztpraxen sind verpflichtet, sich dem EPD anzuschliessen. Andere Gesundheitsfachpersonen und vor 2022 niedergelassene Arztpersonen, Apotheker/innen, Spitex-Dienstleistende oder Physiotherapeuten und -therapeutinnen können sich dem EPD freiwillig anschliessen. Für die Bevölkerung ist die Teilnahme am EPD freiwillig.

Am 30. Juni 2023 startete das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen mit den Kantonen eine Partnerkampagne für die Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen und der Bevölkerung.

6. Finanzierung (KVAG 12–19, KVG 76–77)

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

Die obligatorische Krankenversicherung wird nach dem **Bedarfsdeckungsverfahren** finanziert. Das bedeutet, dass Aufwand und Ertrag eines Jahres über den Versichertenbestand etwa ausgeglichen gehalten werden. Die Höhe der vergebenen Ausgaben diktiert die Höhe der Einnahmen: verkleinern sich die Versicherungsleistungen, werden auch die Prämien ermässigt und umgekehrt.

Die Krankenversicherung muss selbsttragend sein. Die Versicherer haben jeweils für eine Finanzierungsperiode das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherzustellen. Dies bedingt versicherungstechnische Rückstellungen und Reserven, die in einem gebundenen Vermögen sicherzustellen sind.

- ▶ Die Krankenversicherer sind verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden (KVAG 13). Sie umfassen die Leistungsrückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen und die Rückstellungen von nicht abgerechneten Versicherungsfällen in der freiwilligen Taggeldversicherung (hier auch die Alterungsrückstellungen, wenn die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft sind).
- ▶ Zudem müssen die Krankenversicherer zum Sicherstellen der Solvenz, d.h., der langfristigen Zahlungsfähigkeit, im Bereich der sozialen Krankenversicherung ausreichende Reserven bilden (KVAG 14, KVAV 9–13).

Ebenfalls vorgeschrieben ist die separate Rechnungsführung sowohl für die obligatorische Krankenpflege als auch für die Einzel- und wiederum für die Kollektiv-Taggeldversicherung.

Die Versicherer haben die Prämien je Versicherungssparte separat zu budgetieren. Die Tarife für die obligatorische Krankenpflege- und die Einzeltaggeldversicherung sind mindestens fünf Monate vor deren Inkraftsetzung vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigen zu lassen.

Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich durch die Prämien (Kopfprämien) der Versicherten und Kostenbeteiligungen. Dazu kommen Einnahmen aus den Kapitalerträgen (aus Sicherheits- und Schwankungsreserve) sowie Regresseinnahmen.

Ein wesentlicher Teil der Finanzierung kommt aus Mitteln der öffentlichen Hand, d.h., Steuergeldern. Einerseits sind dies Bundeszuschüsse an die kantonalen Beiträge zur Prämienverbilligung. Die Kantone beteiligen sich mit mindestens 55% (KVG 49aII^{ter}) an den stationären Spitalkosten, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen. In gleichem Umfang (aber ohne Hotellerie) sieht es bei der Beteiligung für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (vgl. 9.1.1.3) aus. Bei den Kosten der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim (vgl. 9.1.1.1) übernehmen die Kantone die Restfinanzierung der angefallenen Kosten..

Verwaltungskosten

Den Krankenversicherern fallen neben den Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer auch Verwaltungskosten an. Diese setzen sich unter anderem zusammen aus den Lohnkosten, den IT-Betriebskosten, den Liegenschaftskosten usw.

- ▶ Zu den Verwaltungskosten zählen auch die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung. Die Versicherer haben in ihrer Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen gesondert auszuweisen. Sie können eine Vereinbarung abschliessen, in der die Telefonwerbung, der Verzicht auf Leistungen der Call Centers und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit geregelt wird (KVAG 19).

Die Versicherer haben die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken.

6.2 Prämienpflichtige Personen (KVG 61)

Während in den übrigen Sozialversicherungen von Beiträgen gesprochen wird, verwenden sowohl die Kranken- als auch die Unfallversicherung den gleichwertigen Begriff «**Prämien**».

Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung werden sogenannte Kopfprämien erhoben. Diese sind nicht lohnabhängig ausgestaltet, sondern für alle Versicherten identisch (sofern sie denselben Versicherer gewählt haben, in der gleichen Lebensaltersgruppe sind, in der gleichen Region wohnen und das gleiche Versicherungsmodell gewählt haben).

Für die **freiwillige Taggeldversicherung** (KVG 76) legt der Versicherer die Prämien selber fest, hat aber für gleiche versicherte Leistungen auch gleiche Prämien zu erheben. Er kann diese nach dem Eintrittsalter und der Region (nicht aber nach dem Geschlecht) abstufen und mit entsprechender Wartefrist die Prämie reduzieren.

6.3 Dauer der Prämienpflicht (KVG 5, KVV 90)

Wer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angehört, ist während der ganzen Versicherungsdauer prämienpflichtig. Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. In der Regel monatlich bedeutet, dass die Versicherten ein Anrecht auf monatliche Zahlung haben, oder anders ausgedrückt, der Krankenversicherer kann eine Mitgliedschaft nicht von einer grösseren Zahlungsperiode (z.B. quartalsweise) abhängig machen (Ausnahme: Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedsstaat der EU, Island, Norwegen und dem Vereinigten Königreich, wo eine quartalsweise Erhebung möglich ist; KVV 92a).

Die Prämien für die freiwillige Taggeldversicherung werden für die Vertragsdauer geschuldet.

6.4 Prämienhöhe und Berechnungsbasis

6.4.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG 61–63, KVV 89–92)

Die Versicherer erheben aufgrund der durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bewilligten Tarife die Krankenversicherungsprämien. Dabei **muss der Versicherer** die Prämien nach **ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal** abstufen. In Kantonen, die eine regionale Abstufung kennen, **kann der Versicherer** die Prämien nach ausgewiesenen Kostenunterschieden abstufen. Die entsprechende Einteilung in die Prämienregionen erfolgt für alle Versicherer gleich durch das EDI.

Ansonsten erhebt der Versicherer von allen Erwachsenen Versicherten (ab 26. Altersjahr) die gleichen Prämien (also unabhängig von Geschlecht und Eintrittsalter = «**Kopfprämien**»). Für Kinder und junge Erwachsene muss der Versicherer tiefere Prämien ansetzen.

▶▶ Kinder, ab Geburt bis 18. Altersjahr

Die Kantone sind verpflichtet, die Prämien von Kindern um mindestens 80 Prozent und jene von jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent zu verbilligen, wenn es sich um Versicherte mit unteren und mittleren Einkommen handelt. Es ist den Kantonen überlassen, wo sie die Einkommensgrenze ansetzen wollen. In der Praxis erfolgt die Umsetzung dieses Gesetzesartikels über die Individuelle Prämienverbilligung (IPV).

▶▶ Junge Erwachsene, 19. bis 25. Altersjahr
(unabhängig davon, ob noch in Ausbildung)

▶▶ Erwachsene, ab 26. Altersjahr

**Kantonale mittlere Prämien 2024
für die obligat. Krankenpflegeversicherung
inkl. Wahlfranchisen und Modelle**

Quelle: BAG, September 2023

Kanton	Erwach-sene	19–25-Jährige	Kinder	Kanton	Erwach-sene	19–25-Jährige	Kinder
AG	396.30	274.30	104.00	NW	346.50	237.80	89.00
AI	295.60	194.80	78.30	OW	342.40	239.00	89.00
AR	374.20	257.50	98.00	SG	379.70	261.20	100.20
BE	434.30	295.60	110.60	SH	415.00	284.70	104.90
BL	481.10	331.30	125.00	SO	426.50	290.10	108.30
BS	523.70	376.80	139.40	SZ	363.30	249.50	93.90
FR	411.40	291.30	105.10	TG	383.70	262.90	102.90
GE	545.70	411.30	139.40	TI	502.20	349.30	127.50
GL	373.60	252.30	90.50	UR	324.70	213.50	82.50
GR	362.10	253.10	98.60	VD	482.40	348.80	128.60
JU	468.00	295.50	114.40	VS	395.20	285.30	100.70
LU	365.20	252.80	94.40	ZG	352.20	254.10	94.60
NE	498.00	340.30	126.60	ZH	414.30	293.00	112.60
CH	+ 8.6%	+ 8.6%	+ 7.7%	CH	426.70	300.60	111.80

6.4.1.1 Kostenbeteiligung (KVG 64, KVV 103–105)

Die Versicherten haben sich an den für sie erbrachten Leistungen zu beteiligen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einer Franchise in Form eines fixen Jahresbetrags und einem prozentualen Selbstbehalt.

▶ **Die Franchise** beträgt CHF 300.– pro Kalenderjahr, in dem Erwachsene oder junge Erwachsene Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beziehen (sie wird pro Kalenderjahr nur einmal in Rechnung gestellt).

Für Kinder wird von Gesetzes wegen keine Franchise erhoben. Es kann aber eine gewählt werden (vgl. Versicherung mit wählbarer Franchise).

▶ **Der Selbstbehalt beträgt 10 Prozent** der die Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von CHF 700.– für Erwachsene bzw. CHF 350.– für Kinder.

Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten (= Selbstbehalt für alle Kinder zusammen max. CHF 1000.–; KVG 64 IV).

▶ Falls die Kinder eine Wahlfranchise haben, gilt folgende Regelung: Sind mehrere Kinder über den gleichen Versicherer versichert, so darf ihre Kostenbeteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt) nicht übersteigen (KVV 93 III).

Künftig soll die Höhe der Franchise regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angepasst werden (Erhöhung um jeweils CHF 50.–).

► **Kostenbeitrag während eines stationären Spitalaufenthalts (Zehrgeld; KVV 104)**

Pro Aufenthaltstag im Spital wird ein Kostenbeitrag von CHF 15.– erhoben, dies unabhängig davon, ob jemand zu Hause allein oder zusammen mit Angehörigen lebt oder ob die betreffende Person im Spital verpflegt wird oder nicht. Er ist nicht zu leisten für den Austrittstag sowie für Urlaubstage.

Dieses Zehrgeld entfällt für

- ▶ Kinder,
- ▶ Jugendliche in Ausbildung,
- ▶ Leistungen bei Mutterschaft und
- ▶ Leistungen bei Krankheit ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis 8 Wochen nach der Geburt.

► Auf den Leistungen, die infolge Mutterschaft anfallen, sowie auf Leistungen für Krankheit und Pflege bei Krankheit ab der 13. Schwangerschaftswoche bis zur 8. Woche nach der Geburt, darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung (und kein Zehrgeld) erheben!

Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft (KLV 13–16) darf generell keine Kostenbeteiligung (und auch kein Zehrgeld) erhoben werden. Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Geburt werden (auf Leistungen bei Krankheit und Pflege bei Krankheit) keine Kostenbeteiligungen mehr erhoben.

6.4.1.2 Wahl einer besonderen Versicherungsform (KVG 62, KVV 93–101a) mit der Möglichkeit, Prämien zu sparen

Durch eine höhere Kostenbeteiligung oder Einschränkung im freien Wahlrecht des Leistungserbringers kann eine Vergünstigung der Prämie erlangt werden. Hierfür sieht das Gesetz drei Optionen vor. Dabei sind die Modelle frei untereinander kombinierbar. (Ausnahme: Wählbare Franchise zusammen mit Bonusversicherung). Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat oder im Vereinigten Königreich (UK) können die besonderen Versicherungsformen nicht wählen.

6.4.1.21 Versicherung mit wählbarer Franchise (KVV 93–95)

Wenn statt der ordentlichen Franchise von CHF 300.– pro Jahr (für Erwachsene) eine höhere gewählt wird, können Prämien eingespart werden.

Wahlfranchisen mit Prämienrabatt (seit 2011)			
Erwachsene (CHF pro Jahr)		Kinder (CHF pro Jahr)	
Franchise	Rabatt max.	Franchise	Rabatt max.
CHF 500.–	CHF 140.–	CHF 100.–	CHF 70.–
CHF 1000.–	CHF 490.–	CHF 200.–	CHF 140.–
CHF 1500.–	CHF 840.–	CHF 300.–	CHF 210.–
CHF 2000.–	CHF 1190.–	CHF 400.–	CHF 280.–
CHF 2500.–	CHF 1540.–	CHF 500.–	CHF 350.–
		CHF 600.–	CHF 420.–

Der Prämienrabatt wird wie folgt berechnet:

Wählbare Franchise \cdot ./ . ordentliche Franchise \times 70% = jährlicher Rabatt
z.B. Franchise 2500.– ./ . CHF 300.– \times 70% = CHF 1540.– (jährlicher Rabatt)

Um zu verhindern, dass die Solidarität unter den Versicherten zu stark beeinträchtigt wird, hat der Bundesrat eine Mindestprämie verfügt (50 Prozent der ordentlichen Prämie mit Unfalldeckung) und den Rabatt auf maximal 70 Prozent des übernommenen Risikos (Differenz zwischen der ordentlichen Franchise von CHF 300.– und der gewählten Franchise) festgelegt. Die Prämienermässigungen sind so auszugestalten, dass sie bei Sistierung der Unfalldeckung gewährt werden können, ohne dass die minimale Prämie von 50 Prozent unterschritten wird.

6.4.1.22 Versicherung mit eingeschränktem Wahlrecht des Leistungserbringers (KVV 99–101)

Dadurch, dass entsprechend Versicherte immer erst zum Hausarzt (Gatekeeper) bzw. ins Gesundheitszentrum (HMO, Managed Care) gehen – oder ein Gesundheitsdienst (z.B. Santé 24) telefonisch konsultieren –, und im Bedarfsfall von dieser Stelle an den entsprechenden spezialisierten Vertragspartner weitergeleitet werden, kann eine Prämienreduktion von gegen 20 Prozent erzielt werden. Eine Kombination der Versicherung mit eingeschränktem Wahlrecht des Leistungserbringers und mit einer wählbaren Franchise ist möglich.

6.4.1.23 Bonusversicherung (KVV 96–98)

Diese Versicherungsform konnte sich der grossen Einschränkungen wegen (Start mit 110 Prozent der Prämie, Boni erst nach Nichtinanspruchnahme innerhalb eines Kalenderjahres) nicht durchsetzen. Es ist mit der Bonusversicherung auch keine wählbare Franchise möglich.

Entwicklung der Wahl der Versicherungsform					
Datenbasis: BSV Sozialvers.-Statistik 2021 Darstellung gebo Sozialversicherungen					
Versicherungsform	1996	2000	2010	2015	2022
Standard mit ordentl. Franchise	65,9%	54,0%	30,63%	21,13%	14,68%
Standard mit Wahlfranchise	32,0%	38,0%	22,37%	13,71%	8,05%
Bonusversicherung	0,4%	0,1%	0,07%	0,05%	0,036%
eingeschränkte Wahl (z.B. HMO)	1,7%	7,9%	46,93%	65,11%	76,63%
Anzahl Versicherte	7 194 754	7 268 111	7 822 633	8 298 383	8 874 555

Seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 hat sich der Trend für die Wahl der Versicherungsform in der Schweizer Bevölkerung gewandelt. Während zu Beginn zwei Drittel die Standardlösung mit ordentlicher Franchise gewählt hatten, wählte 2017 nur knapp jede 5. Erwachsene Person die ordentliche Franchise von CHF 300.– pro Jahr. Umgekehrt erfreuen sich alternative Versicherungsmodelle immer grösserer Beliebtheit: Noch 2006 wählte nur jede 7. versicherte Person eine solche Versicherungsform. 2011 waren es erstmals über die Hälfte aller Versicherten. Modelle mit wählbarer Franchise erleben seit 2005 einen starken Rückgang. Besonders beliebt sind nun Hausarzt- und Telemedizin-Modelle.

6.4.1.3 Prämienverbilligung (KVG 65, 66, KVV 106)

Die Kantone gewähren Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eine Verbilligung ihrer Krankenkassenprämien. Die Ausgestaltung obliegt den Kantonen. Für untere und mittlere Einkommen haben die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und die Prämien der jungen Erwachsenen um mindestens 50 Prozent zu verbilligen.

► Die Prämienverbilligung wird direkt an den jeweiligen Krankenversicherer überwiesen.

Der Bund gewährt den Kantonen jährlich einen Beitrag zur Verbilligung der Prämien, dieser entspricht 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Zuständige kantonale Stellen zur Prämienverbilligung		
Quelle: BAG, Ratgeber obligatorische Krankenversicherung, Stand 2020		
AG	SVA Aargau, 5001 Aarau	www.sva-ag.ch/pv
AI	Gesundheitsamt des Kantons AI, 9050 Appenzell	www.ai.ch
AR	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden, 9102 Herisau	www.sovar.ch
BE	Amt für Sozialversicherung, Prämienverbilligung & Obligatorium, 3072 Ostermundigen	www.asv.dij.be.ch
BL	SVA Basel-Landschaft, 4102 Binningen	www.sva-bl.ch
BS	Kanton Basel-Stadt, Amt für Sozialbeiträge, Prämienverbilligung, 4005 Basel	www.asb.bs.ch
FR	Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, 1762 Givisiez	www.caisseavsfr.ch
GE	Service de l'assurance-maladie, 1207 Genève	www.ge.ch/sam
GL	Kantonale Steuerverwaltung, 8750 Glarus	www.gl.ch
GR	SVA Graubünden, 7000 Chur	www.sva.gr.ch
JU	Caisse de compensation du canton du Jura, 2350 Saignelégier	www.caisseavsjura.ch
LU	WAS Wirtschaft Arbeit, Soziales, Ausgleichskasse Luzern, 6000 Luzern 15	www.was-luzern.ch/ak
NE	Service de l'action social, 2002 Neuchâtel	www.ne.ch
NW	Ausgleichskasse Nidwalden, 6371 Stans	www.aknw.ch
OW	Gesundheitsamt, 6061 Sarnen	www.ow.ch
SG	SVA St. Gallen, 9016 St. Gallen	www.svasg.ch/ipv
SH	SVA Schaffhausen, 8200 Schaffhausen	www.svash.ch
SO	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn 4528 Zuchwil (Postfach 116, 4501 Solothurn)	www.akso.ch
SZ	Ausgleichskasse Schwyz, Abteilung Leistungen (KVG), 6431 Schwyz	www.aksz.ch
TG	Krankenkassenkontrollstelle der Wohngemeinde oder Amt für Gesundheit, 8510 Frauenfeld	www.gesundheit.tg.ch

Fortsetzung auf der nächsten Seite

TI	Ufficio delle prestazioni, Servizio sussidi assicurazione malattia, 6500 Bellinzona	www.ti.ch
UR	Amt für Gesundheit, 6460 Altdorf	www.ur.ch/praemienverbilligung
VD	Office vaudois de l'assurance-maladie, 1014 Lausanne	www.vd.ch
VS	Ausgleichskasse des Kantons Wallis, Abteilung Subventionen, 1950 Sitten	www.av.svs.ch
ZG	Ausgleichskasse des Kantons Zug, 6302 Zug	www.akzug.ch/ipv
ZH	SVA Zürich, 8087 Zürich	www.svazurich.ch/ipv

Entwicklung der Prämienverbilligung					
Quelle: BSV Sozialvers.-Statistik 2021, Darstellung gebo Sozialversicherungen					
pro Jahr	1996	2000	2010	2015	2022
Anteil der Bezüger/innen an Bevölkerung	22,9%	32,2%	29,3%	26,9%	25,7%
Subvention pro Bezüger/in in CHF	902.–	1089.–	1719.–	1839.–	2368.–
Subvention pro Haushalt	1509.–	2048.–	3132.–	3045.–	3962.–
Total ausbezahlte Subventionen in Mio. Franken	1467	2545	3980	4086	5354
Anteil der Kantone	19,6%	32,5%	50,3%	42,4%	46,4%

Seit dem Inkrafttreten des NFA (neuer Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen, 2008) beträgt der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung). Er wird anhand ihrer Bevölkerung an die Kantone aufgeteilt.

Seit Januar 2014 müssen alle Kantone die Beiträge direkt an den Krankenversicherer der anspruchsberechtigten Person bezahlen. Die Mehrheit der Kantone benachrichtigt die Anspruchsberechtigten und stellt ihnen zumeist auch das Antragsformular zu.

6.4.1.4 Risikoausgleich (Verordnung über den Risikoausgleich, VORA)

Das Ziel des Risikoausgleichs ist ein finanzieller Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko und Krankenversicherern mit mehr Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko. Weil zum Beispiel ältere Versicherte im Schnitt höhere Leistungen beziehen als junge, sind Krankenversicherer mit überdurchschnittlich vielen älteren Versicherten im Nachteil und müssen entsprechend höhere Prämien verlangen. Durch den Risikoausgleich soll das Anwerben von jungen und gesunden Versicherten verhindert werden. Der Risikoausgleich und damit die Erhebung genauer Daten wird durch die gemeinsame Einrichtung durchgeführt.

Für die Berechnung des Risikoausgleichs sind die Strukturen der Versichertenbestände im Kalenderjahr massgebend, für das der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr). Folgende Indikatoren der Morbidität werden für die Berechnung beigezogen:

- ▶ Alter (nach Geburtsjahr für Versicherte von 19–25 Jahren; von 26–90 Jahren, eingeteilt in Gruppen von je fünf Jahren; ab 91 Jahre)
- ▶ Geschlecht
- ▶ Pharmazeutische Kostengruppen (PCG)
- ▶ Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr

Die gemeinsame Einrichtung KVG führt den Risikoausgleich unter den Krankenversicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch.

Der Risikoausgleich wird vom Bundesrat periodisch überprüft und weiter verfeinert. So werden ab 2019 die Krankenversicherer im Risikoausgleich für junge Erwachsene entlastet: für Versicherte, die am 31. Dezember des betreffenden Jahres 19 bis 25 Jahre alt sind, beträgt die Entlastung 50 Prozent der Differenz zwischen den durchschnittlich für erwachsene Versicherte ausbezahlten Leistungen und solchen für junge Erwachsene (KVG 16a).

6.4.1.5 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen (KVAG 17, KVAV 30–33)

Lagen die Prämieinnahmen eines Krankenversicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton, kann der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich vornehmen. Dazu wird der von der Aufsichtsbehörde genehmigte Ausgleichsbetrag nach einem angemessenen, vom Krankenversicherer bestimmten Schlüssel, auf die Versicherten verteilt.

Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen (KVG 64a) vgl. 11.4

7. Leistungsübersicht



8. Anspruchsvoraussetzungen

Das KVG macht bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen für in der Schweiz wohnhafte und erkrankte Versicherte keine Unterschiede bezüglich der Nationalität der in der obligatorischen Krankenpflege- oder freiwilligen Taggeldversicherung versicherten Personen.

Dadurch entfallen detaillierte Beschriebe zur nachstehenden – aufgrund der Struktur belassenen – Aufzählung der Personenkreise.

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

8.4 Voraussetzungen für die Kostenübernahme

Das KVG definiert gleichzeitig den Mindest- und den Maximalleistungskatalog! Dies bedeutet, dass den Versicherern keine statutarischen Ausbaumöglichkeiten des Leistungspaketes mehr verbleiben (KVG 34).

Es sind demzufolge alle Kosten zu übernehmen, für

- ▶ **ärztlich verordnete Leistungen**, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (KVG 25–33), wenn sie
- ▶ **von anerkannten Leistungserbringern** (KVG 35)
- ▶ unter dem Aspekt der **Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit** erbracht (KVG 32) **und**
- ▶ nach **Tarifen und Preisen verrechnet** (KVG 43) wurden.

- ▶ **verordnet:** durch Arzt oder Chiropraktor verordnete Arzneien, Analysen, Mittel und Gegenstände sowie auf ärztliche Anordnung erfolgte Leistungen durch medizinische Hilfspersonen, für Rehabilitation, Transport-/Rettungskosten usw.
- ▶ **Wirksamkeit:** Eine medizinische Massnahme muss objektiv geeignet sein, das angestrebte Ziel zu erreichen (von der medizinischen Wissenschaft erprobt).
- ▶ **Zweckmässigkeit:** Die Behandlungsmassnahme muss einen grösseren medizinischen Nutzen haben als andere medizinisch mögliche Alternativen. Der Nutzen muss für den Einzelfall gegeben sein.
- ▶ **Wirtschaftlichkeit:** Die Methode muss kostengünstiger sein als andere medizinisch mögliche Alternativen mit gleichem Nutzen.

8.4.1 Wahlrecht betreffend Leistungserbringer und Kostenübernahme (KVG 41)

Die Versicherten können **für die ambulante Behandlung** (in der Schweiz zugelassenen) Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, **grundsätzlich frei wählen** (ausgenommen sind Versicherungsverträge mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers gemäss KVV 99–101, z.B. HMO).

- ▶ Der Versicherer übernimmt neu die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt (KVG 41 I). Vor 2018 hat die Wahlfreiheit des Leistungserbringers wohl bestanden, aber die Kosten wurden höchstens nach dem Tarif am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person vergütet. Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen (KVV 55a).

Für die stationäre Behandlung kann die versicherte Person unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (**Listenspital**). Dasselbe gilt für Mütter betreffend Geburtshäuser.

- ▶ Der Krankenversicherer und der Wohnkanton übernehmen für die stationäre Unterbringung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig (kantonaler Anteil von mindestens 55 Prozent, vgl. KVG 49a), dies höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons gilt.

Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die **Listenspitäler** verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (**Aufnahmepflicht**). Für Versicherte ausserhalb des Standortkantons gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen und in Notfällen (KVG 41a). Über das Einhalten der Aufnahmepflicht wachen die Kantone.

8.4.1.1 **Freiwillige Einschränkung des Wahlrechts (KVV 99–101)**

Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Krankenversicherer auf Leistungserbringer beschränken, die er im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung auswählt. Mit Wahl eines solchen Versicherungsmodells (HMO, Gatekeeper, Managed Care) muss der Versicherer nur die Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden.

8.4.1.2 **Beschränkungen im Leistungsumfang (KVG 33 I, KVV 33)**

Grundsätzlich ist von den Krankenversicherern jede ärztliche Behandlung in der Schweiz zu übernehmen. Das KVG räumt jedoch dem EDI (Eidg. Departement des Innern) die Kompetenz ein, auf dem Verordnungsweg bestimmte Behandlungen an gewisse Voraussetzungen zu knüpfen oder ganz von der Leistungspflicht auszuschliessen.

Die entsprechenden Bestimmungen sind in der KLV und deren Anhängen 1 und 1a aufgeführt; so beispielsweise Einschränkungen betreffend

- Ärztliche Psychotherapie, betreffend von Chiropraktoren/Chiropraktorinnen verordnete Leistungen, pharmazeutische Leistungen, ärztlich komplexentärmedizinische Leistungen

- b) Ärztlich verordnete Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie und Neuropsychologie
- c) Einschränkungen zur Durchführung elektiver (geplanter) Eingriffe im stationären Bereich

8.4.1.3 Behandlung im Ausland (KVG 34, KVV 36–37)

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) **übernimmt die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden.** Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.

Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zweck dieser Behandlung ins Ausland begeben.

Für Versicherte, die in ihren Ferien oder während eines kurzfristigen beruflichen Einsatzes in einem EU-Mitgliedsstaat, Island, Norwegen erkranken und entsprechende Leistungen benötigen, gilt aufgrund der bilateralen Abkommen (FZA) die Leistungsaushilfe (vgl. Kapitel XVIII, **grenzüberschreitende Sozialversicherung**, 8.2). Analoge Bestimmungen gelten aufgrund des Sozialversicherungsabkommens Schweiz ⇄ UK (Vereinigtes Königreich).

Im Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA und dem mit UK) gilt somit nicht der enge Notfallbegriff des KVG, sondern die betroffene versicherte Person soll ihren Aufenthalt im Ausland nicht wegen einer medizinischen Behandlung abbrechen müssen. Das bedeutet, dass Betroffene dort wie Inländer in der staatlichen Grundversicherung des entsprechenden Landes behandelt werden und die Leistungen beanspruchen können, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Sie tragen auch die gleiche Kostenbeteiligung wie die Inländer. Die Kosten werden über die Verbindungsstelle dem aushelfenden Träger (Gemeinsame Einrichtung KVG) vergütet. Diese rechnet direkt mit dem zuständigen schweizerischen Krankenversicherer und dieser mit der versicherten Person ab. Keine Leistungen gibt es, wenn sich Versicherte zum Zweck der Behandlung ins Ausland begeben.

Sich im Ausland behandeln lassen

Wer in der Schweiz krankenversichert ist, darf sich nicht ohne Weiteres in einen EU-/EFTA-Staat begeben, um sich dort behandeln zu lassen. Das Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA) geht für den Bezug von medizinischen Leistungen vom Prinzip der Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort aus; ⇒ ggf. muss der Schweizer Krankenversicherer die Zustimmung zur Behandlung im Mitgliedsstaat erteilen (Formular S2). Analoge Bestimmungen gelten aufgrund des Sozialversicherungsabkommens Schweiz ⇄ UK (Vereinigtes Königreich).

► Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (KVV 36a)

Seit 2018 ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich dauerhaft möglich. Die bestehenden Pilotprojekte der Kantone und der Krankenversicherer im Raum Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein können dauernd weitergeführt werden. Die Kantone können neue Zusammenarbeitsprogramme in grenznahen Regionen beantragen.

Für Personen, die nicht unter den Anwendungsbereich des FZA fallen, oder Personen, die in Staaten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums oder des Vereinigten Königreiches erkranken, wird für die notfallmässige Behandlung im Ausland höchstens der doppelte Betrag der Kosten vergütet, der durch die Behandlung in der Schweiz entstanden wäre.

► Prüfen, ob eine Zusatzversicherung nach VVG sinnvoll ist.

8.4.2 Tarife und Preise (KVG 43–55a, 104; KVV 59a–59e)

Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen und Preisen.

Der Tarif ist die Grundlage für das Bemessen der Vergütung. Die Tarife der Leistungserbringer beruhen, je nach Leistungsart, auf unterschiedlichen Bewertungskriterien:

- benötigte Zeit (**Zeittarif**; KVG 43II Bst. a)
- Einzelleistungstarif mit Taxpunktwerten (KVG 43II Bst. b)
- pauschale Vergütungen (Pauschaltarif, z.B. **Fallpauschalen**; KVG 43II Bst. c)

Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (bzw. deren Organisationen) ausgehandelt oder von den Behörden festgesetzt.

Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen aufgrund des KVG keine weitergehenden Vergütungen einräumen (Tarifschutz, KVG 44).

Tritt ein Leistungserbringer **bezüglich des Tarifschutzes** in den Ausstand und behandelt keine Patienten der sozialen Krankenversicherung, dürfen diese Kosten von der Krankenversicherung nicht rückvergütet werden. Darauf hat der betreffende Leistungserbringer die versicherte Person vor der Behandlung ausdrücklich hinzuweisen! Der Leistungserbringer muss seinen Ausstand der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden.

Keinen Tarifschutz gibt es für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen sowie für Pflegeleistungen (Pflegeheime und Spitex).

8.4.2.1 Taxpunktwerte – Tarmed, Tardoc (KVG 48)

Der 2004 für die ambulante ärztliche Behandlung eingeführte Einzelleistungstarif «**Tarmed**» umfasst mehr als 4600 Positionen und damit nahezu sämtliche ärztlichen und arztnahen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich. Jeder Leistung wurde eine – dem zeitlichen Aufwand, der Schwierigkeit und der erforderlichen Infrastruktur – entsprechende Anzahl Taxpunkte zugeordnet. Dabei unterscheidet Tarmed zwischen ärztlichen und technischen Leistungen. Die Taxpunkte sind in der ganzen Schweiz gleich, die Taxpunktwerte von Kanton zu Kanton unterschiedlich.

Der Ärztetarif Tarmed ist seit 20 Jahren in Kraft. Der medizinische und der technische Fortschritt haben derweilen zu Verschiebungen in der Tarifstruktur geführt. Diese ist insgesamt nicht mehr sachgerecht und muss angepasst werden. Da die Tarifpartner sich nicht einigen konnten, wurde 2014 der Bundesrat aktiv; dennoch ist eine grundlegende Überarbeitung überfällig.

Die Arbeit wurde von «ats-tms» an die Hand genommen. Am 12. Juli 2019 wurde «**Tardoc**», der Nachfolgetarif dem Bundesrat erstmals eingereicht. Nachdem der Bundesrat den Tarifpartnern curafutura, SWICA und FMH verschiedene Auflagen zur materiellen Überarbeitung machte, sind diesen den Forderungen weitgehend nachgekommen und haben dem Bundesrat im Dezember 2021 den Tardoc 1.3 erneut zur Genehmigung eingereicht.

Am 3. Juni 2022 hat der Bundesrat entschieden, die im Dezember 2021 vorgelegte Version Tardoc 1.3 nicht zu genehmigen. Er würdigt den Einsatz der Tarifpartner und die geleistete Arbeit, stellt aber fest, dass die neue Version die gesetzlichen Anforderungen, insbesondere die Kostenneutralität, noch nicht erfüllt. Der Bundesrat fordert alle Partner der Tariforganisation erneut auf, die Entwicklung der neuen Tarifstruktur im Rahmen der künftigen nationalen Tariforganisation fortzusetzen.

8.4.2.2 Fallpauschalen – SwissDRG, TARPSY, ST Reha (KVG 49)

Für alle stationäre Bereiche sieht die 2009 in Kraft getretene Revision der Spitalfinanzierung die Einführung leistungsbezogener Pauschalen vor, die auf einer schweizweit einheitlichen Struktur beruhen.

- ▶ Seit 2012 werden stationäre Leistungen der Spitäler (Bereich der Akut-somatik) und der Geburtshäuser schweizweit über leistungsbezogene Fallpauschalen «**SwissDRG**» (Diagnosis Related Groups) vergütet. Der Tarif von 2019 wird laufend aktualisiert; die vom Bundesrat genehmigte Version 13.0 wurde per 01.01.2024 eingeführt.
 - ⇒ Je nach Schwere des Falls definiert SwissDRG ein Kostengewicht, welches mit der Baserate multipliziert wird. Ein Fall (gleiche Diagnose, gleiche Nebendiagnosen, gleicher Schweregrad) wird in der ganzen Schweiz das gleiche Kostengewicht haben. Strukturelle Unterschiede wie Infrastruktur, Lohngefüge usw. müssen in der Baserate ausgehandelt werden. Das kann je nach Spitalliste zu unterschiedlichen Preisen für die gleiche Behandlung führen.
- ▶ Auf 2018 wurden leistungsbezogene **Fallpauschalen** für alle stationären psychiatrischen Behandlungen «**TARPSY**» eingeführt. Die Version 5.0 ist ab 01.01.2024 anzuwenden.
- ▶ Im Bereich der **Rehabilitation** gilt ab Januar 2022 Tarifstruktur «**ST Reha**». Es handelt sich um ein Patientenklassifizierungssystem, welches die Zuteilung der Patientinnen und Patienten in verschiedene Rehabilitations-Kostengruppen (RCG) ermöglicht. Jeder RCG werden relative Kosten (oder Kostengewichte) pro Tag zugewiesen. Die effektive Vergütung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ergibt sich aus der Multiplikation der relativen Kosten mit der Aufenthaltsdauer und dem Basisfallpreis (oder der Baserate). Letzteres wird zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern in individuellen Tarifverhandlungen vereinbart.
- ▶ Die Tarifverträge für **innovative Krebstherapie** wurden um ein Jahr auf Ende 2022 verlängert. Der Bundesrat hat im November 2022 einen definitiven Vertrag genehmigt. Dies betrifft die autologe CAR-T-Zelltherapie, eine innovative Behandlung, die in der Krebsbekämpfung zur Anwendung

kommt. Dabei werden die weissen Blutkörperchen der Patientinnen und Patienten so verändert, dass sie die Krebszellen erkennen und bekämpfen. Es handelt sich nicht um ein Arzneimittel im eigentlichen Sinn, sondern um eine medizinische Leistung.

8.4.2.3 Fehlen eines Tarifvertrages (KVG 47)

Kommt zwischen Leistungserbringer und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein Vertrag zustande, so setzt sie nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

8.4.3 Unterschiedliche Tarife für ambulante und für stationäre Behandlung

Die Krankenpflegeversicherung übernimmt Leistungen aus dem ambulanten und dem stationären Bereich.

- ▶ **Ambulant:** Behandlung in den Praxisräumen des Leistungserbringers, bei der versicherten Person (zu Hause, am Arbeitsplatz ...) sowie im Spital (z.B. Poliklinik), wenn die versicherte Person gleichentags wieder nach Hause zurückkehrt.
- ▶ **Stationär: (VKL 3)** Aufenthalte in einer Heilanstalt von mindestens 24 Stunden. Wenn der Aufenthalt weniger als 24 Stunden dauert, gilt er ebenfalls als stationär bei
 - ▶ Bettenbelegung über Nacht (Krankheitszustand muss diese Massnahme erfordern)
 - ▶ Überweisung von einem Spital oder einem Geburtshaus in ein anderes Spital
 - ▶ Todesfällen

Soll der Eingriff ambulant oder stationär erfolgen? (KVL 3c, Anhang Ia KLV)

Die KLV enthält im Anhang I eine Liste der Eingriffe (detailliert nach CHOP-Code 2024), die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden müssen. Es geht um

- ▶ Krampfaderoperationen der unteren Extremitäten
- ▶ Eingriffe an Hämorrhoiden
- ▶ Einseitige Hernienoperationen
- ▶ Untersuchungen und Eingriffe am Gebärmutterhalt oder an der Gebärmutter
- ▶ Kniearthroskopien, einschliesslich Eingriffe am Meniskus
- ▶ Eingriffe an Tonsillen (Mandeln) und Adenoiden

Wird ein entsprechender Eingriff stationär durchgeführt, werden die diesbezüglichen Kosten nur übernommen, wenn eine ambulante Durchführung besonderer Umstände nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist (vgl. Kriterien in Anhang Ia).

8.5 Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Es gibt gemäss KVG grundsätzlich drei Instrumente zur Kostendämmung:

1. Globalbudgets;
2. Tariffestsetzung;
3. Beschränkung der Anzahl Arztpersonen im ambulanten Bereich.

8.5.1 Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde (KVG 54)

Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt.

8.5.2 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde (KVG 55)

Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der OKP für ambulante oder stationäre Behandlungen doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.

8.5.3 Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (KVG 55a)

Der Bundesrat kann die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis anhängig machen.

Kantone haben seit 2021 die Aufgabe, auch ambulante Leistungserbringer zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuzulassen. Weiter werden die Kantone durch das Eidgenössische Parlament verpflichtet, in bestimmten medizinischen Fachgebieten für unterschiedliche Regionen die Zahl der Arztpersonen zu beschränken, welche zulasten OKP Leistungen erbringen dürfen.

8.6 Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

8.6.1 Wirtschaftlichkeit der Leistungen (KVG 56)

Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung (versicherte Person oder Krankenversicherung) die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben, die er selbst erhalten hat (z.B. günstigere Arzneimittel oder der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände). Diagnostische Massnahmen sollen auch nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

8.6.2 Qualitätssicherung (KVG 58)

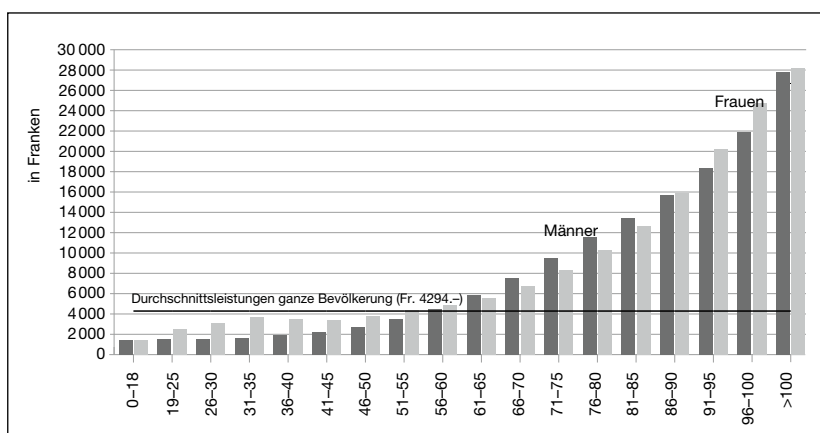
Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der OKP übernommenen Leistungen vorsehen.

Werden die Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verletzt, können gegen die entsprechenden Leistungserbringer Sanktionen ergriffen werden (KVG 59).

9. Sachleistungen (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP, KVG 25)

Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Dazu gehören auch Beiträge an die Pflege zu Hause oder im Pflegeheim. Sofern nicht ein anderer (Sozial-)Versicherer dafür aufkommt, übernimmt der Krankenversicherer zu den gleichen Konditionen wie im Krankheitsfall auch die Leistungen infolge eines Unfalls. Zudem werden besondere Leistungen bei Mutterschaft, für medizinische Prävention und für Geburtsgebrechen übernommen.

Bruttoleistungen pro versicherte Person nach 2022



Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2023

Die monatlichen Bruttoleistungen pro versicherte Person steigen mit zunehmendem Alter deutlich. Bis zur Altersgruppe der 46- bis 50-jährigen Frauen bzw. 51- bis 55-jährigen Männer lagen 2022 die Leistungen je versicherte Person unter der Durchschnittsleistung der Wohnbevölkerung (CHF 4294.-). Bei den Frauen stiegen die Leistungen von CHF 1453.- für 0- bis 18-Jährigen bis auf CHF 28 221.- für über 100-Jährige. Unter den gleichaltrigen Männern stiegen die Aufwendungen von CHF 1392.- auf CHF 27 833.-.

Beschränkungen im Leistungsumfang (KVG 33, KVV 33)

Grundsätzlich ist von den Krankenversicherern jede ärztliche Behandlung in der Schweiz zu übernehmen. Das KVG räumt jedoch dem EDI (Eidg. Departement des Innern) die Kompetenz ein, auf dem Verordnungsweg die von Arztpersonen oder von Chiropraktoren/Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen zu bezeichnen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden.

Die entsprechenden Bestimmungen sind in der KLV und deren Anhang 1 aufgeführt; so beispielsweise Einschränkungen betreffend.

9.1 **Pflegeleistungen bei Krankheit (KVG 25a, KLV 7–9)**

Die OKP leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Die Vergütung der dazu erforderlichen Mittel und Gegenstände richtet sich nach der MiGeL (KVG 52).

Bedarfsermittlung (KLV 8–8a)

Die Ermittlung des Bedarfs an Pflegeleistungen die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung erforderlich sind, erfolgt durch die Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit der Patientin/dem Patienten oder den Angehörigen. Das Ergebnis dieser Bedarfsermittlung ist umgehend der Arztperson mitzuteilen (Zustimmung oder neue Evaluation). Entsprechende Leistungen sind auf maximal neun Monate begrenzt, wobei die Anordnung durch die Arztperson erneuert werden kann. Für Bezüger/innen einer HILO gelten diesbezügliche Anordnungen ohne zeitliche Begrenzung.

Im Pflegeheim wird dazu auf Zeitstudien abgestellt, die wissenschaftlich anerkannt und geeignet sind, eine Abgrenzung der Pflegeleistungen von anderen Leistungen abzugrenzen.

9.1.1 **Krankenpflege ambulant (KVG 25a, KLV 7–9)**

Die Leistungen müssen durch Pflegefachleute oder Organisationen der Krankenpflege zu Hause (Spitex) erbracht werden. An den Aufenthalt in einem Pflegeheim vergütet der Krankenversicherer die gleichen Leistungen wie für die ambulante Krankenpflege (KVG 50).

Die Pflegebeiträge werden nach Aufwand vergütet (KLV 7a), wenn sie effizient und kostengünstig in der notwendigen Qualität erbracht werden.

9.1.1.1 **für Versicherte, die nicht in einem Pflegeheim wohnen (KLV 7a)**

- ▶ CHF 76.90 pro Stunde für Massnahmen der Abklärung, der Beratung und der Koordination
- ▶ CHF 63.00 pro Stunde für Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung
- ▶ CHF 52.60 pro Stunde für Massnahmen der Grundpflege

Die Vergütung erfolgt nach Zeitintervallen von fünf Minuten, wobei insgesamt mindestens 10 Minuten zu verrechnen sind.

Die **hauswirtschaftlichen Spitex-Leistungen** sind von der neuen Pflegefinanzierung nicht betroffen. Diese Tarife werden weiterhin von der lokalen Spitex-Organisation in Absprache mit dem Kanton respektive der Gemeinde festgelegt. Diese Leistungen bezahlt die Klientschaft weiterhin grundsätzlich selbst, sofern keine privatrechtlichen Zusatzversicherungen vorhanden sind. Es kann auch kein Beitrag von den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV übernommen werden.

9.1.1.2 **für Versicherte im Pflegeheim bzw. in Tages- oder Nachtstrukturen**

Die Pflegeheime mussten ihre Taxordnungen mit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung überarbeiten. Es wird nun unterschieden zwischen einerseits einer Hotellerie- und einer Betreuungstaxe, die voll zulasten der Bewohner/innen gehen, und andererseits der Pflgetaxe.

Die OKP übernimmt einen Beitrag an die verrechnete Pflorgetaxe, wobei sich die Vergütung nach der Dauer des täglich ausgewiesenen Pflegebedarfs richtet. Abgerechnet wird in Intervallen von 20 Minuten; dies zu CHF 9.60. Pro Tag werden maximal CHF 115.20 (Pflegeaufwand ab 221 Minuten) übernommen. Die Hilflosenentschädigung (AHV/IV oder UV/MV) darf nicht mehr zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

9.1.1.3 Aufteilung der Kosten

Zusätzlich zur verrechneten Pflorgetaxe hat die versicherte Person einen Eigenanteil von maximal 20 Prozent vom Höchstbetrag (im Pflegeheim von CHF 115.20 = max. CHF 23.– pro Tag; bzw. für Personen, die nicht im Pflegeheim wohnen, von CHF 76.90 = max. CHF 15.35 pro Tag). Die Kantone können niedrige Eigenanteile vorsehen. Im Weiteren unterliegen auch die Pflegeleistungen der ordentlichen Kostenbeteiligung (Franchise/Selbstbehalt). Die Restfinanzierung erfolgt durch die öffentliche Hand. Die Details haben die Kantone in ihrer Gesetzgebung zu regeln.

► Die Spitex-Organisationen rechnen (wie die Spitäler) direkt mit den Krankenversicherern ab.

9.1.2 Spitalaufenthalt, Akut- und Übergangspflege (Stationäre Behandlung; KVG 25a II, 49a)

Zulasten der OKP wird der Aufenthalt im Spital (Heilanstalt) entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung übernommen; Basis Listenspital Wohnkanton.

Diese beinhalten

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen; in unbeschränkter Leistungsdauer;
- ärztlich durchgeführte bzw. angeordnete Rehabilitation und Beiträge an ärztlich verordnete Badekuren.

9.1.2.1 Akut- und Übergangspflege (KVG 25a II, KLV 7b)

Die Leistungen der Akut- und der Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden, werden zulasten der OKP und des Wohnkantons der versicherten Person **während längstens zweier Wochen** vergütet (Pauschalen im Rahmen der Spitalfinanzierung). Die Bedarfsabklärung der Akut- und Übergangspflege erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Das Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.

Die Kosten für Leistungen der Akut- und der Übergangspflege werden vom Wohnkanton und von Krankenversicherer (OKP) anteilmässig getragen. Dazu gelten von Versicherer und Leistungserbringer vereinbarten Pauschalen. Von den Versicherten wird kein Eigenanteil wie in der Pflegefinanzierung erhoben; es werden jedoch Franchise und Selbstbehalt eingefordert. Die Kantone müssen mindestens 55 Prozent der Kosten übernehmen und direkt dem Leistungserbringer vergüten (KLV 7b). Im Gegensatz zum stationären Spitalaufenthalt, werden bei der AÜP von der OKP keine Hotelleriekosten übernommen.

9.1.3 **Verordnete medizinische Rehabilitation (KVG 25 II lit. d)**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation.

9.2 **Spezifische Anspruchsvoraussetzungen (KVG 33, KVV 33)**

9.2.1 **Ärztliche Psychotherapie (KLV 2–3b)**

Die OKP übernimmt die Kosten für höchstens 40 Abklärungs- und Therapie-sitzungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Erfordert die Psychotherapie mehr als diese Sitzungen, hat der behandelnde Arzt den Vertrauensarzt des Krankenversicherers zu konsultieren. Dieser kann, wenn angezeigt, weitere Therapie-sitzungen bewilligen. Die von Psychologen durchgeführte Psychotherapie wird nur übernommen, wenn sie in der Praxis des Arztes (delegierte Psychotherapie) durchgeführt wird.

9.2.2 **Von Chiropraktoren/Chiropraktorinnen verordnete Leistungen (KLV 4)**

Die OKP übernimmt die Kosten von durch Chiropraktoren bzw. -praktorinnen verordneten Analysen (sofern sie in der Analysenliste separat bezeichnet sind), Arzneimitteln, der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen sowie von bildgebenden Verfahren (Röntgen, Computertomografie usw.).

9.2.3 **Ärztliche Komplementärmedizinische Leistungen (KLV 4b)**

Zulasten der OKP werden aus fünf Fachrichtungen der Komplementärmedizin Leistungen vergütet. Dies, sofern die betreffende Arztperson eine Weiterbildung im entsprechenden Fähigkeitsprogramm vorweisen kann, die den Vorgaben des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) entspricht.

- ▶ **Akupunktur** ⇒ Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM (ASA)
- ▶ **anthroposophische Medizin** ⇒ anthroposophisch erweiterte Medizin (VAOAS)
- ▶ **Arzneimitteltherapie der traditionellen chinesischen Medizin (TCM)** ⇒ Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie – TCM (ASA)
- ▶ **Klassische Homöopathie** ⇒ Homöopathie (SVHA)
- ▶ **Phytotherapie** ⇒ Phytotherapie (SMGP)

9.2.4 **Übernahme von ärztlich verordneten Massnahmen**

9.2.4.1 **Physiotherapie (KLV 5)**

Für bestimmte in der KLV aufgeführte Physiotherapien übernimmt die OKP je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen; wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Soll die Behandlung nach 36 Sitzungen zulasten der OKP fortgesetzt werden, ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers ein begründeter Antrag um Fortsetzung der Therapie zu stellen.

9.2.4.2 Ergotherapie (KLV 6)

Die OKP übernimmt auf ärztliche Anordnung von Ergotherapeuten/-therapeutinnen erbrachte Leistungen, die

- ▶ der versicherten Person betreffend somatische Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktion zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen oder
- ▶ im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung durchgeführt werden.

Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten für maximal neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert acht Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss. Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich. Soll die Behandlung nach 36 Sitzungen zulasten der OKP fortgesetzt werden, ist dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers ein begründeter Antrag um Fortsetzung der Therapie zu stellen.

9.2.4.3 Ernährungsberatung (KLV 9b)

Patientinnen und Patienten mit in der KLV aufgeführten Krankheiten sechs Sitzungen. Wenn es weiterer Sitzungen bedarf, kann die Verordnung wiederholt werden. Nach zwölf Sitzungen bedarf es eines Berichts zuhanden des Vertrauensarztes.

9.2.4.4 Diabetesberatung (KLV 9c)

Die Diabetesberatung umfasst die Beratung über die Zuckerkrankheit (Diabetes melitus) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit. Es werden höchstens zehn Sitzungen übernommen, die durch eine Pflegefachperson mit anerkannter Spezialausbildung oder einer zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetesgesellschaft erfolgen müssen. Bedarf es nach den zehn Sitzungen eine Fortsetzung, ist dem Vertrauensarzt ein entsprechender Bericht mit Vorschlag zu unterbreiten.

9.2.4.5 Logopädie (KLV 10+11)

Für Patientinnen und Patienten mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses höchstens zwölf Sitzungen à 60 Minuten innerhalb eines Jahres zulasten der OKP übernommen, wenn bestimmte medizinische Diagnosen (vgl. KLV) vorliegen. Bedarf es einer Fortsetzung, ist dem Vertrauensarzt ein entsprechender Bericht mit Vorschlag zu unterbreiten.

9.2.4.6 Neuropsychologie (KLV 11a)

Zulasten der OKP übernommen werden die Kosten für diagnostische Leistungen für höchstens sechs Sitzungen, die durch einen Neuropsychologen bzw. eine Neuropsychologin durchgeführt werden. Pro Jahr sind höchstens zwei Verordnungen möglich.

9.2.4.7 Psychologische Psychotherapie (KLV 11b)

Zulasten der OKP übernommen werden pro ärztliche Anordnung höchstens 15 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Soll die Psychotherapie nach 30 Sitzungen zulasten der OKP fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten.

Bei Leistungen zur Krisenintervention, Kurztherapien oder bei einer lebensbedrohlichen Situation übernimmt die Versicherung die Kosten für höchstens 10 Abklärungs- und Therapiesitzungen.

Damit ein Leistungserbringer als psychologischer Psychotherapeut anerkannt ist, benötigt er nebst einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung unter anderem eine klinische Erfahrung von drei Jahren, davon mindestens zwölf Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen (KVV Art. 50b).

9.2.4.8 Beitrag an Badekuren (KVG 25 II lit c, 35, 40, KVV 57, KLV 25)

Zulasten der OKP wird während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr ein täglicher Beitrag von CHF 10.– übernommen (Definition der Heilbäder vgl. KVV 57–58).

9.2.5 Verordnete Medikamente – Leistungen der Apotheker/innen (KVG 25 II lit. h, 52, KVV 37e, 64–75, KLV 4a, 29–38g)

Die Vergütung der ärztlich verordneten Medikamente und Präparate erfolgt nur, wenn sie in der Arzneimittel-, der Spezialitäten- oder der Generikalisteliste figurieren (KVG 52, KVV 64–75, KLV 29–38g). Apotheker/innen können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch günstigere Generika der Liste ersetzen, wenn die Arztperson (Chiropraktor/in) nicht ausdrücklich das Originalmedikament verlangt (KVG 52a).

Grundsätzlich beträgt der **Selbstbehalt** auf Arzneimitteln 10 Prozent.

Wenn der Fabrikabgabepreis des gewählten Präparats aber den durchschnittlichen Fabrikabgabepreis des günstigsten Drittels aller Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste um mindestens 10 Prozent übersteigt, beträgt der Selbstbehalt 40 Prozent (KLV 38a).

9.2.6 Hilfsmittel

Mittel und Gegenstände (KVG 25 II lit. b, KLV 20–24, MiGeL)

Die OKP leistet eine Vergütung an durch ärztliche Anordnung beschaffte Mittel und Gegenstände die in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) enthalten sind. Es handelt sich um Mittel und Gegenstände, die von der versicherten Person selbst oder eine nicht beruflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden. Die MiGeL ist nicht da, um Hilfsmittel der Arztperson zu prüfen, sondern jene der Selbstanwendung oder der nichtprofessionellen Fremdanwendung.

Die MiGeL ist nach Produktgruppen gegliedert.

Implantate sind in der MiGeL nicht enthalten, sie bilden Inhalt der Tarifverträge mit den Leistungserbringern.

Abgabe: Der Anspruch auf gewisse Hilfsmittel und Gegenstände kann limitiert werden. Dies insbesondere bezüglich deren Menge, Verwendungsdauer, medizinischer Indikation, oder des Alters der versicherten Person.

Vergütung: Kauf- oder Mietpreis; kostspielige und durch andere Patienten wiederverwendbare Mittel und Gegenstände werden in der Regel in Miete abgegeben. Die Unterhalts- und Anpassungskosten sind im Mietpreis inbegriffen. Vergütung maximal im Höchstbetrag gemäss Liste. Eine allfällige Differenz (Produkt teurer) geht zulasten der versicherten Person. Betreffend Verkauf oder Vermietung von Mitteln und Gegenständen besteht kein Tarifschutz.

Die MiGeL ist in der amtlichen Sammlung nicht enthalten, die konsolidierte Fassung der Liste wird auf die Website des BAG (www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Leistungen und Tarife) publiziert.

9.3 Leistungen bei Mutterschaft (KVG 29, KLV 13–16)

Neben den Kosten wie im Krankheitsfall werden auch besondere – durch die Mutterschaft hervorgerufene – Leistungen übernommen:

- ▶ **Kontrolluntersuchungen** durch Arzt, Hebamme (oder auf ärztliche Anordnung anderweitig durchgeführt) während und nach der Schwangerschaft.
- ▶ **Geburtsvorbereitung:** Kostenbeitrag von CHF 150.– an durch eine Hebamme durchgeführte Gruppenkurse.
- ▶ **Entbindung** zu Hause, im Spital oder in einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte/Ärztinnen oder Hebammen.
- ▶ **Stillberatung** durch ausgebildetes Fachpersonal für maximal 3 Sitzungen.
- ▶ **Pflege und Aufenthalt** des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält (zulasten des Krankenversicherers der Mutter).

9.3.1 Straffloser Schwangerschaftsabbruch (KVG 30)

Sofern es sich um einen strafflosen Abbruch der Schwangerschaft (StGB 120) handelt, werden dieselben Kosten wie im Krankheitsfall übernommen.

9.4 Zahnärztliche Behandlung (KVG 31, KLV 17–19a)

Die rein «konservative» zahnärztliche Behandlung, wie beispielsweise zufolge Karies oder das Anbringen von Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate usw.) sowie kieferorthopädische Behandlungen (Zahnspangen) fallen in der Schweiz nicht unter die Pflichtleistungen der Krankenversicherer.

- ▶ **Hier ist insbesondere für Kinder der Abschluss einer Zusatzversicherung zu prüfen.**

Behandlungskosten werden nur übernommen, wenn es sich um (abschliessend aufgezählte) Erkrankungen des Kausystems (KLV 17), schwere Allgemeinerkrankungen (KLV 18–19) oder Geburtsgebrechen (KLV 19a) handelt. So beispielsweise für

- ▶ schwere Erkrankungen des Kausystems (Abszess, Zyste, Fistel, Tumor; nicht aber Parodontose = Zahnfleischwund)
- ▶ schwere Allgemeinerkrankungen und deren Folgen, wenn zu deren Behandlung erforderlich (Leukämie, schwere aplastische Anämie, Polyarthrit, Aids)
- ▶ durch Unfall verursachte Schäden am Kausystem, sofern kein Unfallversicherer leistungspflichtig ist.

9.4.1 Zahnärztliche Behandlung im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen (KLV 19a)

Die OKP übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, die durch ein Geburtsgebrechen (abschliessende Aufzählung) bedingt sind, wenn die Behandlungen nach dem 20. Lebensjahr notwendig sind, oder für Behandlungen vor dem 20. Lebensjahr an einer nach dem KVG nicht aber in der IV versicherten Person notwendig sind.

9.5 **Beitrag an Transport und Rettungskosten (KVG 25 II lit. g, KVV 33g, KLV 26, 27)**

Zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden 50 Prozent der anfallenden **Transportkosten** vergütet, maximal jedoch nur CHF 500.– pro Kalenderjahr (KLV 26). Dies, sofern die Transporte medizinisch begründet, zur Behandlung erforderlich und nicht anderweitig möglich sind sowie durch zugelassene Leistungserbringer erfolgen. Die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes (z.B. zu einer Untersuchung in eine andere Klinik) sind Teil der stationären Behandlung.

Die Krankenversicherung beteiligt sich zu 50 Prozent, höchstens mit CHF 5000.– pro Kalenderjahr an den **Rettungskosten in der Schweiz** (KLV 27). Die Rettung unterscheidet sich vom blossen medizinisch notwendigen Transport darin, dass die versicherte Person aus einer lebensbedrohlichen Situation befreit bzw. zur Abwendung einer lebensbedrohlichen Situation der Behandlung zugeführt wird. Ob es sich um eine Rettung oder einen Transport handelt, entscheidet der behandelnde Arzt, der den Patienten zuerst antrifft.

Transport- und Rettungskosten welche in einem EU-Staat, Island, Norwegen oder dem Vereinigten Königreich anfallen werden gem. Sozialversicherungsabkommen nach dem Recht des betreffenden Landes vergütet. In Drittstaaten werden lediglich Transportkosten zu 50 Prozent bis maximal CHF 500.– übernommen. Rettungskosten werden hingegen nicht übernommen.

9.7 **Prävention (KVG 26, KLV 12)**

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt die Kosten für Massnahmen der medizinischen Prävention betreffend

- ▶▶ prophylaktische Impfungen (KLV 12a),
- ▶▶ Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten (KLV 12b),
- ▶▶ Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes (KLV 12c),
- ▶▶ Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in bestimmten Risikogruppen (KLV 12d),
- ▶▶ Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung, die sich an alle Personen einer bestimmten Altersgruppe oder an alle Männer oder alle Frauen richten (KLV 12e);

wobei je die in der Leistungsverordnung erwähnten Detailbestimmungen gelten.

9.7.1 **Gesundheitsförderung Schweiz (KVG19+20)**

Die Krankenversicherer betreiben gemeinsam mit den Kantonen die privatrechtliche Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz». Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit.

Im Rahmen ihrer Strategie 2019–2024 strebt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz folgendes übergeordnete Ziel an:

Die Kantone, die Betriebe sowie die Akteure und Akteurinnen der Gesundheitsversorgung erhöhen ihr Engagement für die Gesundheitsförderung und die Prävention, nutzen mögliche Synergien und überprüfen die Wirksamkeit ihrer Aktivitäten.

Im Einzelnen verfolgt die Gesundheitsförderung Schweiz sechs strategische Ziele

- ▶ Initiieren von kantonalen Aktionsprogrammen: Die Kantone engagieren sich wirksam für die **psychische Gesundheit sowie für eine ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung** von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen.
- ▶ Initiieren betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM): Die Arbeitgeber engagieren sich wirksam für die **psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden** sowie für ein **systematisches BGM**.
- ▶ Initiieren Prävention in der Gesundheitsförderung: Das Potenzial der **Prävention** in der Gesundheitsversorgung zur Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten (NCDs), psychischen Erkrankungen und Sucht ist aufgezeigt und die Verbreitung von wirksamen Projekten durch die Akteure und Akteurinnen der Gesundheitsversorgung ist vorbereitet.
- ▶ Koordinieren: Die ausgewählten Kampagnen zur Stärkung der psychischen Gesundheit sind weiterentwickelt und untereinander koordiniert.
- ▶ Koordinieren: Die Akteure und Akteurinnen von Gesundheitsförderung und Prävention sind **untereinander vernetzt**, lernen voneinander und arbeiten effektiv und effizient zusammen.
- ▶ Evaluieren: Die Wirksamkeit der Massnahmen von Gesundheitsförderung Schweiz ist überprüft und gegenüber Politik, Öffentlichkeit und Akteuren und Akteurinnen von Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt.

Finanziert wird die «Gesundheitsförderung Schweiz» durch einen Prämienzuschlag von CHF 4.80 pro krankenversicherte Person/Jahr, was ein Budget von rund 42 Mio. Franken ergibt.

9.8 Weitere Versicherungsarten (KVAG 2 II, KVAV 1)

Alle Versicherungsbereiche ausserhalb der obligatorischen Krankenpflege- (OKP) und freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG **unterstehen dem Privatversicherungsrecht** und sind gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ausgestaltet. In solchen Systemen ist auch der Abschluss reiner Rentenversicherungen – z.B. einer Invaliditätsrisikoversicherung – möglich (vgl. auch Kapitel XVI, Selbstvorsorge).



10. Geldleistungen (KVG 67 ff)

Mehrere Vorstösse, die Taggeldversicherung für Arbeitskräfte obligatorisch zu erklären, sind gescheitert.

Für die Kompensation des Lohnausfalls kann eine Taggeldversicherung – in Form einer Kollektivversicherung durch den Arbeitgeber oder als Einzelversicherung durch die Arbeitskraft – abgeschlossen werden. Dies sowohl im Rahmen der sozialen Krankenversicherung als auch des Privatversicherungsrechts.

10.1 Abschluss einer Krankentaggeldversicherung (KTG) ist möglich als

- ▶ Sozialversicherung (KVG) oder Privatversicherung (VVG)
- ▶ Kollektiv- oder Einzelversicherung
 - wobei Krankenversicherungen nach KVG lediglich die Einzelversicherung anbieten müssen
- ▶ Schadenversicherung (Beweis, dass Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit und Lohnausfall) oder als teurere Summenversicherung (nur im VVG; kein Nachweis des Lohnausfalls, vor allem für Betriebsinhaber/innen und Selbständigerwerbende)

10.1.1 Vertragspartner

- ▶ Wird die Krankentaggeldversicherung **als Einzelversicherung abgeschlossen**, besteht der Versicherungsvertrag zwischen der Einzelperson und dem Versicherer.
- ▶ **An der Kollektiv-Taggeldversicherung sind drei Parteien beteiligt.** Der Versicherungsvertrag wird zwischen dem **Arbeitgeber** und dem **Versicherer** zugunsten der **Arbeitskraft (versicherte Person)** abgeschlossen. Kollektivverträge können auch von Verbänden zugunsten ihrer Verbandsmitglieder abgeschlossen werden.

10.1.2 Abschluss der Kollektiv-KTG-Versicherung

Die Kollektiv-KTG-Versicherung gemäss KVG kann nur abgeschlossen werden von

- ▶ Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitskräfte;
- ▶ Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbänden für ihre Mitglieder und deren Arbeitskräfte;
- ▶ Arbeitnehmerorganisationen und ihre Mitglieder.

Für Abschlüsse gemäss VVG sind auch andere Kollektivpartner denkbar.

Vorteile einer Kollektiv-KTG-Versicherung	
für Arbeitgeber	für Arbeitnehmende
<ul style="list-style-type: none">▶ soziale Verantwortung wird wahrgenommen▶ finanziell planbar▶ gleiche Prämien für alle Mitarbeitenden▶ lückenlose An- und Abmeldungen▶ keine Vorbehalte▶ automatische Anpassung an veränderte Löhne (AHV-Bruttolohnsumme)▶ Gewinnbeteiligung	<ul style="list-style-type: none">▶ Versicherungsschutz auch für vorbestandene Krankheiten (Rückfälle)▶ Prämien für Arbeitnehmende deutlich kleiner als in Einzelversicherung▶ automatische Anpassung an veränderte Lohnverhältnisse▶ Übertrittsrecht in Einzelversicherung ohne Gesundheitsprüfung

10.1.3 Finanzierung/Beitragspflicht

KVG Der Versicherer legt die Prämien für die freiwillige KTG-Versicherung selbst fest, hat aber für gleiche versicherte Leistungen auch gleiche Prämien zu erheben (KVG 76). Er kann diese nach dem Eintrittsalter und der Region (nicht aber nach dem Geschlecht) abstufen und mit entsprechender Wartezeit die Prämie reduzieren.

Wenn der Versicherer eine Prämienanpassung verfügt, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht.

VVG Der Versicherer legt die Prämien für die KTG-Versicherung selbst aufgrund von Erfahrungstarifen fest. Die Prämien können je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich sein (risikogerechte Prämien ohne Solidaritäten ausserhalb des jeweiligen Versichertenkollektivs). Im Fall von Prämienanpassungen sehen die AVB meist ein Kündigungsrecht vor (Prämienanpassungsklausel).

10.2 Dauer der KTG-Versicherung

10.2.1 Beginn

Massgebend ist, was im Versicherungsvertrag steht.

- ▶ Sofort, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit
 - ▶ Aufgeschoben, erst nach Ablauf einer gewissen Frist

Durch den **Aufschub des Leistungsbeginns** (gebräuchliche Optionen sind ab 3., 10., 30., evtl. 90. Tag) kann die Prämie gesenkt werden.

- ▶ Je länger der Aufschub, desto günstiger die Prämie; bzw. mit gleicher Prämie wird die Leistung entsprechend höher.

Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG (KVG 67–77, KVV 107–109)

Personen zwischen dem 15. und dem 65. Altersjahr, die in der Schweiz wohnen und/oder arbeiten, können freiwillig eine Taggeldversicherung abschliessen.

Eine Beschränkung auf die Risiken Krankheit und Mutterschaft (und somit der Unfallausschluss) ist möglich. Für die Taggeldversicherung kann ein anderer Versicherer gewählt werden als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Im Gegensatz zur OKP ist im Rahmen des KVG ein **Kollektivvertrag mit verhandelbaren Konditionen und eine Beschränkung des zu versichernden Personenkreises zulässig.**

10.2.1.1 Versicherungsvorbehalte

Versicherer können auf bestehende Krankheiten oder frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können, einen Vorbehalt anbringen oder im Fall von KTG-Versicherungen nach VVG Aufnahmeanträge vollständig ablehnen. In der Regel wird eine Gesundheitsprüfung verlangt. In Kollektivverträgen nach VVG wird vielfach für Grossbetriebe von einer Gesundheitsprüfung der neu eintretenden Mitarbeitenden abgesehen (vorbehaltlose Deckung mit Beginn des Arbeitsvertrags).

Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG

Im Rahmen der KTG-Versicherung nach KVG darf ein Versicherungsvorbehalt von längstens fünf Jahren angebracht werden (KVG 69). Gemäss detaillierter schriftlicher Mitteilung an die betreffende versicherte Person werden dadurch bestimmte Leistungen im Taggeldbereich nicht übernommen.

Muss nun eine taggeldversicherte Person infolge Stellenwechsels oder Ausscheidens aus dem Tätigkeitsgebiet den Versicherer wechseln, darf der neue KTG-Versicherer (KVG) keine neuen Vorbehalte anbringen. Er kann aber die Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist übernehmen.

Anzeigepflicht

Die Versicherungsanträge müssen wahrheitsgetreu ausgefüllt werden. Auch gesundheitliche Beeinträchtigungen, die einem belanglos erscheinen oder vor langer Zeit eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten, sind zu erwähnen. Stellt sich später heraus, dass die Angaben nicht stimmen, wird seitens der Versicherer rigoros sanktioniert.

KVG Reaktionsfrist: 1 Jahr ab Kenntnisnahme

Wirkung: rückwirkender Vorbehalt, mit entsprechender statutarischer Bestimmung, auch Ausschluss.

VVG Reaktionsfrist: 4 Wochen ab Kenntnisnahme

Wirkung: Der Versicherer ist berechtigt, innert 4 Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis genommen hat, den Vertrag zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Durch die Kündigung erlischt auch die Leistungspflicht für bereits erbrachte Leistungen, die im Zusammenhang mit der Anzeigepflichtverletzung stehen. Allfällig bereits bezahlte Leistungen kann der Versicherer zurückfordern. Die Prämie bis zur Kündigung bleibt immer geschuldet. Allenfalls bietet der Versicherer einen neuen Vertrag mit Vorbehalt oder Ausschluss an.

10.2.2 Ende der KTG-Versicherung

KVG Behandlungsprinzip

Mit Austritt aus der Versicherung erlischt die Leistungspflicht auch für einen bereits laufenden Fall. Sind 720 volle Taggelder innerhalb von 900 Tagen bezogen, erlischt die Taggeldversicherung nach KVG automatisch.

VVG Trennung von Deckung und Leistung

Mit Ende der Versicherung erlischt die Deckung für zukünftige Schäden, die Leistungen für laufende Schäden erlöschen von Gesetzes wegen nicht! Dies kann jedoch in den AVB vorgesehen werden.

10.2.3 Übertritt von Kollektiv-KTG- in Einzelversicherung

Das Übertrittsrecht in der Taggeldversicherung nach KVG ermöglicht versicherten Personen beim Austritt aus dem Kollektiv, in der Regel durch Austritt aus Firma, die Versicherung als Privatperson beim bisherigen KTG-Versicherer im bisherigen Umfang weiterzuführen.

Durch den Übertritt darf der Versicherer **keine neuen Gesundheitsvorbehalte anbringen** (ausser wenn ein höheres Taggeld versichert wird) und **kein höheres Eintrittsalter anwenden**.

In der Taggeldversicherung nach VVG kann das Übertrittsrecht in den allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) jedoch eingeschränkt werden.

Durch den Wechsel von der Kollektiv- in die Einzelversicherung werden die Prämien jedoch erheblich steigen. Einerseits beteiligt sich der Arbeitgeber nicht mehr an den Kosten und andererseits sind wegen der schlechteren Risikostreuung die Einzeltarife erheblich höher (teurer) als die Kollektivtarife.

Anwendungsbereich

- ▶ Übertritt in die Einzelversicherung infolge Beendigung des Arbeitsverhältnisses (sonst endet der Versicherungsschutz am letzten Arbeitstag);
- ▶ Übertritt in Einzelversicherung infolge Auflösung der Versicherungspolice (Geschäftsaufgabe, Konkurs des Arbeitgebers usw.).

10.2.3.1 Die Informationspflicht

Die Informationspflicht über Rechte und Pflichten der versicherten Person obliegt dem Versicherer, wird aber oft an den Arbeitgeber delegiert. Wird die Information über das Übertrittsrecht (nachweislich) unterlassen, bleibt die betroffene Person weiter im Rahmen der KTG-Versicherung gedeckt.

10.2.3.2 Frist für Übertritt in Einzelversicherung

KVG innerhalb von drei Monaten

nach Information durch Arbeitgeber oder Krankenversicherer

VVG Frist gemäss Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) in der Regel 30 bis 90 Tage nach dem Ausscheiden aus dem Kollektiv

10.3 Abdecken der Lohnfortzahlungspflicht

Durch den Abschluss einer Kollektiv-KTG-Versicherung für sein Personal kann der Arbeitgeber ihr die Lohnfortzahlungspflicht übertragen, wenn diese Versicherung seiner Lohnfortzahlungspflicht gleichwertig ist.

Dies wurde durch die Gerichte bejaht, wenn

- ▶ die für die fragliche Zeit geschuldete Versicherungsleistung mindestens 80 Prozent des ausgefallenen Lohnes deckt und
- ▶ der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der anfallenden Prämien zulasten des Betriebes übernimmt
- ▶ die Leistungsdauer mindestens 720 Tage innert 900 Tagen beträgt

10.3.1 Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers

Das Arbeitsvertragsrecht (OR 324 I–IV und 324b) **verpflichtet den Arbeitgeber** einer Arbeitskraft, die ohne ihr Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert ist, eine gewisse Zeit lang zur Lohnfortzahlung. Die Gerichtspraxis betreffend Dauer der Lohnfortzahlung führt teilweise zu regional unterschiedlichen Lösungen. In der nachstehenden Aufstellung in Wochen gilt ein Monat als vier Wochen (teilweise Rechtsprechung und Praxis über Lohnfortzahlung in Monaten).

Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers			
Quelle: kmu.admin.ch			
Dauer des Arbeitsverhältnisses	Lohnanspruch		
	Basler Skala	Berner Skala	Zürcher Skala
bis 3 Monate	keine Lohnfortzahlungspflicht		
4 bis 12 Monate	3 Wochen	3 Wochen	3 Wochen
im 2. Anstellungsjahr	8 Wochen	4 Wochen	8 Wochen
im 3. Anstellungsjahr	8 Wochen	8 Wochen	9 Wochen
im 4. Anstellungsjahr	12 Wochen	8 Wochen	10 Wochen
im 5. Anstellungsjahr	12 Wochen	12 Wochen	11 Wochen
im 6. Anstellungsjahr	12 Wochen	12 Wochen	12 Wochen
im 7. Anstellungsjahr	12 Wochen	12 Wochen	13 Wochen

Fortsetzung auf der nächsten Seite

im 8. Anstellungsjahr	12 Wochen	12 Wochen	14 Wochen
im 9. Anstellungsjahr	16 Wochen	12 Wochen	15 Wochen
im 10. Anstellungsjahr	16 Wochen	16 Wochen	16 Wochen
im 11. Anstellungsjahr	16 Wochen	16 Wochen	17 Wochen
im 12. Anstellungsjahr	16 Wochen	16 Wochen	18 Wochen
im 13. Anstellungsjahr	16 Wochen	16 Wochen	19 Wochen
im 14. Anstellungsjahr	20 Wochen	16 Wochen	20 Wochen
im 15. Anstellungsjahr	20 Wochen	20 Wochen	21 Wochen
im 16. Anstellungsjahr	20 Wochen	20 Wochen	22 Wochen
im 17. Anstellungsjahr	20 Wochen	20 Wochen	23 Wochen
im 18. Anstellungsjahr	20 Wochen	20 Wochen	24 Wochen
im 19. Anstellungsjahr	24 Wochen	20 Wochen	25 Wochen
im 20. Anstellungsjahr	24 Wochen	24 Wochen	26 Wochen
im 21. Anstellungsjahr	24 Wochen	24 Wochen	27 Wochen
im 22. Anstellungsjahr	24 Wochen	24 Wochen	28 Wochen
im 23. Anstellungsjahr	24 Wochen	24 Wochen	29 Wochen
im 24. Anstellungsjahr	24 Wochen	24 Wochen	30 Wochen
im 25. Anstellungsjahr	24 Wochen	24 Wochen	31 Wochen
in folgenden Anstellungsjahren	24 Wochen	24 Wochen	+ 1 Woche pro Jahr

Falls arbeitsvertraglich nichts anderes vorgesehen ist, gilt

- ▶ die Zürcher Skala in den Kantonen Zürich, Schaffhausen und Thurgau
- ▶ die Basler Skala in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft
- ▶ die Berner Skala in den übrigen Kantonen

10.4 Anspruch auf Taggeld

KVG Ein Taggeldanspruch entsteht, wenn die versicherte Person zumindest zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Das volle Taggeld wird gewährt, wenn die betroffene Person gänzlich arbeitsunfähig ist. Im Fall von teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend gekürzt und der Versicherungsschutz für die verbleibende Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten. Ist nichts anderes vereinbart, geht – zumindest für die Dauer der Lohnfortzahlungspflicht – das Taggeld an den Arbeitgeber.

Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen **während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen** zu leisten (KVG 72). Eine um die Lohnfortzahlungsdauer des Arbeitgebers verkürzte Mindestbezugsdauer ist möglich.

VVG Für Taggeldversicherungen nach VVG ist massgebend, was in den Versicherungsbestimmungen steht. Der Taggeldanspruch entsteht vielfach schon ab 25 Prozent Arbeitsunfähigkeit und Leistungstage zählen auch bei reduzierten Leistungen als volle Leistungstage.

10.4.1 Taggeldanspruch während der Mutterschaft (Geburtengelder)

Die entsprechenden Regelungen entfalten nur dann Wirkung, wenn in der KTG-Versicherung das Risiko Mutterschaft mitversichert ist (in Versicherungen nach KVG zwingend mitzuversichern).

- ▶ Die Mutterschaftsleistungen (Geburtengelder) **dürfen nicht** an die maximale Leistungsdauer der KTG-Versicherung angerechnet werden.
- ▶ Mit Vorliegen einer Kollektiv-KTG-Versicherung besteht ein Kündigungsschutz, solange die Mutter Anspruch auf Geburtengelder hat; d.h., während 16 Wochen nach der Niederkunft.

Sonst sind die Bestimmungen unterschiedlich, je nachdem, ob der Abschluss der KTG-Versicherung nach KVG oder VVG erfolgt ist.

Anspruch auf «Geburtengelder»		
nach KVG (KVG 74)	Unterschiede	nach VVG
Risiko Mutterschaft ist zwingend mitversichert	Deckungsumfang	Risiko Mutterschaft ist nur auf Antrag mitversichert
Vorgängige Versicherungsdauer mindestens 270 Tage (Unterbruch max. 3 Monate)	Versicherungsbeginn	Regelung gemäss Versicherungsvertrag
Leistung 16 Wochen, davon mind. 8 nach der Geburt	Leistungsdauer	In der Regel 16 Wochen Leistungen (nach der Geburt)
Die Mutterschaftsentschädigung der EO (MSE) geht vor, Kürzung des Geburtengeldes bis zur Überentschädigungsgrenze. Sie wird ans Geburtengeld angerechnet (KVV 110)	Koordination mit MSE	Während der 14 Wochen wird die MSE ergänzt, für die restlichen 2 Wochen der Lohnausfall gemäss vereinbartem Taggeld kompensiert

10.4.2 Koordination/Überentschädigung und ihre Folgen

KTG-Ansprüche können mit (Sozial-)Versicherungsleistungen zusammentreffen. Dabei gilt es zu beachten, dass nur im Rahmen der Versicherungen nach KVG die Koordinationsregeln des ATSG (Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts) zur Anwendung gelangen.

KVG Grundsätzlich gilt das Überentschädigungsverbot (ATSG 69); Taggelder können unter Vorbehalt der Überentschädigung kumulativ zu Renten gewährt werden (ATSG 68).

VVG Massgebend sind die AVB; meist Komplementärversicherung (ergänzend zur Sozialversicherung); keine Berücksichtigung der Überentschädigung in reinen Summenversicherungen.

10.4.2.1 **Zusammentreffen von Anspruch auf KTG mit Taggeldanspruch Arbeitsloser**

Wer Arbeitslosenentschädigung bezieht und erkrankt, hat ggf. innerhalb der ersten 30 Kalendertage Anspruch auf die entsprechende Entschädigung. Danach wird der Anspruch mangels Vermittlungsfähigkeit eingestellt, bis die betroffene Person wieder gesund ist. Ohne KTG-Versicherung ist in der Folge der Einkommensausfall nicht mehr gedeckt. Deshalb wird der Abschluss einer aufgeschobenen KTG-Versicherung (Leistungsbeginn am 31. Tag) dringend empfohlen.

Das KVG präzisiert für die entsprechende Versicherung, dass mit einer Arbeitsunfähigkeit ab 25 Prozent das halbe (sofern dies in den Versicherungsbedingungen vorgesehen ist) bzw. ab 50 Prozent das volle versicherte Krankentaggeld ausgerichtet wird (KVG 73).

Diese Regelung gilt gemäss VVG 100 ebenso für die privatrechtliche Taggeldversicherung nach VVG, sodass die privat Taggeldversicherten nicht schlechter gestellt sind.

10.4.2.2 **Überentschädigung durch IV-Rente und KTG**

Grundsatz: Die IV-Rente geht vor. Dabei besteht kein Unterschied, ob es sich um eine Kollektiv- oder eine Einzel-KTG-Versicherung handelt und ob diese nach KVG (Sozialversicherung) oder VVG (Privatversicherung) abgeschlossen wurde.

- ▶ Für Kollektiv-KTG-Versicherungen nach VVG gilt es betreffende Details in den AVB zu beachten.
- ▶▶ **Das KTG nach KVG** wird komplementär ausgerichtet. Wenn das Taggeld infolge Überentschädigung (Zusammentreffen von Leistungen mehrerer Sozialversicherungen; ATSG 69, KVG 78) gekürzt werden muss, hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Somit verlängert sich die Bezugsfrist entsprechend der Kürzung. War eine Person nur teilweise arbeitsunfähig, verbleibt ihr der Rest des Taggeldes für den Fall einer späteren Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit (KVG 72 IV).
- ▶▶ **Das KTG nach VVG** wird in der Regel gekürzt, wenn sie als Schadenversicherung (vgl. AVB) abgeschlossen wurde. Meist wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Bezugstage zählen auch im Fall von Teilbezügen voll. Massgebend sind die AVB. Das Gesetz selber enthält keine Regeln. Falls es sich um eine Summenversicherung (Betriebsinhaber usw.) handelt, wird der Betrag vollumfänglich ausbezahlt.

Die Vorsorgeeinrichtung kann in ihren reglementarischen Bestimmungen vorsehen, dass der Anspruch auf die Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge aufgeschoben wird, solange die versicherte Person den vollen Lohn erhält (BVG 26 II, BVV2 26). Da die entsprechenden Leistungen der Kollektiv KTG-Versicherung der Lohnfortzahlung gleichgestellt sind, ist dies sinnvoll und wird in der Regel entsprechend gehandhabt.

Lösung, wenn Kollektiv-KTG, zusätzliches Wartejahr für BVG/IV				
80%	AHV-Lohn			
60%		KTG	IV-Rente	KVG
40%				BVG/IV-Rente
20%				
		1. Jahr Wartejahr	2. Jahr BVG-Aufschub	

Wenn **der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter krankheitshalber gekündigt** wird, werden diese Taggelder meistens nur weitergewährt, wenn sie/er in die Einzelversicherung übertritt. In solchen Fällen ist die Prämie aber ausschliesslich von der versicherten Person zu erbringen. Laut neuester Rechtsprechung ist die Invalidenrente der beruflichen Vorsorge bereits nach Ablauf des Wartejahres auszurichten (ggf. später, wenn erst nach einem überjähri-gen Taggeldbezug gekündigt worden ist).

10.5 Abschluss unter Sozial- oder Privatversicherungsrecht?

KVG	Unterschiede	VVG
Sozialversicherung (KVG); Abschluss freiwillig; Versicherer müssen Einzel-KTG-Versicherung durchführen (KVG 13)	Aufnahmepflicht	Freiwillige Versicherung nach Privatrecht (VVG); Keine Aufnahmepflicht! Bestätigungsfrist 14 Tage bzw. 4 Wochen (VVG 1 I+II)
Begrenzte Angebote bezüglich Höhe des Taggeldes; Abschluss einer Einzelversicherung ab 15. bis vor Erreichen des 65. Altersjahrs möglich	Deckungsumfang	Variante KTG nur während gesetzlicher Lohnfortzahlungsfrist. Volldeckungsvariante, mit aufgeschobener BVG/IV-Leistungspflicht prüfenswert
Vorbehalt im Taggeld für max. 5 Jahre möglich (KVG 69)	Versicherungsvorbehalt/Leistungsausschluss	Leistungsausschlüsse möglich, dies für die ganze Dauer der Versicherung
Unbeschränkt	Versicherungsdauer	In der Regel limitiert (meist 1 bis 3 Jahre); stillschweigende Vertragsverlängerung um 1 Jahr (VG 47)
Freiwilliger Austritt mit Kündigungsfrist	Kündigungsrecht	Kündigungsrecht für Versicherer im Schadenfall (VG 42) oder auf Vertragsende
Für Männer und Frauen gleich (KVG 76), Gleichbehandlung aller Mitglieder. Wenn Prämienanpassung verfügt, Kündigungsrecht	Prämienhöhe	Risikogerechte Prämien, d.h., je Geschlecht und Alter unterschiedlich; Anpassungen auch ohne Kündigungsrecht möglich. Kündigungsrecht bei Prämien-erhöhung meist in den AVB vorgesehen

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Innerhalb von drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung betr. Übertrittsrecht (muss vorgelegt werden; KVG 71 II)	Übertrittsrecht aus Kollektiv- in Einzelversicherung	Durch Vers.-Vertrag geregelt, meist zwecks Erhalt des Versicherungsschutzes gegeben (innerhalb von 30 bis 90 Tagen)
Mutterschaft ist automatisch im KTG versichert (KVG 72)	Deckungsumfang betr. Mutterschaft	Mutterschaft ist nur auf Antrag versichert
Gesetzliche Pflichtleistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit mindestens 50%	Leistungsumfang	Leistungen werden gemäss Vertrag (AVB) ausgerichtet; vielfach schon ab Arbeitsunfähigkeit 25%; Kulanzleistungen möglich
Einfaches, kostenloses Verfahren: Verfügung verlangen, Einsprache, kant. Sozialvers.-Gericht, Bundesgericht in Luzern	Rechtsweg	Formlose Ablehnung; allgemeiner, kostenpflichtiger Rechtsweg; nur in gewissen Fällen prozessuale Erleichterungen

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29–30)

In Abweichung zu ATSG 29 II ist in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Anmeldung von Leistungsansprüchen kein Formular erforderlich. Hingegen wird für den Taggeldbezug eine schriftliche Meldung mit ärztlicher Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit verlangt.

Sollte der Krankenversicherer für die Übernahme von Leistungen eines Unfalls in Betracht kommen, hat die Unfallmeldung sofort zu erfolgen, damit die Koordination mit anderen möglicherweise leistungspflichtigen Sozialversicherern erfolgen kann (KVV 111).

Rechnungsstellung (KVV 59–59a^{ter})

Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für das Prüfen und Berechnen der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen erforderlich sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

- ▶ Kalendarium der Behandlungen;
- ▶ Erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- ▶ Diagnosen und Prozeduren, die zur Bezeichnung der anwendbaren Tarife notwendig sind;
- ▶ Kennnummer der Versichertenkarte und Versichertennummer der AHV;
- ▶ Für Versicherungsleistungen des Spitals gemäss DRG, die Identifikationsnummer.

Für Analysen erfolgt die Rechnungsstellung durch das Laboratorium an den Patienten bzw. die Patientin.

11.1.1 Nachforderung (ATSG 24)

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen gemäss KVG erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für den die Leistung geschuldet war. Der Anspruch auf ausstehende Leistungen gemäss VVG erlischt ebenfalls nach fünf Jahren.

11.2 Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19, KVG 42, 56) Kostenvergütung durch Krankenversicherer

Es sind zwei Möglichkeiten von Vereinbarungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vorgesehen, wem die Rechnung zum Begleichen zugestellt wird:

» System des «tiers garant»

Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Krankenversicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. Dieser kann in Abweichung von ATSG 22 I dem Leistungserbringer abgetreten werden.

Im Fall der stationären Behandlung schuldet der Versicherer allerdings dennoch den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung (Neuregelung im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung).

» System des «tiers payant»

Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Krankenversicherer die Vergütung schuldet. Mit dieser Regelung stellt der Krankenversicherer der versicherten Person die Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und, wenn nicht bereits beglichen, Franchise) in Rechnung.

Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Im System des «tiers payant» erhält die versicherte Person eine Kopie der an den Versicherer gesandten Rechnung.

Krankentaggelder

Gemäss ATSG werden periodische Geldleistungen in der Regel monatlich ausbezahlt, dies gilt auch für die Krankentaggelder. Grundsätzlich hat die versicherte Person Anspruch auf das Taggeld. Betriebe mit einer Kollektivtaggeldversicherung haben in der Regel für die Dauer der Lohnfortzahlungspflicht Anspruch auf die Taggeldzahlungen (Vorsicht: für diesen Teil erfolgt keine Abrechnung von AHV-Beiträgen). Massgebend sind die Bestimmungen des betreffenden Versicherungs- und Arbeitsvertrags.

11.2.1 Leistungsbezug im Ausland

Personen, die in der Schweiz krankenversichert sind, können sich für eine Behandlung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), grundsätzlich nicht ins Ausland begeben.

Nachstehende Ausführungen gelten auch für Personen, die nicht über die obligatorische Unfallversicherung für Freizeitunfälle gedeckt sind (d.h. ohne UVG- oder nur BU-Deckung).

11.2.1.1 Erkrankung im EU-/EFTA-Raum

Erkranken in der Schweiz versicherte Personen in den Ferien oder auf einer Dienstreise in einem der EU-Mitgliedsstaaten kommt für Schweizer/innen und Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates die Leistungsaushilfe im Rahmen der bilateralen Verträge (**FZA**) zum Tragen.

Dasselbe gilt für in der Schweiz krankenversicherte Personen mit Staatsangehörigkeit Schweiz, Island, Norwegen und (gemäss Sozialversicherungsabkommen CH ⇔ UK) dem Vereinigten Königreich, die dort erkranken.

Solche Personen, die in einem anderen Mitgliedsstaat (FZA), als sie ihre Versicherungsprämien zu entrichten haben, erkranken, erhalten in diesem Land die erforderliche Behandlung, wie sie den Einwohnenden zukommen würde (Leistungsaushilfe, Details vgl. Kapitel XVIII grenzüberschreitende Sozialversicherungen). Als entsprechender Ausweis gilt die europäische Versichertenkarte, die alle Krankenversicherer ihren Versicherten abgeben.

Es werden keine Repatriierungskosten übernommen.

Ebenfalls zu beachten gilt, dass erkrankte oder verunfallte Personen aus der Schweiz oft in Privatspitäler gebracht werden. Diese Leistungen sind aus der Grundversicherung nach KVG nicht gedeckt.

11.2.1.2 Erkrankung während Auslandsaufenthalten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums (KVV 36)

Erkranken in der Schweiz krankenversicherte Personen im Ausland, ohne dass die Regelungen der Leistungsaushilfe gemäss FZA zu Tragen kommen, **wird** zulasten unserer OKP **nur die notfallmässige Behandlung übernommen.**

- ▶ Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.

In Drittstaaten wird der Transport zu 50 Prozent bis maximal CHF 500.– bezahlt. KLV 26 macht keine Einschränkung auf die Schweiz.

- ▶ Der Abschluss einer Ferien-, Reise- und ggf. Assistenzversicherung wird dringend empfohlen. Zu beachten gilt, dass erkrankte oder verunfallte Personen aus der Schweiz im Ausland oft in Privatspitäler gebracht werden, deren Behandlung eh nicht zulasten unserer OKP geht. Der Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung ist auch für einen befristeten Zeitraum möglich (Beratung durch Krankenversicherer, Touring-Club Schweiz usw.).

11.2.2 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22)

Der Anspruch auf Leistungen ist gemäss ATSG weder abtretbar noch verpfändbar. Diese Problemstellung dürfte sich – abgesehen vom Krankentaggeld – kaum stellen, da der Krankenversicherer ausgewiesene, bereits entstandene und in der Regel vorfinanzierte Kosten vergütet. Hingegen ist eine Abtretung des Guthabens der Krankenversicherung an den Leistungserbringer (z.B. Arzt) in Abweichung von ATSG 22 zulässig.

Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder der privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit sie Vorschusszahlungen geleistet haben. Dasselbe gilt für im Rahmen der Vorleistungspflicht gemäss ATSG 70 erbrachte Leistungen.

11.2.2.1 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder einer Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorglich betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfeeinrichtung angewiesen – ist.

Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, den Versicherer in der Feststellung des Sachverhalts zu unterstützen sowie wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

Meldepflicht (ATSG 31)

Grundsätzlich ist die Meldepflicht der Versicherten gegenüber dem Krankenversicherer auf vertraglicher Basis geregelt. Gemäss ATSG ist jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen von den Bezüger/innen, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan zu melden.

11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten (ATSG 21)

Die Regelung von ATSG 21 bezieht sich nur auf Geldleistungen, also auf die freiwillige Taggeldversicherung. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kommt sie nicht zum Tragen.

Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen (KVG 64a)

Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien und/oder Kostenbeteiligungen nicht, hat ihr Krankenversicherer sie schriftlich zu mahnen und ihr hernach eine Zahlungsaufforderung mit einer Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen. Wenn die entsprechende Zahlung ausbleibt, muss der Versicherer die Betreuung anheben.

Der Kanton kann verlangen, dass der Versicherer der zuständigen kantonalen Behörde die Personen, die betrieben werden, bekannt gibt.

Können die Ausstände durch die Betreuung nicht beglichen werden, wird ein Verlustschein ausgestellt. Der Kanton übernimmt 85 Prozent dieser Forderung. Der Versicherer bewahrt die Verlustscheine bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Forderungen auf. Im Fall eines Zahlungseingangs vergütet er dem Kanton davon die Hälfte des von der versicherten Person erhaltenen Betrags.

- ▶ Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien und/oder Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Krankenversicherer nicht wechseln. Ausgenommen davon sind volljährige Personen mit säumigen Ausständen aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit.

Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen. Diese ist nur den Leistungserbringern, den Gemeinden und dem Kanton zugänglich. Für solche Versicherte verhängt der Krankenversicherer – abgesehen von Notfallbehandlungen – einen Leistungsaufschub, bis die Forderungen beglichen sind. Davon setzt er die kantonale Behörde in Kenntnis.

11.5 **Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 24–25, ATSV 4–5)**

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «in gutem Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider; d.h., hier ist die zu viel bezogene Entschädigung generell zurückzuerstatten. Die grosse Härte ist in der ATSV definiert.

11.5.1 **Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72–73, KVG 79)**

Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der Sozialversicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein (Subrogation).

Entgegen den Bestimmungen von ATSG 75 II haben in der Krankenversicherung Familienangehörige und Arbeitgeber kein Regressprivileg. Der Krankenversicherer kann also nicht nur bei absichtlich oder grobfahrlässig verursachten Schäden auf sie zurückgreifen.

11.6 **Rechtspflegeverfahren**

11.6.1 **Bezüglich der sozialen Krankenversicherung**

11.6.1.1 **Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und dem Krankenversicherer (ATSG 51 II, KVV 127)**

Die Krankenversicherungsleistungen werden im formlosen Verfahren gewährt. Dies gilt – in Abweichung von ATSG 49 I – auch für erhebliche Leistungen.

Wer den Rechtsweg beschreiten will, hat somit zuerst eine Verfügung zu verlangen. Diese muss innerhalb von 30 Tagen erlassen werden.

1. **Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52)**

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügenden Stelle Einsprache** erhoben werden. Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. **Beschwerde (ATSG 58)**

Gegen Einspracheentscheide kann innerhalb von **30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** im Wohnsitzkanton Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zudem ist eine Beschwerde möglich, wenn der Versicherer keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (Rechtsverweigerungs- bzw. Rechtsverzögerungsbeschwerde).

3. **Beschwerde am Bundesgericht (ATSG 62)**

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern

erhoben werden, sofern der entsprechende Fall gemäss Bundesgerichtsgesetz in dessen Kompetenz fällt. Das Bundesgericht entscheidet abschliessend.

11.6.1.2 Streitigkeiten unter den Versicherern (KVG 87)

Im Fall von Streitigkeiten unter sich ist das (Sozial-)Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der beklagte Versicherer seinen Sitz hat. Es gilt das Klageverfahren, d.h., die Versicherer können nicht gegeneinander verfügen.

11.6.1.3 Streitigkeiten zwischen Versicherer und Leistungserbringern (Schiedsgericht; KVG 89)

Auch zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern können Unstimmigkeiten entstehen, so beispielsweise über die Anwendung eines Tarifvertrages oder bezüglich Rückforderungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Für diese Fälle bezeichnet der Kanton ein Schiedsgericht.

- I. Zuständig ist das **kantonale Schiedsgericht** des Kantons, dessen Tarif zur Anwendung gelangt, oder desjenigen Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt.
- II. Die Entscheide der Schiedsgerichte können in letzter Instanz mittels **Beschwerde ans Bundesgericht** in Luzern weitergezogen werden. Auch hier hat das BAG neben den am Verfahren beteiligten Parteien eine Beschwerdelegitimation.

11.6.2 Streitigkeiten bezüglich der Zusatzversicherungen

Ist die versicherte Person mit der ihr aus der Zusatzversicherung zugeordneten Leistung nicht einverstanden, **kommt das zivilrechtliche Verfahren nach den Prozessregeln des Privatrechts zur Anwendung!** Dies bedeutet das Fehlen der Rechtsmittel Einsprache und Beschwerde, da ja in der Privatversicherung nicht verfügt werden kann.

Ansprüche sind im Streitfall mit dem Rechtsmittel der Zivilklage vor dem kantonalen Zivilgericht geltend zu machen (Weiterzug ans Bundesgericht). Für zivilrechtliche Ansprüche würde an sich gelten, dass:

- ▶ das **Verfahren nicht kostenlos ist**: bei Unterliegen Auferlegung von Verfahrens- und Anwaltskosten der Gegenpartei;
- ▶ nicht das Gericht, sondern die **Parteien, für die Abklärung des Sachverhalts zuständig sind** (Beweispflicht bei den Parteien!);
- ▶ die **Verhandlungsmaxime** (im Gegensatz zur Officialmaxime des Beschwerdeverfahrens) greift; d.h., vergessene oder nicht beweisbare prozessrelevante Fakten vom Zivilgericht nicht berücksichtigt werden.

Um diese Nachteile zu mildern, wird in der Zivilprozessordnung (ZPO) Art. 243 für die kantonalen Gerichte ein vereinfachtes Verfahren für die Heilungskosten-Zusatzversicherungen der Krankenversicherer vorgesehen.

- ▶ Es kann vereinfacht Klage eingereicht werden und der Richter erhebt den Sachverhalt von Amtes wegen. Zudem werden keine Kosten erhoben.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

Obligat. Krankenpflegeversicherung (in Millionen CHF)	1996 Einführ. KVG	2000	2010	2015	2020
Einnahmen Total	11 450	13 511	22 153	27 032	32 218
Prämien					
▸ der Versicherten	9 568	10 788	17 920	22 639	27 137
▸ der öffentlichen Hand					
MwSt.	–	–	--	–	–
Prämienverbilligung Bund	2 471	2 545	1 974	2 355	2 849
Prämienverbilligung Kantone	keine Angaben	1 719	2 006	1 958	2 615
Ertrag der Anlagen (Zinsen)	275	396	319	198	200
Übrige Einnahmen		156	258	56	–14
Ausgaben Total	10 781	14 204	22 200	27 793	31 591
Bezahlte Leistungen	12 459	13 190	20 844	25 986	29 796
▸ Leistungen brutto	11 307	15 478	24 292	30 122	34 467
▸ Kostenbeteiligung der Versicherten	–1 679	–2 288	–3 409	–4 136	–4 670
Verwaltungsaufwand/Abschreibungen	963	870	1 245	1 316	1 582
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	–270	–692	–46	–761	609
Rückstellungen für unerledigte Vers.fälle	k.A.	3 956	5 227	5 963	6 058
Reserven	2 856	2 832	3 116	6 062	10 636
Kapitalkonto KVG	6 311	6 935	8 651	12 142	16 659
Anzahl Krankenversicherer	145	101	81	58	51
Total Versicherte	7 110 473	7 251 810	7 822 633	8 298 383	8 623 451
▸ mit ordentlicher Franchise	4 739 640	3 921 920	2 395 489	1 753 321	1 364 073
▸ mit wählbarer Franchise	2 305 688	2 758 539	1 750 131	1 137 698	798 642
▸ mit eingeschr. Arztwahl (HMO)	121 598	577 841	2 903 838	5 402 946	6 457 240
▸ mit Bonusversicherung	27 828	9 811	5 668	4 418	3 496
Total KVG-Taggeldversicherte	1 497 811	639 885	k.A.	k.A.	k.A.
Total erkrankte Personen	5 599 991	5 947 035	6 497 094	6 877 286	7 311 592
Frauen	2 479 381	2 611 541	2 904 377	3 059 952	3 213 076
Männer	1 921 189	1 981 455	2 200 969	2 392 692	2 622 176
Kinder	1 211 421	1 354 039	1 391 748	1 424 642	1 476 340
Bruttolistung je erkrankte Person					
Frauen CHF/Jahr		2 951.–	4 171.–	4 918.–	5 155.–
Männer CHF/Jahr		2 075.–	3 082.–	3 785.–	4 114.–
Kinder CHF/Jahr		768.–	962.–	1 230.–	1 241.–
k.A. = keine Angaben					

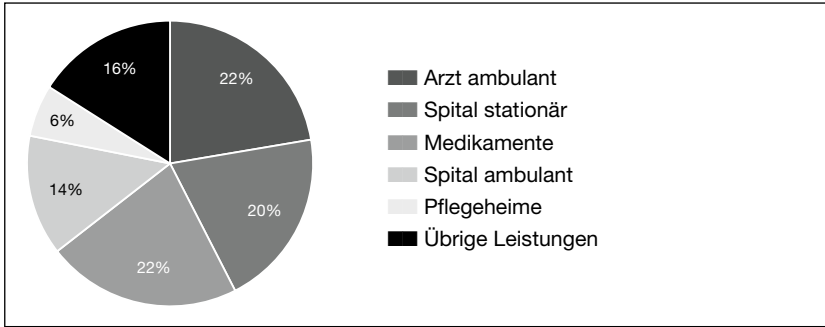
Quelle: BSV Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre

Im Jahr 2020 hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) medizinische Leistungen von insgesamt 34,5 Mrd. Franken bezahlt. Pro versicherte Person sind das durchschnittlich CHF 334.– pro Monat (inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten). Den grössten Anteil machten Behandlungen in Arztpraxen, Medikamente sowie stationäre Spitalbehandlungen aus. Die Kosten der Konsultationen in Arztpraxen betragen 7,7 Mrd. Franken.

7,6 Mrd. Franken vergüteten die Krankenversicherer für Medikamente und 6,9 Mrd. für stationäre Spitalbehandlungen. Insgesamt verursachten diese drei Bereiche die höchsten Kosten. Darauf folgen ambulante Spitalbehandlungen und die Kosten für Pflegeheime.

Die Versicherten beteiligten sich mit insgesamt 4,7 Mrd. Franken an den Kosten (Franchise, Selbstbehalt sowie Beitrag am Spitalaufenthalt).

OKP-Leistungen 2020 nach Kostengruppen



Quelle: BAG, Faktenblatt vom 28.09.2021

Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Kostengruppen (Leistungen OKP)					
Quelle: Interpharma, Gesundheitswesen Schweiz 2021 und BAG-Taschenstatistik 2021					
in Mio. Franken	1998	2000	2010	2015	2020
ambulant	6 611	7 302	11 374	15 218	über 17 000
▶ Arzt	3 748	3 846	5 325	7 007	7 696
▶ Spital (ambulant) ¹	1 303	1 668	3 218	4 186	4 706
▶ Physiotherapie	418	447	623	897	1 154
▶ Spitex	224	253	563	794	1 080
▶ Chiropraktik	56	62	73	83	k.A.
▶ Mittel/Gegenstände	k.A.	k.A.	418	612	769
▶ Labor	k.A.	k.A.	k.A.	1 122	1 607
▶ Übrige ²	589	738	461	517	k.A.
stationär³	4 691	4 936	7 524	8 723	9 005
▶ Spital	3 570	3 696	5 593	6 880	6 944
▶ Pflegeheim	1 092	1 215	1 894	1 799	2 025
▶ Übrige	29	25	37	44	k.A.
Medikamente⁴	2 722	3 241	5 825	6 181	7 579
▶ Arzt			1 620	1 863	2 025
▶ Apotheke			3 134	3 461	3 966
▶ Spital ambulant			611	857	1 361
Total	14 024	15 478	24 292	30 122	36 467
k.A. = keine Angaben ¹ ohne Medikamente // bis und mit 2010 nur ambulant inkl. Labor, Betriebsbeiträge HMO, Mittel und Gegenstände ² ab 2015 Betriebsbeiträge HMO, Komplementärmedizin, Ergotherapie, Logopädie, KVG-Leistungen Zahnärzte, Transport und Rettungskosten ³ inklusive Medikamente ⁴ ohne stationäre Behandlung					

12.1.1 Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP)

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 sind die Gesundheitskosten fast in jedem Jahr angestiegen. Sie waren 2016 absolut gesehen fast doppelt so hoch wie 1996. Allerdings hat derweilen auch die Teuerung zugenommen, so dass die Gesundheitskosten in diesem Zeitraum teuerungsbereinigt nur um 86 Prozent zugenommen haben. In allen Bereichen kam es absolut und relativ zu einem Kostenwachstum.

Relativ sind die Kosten im Bereich der unterstützenden Dienstleistungen wie Laboranalysen oder Rettungstransporte am stärksten gewachsen. Sie haben sich mehr als verdreifacht. Allerdings machen diese Aufwendungen 2016 nur 7,4 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus, was das Bild relativiert. Unter den grösseren Kostenblöcken sind die Kosten speziell für ambulante Kurativbehandlungen gestiegen (sie haben sich mehr als verdoppelt). Stark gewachsen sind auch die Kosten für Rehabilitation (99%) und Langzeitpflege (95%). Die Kosten für Gesundheitsgüter (Medikamente, Therapeutische Apparate und Verbrauchsprodukte) haben um 78 Prozent zugenommen.

Bruttoleistungen OKP pro versicherte Person in Franken, nach Leistungserbringer				
	2013	2019	2020	2021
Spitäler stationär	836.–	882.–	810.–	816.–
Spitäler ambulant	625.–	777.–	785.–	840.–
Arztbehandlung ohne Labor	790.–	896.–	887.–	941.–
Arztbehandlung nur Labor		70.–	67.–	69.–
Apotheken	415.–	463.–	480.–	512.–
Pflegeheime	225.–	220.–	232.–	226.–
Physiotherapie	82.–	131.–	127.–	150.–
Laboratorien	84.–	113.–	119.–	125.–
Spitex-Organisationen	80.–	116.–	118.–	125.–
Übrige	130.–	144.–	138.–	154.–
Versichertenstatistik: Kosten der Versicherten im Wohnkanton				

Quelle: BAG-Kostenmonitoring gemäss Datenpool, Quartalszahlen Q4 2021

12.1.2 2022 liessen wir uns unsere Gesundheit 91,5 Mrd. Franken kosten

Quelle: BFS 18.04.2024, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Schweiz betragen 2022 gemäss OECD-Standards insgesamt 91,5 Mrd. Franken (2020 83,3 Mrd.). Das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum BIP (zu laufenden Preisen) beträgt 11,7 Prozent (2020 11,8%).

Die Kennzahlen 2022 zu den erbrachten Leistungen weisen aus, dass die stationären Kurativbehandlungen (19,6 Mrd. Franken;), die ambulanten Kurativbehandlungen (19,2 Mrd. Franken) und die Langzeitpflege und Hilfe (18,4 Mrd. Franken) zusammen rund 63 Prozent der Gesamtkosten generierten. Die Kos-

ten der Gesundheitsgüter (Medikamente, Verbrauchsmaterialien, therapeutische Apparate) beliefen sich auf 14,6 Milliarden Franken.

52 Prozent der 2022 entstandenen Gesundheitskosten entfielen auf Personen ab 61 Jahren. Mit Ausnahme einiger Altersklassen (0–10 Jahre und 56–75 Jahre) waren die Gesundheitskosten für Frauen (55% der Gesamtkosten) systematisch höher als jene für Männer. Dies ist hauptsächlich auf die für Frauen im gebärfähigen Alter oder während der Wechseljahre erbrachten Leistungen sowie auf den höheren Frauenanteil insbesondere in den höheren Altersklassen zurückzuführen. Diese Zahlen sind im Zeitverlauf relativ stabil.

Finanzierung

Im Jahr 2022 wurde das Gesundheitswesen mit insgesamt 92,9 Mrd. Franken finanziert. Der Staat deckte 32 Prozent dieses Betrags, während die Unternehmen 5 Prozent und die Privathaushalte 60 Prozent übernahmen. Der Restbetrag stammt aus unbekanntem Finanzierungsquellen. Der Anteil der Privathaushalte bezifferte sich auf monatlich CHF 526.– pro Person. Davon entfielen CHF 264.– auf die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung, CHF 68.– auf die Prämien für Zusatzversicherungen und CHF 50.– auf die von der Krankenversicherung vorgesehene Kostenbeteiligung. CHF 138.– bezahlten die Haushalte selbst. Die Differenz zwischen den Beiträgen der Finanzierungsregimes und den Gesundheitskosten lässt sich mit allfälligen Finanzierungsüberschüssen der Versicherungen erklären (obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherungen).

Der Beitrag jedes Finanzierungsregimes fällt je nach Art der gedeckten Leistung unterschiedlich aus. Der Fokus auf einige Leistungen und ihre Finanzierung zeigt, dass die Kosten für Gesundheitsgüter hauptsächlich von der obligatorischen Krankenversicherung (57%) und von den Haushalten (27,5%) getragen werden. Stationäre Kurativbehandlungen werden zu gut drei Vierteln (78%) vom Staat und von der obligatorischen Krankenversicherung (47% bzw. 31%) übernommen, während die Kosten für ambulante Kurativbehandlungen zu 86 Prozent von der obligatorischen Krankenversicherung und den Privathaushalten gedeckt werden (52% bzw. 34%). Die Langzeitpflege und Hilfe wird zu nahezu gleichen Teilen vom Staat und von den Privathaushalten (je rund 30%) sowie von der obligatorischen Krankenversicherung (17%) getragen, während die übrigen Sozialversicherungen (AHV, IV, UV, MV) rund 20 Prozent der Kosten decken.

12.2 Entwicklungstendenzen

12.2.1 Palliative Care stärkt die Selbstbestimmung

Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung entspricht der heutigen Gesellschaft. Die Generation, die in den kommenden Jahren das Rentenalter erreicht, hat sich stark für diese Selbstbestimmung eingesetzt und wird diese auch in Bezug auf das Lebensende vermehrt einfordern. Dabei dürfte der Wunsch, letztlich nicht im sterilen Krankenhaus «an Schläuchen hängend» künstlich am Leben erhalten zu werden, manchen zu einer Organisation der aktiven Sterbehilfe geführt haben.

Gemäss **Definition der WHO** entspricht Palliative Care einer Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.

Mit Palliative Care besteht eine echte Alternative: Sie umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende.

Informationen zu Palliative Care für Betroffene und Angehörige sowie eine Auflistung der Angebote in den verschiedenen Kantonen finden sich unter www.palliative.ch.

12.2.2 «Gesundheit2030»

Quelle: BAG-Website

Die Menschen in der Schweiz haben eine hohe Lebenserwartung und guten Zugang zum Gesundheitssystem. Aber immer öfter leiden sie am Lebensende an pflegeintensiven chronischen Krankheiten. Viele Haushalte haben Mühe, ihre Krankenkassenprämien zu bezahlen. Je nach sozioökonomischem Status haben sie ungleiche Chancen auf Gesundheit.

Mit der gesundheitspolitischen Strategie 2020–2030 will der Bundesrat das System weiter verbessern, damit alle Menschen in der Schweiz auch zukünftig von einem guten und bezahlbaren Gesundheitssystem profitieren. «Gesundheit2030» gibt den gesundheitspolitischen Handlungsrahmen vor, an dem sich alle Akteure im Gesundheitswesen orientieren können.

Die gesundheitspolitische Strategie 2020–2030 konzentriert sich auf die vier dringlichsten Herausforderungen

- ▶ den technologischen und digitalen Wandel;
- ▶ die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen;
- ▶ den Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung;
- ▶ die Chancen auf ein Leben in Gesundheit.

Die neuen Schwerpunkte

Für die Umsetzung gibt «Gesundheit2030» 8 Ziele und 16 Massnahmen vor.

Mit dem digitalen Wandel und den Arbeits- und Umweltthemen setzt der Bundesrat neue Schwerpunkte.

Der **technologische und digitale Fortschritt** verändert das Gesundheitswesen grundlegend. Der Bundesrat will die Digitalisierung und die Nutzung der Daten fördern. Gleichzeitig will er den gesellschaftlichen Dialog über Möglichkeiten und Risiken der neuen Technologien anstossen. Im Zusammenhang mit der künstlichen Intelligenz oder Eingriffen ins Erbgut stellen sich z.B. rechtliche und ethische Fragen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen.

Umwelt und Arbeitswelt nimmt der Bundesrat neu in die Strategie auf. Denn überall, wo Menschen wohnen, arbeiten, lernen oder spielen, wird ihre Gesundheit von äusseren Faktoren beeinflusst. Umwelt und Arbeitswelt gehören zu den wichtigsten Einflüssen. In Anlehnung an die UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung will der Bundesrat Umweltrisiken, z.B. Schadstoffe in Luft und Wasser, senken, Natur und Landschaft erhalten, und die Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt verstärken. Damit deckt Gesundheit2030 auch Themen ab, die ausserhalb der Gesundheitspolitik liegen.

Die **Qualität der Versorgung, die finanzielle Tragbarkeit** und die **demografische Entwicklung** bleiben grosse Herausforderungen. Der Bundesrat will die Pflege gewährleisten, die Gesundheit im Alter fördern, die Qualität der Versorgung erhöhen, die Kosten dämpfen und einkommensschwache Haushalte entlasten. Die Arbeiten, die der Bundesrat in diesen Bereichen in den vergangenen Jahren vorangetrieben hat, werden fortgesetzt, zum Beispiel die Qualitätsstrategie, das Kostendämpfungsprogramm oder die koordinierte Versorgung und die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

12.2.3 **Krankenversicherung wie weiter**

Am 9. Juni 2024 hat das Schweizer Volk zu zwei Initiativen zum Gesundheitswesen Stellung genommen, die «Prämienentlastungsinitiative» und die «Kostenbremseinitiative».

Prämienentlastungsinitiative

Die Initiative sah vor, dass die Versicherten höchstens 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien aufwenden müssen. Bund und Kantone sollten die Prämienverbilligung erhöhen, wobei der Bund mindestens zwei Drittel der Verbilligung übernehmen sollte.

Die Initiative scheiterte sowohl am Volksmehr (55,5% Nein-Stimmen) als auch am Ständemehr. Sofern kein Referendum ergriffen wird, tritt damit der vom Bundesrat und Parlament erlassene Gegenvorschlag in Kraft.

Der Bund erhöht heute seinen Beitrag an die Prämienverbilligung automatisch, wenn die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung und damit die Prämien steigen. Die Kantone sind dazu nicht verpflichtet. Mehrere Kantone haben ihren Beitrag in den letzten Jahren nur teilweise an die gestiegenen Kosten angepasst oder ihren Beitrag sogar gesenkt.

Der Gegenvorschlag sieht vor, dass die Kantone neu abhängig von der Prämienlast zwischen 3,5 und 7,5 Prozent der kantonalen Bruttokosten der obligatorischen Krankenversicherung für die Prämienverbilligung aufwenden müssen.

Kostenbremseinitiative

Die Initiative sah eine Kostenbremse vor. Künftig sollten die Lohnentwicklung und das Wirtschaftswachstum vorgeben, wie stark die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung steigen dürfen.

Auch diese Initiative scheiterte sowohl am Volksmehr (62,8% Nein-Stimmen) als auch am Ständemehr. Sofern kein Referendum ergriffen wird, tritt auch hier der vom Bundesrat und Parlament erlassene Gegenvorschlag in Kraft.

Der Gegenvorschlag sieht vor, dass der Bundesrat in Absprache mit den Akteuren im Gesundheitswesen alle vier Jahre festlegen soll, wie stark die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung höchstens steigen dürfen. Steigen sie stärker, müssen Bundesrat und Kantone korrigierende Massnahmen prüfen.

12.3

Links

[www.bag.admin.ch](#) > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung

Bundesamt für Gesundheit

unter Rubrik in der Schweiz wohnhafte Personen: Dokumentation (pdf)

«**die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz kurz erklärt**»

[www.krankenversicherung.ch](#)

Prämienvergleich der Krankenversicherer

[www.om-kv.ch](#)

Haben Versicherte Probleme mit ihrem Krankenversicherer (soziale Kranken- oder Zusatzversicherung) sind sie nicht auf sich allein gestellt. Sie können die Dienste der Ombudsstelle der Krankenversicherung beanspruchen. Sie befasst sich mit Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenkassen auftreten können.

[www.spo.ch](#)

Schweizerische Stiftung für Patientenschutz, SPO

[www.konsumentenschutz.ch](#)

Stiftung für Konsumentenschutz, Bern

[www.patientenstelle.ch](#)

Konsumentenforum, Bern

[www.kvg.org](#)

Krankenversicherung, wenn im Ausland; CH-Verbindungsstelle

[www.auslandkrankenkasse.ch](#)

Informationen für Personen, die auswandern oder für einige Zeit ins Ausland ziehen

[www.prevention.ch](#)

Prevention.ch vernetzt die Themen Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD), Sucht und psychische Gesundheit. Prevention.ch ist als Drehscheibe konzipiert. Wer auf prevention.ch surft wird von da auf die Website der jeweiligen Organisation verwiesen. Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen mit Partnerorganisationen entwickelte Plattform dient als Inspirationsquelle und Schaufenster für die Branche.

[www.spezialtaetenliste.ch](#)

Liste der in der Schweiz zugelassenen, d.h., wenn ärztlich verordnet, von der Krankenversicherung übernommenen Medikamente

[www.santesuisse.ch](#)

Dachverband Krankenversicherer

Pressemitteilungen, Übersichten, Statistiken usw.

[www.palliativ.ch](#)

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Care; Beiträge und Forschung zu Palliative Care, Palliativkarte Schweiz über Angebote zu Hause, im Akutspital, Langzeitpflege und Hospiz

www.sasis.ch

Tochtergesellschaft von Santésuisse; betreibt in deren Auftrag den Betrieb und die Produktion der elektronischen Branchen-Applikationen im Bereich der Statistik, Leistungserbringer- und Tarifvertrags-Verzeichnisse sowie der Versichertenkarten

www.obsan.admin.ch//de/MonAM

In der Schweiz stellen nichtübertragbare Krankheiten (NCD) und Sucht eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar. Die MonAM-Website präsentiert die Kennzahlen zu diesen Themen: Aktuelle Daten aus verlässlichen Quellen können interaktiv eingesehen werden.

www.tropimed.ch und www.safetravel.ch

www.bag.ch/malaria > Malariaempfehlungen für Kurzaufenthalter
Empfehlungen betreffend Malariaprävention usw. in einzelnen Gebieten

www.svv.ch

Schweizerischer Versicherungsverband, Aktuelles, Broschüren

www.interpharma.ch

Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen in der Schweiz;
unter «Medien» findet sich die Publikation «Gesundheitswesen Schweiz»
mit aufschlussreichem Datenmaterial

www.swissdrg.org

Informationen zum Fallpauschalenkatalog (Spitalfinanzierung)

XI Unfallversicherung UV

1.	Zielsetzung	649
2.	Gesetzliche Grundlagen	649
3.	Geschichtliche Daten	650
4.	Organisation (UVG 58–80)	652
4.1	Suva	652
4.1.1	Über die Suva versichert (UVG 66, UVV 73–89)	653
4.1.1.1	Nebentätigkeiten der Suva (UVG 67a)	654
4.2	Andere zugelassene Versicherer	654
4.2.1	Nicht in den Suva-Bereich fallen (UVG 68, UVV 92)	654
4.3	Die Zugehörigkeitsfrage von gegliederten Betrieben (UVG 66 II, UVV 88)	654
4.3.1	Wechsel des Versicherers (UVG 76, UVV 112)	655
4.4	Die Ersatzkasse (UVG 72 und 73, UVV 94–96)	655
4.5	Aufsicht über die Unfallversicherer	655
5.	Versicherte Personen (UVG 1a–5)	656
5.1	Obligatorisch versichert	656
5.1.1	Doppeldeckung für Unfallpflegeleistungen durch UVG und KVG	657
5.2	Freiwillige Versicherung (UVG 4, UVV 134–140)	657
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes (UVG 3, UVV 7–8)	658
5.3.1	Für Arbeitnehmende	658
5.3.2	Für Personen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen	658
5.3.3	Für Personen in Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (UVV 132)	659
5.3.4	Verlängerung durch Einzelabredeversicherung	659
5.4	Versicherungsausweis	659
6.	Finanzierung	659
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel (UVG 89–95, UVV 108–121)	659
6.1.1	Finanzierungsverfahren für kurzfristige Versicherungsleistungen (UVG 90 I)	660
6.1.2	Finanzierungsverfahren für langfristige Leistungen (UVG 90 II)	660
6.1.3	Finanzierung der Unfallverhütung (UVG 87–88, 92; UVV 139)	661
6.2	Beitragspflichtige Personen (UVG 91–95, 113–121; UVV 22)	661
6.2.1	Berufsunfälle BU (UVG 7, UVV 12–13)	662
6.2.2	Nichtberufsunfälle NBU (UVG 8)	662
6.2.3	Unfälle auf dem Arbeitsweg – Besonderheiten (UVV 12d+13)	662
6.2.4	Prämienschuldner (UVG 91)	662
6.3	Dauer der Beitragspflicht	663
6.4	Beitrags- bzw. Prämienhöhe und Berechnungsbasis	663
6.4.1	Grundsatz für die Prämienbemessung	664
6.4.2	Prämien der freiwilligen Versicherung (Unternehmerversicherung)	664

7.	Leistungsübersicht	665
7.1	Gegenstand der Versicherung	666
7.1.1	Unfälle (Berufs- und Nichtberufsunfälle)	666
7.1.2	Unfallähnliche Körperschädigungen «UKS» (UVG 6, UVV 9)	666
7.1.3	Berufskrankheiten	667
7.1.4	Schädigung als Folge einer verordneten Heilbehandlung (UVG 6 III, UVV 10)	667
7.1.5	Rückfälle und Spätfolgen (UVG 21, UVV 11)	667
8.	Anspruchsberechtigte Personen	667
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	667
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	667
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	667
9.	Sachleistungen	
	(Kollektive Leistungen/Prävention)	667
9.1	Heilbehandlung, in allgemeiner Abteilung (UVG 10, 48, 54; UVV 15–18, 68–69)	668
9.1.1	Erforderliche Behandlungen im Ausland	668
9.2	Hilfsmittel (UVG 11, UVV 19, HVUV)	668
9.3	Kostenvergütungen	668
9.3.1	Sachschäden (UVG 12)	668
9.3.2	Reise-, Transport- und Rettungskosten (UVG 13, UVV 20)	669
9.3.2.1	Leichtentransportkosten (UVG 14 I, UVV 21)	669
9.3.2.2	Bestattungskosten (UVG 14 II)	669
9.4	Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (UVG 81–88, UVV 113 II, VUV)	669
10.	Geldleistungen	671
10.0	Der versicherte Verdienst (UVG 15, UVV 22–24, WML)	671
10.0.1	Tagesverdienst während Berufspraktika usw. (UVV 23)	671
10.1	Taggeld (UVG 16–17; UVV 25–27, Anhang 2 UVV)	672
10.1.1	Anspruch	672
10.1.2	Höhe des Taggelds	673
10.2	Renten	674
10.2.1	Die Unfall-Invalidenrente (UVG 18–23, UVV 28–35, 44–46)	674
10.2.1.1	Anspruch	674
10.2.1.2	Höhe der Invalidenrente	675
10.2.1.3	Übergangsrente (UVG 19 III, UVV 30)	675
10.2.1.4	Koordination: Zusammentreffen der «UV-IV-Rente» mit einer Rente der Ersten Säule (UVG 20 II)	676
10.2.1.5	Kürzung der «UV-IV-Rente» bzw. Komplementärrente im Alter (UVG 20 II ^{ter} , UVV 33a–33c)	676
10.2.2	Integritätsentschädigung (UVG 24–25; UVV 36, Anhang 3 UVV)	677
10.2.3	Hinterlassenenrenten (UVG 28–31; UVV 39–43)	678
10.2.3.1	Anspruch	678
10.2.3.2	Ehegattenrente (Witwen-/Witwerrente, UVG 29)	678

10.2.3.3	Waisenrente (UVG 30, UVV 40–42)	679
10.2.3.4	Höhe der Hinterlassenenrenten	679
10.2.3.5	Koordination: Zusammentreffen von Hinterlassenenrenten des Unfallversicherers mit solchen der AHV (UVG 31 IV)	679
10.2.4	Teuerungsanpassung (UVG 34, UVV 44–45)	680
10.2.5	Auskauf von Renten (UVG 35, 89 I; UVV 46)	680
10.3	Hilflosenentschädigung (UVG 26–27; UVV 37–38)	681
11.	Vollzug	681
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (Anmeldeverfahren)	681
11.1.1	Die Unfallmeldung (UVG 45, UVV 53)	681
11.1.2	Abklärungsverfahren und Mitwirkungspflicht (UVV 54–60)	682
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistungen (ATSG 54, UVG 99, UVV 124)	682
11.2.1	Festsetzen der Leistungen	683
11.2.2	Überwachungsverfahren (UVG 48–49, 54; UVV 61–62)	683
11.2.3	Gewähren von Sachleistungen	683
11.2.4	Gewähren von Geldleistungen	684
11.2.4.1	Auszahlung (ATSG 19, UVG 49, UVV 62 I)	684
11.2.4.11	Leistungsbezug im Ausland	684
11.2.4.2	Nachforderung (ATSG 24, UVV 66)	684
11.2.5	Abtretung, Verpfändung und Verrechnung (ATSG 22, UVG 50, UVV 64)	684
11.2.5.1	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)	684
11.3	Mitwirkungs-/Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 21 IV, UVG 45–47, UVV 55)	685
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung (ATSG 21, UVG 36–39, UVV 47–50)	685
11.4.1	Unfallfremde Faktoren (UVG 36, 47 UVV)	685
11.4.2	Verschulden der versicherten Person bzw. der Hinterlassenen	686
11.4.2.1	Absicht (ATSG 21 II, UVG 37 I, UVV 48)	686
11.4.2.2	Grobfahrlässigkeit (UVG 37 II)	686
11.4.2.3	Verbrechen und Vergehen (UVG 37 III)	687
11.4.3	Aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse (UVG 39, UVV 49–50)	687
11.4.3.1	Aussergewöhnliche Gefahren (UVV 49)	687
11.4.3.2	Wagnisse (UVG 39, UVV 50)	687
11.4.4	Verletzung der Obliegenheiten (UVG 46, UVV 53, UVV 61)	690
11.5	Rückerstattung/Verrechnung (ATSG 25, ATSV 2–5)	690
11.5.1	Unrechtmässige Bezüge (UVG 50)	690
11.5.2	Rückgriff/Regress (ATSG 72–73, ATSV 13–17, UVG 42)	690
11.6	Rechtspflegeverfahren	691
12.	Aktuell	693
12.1	Kennzahlen	693
12.2	Entwicklungstendenzen	694
12.2.1	Unfallstatistik für 2023	694
12.3	Gelten Covid-19-Erkrankungen und «Long-Covid» als Berufskrankheit?	695
12.4	Rückwirkende Unfalldeckung für Minderjährige?	696
12.5	Links	696

1. Zielsetzung

Durch das Versicherungsobligatorium sollen für alle Arbeitnehmenden gesundheitliche, wirtschaftliche und immaterielle Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten behoben oder doch gemildert werden.

- ▶ Als Unfall gilt (Definition Unfallbegriff gemäss ATSG 4) die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
- ▶ Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die in Ausübung der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (UVG 9).

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

Art. 117 Erlass von Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung und Art. 110 betreffend Schutz der Arbeitnehmenden.

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981, in Kraft seit 1. Januar 1984; 1. UVG-Revision in Kraft seit 1. Januar 2017
- ▶ über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz)

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982, in Kraft seit 1. Januar 1984; 1. UVG-Revision in Kraft seit 1. Januar 2017
- ▶ Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) vom 19. Dezember 1983, in Kraft seit 1. Januar 1984
- ▶ Verordnung über die Teuerungszulagen an UV-Rentner
- ▶ Verordnung über die Festsetzung der Prämienzuschläge für die Unfallverhütung vom 6. Juli 1983, in Kraft seit 1. Januar 1984

Verordnungen des Eidg. Departements des Innern und Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV) vom 18. Oktober 1984, in Kraft seit 1. Januar 1984
- ▶ Verordnung über die Statistiken der Unfallversicherung (VSUV) vom 15. August 1994, in Kraft seit 1. August 1983

3. Geschichtliche Daten

- 1877 Einführung des Fabrikgesetzes (mit Kausalhaftpflicht des Fabrikinhabers bezüglich Berufsunfällen seiner Arbeitnehmer, Unfallverhütungs- und Arbeitshygienevorschriften; Einführung des Eidg. Fabrikinspektorats).
- 1890 Verfassungsgrundlage für die Unfallversicherung, aBV 34^{bis}, wird in die Bundesverfassung aufgenommen.
- 1900 Lex Forrer (Zwangsversicherungssystem nach Bismarck mit einer gesetzlichen Grundlage für eine umfassende Unfall-, Kranken- und Militärversicherung) wird verworfen.
- 1912 Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG), mit strikter Trennung der beiden Bereiche, wird – nachdem es am 13. Juni 1911 von den Räten gutgeheissen wurde – an der Referendumsabstimmung vom 4. Februar 1912 mit einer äusserst knappen Mehrheit angenommen.
- 1914/18 Das KUVG tritt am 1. Januar 1914 die Krankenversicherung betreffend und am 1. Januar 1918 bezüglich der Unfallversicherung in Kraft.
- 1918 Betriebsaufnahme der Suva per 1. April 1918.
- 1976 Bericht der Expertenkommission mit Entwurf zu einem neuen Unfallversicherungsgesetz wird veröffentlicht; führt zum «neuen» UVG.
- 1984 Das neue UVG tritt in Kraft.
- 1996 Arbeitslose (Bezüger/innen von Arbeitslosenentschädigung) sind künftig obligatorisch unfallversichert, dies über die Suva (Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen vom 20. Januar 1996, in Kraft rückwirkend vom 1. Januar 1996 bis 31.12.2016) und ab der ersten UVG-Revision von Gesetzes wegen versichert.
- 2005 Per Juli wird die Führung der Militärversicherung der Suva übertragen. Die Berichte der Fachgruppen «Finanzierung» und «Renten» werden in Vorbereitung der 1. UVG-Revision vorgelegt.
- 2006/07 Seit 1984 hat das UVG keine grundsätzlichen Änderungen erfahren, während sich die Gesetzgebung der anderen Sozialversicherungen erheblich gewandelt hat. Im November hat der Bundesrat die Vernehmlassung zur UVG-Revision eröffnet. Auch diese Revision ist in zwei Pakete gegliedert – eines über Versicherungsleistungen und eines zur Organisation der Suva –, die getrennt beraten und unabhängig voneinander in Kraft gesetzt werden können.
- 2007 Auf 1. Februar wird die revidierte ASA-Richtlinie über den Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit (durch die Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit, EKAS) in Kraft gesetzt. Dadurch wird ein risikogerechtes Präventionskonzept ermöglicht, das für die KMU eine administrative Entlastung bringt. Im September werden im Hinblick auf die 1. UVG-Revision die Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse und ein Ergebnisbericht als

- Gesetzesentwurf vorgelegt. Dies hinsichtlich Erfordernisse einer modernen Sozialversicherung und Revision der Organisation der Suva sowie der Verankerung der Unfallversicherung der arbeitslosen Personen im UVG.
- 2008 Der Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes wird von bisher CHF 106 800.– auf neu CHF 126 000.– erhöht. Im Mai wird die Botschaft zur Änderung des UVG aufgelegt.
- 2010/11 Nach langem Hin und Her treten der National- und der Ständerat nicht auf die erste UVG-Revision ein und weisen die überladene Vorlage zurück an den Bundesrat, mit dem Auftrag, eine neue zu erarbeiten.
- 2014 Im September präsentiert der Bundesrat die Vorlage für eine 1. UVG-Revision. Im Grossen und Ganzen hat sich das Gesetz bewährt, es sollen nur einzelne unbestrittene Schwachstellen beseitigt werden.
- 2016 Der höchstversicherte Verdienst gemäss UVG wird von CHF 126 000.– pro Jahr auf CHF 148 200.– erhöht.
- 2017 Die 1. UVG-Revision tritt in Kraft: Neu sind Arbeitslose von Gesetzeswegen unfallversichert (zuvor mittels Spezialverordnung), dies nach wie vor über die Suva. Anpassungen in Bezug auf die Versicherungsdauer; Kürzung der Invaliden-/Komplementärrenten im Alter, wenn sich der Unfall nach dem 45. Altersjahr ereignet hat; Neuorganisation der Suva; usw.
- 2022 Die Suva erhält ein fünftes Geschäftsfeld: die Unfallversicherung von Personen, die an Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung teilnehmen und dabei in einem arbeitsvertrags-ähnlichen Verhältnis stehen. Dies gilt auch für solche die im Sinne einer Beschäftigung in einer Invaliden- oder Eingliederungswerkstätte tätig sind und IV-Taggelder oder eine IV-Rente erhalten.
- 2023 Ins vereinfachte Abrechnungsverfahren für Hausdienstangestellte wird neu auch die obligatorische Unfallversicherung (mit den AHV/IV/EO/ALV-Beiträgen und der Steuern) miteinbezogen. Dazu schliesst jede kantonale AHV-Ausgleichskasse mit einem der zugelassenen Unfallversicherer ausserhalb der Suva (UVG 68) eine Rahmenvereinbarung ab. Die Prämien werden über die Ausgleichskasse eingezogen.
- 2024 Wer als Sportler/in oder Trainer/in in einem Verein des Breitensports angestellt ist, untersteht künftig erst ab einem bestimmten Jahreseinkommen der obligatorischen Unfallversicherung. Ziel ist eine finanzielle Entlastung der Vereine des Breitensports. Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 22.11.2023 die Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV 2 I, lit. j) verabschiedet. Die Änderung tritt am 1. Juli 2024 in Kraft.
- Zusätzlich ergeben sich durch die AHV-Reform 21 Neuerungen hinsichtlich des Referenzalters und der Renten wichtige Präzisierungen.

4. Organisation (UVG 58–80)

Die obligatorische Unfallversicherung untersteht seit 2004 dem Bundesamt für Gesundheit (BAG; davor Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV), das wie das BSV zum Eidg. Departement des Innern gehört.

Gut die Hälfte der Wohnbevölkerung, alle Arbeitnehmenden und Arbeitslosen, ist obligatorisch gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Für die Anderen (Kinder, nicht erwerbstätige Rentner usw.) werden die unfallbedingten Heilungskosten über die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet.

Die obligatorische Unfallversicherung wird je nach Tätigkeitsbereich des betreffenden Betriebes durch die Suva oder andere zugelassene Versicherer und einer von diesen betriebenen Ersatzkasse durchgeführt.

Dreierlei Träger der obligatorischen Unfallversicherung
Suva (UVG 66), für industrielle und gewerbliche Betriebe öffentlich-rechtliche Anstalt mit Selbstverwaltung Haftung durch Gesetz Eigene Rückversicherungsinstrumente ab 2019 (Grossschadenerscheinungen)
andere Versicherer (UVG 68), für übrige Betriebe für obligatorische Unfallversicherung Eintrag im Register des BAG: Haftung durch Vertrag oder Arbeitsverhältnis ▶ 19 private Versicherungsgesellschaften ▶ 1 öffentliche Unfallversicherungskasse ▶ 1 Krankenversicherer im Sinn des KVG
Ersatzkasse (UVG 72–73, 78) übernimmt Leistungen für ▶ verunfallte Arbeitnehmende, die von ihrem Arbeitgeber nicht versichert worden sind und für deren Versicherung nicht die Suva zuständig ist ▶ zahlungsunfähige Versicherungsträger ▶ Grossschadenerscheinungen (Katastrophen)

Weil das Gesetz genau vorsieht, welche Betriebe der Suva zu unterstellen sind, besteht kein Wahlrecht zwischen Suva und anderen Versicherern (dann aber sehr wohl unter den anderen Versicherern). Jedoch besteht ein bestimmtes Wahlrecht für öffentliche Verwaltungen, gem. UVG 75.

4.1 Suva

Das KUVG von 1912 hatte nur für die industriellen und gewerblichen Betriebe eine obligatorische Unfallversicherung vorgesehen. Für sie wurde 1918 die Suva als Monopolanstalt gegründet. Mit Einführung des UVG im Jahr 1984 wurde die obligatorische Unfallversicherung auf alle Arbeitnehmenden ausgedehnt und dabei der Tätigkeitsbereich der Suva beibehalten.

Auch heute, über hundert Jahre später, versichert die Suva als grösste Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung der Schweiz rund einen Drittel aller in der Schweiz aktiven Betriebe, Unternehmungen und Verwaltungen. Rund zwei Drittel aller Arbeitnehmenden in der Schweiz sind von Gesetzes wegen bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Das Prämienvolumen der Suva ist im Vergleich zu den übrigen Versicherern wesentlich höher, weil sie grosse industrielle Betriebe mit überdurchschnittlichem Unfallrisiko (z.B. Baugewerbe) versichert.

Die Suva ist – obschon kraft Bundesgesetz eine juristische Person des öffentlichen Rechts – kein Staatsbetrieb und gehört nicht zur allgemeinen Bundesverwaltung. Sie ist finanziell unabhängig und erhält keine Subventionen. Die Suva erzielt keinerlei Gewinne. Die obligatorische Unfallversicherung wird durch die Suva nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit geführt.

Das bedeutet, dass die Prämien lediglich nach den Unfallkosten (inkl. Rückstellungen), Aufwendungen für Unfallverhütung, Verwaltungskosten und ggf. Teuerungszulagen festgesetzt werden. Teuerungszulagen wurden von 2004 bis 2015 erhoben und können falls erforderlich jederzeit wiedereingeführt werden. Ab 2019 werden in der Prämienbemessung Rückversicherungsinstrumente berücksichtigt. Somit ist die Suva eine Selbstverwaltungsorganisation der beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmenden. Diese üben durch einen paritätischen Suva-Rat (je 16 Arbeitgeber- und 16 Arbeitnehmervertreter sowie 8 Vertreter des Bundes) die direkte Aufsicht über den Betrieb der Suva aus. Darüber hinaus besteht die Oberaufsicht des Bundes (Bundesamt für Gesundheit, BAG).

4.1.1 Über die Suva versichert (UVG 66, UVV 73–89)

Das UVG bestimmt in Art. 66, präzisiert in UVV 73–89, welche Betriebe und Betriebsarten ihre Arbeitnehmenden in der Suva versichern müssen. Entscheidend für diese Zuordnung sind die in diesen Betrieben konkret ausgeübten betrieblichen Tätigkeiten oder die Art und Weise, wie diese Arbeiten ausgeübt werden.

- ▶ Industrie (vgl. Arbeitsgesetz, ArG 5);
- ▶ Bau- und Installationsgewerbe;
- ▶ Materialgewinnung und -aufbereitung aus der Erde und Forstwesen;
- ▶ Bearbeitung von Metall, Holz, Kunststoffen, Stein u.a., einschliesslich Giessereiwesen;
- ▶ Erzeugung, Lagerung oder Verwendung von feuer- oder explosionsgefährlichen Stoffen (Chemie), die Berufskrankheiten hervorrufen können;
- ▶ Verkehrs- und Transportwesen;
- ▶ Elektrizitätswesen, Gas- und Wasserversorgung, einschliesslich Abwasser- und Kehrrechtbeseitigung;
- ▶ Bundesverwaltung, Verwaltungen von Bundesbetrieben und -anstalten sowie gewisse andere öffentliche Verwaltungen.

Weiter sind alle Personen, die von der Arbeitslosenversicherung Taggeld beziehen, automatisch versichert (UVG 66 III^{bis}; NBU-Deckung). Zusätzlich sind Personen, die in einer Anstalt oder Werkstätte nach IVG 27 I oder in einem Betrieb an Massnahmen der Invalidenversicherung teilnehmen, sofern sie in einem arbeitsvertragsähnlichen Verhältnis stehen, ebenfalls obligatorisch versichert (UVG 1a, lit. c).

4.1.1.1 Nebentätigkeiten der Suva (UVG 67a)

Seit der 1. UVG-Revision (2017) kann die Suva zu den gemäss Gesetz verpflichteten Tätigkeiten in folgenden Bereichen wirken:

- a) Führen von Rehabilitationskliniken
- b) Schadenabwicklung für Dritte
- c) Entwicklung von Sicherheitsprodukten und deren Verkauf
- d) Beratung und Ausbildung im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Nebentätigkeiten müssen mit den hoheitlichen Aufgaben im Vollzug der Bestimmungen zur Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten (UVG 85 I) vereinbar und selbsttragend sein.

4.2 Andere zugelassene Versicherer

Betriebe, die nicht aufgrund der in UVG 66 beschriebenen Kriterien zur Suva gehören, können ihre Mitarbeitenden bei einem der anderen zugelassenen Versicherer versichern.

Die Nicht-Suva-Versicherer sind je nach deren Rechtspersönlichkeit (Aktiengesellschaft, Genossenschaft, öffentlich-rechtliche Anstalt, Stiftung) verschieden organisiert.

4.2.1 Nicht in den Suva-Bereich fallen (UVG 68, UVV 92)

die Kleingewerbetreibenden (Coiffeur, Bäcker usw.), Kleinhandelsbetriebe, Banken, Hotellerie, Gastgewerbe, Landwirtschaft und Gartenbau. (Sobald jedoch Arbeiten des Bauhauptgewerbes ausgeführt werden, fällt ein solcher Betrieb zur Suva).

Auch Hausdienstangestellte (Putzfrau usw.) sind nicht über die Suva versichert. Wenn die Arbeitgeber mit der AHV-Ausgleichskasse «im vereinfachten Abrechnungsverfahren» stehen, wird (mit den AHV/IV/EO/ALV-Beiträgen und der Steuern) auch die Prämie obligatorische Unfallversicherung erhoben. Dazu schliesst jede kantonale AHV-Ausgleichskasse mit einem der zugelassenen Unfallversicherer ausserhalb der Suva (UVG 68) eine Rahmenvereinbarung ab.

4.3 Die Zugehörigkeitsfrage von gegliederten Betrieben (UVG 66 II, UVV 88)

Betriebe mit mehreren branchenverschiedenen Betrieben sind wie folgt geregelt:

- ▶ Hilfs- und Nebenbetriebe, welche mit dem Hauptbetrieb in sachlichem Zusammenhang stehen, teilen das Schicksal ihres Hauptbetriebes.
- ▶ Für gemischte Betriebe, die untereinander in keinem sachlichen Zusammenhang stehen, ist der Grundsatz der Versicherungseinheit nicht anwendbar. Es muss vielmehr für jede Betriebseinheit gesondert geprüft werden, ob sie zum Tätigkeitsbereich der Suva gehört oder nicht.

4.3.1 Wechsel des Versicherers (UVG 76, UVV 112)

Der Bundesrat prüft auf das Ende einer fünfjährigen Periode von sich aus oder auf gemeinsames Begehren der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen und nach Anhören der bisher zuständigen Versicherer, ob eine Änderung der Zuteilung bestimmter Betriebs- oder Berufskategorien zur Suva oder zu den anderen Unfallversicherern angezeigt ist.

Aufgrund der vertraglichen Bestimmungen ist ein Wechsel innerhalb der Nicht-Suva-Versicherer möglich, wobei die Arbeitnehmenden ein Mitspracherecht haben.

4.4 Die Ersatzkasse (UVG 72 und 73, UVV 94–96)

Die Ersatzkasse erbringt die gesetzlichen Versicherungsleistungen an verunfallte Arbeitnehmende, die von ihrem Arbeitgeber nicht versichert worden sind. Wäre ihr Arbeitgeber der Suva unterstellt, wäre sie und nicht die Ersatzkasse zuständig.

Sie zieht vom säumigen Arbeitgeber die geschuldeten Ersatzprämien ein.

Die Ersatzkasse weist einen (nicht zur Suva gehörenden) Arbeitgeber, der nach erfolgter Mahnung seine Arbeitnehmenden nicht unfallversichert hat, einem Unfallversicherer zu. Sollte einer der Unfallversicherer zahlungsunfähig werden, würde die Ersatzkasse dessen geschuldete Versicherungsleistungen erbringen.

Mit der 1. UVG-Revision wurden auch Regelungen für Katastrophenfälle getroffen. Wenn ein Schadenereignis eintritt, das voraussichtlich Versicherungsleistungen über dem jährlichen Nettoprämienvolumen der nicht-Suva-unterstellten Betriebe erfordert, hat die Ersatzkasse einen Ausgleichsfonds zu bilden und entsprechend Leistungen zu gewähren.

Die Ersatzkasse wurde von den «anderen» Unfallversicherern (UVG 68; d.h., nicht Suva) als Stiftung gegründet und wird von diesen mit einem Anteil der Prämieinnahmen finanziert.

4.5 Aufsicht über die Unfallversicherer

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beaufsichtigt die rechtskonforme Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung, dies in allen dazu zugelassenen Versicherern. Zusätzlich übt es im Auftrag des Bundesrates die Oberaufsicht über die Suva aus.

5. Versicherte Personen (UVG 1a–5)

5.1 Obligatorisch versichert

- ▶ **Alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmenden**, einschliesslich der Heimarbeiter, Lehrenden (inkl. Schnupperlehrlinge), Praktikanten, Volontäre sowie der in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätigen Personen, sind gemäss UVG durch ihre Arbeitgeber obligatorisch zu versichern.
- ▶ Alle Personen, die Arbeitslosenentschädigung beziehen (AVIG 8) oder solche im Zweifelsfall erhalten (AVIG 29); dies für alle über die Suva (Geschäftsbereich UVAL).
- ▶ Alle Personen, die in einer Anstalt oder Werkstätte nach (IVG 27 I) oder in einem Betrieb an Massnahmen der Invalidenversicherung teilnehmen, sofern sie in einem arbeitsvertragsähnlichen Verhältnis stehen.

Der Arbeitnehmerbegriff im Sinn vom UVG 1a I ist weiter als derjenige des Arbeitsrechts.

Als Arbeitnehmer/in im Sinn vom UVG 1a I gilt, wer ohne ein eigenes wirtschaftliches Risiko tragen zu müssen, zum Zweck eines Erwerbs oder einer Ausbildung dauernd oder vorübergehend für einen Arbeitgeber tätig ist, dem er mehr oder weniger untergeordnet ist. Das Vorliegen eines Arbeitsvertrags ist jedoch keine Voraussetzung für die Anerkennung der Eigenschaft als Arbeitnehmer/in. Das UVG schliesst im Interesse eines möglichst umfassenden Versicherungsschutzes auch Personen ein, die keinen Lohn beziehen (z.B. Volontäre und Praktikanten). Massgebend ist das wirtschaftliche Interesse an der erbrachten Leistung; das auch für einen Arbeitsversuch gilt. Das UVG-Obligatorium wurde beispielsweise bejaht für:

- ▶ Eine Medizinstudentin, die ein Praktikum in einer Arztpraxis absolvierte;
- ▶ Eine Sozialhilfebezüglerin, die versuchsweise ohne Entgelt in einem Reinigungsunternehmen platziert wurde;
- ▶ Eine Person, die aufgrund eines Volontariats in einer Universität an einem Forschungsprojekt in Afrika teilgenommen hat, ohne einen Arbeitsvertrag zu haben und ohne, dass ein Lohn vereinbart wurde;
- ▶ Während eines Arbeitsversuchs (IVG 18a, IVV6^{bis}). Ab 01.01.2022 obligatorische Deckung über die UV IV, d.h. die Suva.

Ausnahme: nicht obligatorisch versichert sind (UVV 2)

- ▶ Verwaltungsräte (Männer und Frauen), die nicht in diesem Unternehmen tätig sind; in Bezug auf diese VR-Honorare;
- ▶ Angehörige von Milizfeuerwehren;
- ▶ Personen, die Tätigkeiten im öffentlichen Interesse ausüben, sofern kein Dienstvertrag vorliegt, wie insbesondere Mitglieder von Parlamenten und Kommissionen;
- ▶ mitarbeitende Familienglieder ohne Barlohn und ohne AHV-Beitragsentrichtung aus dieser Erwerbstätigkeit.

Über die Unfallversicherung in grenzüberschreitenden Beziehungen, insbesondere in Bezug auf die Regelungen im Abkommen über die Personenfreizügigkeit (FZA), finden sich Angaben in Kapitel XIII unter 8.3.

Für Personen, **die durchschnittlich weniger als acht Wochenstunden beschäftigt sind, besteht keine UVG-Deckung bezüglich der Freizeitunfälle**, hingegen sind Unfälle auf dem Weg von und zu der Arbeit (als Berufsunfälle) versichert.

5.1.1 **Doppeldeckung für Unfallpflegeleistungen durch UVG und KVG**

Über die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind alle in der Schweiz wohnhaften Personen auch gegen Unfälle versichert. Arbeitnehmende, die durchschnittlich während mindestens acht Wochenstunden beschäftigt sind, können sich beim zuständigen Krankenversicherer melden und – unter Nachweis des UVG-Versicherungsschutzes – die Unfallversicherung innerhalb der Krankenversicherung sistieren (ruhen lassen).

5.2 **Freiwillige Versicherung (UVG 4, UVV 134–140)**

Freiwillig – durch Vertragsabschluss – versichern können sich in der Schweiz wohnhafte

▶ **Selbständigerwerbende;**

Sind die vorerwähnten Personen teilweise auch als Arbeitnehmende erwerbstätig, so hat dies keinen Einfluss auf ihre Versicherungsfähigkeit bezüglich der freiwilligen Versicherung.

Ausgeschlossen von dieser freiwilligen Versicherung sind nicht erwerbstätige Arbeitgeber/innen, die lediglich Hausbedienstete beschäftigen.

▶ **Teilweise als Arbeitnehmer/in tätige Personen (UVV 134 I).**

Arbeitnehmende, die teilweise einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachgehen, können sich für diese selbständige Erwerbstätigkeit ebenfalls freiwillig versichern.

▶ **Ihre nicht obligatorisch versicherten mitarbeitenden Familienglieder.**

Für Personen, ab Erreichen des Referenzalters ist ein Beitritt in die freiwillige Versicherung nur möglich, wenn sie unmittelbar davor während mindestens einem Jahr obligatorisch versichert waren.

Die Zuständigkeit des Versicherers gemäss UVG 66 bzw. 68 gilt sinngemäss auch für die freiwillige Versicherung.

- ▶▶ **Im Gegensatz zur obligatorischen, kann der UVG-Versicherer in der freiwilligen Versicherung den Anschluss zur Versicherung ablehnen. Dies gilt in Fällen, wo erhebliche und dauernde Gesundheitsschädigungen bestehen oder eine besondere Gefährdung (VUV 78 II) vorliegt.**

Massgebend für die freiwillige Unfallversicherung ist gemäss UVV 138 der versicherte Verdienst. Er darf für Selbständigerwerbende nicht weniger als CHF 66 690.– (45 Prozent des versicherbaren Höchstbetrages) ausmachen. Für mitarbeitende Familienmitglieder dürfen es nicht weniger als CHF 44 460.– (30 Prozent des versicherbaren Höchstbetrages) sein.

Die freiwillige Versicherung erlischt mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit (wenn vertraglich im Voraus vereinbart, längstens drei Monate später), mit Übertritt in die obligatorische Versicherung, Ausschluss der versicherten Person oder Tod.

Nicht versicherbare Personen

Nicht erwerbstätige Personen haben keine Möglichkeit, sich dem UVG zu unterstellen. Ihre unfallbedingten Heilungskosten werden vom Krankenversicherer (unter Berücksichtigung der Franchise und des Selbstbehalts) übernommen. Dem UVG entsprechende Taggelder und Renten sind da nicht vorgesehen.

Für Nichterwerbstätige empfiehlt sich der Abschluss einer freiwilligen Taggeldversicherung über das KVG oder eine Lösung nach den Grundsätzen des Privatversicherungsrechts (z.B. Taggeldversicherung, Risiko-Unfall-/Invaliditäts-Versicherung).

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes (UVG 3, UVV 7–8)

5.3.1 Für Arbeitnehmende

Die Versicherung beginnt – ungeachtet des Alters – **mit Beginn des Arbeitsverhältnisses** oder Lohnanspruchs, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da sich der/die Arbeitnehmende auf den Weg zur Arbeit begibt.

Sie endet mit dem **31. Tag nach Aufgabe der bezahlten Erwerbstätigkeit** (Nachdeckung); präzise ausgedrückt: sie endet mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn (den Lohn ersetzende Taggelder) aufhört.

- ▶ Somit sind Frauen, die während des 14-wöchigen Mutterschaftsurlaubs in ungekündigtem Arbeitsverhältnis stehen, durch den Bezug der Mutterschaftsentschädigung (MSE) auch dann weiter «UVG-versichert», wenn die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers vorher abgelaufen ist.

Aber kein Versicherungsschutz,

- ◀ wenn die versicherte Person mit Auflösung des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig ist (Bezug von Krankentaggeldern); Ende Versicherungsschutz 31 Tage nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses, wenn vorher eine NBU-Deckung besteht;
- ◀ wenn nur BUV-Deckung besteht; nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses;
- ◀ während eines unbezahlten Urlaubs nach dem 31. Tag, wenn vorgängig keine Einzelabredeversicherung (vgl. 5.3.4) getroffen wurde.

Laut Bundesgericht gilt diese Regelung auch für den Abbau von Überzeit.

5.3.2 Für Personen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen

beginnt die Versicherung mit dem Tag, an welchem sie erstmals die Anspruchsvoraussetzungen zum ALV-Taggeld-Bezug erfüllen. Sie endet mit dem 31. Tag, nach dem die arbeitslose Person letztmals die Anspruchsvoraussetzungen zum ALV-Taggeld-Bezug erfüllt hat.

- ▶ Auch hier ist (vor Ende der Versicherung oder in der Nachdeckungsfrist) der Anschluss einer Einzelabredeversicherung möglich.

5.3.3 Für Personen in Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (UVV 132)

Beginn und Ende der Versicherung ist für obligatorisch unfallversicherte Arbeitnehmende in allgemeiner Weise geregelt. Für die Versicherung von Personen, die während der Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung in einem arbeitgeberähnlichen Verhältnis stehen (UVG 1a I, Bst. c), muss der Beginn und das Ende der Versicherung speziell geregelt werden:

- ▶ Ihre Unfallversicherung beginnt an dem Tag, an dem die Massnahme anfängt, in jedem Fall aber im Zeitpunkt, da die betreffende Person sich auf den Weg zur Massnahme begibt (die versicherte Person muss mindestens den ersten Schritt des Arbeitswegs zur Massnahme hinter sich haben).
- ▶ Die Unfallversicherungsdeckung endet mit dem 31. Tag nach dem Tag, an dem die Massnahme beendet wird.

5.3.4 Verlängerung durch Einzelabredeversicherung

Für Personen mit NBU-Deckung, die nicht unmittelbar von einer Erwerbstätigkeit in eine andere wechseln oder einen unbezahlten Urlaub nehmen, besteht die Möglichkeit, mittels einer **Einzelabredeversicherung** über den zuletzt zuständigen Arbeitgeber bzw. dessen UVG-Versicherer **den Versicherungsschutz um längstens 6 Monate zu verlängern**. Die Einzelabredeversicherung steht auch Personen mit einer UV IV-Deckung zu. Der Abschluss muss spätestens an demjenigen Tag erfolgen, an dem die Nichtberufsunfallversicherung endet.

- ▶ Diese Einzelabredeversicherung bietet für eine günstige Prämie (Beispiele 2024: AXA CHF 40.-; Suva CHF 65.-; Swica CHF 40.- pro Monat) einen vollen Schutz im Rahmen des UVG und ist speziell während eines unbezahlten Urlaubs sehr empfehlenswert!

5.4 Versicherungsausweis

Die erwerbstätige Person erhält keinen Versicherungsausweis (Ausnahme: freiwillige Versicherung).

Für den Arbeitgeber gilt der mit der Versicherungsgesellschaft abgeschlossene Vertrag (Police) als Versicherungsausweis. Für von Gesetzes wegen der Suva unterstellte Betriebe gilt die Versicherung per Gesetz.

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel (UVG 89–95, UVV 108–121)

Die Finanzierung der Unfallversicherung erfolgt durch die Prämien der Arbeitgeber und Versicherten sowie die Zinserträge und Regressansprüche gegenüber schadenersatzpflichtigen Dritten.

Die Versicherer führen je eine gesonderte Rechnung für die obligatorische Berufs- und die obligatorische Nichtberufsunfallversicherung sowie für die freiwillige Versicherung. Die Suva hat zusätzlich je eine gesonderte Rechnung für die Unfallversicherung der Arbeitslosen (UVAL) und die der Invalidenversicherung (UV IV) sowie für die Militärversicherung zu führen.

Jeder Versicherungszweig hat selbsttragend zu sein; d.h., Einnahmen und Ausgaben müssen sich innerhalb einer Periode die Waage halten (Äquivalenzprinzip). Es sind keine versicherungsfremden Einnahmen vorhanden; zum Ausgleich von Schwankungen der Betriebsergebnisse sind Reserven zu bestellen.

Die UVG-versicherten Betriebe bilden bezüglich des Berufsunfallrisikos ein sehr heterogenes Kollektiv. Deshalb werden sie **für die Prämienbemessung nach ihrer Art und ihren Verhältnissen in Klassen des Prämientarifs und innerhalb der Klassen in Stufen eingeteilt** (UVG 92 II). Aufgrund der Unterteilung in 50 Prämienklassen treten Unterschiede im Fallrisiko von je 1000 Vollzeitbeschäftigten von mehr als Faktor 10 auf. In Bezug auf Freizeitunfälle liegen die Risiken mit einem Faktor von 1,2 viel näher beisammen.

PS Drei Viertel aller Betriebe haben weniger als 2,5 Mitarbeitende. Ein Prozent der grössten Betriebe (das sind solche ab 88 Vollzeitbeschäftigten) vereint gut die Hälfte der Vollzeitbeschäftigten.

6.1.1 **Finanzierungsverfahren für kurzfristige Versicherungsleistungen (UVG 90 I)**

Die Aufwendungen für Pflegeleistungen, Hilfsmittel und Taggelder und der übrigen kurzfristigen Versicherungsleistungen werden – wie auch die voraussichtlichen Kosten für die im Jahr neu entstehenden Invaliden- und Hinterlassenenrenten – im **Bedarfsdeckungsverfahren** finanziert. Die Beiträge/Prämien müssen unter Berücksichtigung der angemessenen, vollen Rückstellungen, jährlich so angesetzt werden, dass damit die anfallenden künftigen Versicherungsleistungen gedeckt werden können.

6.1.2 **Finanzierungsverfahren für langfristige Leistungen (UVG 90 II)**

Für Rentenauszahlungen an Invalide und Hinterlassene sowie für die Hilfenentschädigungen gelangt das Kapitaldeckungsverfahren zur Anwendung.

Mit diesem Verfahren werden die zum Teil erst in späteren Jahren fälligen Rentenleistungen im Zeitpunkt der Rentenfestsetzung kapitalisiert; d.h., schon zu diesem Zeitpunkt wird das durch den Schadenfall ausgelöste entsprechende Deckungskapital vorfinanziert.

Sobald eine Rente festgesetzt ist, wird das dafür notwendige Deckungskapital zinstragend angelegt und als Aufwand in den Unfallkosten erfasst. Das Deckungskapital stellt den Rentenanspruch sicher und ist jener Betrag, der zusammen mit den Zinsen und ggf. Regresseinnahmen zur Abwicklung der Rentenzahlungen ausreicht.

Allgemeine Zinsüberschüsse aus den Rentendeckungskapitalien werden für die Finanzierung der Teuerungszulagen für die Rentenbeziehenden herangezogen und tragen damit zur Entlastung der Prämienzahlenden bei. Falls diese nicht ausreichen, werden separate Zuschläge zur Finanzierung der Teuerungszulagen auf Renten erhoben. Für die Privatversicherer und die Ersatzkasse ist die Finanzierung dieser durch die Pflichtmitgliedschaft im Verein zur Sicherung künftiger Renten geregelt.

Per 01.01.2014 wurden für alle UVG-Versicherer neue Rechnungsgrundlagen für die Renten-Deckungskapitalien eingeführt (unter anderem mit Senkung des technischen Zinssatzes und Wechsel von den Perioden- zu den Generationentafeln). Weitere Zinssenkungen folgten, in der Suva beträgt der technische Zins seit 2022 1 Prozent.

6.1.3 Finanzierung der Unfallverhütung (UVG 87–88, 92; UVV 139)

Die Kosten für **Sicherheitsmassnahmen im Betrieb** trägt der betreffende Arbeitgeber.

Zum Decken der Kosten, welche den **Durchführungsorganen** aus ihrer Tätigkeit entstehen, wird ein Zuschlag auf die Nettoprämien der Berufsunfallversicherung erhoben.

Seit 2017 müssen auch ausländische Betriebe, deren Arbeitnehmende nicht dem UVG unterstehen, Unfallverhütungsbeiträge entrichten (UVG 87a), was eine der Zusatzaufgaben der Ersatzkasse ist.

Auch die Finanzierung der bfu (**Beratungsstelle für Unfallverhütung**) und allfälliger Suva-eigener, in diese Richtung zielender Anstrengungen erfolgt mittels eines Prämienzuschlages auf die Nichtberufsunfallversicherung (gemäss Bundesratsbeschluss).

6.2 Beitragspflichtige Personen (UVG 91–95, 113–121; UVV 22)

In der Unfall- und Krankenversicherung spricht man nicht von Beiträgen, sondern – analog den Privatversicherungen – von Prämien. So wird hier vom Synonym Prämien anstelle der üblichen Bezeichnung Beiträge gesprochen.

Innerhalb der Versicherungsdeckung und Prämienbemessung wird in der Unfallversicherung in den Hauptzweigen unterschieden zwischen der

- ▶ Berufsunfallversicherung (BUV) und
- ▶ Nichtberufsunfallversicherung (NBUV).

Die freiwillige Versicherung kennt nur die gemeinsame Deckung BUV plus NBUV.

Der versicherbare sowie der prämienpflichtige Verdienst ist in der Unfallversicherung gegen oben begrenzt: Höchstversicherbarer Jahresverdienst ab Januar 2016 CHF 148 200.– (Vorjahre vgl. Aufstellung unter 10. Geldleistungen).

Bezüglich der freiwilligen Versicherung gelten besondere Bestimmungen.

Geringfügige Löhne

In der AHV werden Jahreslöhne bis CHF 2300.– je Arbeitgeber nur auf Verlangen der Beitragspflicht unterstellt (AHVV 34d I). Diese Löhne sind aber nicht von der Unfallversicherung ausgenommen. Betreffend Abrechnung gilt folgende Regelung:

- ▶ Wenn der Arbeitgeber auch AHV-pflichtige Mitarbeitende beschäftigt, hat er auch auf den geringfügigen Löhnen Prämien an die Unfallversicherung zu entrichten.

- ▶ Wenn ein Arbeitgeber ausschliesslich Personen mit geringfügigem Entgelt beschäftigt, besteht so lange keine Prämienpflicht, wie kein Schadenfall eintritt. Wenn ein Schaden eingetreten ist (wird die Ersatzkasse zuständig), hat der Arbeitgeber Prämien zu entrichten, wobei Sanktionen (zehnfacher Betrag der nicht entrichteten Prämie) ausgeschlossen sind.

Vorsicht: Im **Privathaushalt muss der Arbeitgeber in jedem Fall eine Unfallversicherung abschliessen** (ggf. namenlos für Haushalt-hilfen, die im Schnitt weniger als acht Wochenstunden beschäftigt sind). Für Hausdienst Arbeitgeber, die mit der AHV-Ausgleichskasse das «vereinfachte Abrechnungsverfahren» gewählt haben, ist die entsprechende Unfalldeckung neu enthalten.

6.2.1 **Berufsunfälle BU (UVG 7, UVV 12–13)**

sind Unfälle, welche die versicherte Person erleidet

- ▶ während Arbeiten auf Anordnung oder im Interesse des Arbeitgebers
- ▶ oder in Pausen (sofern sie sich befugterweise auf dem Betriebsareal bzw. im Bereich der Betriebsgefahr aufhält).

Ebenso zu den Berufsunfällen zählen solche, die sich ereignet haben

- ▶ während des Besuches einer durch den Arbeitgeber bewilligten Weiterbildungsveranstaltung,
- ▶ auf einer Geschäfts- oder Dienstreise,
- ▶ während eines durch den Arbeitgeber organisierten und bezahlten Betriebsanlasses, sowie
- ▶ Unfälle in Berufsschulen.

6.2.2 **Nichtberufsunfälle NBU (UVG 8)**

sind all jene Unfälle, die nicht als Berufsunfälle gelten können. Dazu zählen insbesondere Unfälle auf dem Arbeitsweg, Sportunfälle, Verkehrsunfälle (die nicht im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen) und Unfälle im häuslichen Bereich.

6.2.3 **Unfälle auf dem Arbeitsweg – Besonderheiten (UVV 12d+13)**

Organisiert und finanziert der Arbeitgeber die Transporte (mit betriebseigenen Fahrzeugen), gilt ein Unfall als Berufsunfall.

Für Teilzeitbeschäftigte, deren wöchentliche Arbeitszeit für einen Arbeitgeber weniger als acht Stunden beträgt, gelten Unfälle auf dem direkten Arbeitsweg als Berufsunfälle.

- ▶ Für diese Teilzeitbeschäftigten besteht betreffend Nichtberufsunfälle keine Versicherungsdeckung (entsprechende Geldleistungen sind selber zu versichern)!

6.2.4 **Prämienschuldner (UVG 91)**

Prämienschuldner ist für BU und NBU der Arbeitgeber. Dieser kann seinen Angestellten die NBU-Prämien jeweils vom Lohn abziehen.

Die Beitragspflicht ist zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmenden wie folgt verteilt:

- ▶ Die Prämien für die obligatorische Versicherung der Berufsunfälle (BU) und -krankheiten gehen voll zulasten des Arbeitgebers.
- ▶ Die Prämien für die obligatorische Nichtberufsunfallversicherung (NBU) gehen zulasten der Arbeitnehmenden, wobei aber abweichende Abreden zugunsten der Arbeitnehmenden zulässig sind.
- ▶ Für Personen, die über die Unfallversicherung betreffend IV versichert sind, übernimmt die Invalidenversicherung sowohl die BU- als auch die NBU-Prämien. In einer solchen «UV IV-Deckung» führt der Einsatzbetrieb die betreffenden Personen für diese Tätigkeit nicht in seiner Lohn-deklaration auf.

6.3 Dauer der Beitragspflicht

Prämien werden während der ganzen Dauer des Arbeitsvertrags – bzw. während des Bezugs von Arbeitslosentaggeldern – erhoben. Für freiwillig Versicherte, inklusive Personen, die eine Abredeversicherung abgeschlossen haben, ist der betreffende Vertrag massgebend.

6.4 Beitrags- bzw. Prämienhöhe und Berechnungsbasis

Für die Unfallversicherung gilt nicht wie in der AHV/IV ein für alle Versicherten und Arbeitgeber einheitlicher Prämienatz. Vielmehr werden branchenbezogen verursachergerechte Prämien erhoben (Klassen und Gefahrenstufen). Wie vorerwähnt, hat der Arbeitgeber für die Berufsunfallversicherung aufzukommen, während er die Kosten für die Nichtberufsunfallversicherung auf die Arbeitnehmenden übertragen kann.

Die Höhe der Ausgaben diktiert die Höhe der Einnahmen: verkleinern sich die Versicherungsleistungen, werden auch die Prämien ermässigt und umgekehrt. Je grösser ein Betrieb ist, umso differenzierter wird er aufgrund seiner verursachten Kosten im Prämientarif eingereiht. Kleinere Betriebe werden primär gemäss dem entsprechenden Tarif der Klasse und der Unterklasse eingereiht, wobei z.B. von der Suva für mittlere Unternehmen ein Bonus-Malus-System angewendet wird, welches die Kosten in der Festsetzung der Prämie direkt berücksichtigt.

Die Prämien werden **in Promille bzw. Prozente (Suva) des prämienpflichtigen Verdienstes** (vgl. WML der AHV und UVV 113) erhoben. Pro Arbeitnehmer/in versicherbar sind seit 2016 maximal CHF 148 200.– pro Jahr, d.h., monatlich CHF 12 350.– bzw. pro Tag CHF 406.–.

In der Berufsunfallversicherung kommt ein Prämientarif zur Anwendung, in dem Unternehmen gleicher Betriebsart in Gefahrenklassen zusammengefasst sind. Diese Klassen bilden das Rückgrat der Prämienordnung; sie werden vielfach noch in Unterklassen unterteilt. Klassen und Unterklassen bilden die für die Prämienfestsetzung massgebenden Risikogemeinschaften.

Prämienberechnungsformel	
Berufsunfallversicherung	Nichtberufsunfallversicherung
<p>Nettoprämie gemäss Gefahrenklassen</p> <p>plus Prämienzuschläge für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verwaltungskosten ▶ Arbeitssicherheit ▶ ggf. Teuerungszulage 	<p>Bruttoprämie gemäss Gefahrenklassen</p> <p>inkl. Prämienzuschläge für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verwaltungskosten ▶ Unfallverhütung ▶ ggf. Teuerungszulage
durch Arbeitgeber zu entrichtende BUV-Prämie	durch Arbeitnehmende zu tragende NBUV-Prämie

6.4.1 Grundsatz für die Prämienbemessung

Für jede Risikogemeinschaft werden die Prämien so festgelegt, dass sie auf die Dauer mit den Kosten, welche Unfälle und Berufskrankheiten verursachen, im Gleichgewicht sind (Erfahrungstarifizierung).

Je Risikogemeinschaft müssen mittelfristig die Versicherungskosten durch Prämieinnahmen gedeckt werden (Äquivalenzprinzip).

Die Suva bezieht ihre Prämien zunächst aufgrund einer Schätzung der prämienschuldigen Lohnsumme für das Rechnungsjahr im Voraus. Nach Ablauf des Jahres wird die «Lohnerklärung» eingereicht und definitiv abgerechnet (Nachzahlung/Gutschrift).

Die Suva verwendet je nach Prämienvolumen unterschiedliche Prämienbemessungssysteme. Grossbetriebe werden in Kombination mit dem Bonus-Malus-System/Erfahrungstarifizierung eingereiht, mittlere Betriebe allein nach Bonus-Malus-System und Kleinbetriebe nach den Prämienätzen gemäss Branche respektive Unterklasse, was sowohl für die Berufs- als auch für die Nichtberufsunfallversicherung gilt. Im letztgenannten Zweig dürfen die Prämien nicht nach dem Geschlecht der versicherten Person abgestuft werden.

Egal, welches Prämienbemessungssystem angewendet wird: die Ergebnisse einer Klasse (Risikogemeinschaft) spielen eine mitentscheidende Rolle. Mit zunehmender Grösse des versicherten Betriebes nimmt jedoch die Aussagekraft der eigenen Ergebnisse zu.

Arbeitslosen werden 2,51 Prozent für die Nichtberufs-Unfallversicherung vom Taggeld abgezogen (volles Taggeld versichert). Die ganze Unfallversicherungsprämie beträgt 3,77 Prozent der Arbeitslosenentschädigung. Die restlichen 1,26 Prozent übernimmt der Ausgleichsfonds der Arbeitslosenversicherung.

6.4.2 Prämien der freiwilligen Versicherung (Unternehmerversicherung)

Grundlage für die Bemessung der Prämien und dadurch der Geldleistungen ist der **vereinbarte versicherte Verdienst** (Beschränkung auf den höchstversicherten Jahresverdienst). Dieser Jahresverdienst darf für Selbständigerwerbende nicht weniger als CHF 66 690.– (45% des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes) betragen. Für ihre Familienmitglieder sind es CHF 44 460.– (30% des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes).

7. Leistungsübersicht

Die Unfallversicherung kennt folgende Leistungsarten	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sachleistungen individuelle Leistungen (UVG 10 ff) für alle Versicherten gleich ▶ Heilbehandlung ▶ Hilfsmittel ▶ Kostenübernahmen für <ul style="list-style-type: none"> ◆ bestimmte Kosten von Sachschäden (im Zusammenhang mit dem Unfall) ◆ Reise-, Transport- und Rettungskosten ◆ Leichentransport- und Bestattungskosten 	
Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten kollektive Leistungen	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Geldleistungen individuelle Leistungen (UVG 15 ff) abhängig von Lohnhöhe ▶ Taggelder ▶ Übergangstaggeld/Übergangssentschädigung (VUV 83–88) ▶ Renten ▶ Abfindungen ▶ Integritätsentschädigung (nicht lohnabhängig) ▶ Hilflosenentschädigungen (nicht lohnabhängig) 	

Leistungen der Unfallversicherer werden durch das Vorliegen eines Unfallereignisses (ATSG 4) bzw. dessen Folgen oder einer Berufskrankheit bzw. deren Folgen ausgelöst.

Die obligatorische Unfallversicherung übernimmt – unabhängig vom versicherten Verdienst der betroffenen Person – Sachleistungen, d.h., die Heilbehandlung (allgemeine Abteilung) und Kostenvergütungen. Ferner erbringt sie im Fall einer Arbeitsunfähigkeit – ab dem dritten Tag nach dem Unfalltag – auch Geldleistungen, die aber in einer Relation zum versicherten Verdienst stehen.

Wer bezahlt für meinen Unfall (Deckung)?			
Arbeitszeit beim Arbeitgeber	Unfall während der Arbeit	Unfall auf dem Arbeitsweg	Unfall in der Freizeit
unter 8 h Woche	UVG BUV-Deckung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Heilungskosten ▶ Taggeld ▶ ggf. Rente 	UVG BUV-Deckung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Heilungskosten ▶ Taggeld ▶ ggf. Rente 	KVG-Deckung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Heilungskosten ▶ falls versichert Taggeld ◀ keine Rente
ab 8 h Woche	UVG BUV-Deckung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Heilungskosten ▶ Taggeld ▶ ggf. Rente 	UVG NBUV-Deckung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Heilungskosten ▶ Taggeld ▶ ggf. Rente 	UVG NBUV-Deckung <ul style="list-style-type: none"> ▶ Heilungskosten ▶ Taggeld ▶ ggf. Rente

Personen, die ab acht Wochenstunden für einen Arbeitgeber tätig sind, sind sowohl in der Kranken- als auch der Unfallversicherung obligatorisch für Heilungskosten versichert. Sie können in der Krankenversicherung während der Dauer des Anstellungsverhältnisses die Unfalldeckung sistieren.

7.1 Gegenstand der Versicherung

7.1.1 Unfälle (Berufs- und Nichtberufsunfälle)

Als Unfall gilt (Definition Unfallbegriff gemäss ATSG 4):

Die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Dabei müssen alle fünf Voraussetzungen zusammen (kumulativ) erfüllt sein:

- ▶▶ **Plötzlichkeit** (auch Einmaligkeit)
 - ▶ bezieht sich auf die Einwirkung, nicht auf das Auftreten der Beschwerden
- ▶▶ **Unfreiwilligkeit**
 - ▶ Ausschluss aller Selbstschädigungen im Zustand der Urteilsfähigkeit
- ▶▶ **Körperschädigung**
 - ▶ Gesamtheit des Menschen, also auch der Psyche
 - ▶ Sachschaden nur, wenn die Sache einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzt
- ▶▶ **Äusserer Faktor**
 - ▶ Ereignis muss sich ausserhalb des Körpers abspielen (exogenes Element so ungewöhnlich, dass eine endogene Verursachung ausser Betracht fällt)
 - ▶ Einwirkung von aussen
- ▶▶ **Ungewöhnlichkeit**
 - ▶ Das schädigende Ereignis (nicht die Wirkung) muss den Rahmen des Alltäglichen, Gewohnten überschreiten.

7.1.2 Unfallähnliche Körperschädigungen «UKS» (UVG 6, UVV 9)

Für die in UVG 6 erwähnten Schädigungen (abschliessende Liste) wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 Prozent, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Ob eine Gesundheitsschädigung als Unfall (UVG 6 I) oder als unfallähnliche Körperschädigung (UVG 6 II) beurteilt wird, ist von besonderem Interesse. Dies weil die Verweigerung von Leistungen je nachdem unterschiedlichen Regeln folgt (vgl. ZSZ 1/2020, Seite 33 ff.).

Abschliessende Liste UKS (UVG 6)

- ▶ Knochenbrüche
- ▶ Verrenkungen von Gelenken
- ▶ Meniskusrisse
- ▶ Muskelrisse
- ▶ Muskelzerrungen
- ▶ Sehnenrisse
- ▶ Bandläsionen
- ▶ Trommelfellverletzungen

7.1.3 Berufskrankheiten

- ▶ Krankheiten, die **ausschliesslich oder überwiegend**, d.h., mehr als zu 50 Prozent durch die berufliche Tätigkeit, durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten – vgl. abschliessende Liste, Anhang 1 UVV – verursacht werden, gelten als **Berufskrankheiten**. Es muss also ein direkter Zusammenhang (Kausalzusammenhang) zwischen der Gesundheitsschädigung und der beruflichen Tätigkeit bestehen; z.B. die Mehlstauballergie des Bäckers.
- ▶ **Andere** Krankheiten werden nur dann vom Unfallversicherer als **Berufskrankheiten** anerkannt, wenn ein adäquater (sehr starker) Kausalzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit besteht. Was bedeutet, dass diese Krankheit ausschliesslich oder aber zumindest 75 Prozent durch berufliche Tätigkeit entstanden sein muss.

Berufskrankheiten sind Berufsunfällen gleichgestellt!

7.1.4 Schädigung als Folge einer verordneten Heilbehandlung (UVG 6 III, UVV 10)

Führen die Abklärungsuntersuchungen oder die Behandlung eines vom Unfallversicherer übernommenen Gesundheitsschadens zu einer (weiteren) Körperschädigung – Fehlbehandlung –, hat der zuständige Unfallversicherer die diesbezüglichen Leistungen zu übernehmen.

7.1.5 Rückfälle und Spätfolgen (UVG 21, UVV 11)

Nach Beurteilung der Kausalität der aktuellen Beschwerden mit dem Grundfall werden Versicherungsleistungen unter bestimmten Voraussetzungen auch für Rückfälle und Spätfolgen erbracht.

8. Anspruchsberechtigte Personen

Das UVG macht bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen keine Unterschiede bezüglich der Nationalität der versicherten Personen. Dadurch fallen detaillierte Beschreibungen zur nachstehenden – aufgrund der Struktur belassenen – Aufzählung der Personenkreise weg:

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

9. Sachleistungen (Kollektive Leistungen/Prävention)

Pflegeleistungen (Heilbehandlung) und Kostenvergütungen werden weltweit (im Ausland mit betragsmässiger Begrenzung) **zeitlich unbeschränkt** (Rückfälle und Spätfolgen) und – mit Ausnahme der Kostenbeteiligung am Aufenthalt in Heilanstalten (UVV 27) – **ohne Selbstbehalt erbracht**.

9.1 Heilbehandlung, in allgemeiner Abteilung (UVG 10, 48, 54; UVV 15–18, 68–69)

Die versicherte Person hat Anspruch auf

- ▶ ambulante Behandlung
freie Arztwahl; medizinische Hilfsperson und Chiropraktor auf ärztliche Verordnung hin;
- ▶ Arzneimittel und Analysen, sofern durch Arzt oder Zahnarzt verordnet;
- ▶ Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, mit dem ein Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen wurde.

Begibt sich die versicherte Person in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in ein anderes Spital, übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden «Vertragsspitals» erwachsen wären. Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten. Für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung darf das Spital von der versicherten Person keinen Vorschuss verlangen.

- ▶ Nach- und Badekuren auf ärztliche Verordnung hin;
- ▶ der Heilung dienende Mittel und Gegenstände (z.B. Diätkuren, Krücken);
- ▶ Nichtmedizinische Hilfe zu Hause, soweit diese nicht durch eine Hilflosenentschädigung abgegolten wird.

9.1.1 Erforderliche Behandlungen im Ausland

Grundsätzlich gibt es keine Leistungseinschränkungen für Versicherungsleistungen, die im Ausland entstehen oder ins Ausland ausgerichtet werden.

Ausnahmen:

- ▶ Für eine notwendige Behandlung im Ausland wird den Versicherten höchstens der doppelte Betrag der Kosten vergütet, die anlässlich der Behandlung in der Schweiz entstanden wären (UVV 17).
- ▶ Leistungsaushilfe für in der Schweiz versicherte Personen, die während ihres Aufenthalts in einem EU- oder EFTA-Staat verunfallen, vgl. Kapitel XVIII, 8.3, grenzüberschreitende Sozialversicherungen.

9.2 Hilfsmittel (UVG 11, UVV 19, HVUV)

Anspruch auf Hilfsmittel besteht, soweit diese durch Unfall oder Berufskrankheit bedingte Körperschädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen (z.B. Prothesen, orthopädische Einlagen usw.). Details sind in der HVUV geregelt. Für Hilfsmittel, die auf der sehr knappen Hilfsmittelliste fehlen, kommt ggf. die Invaliden- oder obligatorische Krankenpflegeversicherung auf.

9.3 Kostenvergütungen

9.3.1 Sachschäden (UVG 12)

Durch den Unfall verursachte Schäden an «Sachen», die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, werden zulasten der Unfallversicherung gedeckt. Brillen, Hörapparate oder Zahnprothesen werden nur vergütet, wenn neben deren Defekt zugleich eine damit verbundene, behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt.

9.3.2 Reise-, Transport- und Rettungskosten (UVG 13, UVV 20)

Die notwendigen Rettungs- und Bergungskosten und die medizinisch notwendigen Reise- und Transportkosten werden vergütet. Weitergehende Reise- und Transportkosten werden ersetzt, wenn es die familiären Verhältnisse rechtfertigen.

- ▶ Falls entsprechende Rettungs-, Bergungs-, Reise- und Transportkosten im Ausland entstehen, werden max. CHF 29 640.– vergütet (d.h., ein Fünftel des Höchstbetrags des versicherten Jahresverdiensts; UVV 20 II).

9.3.2.1 Leichentransportkosten (UVG 14 I, UVV 21)

Die notwendigen Kosten für die Überführung der Leiche an den Bestattungsort werden übernommen (vom Ausland her maximal CHF 29 640.–).

9.3.2.2 Bestattungskosten (UVG 14 II)

Vergütet werden die ausgewiesenen Bestattungskosten, maximal CHF 2842.– (d.h., 7-facher Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes).

9.4 Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (UVG 81–88, UVV 113 II, VUV)

Bereits im KUVG (Kranken- und Unfallversicherungsgesetz) von 1911 ist der Suva, neben dem Betrieb der Unfallversicherung, als weitere Hauptaufgabe die Pflicht zur Förderung der Arbeitssicherheit auferlegt worden. Die Suva verfügt zu diesem Zweck über eine eigene Abteilung, welche im Wesentlichen mit Aufgaben betraut ist wie:

- ▶ Sammeln und Verarbeiten von Informationen aller Art über die Arbeitssicherheit;
- ▶ Grundlagenbeschaffung, Ausarbeitung und Publikation von Verhaltensrichtlinien;
- ▶ Beurteilung von technischen Einrichtungen und Geräten;
- ▶ Beratung und Anordnung/Durchsetzung von Sicherheitsmassnahmen;
- ▶ Untersuchen von Berufsunfällen und -krankheiten.

Ferner verfügt die Suva im Rahmen ihres ärztlichen Dienstes über eine **Gruppe für Arbeitsmedizin**. Dieser obliegt unter anderem:

- ▶ Informations- und Grundlagenbeschaffung zur medizinischen Prophylaxe (Vorbeugung) der Berufskrankheiten sowie
- ▶ Erarbeiten der Richtlinien für maximale Arbeitsplatzkonzentration von Schadstoffen (MAK-Liste);
- ▶ Durchführen der medizinischen Prophylaxe von Berufskrankheiten und -unfällen.

Die Vorschriften über Arbeitssicherheit im UVG gelten für alle Arbeitgeber, die in der Schweiz obligatorisch versicherte Arbeitnehmende beschäftigen.

Damit schafft das UVG klares Recht und beseitigt die bisherige Zweigleisigkeit im Bereich der Arbeitssicherheit. Das Gewähren der Arbeitssicherheit ist nicht nur ein ethisches Gebot im Interesse der im Betrieb und im Unternehmen arbeitenden Menschen, sondern vor allem eine Führungsaufgabe jeder Geschäftsleitung!

Die Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) definiert eine ganze Reihe von Vorschriften über die Arbeitssicherheit. Gestützt auf die VUV erliess die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) die Richtlinie über den Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit.

Spezialisten der Arbeitssicherheit sind Arbeitsärzte, Arbeitshygieniker, Sicherheitsingenieure und Sicherheitsfachleute. Ihre Aufgabe ist die Beratung der Arbeitgeber und der Arbeitnehmenden bei Fragen der Sicherheit. Die Anforderungen hinsichtlich ihrer Ausbildung sind in der Verordnung für die Eignung der Spezialistinnen und Spezialisten für Arbeitssicherheit vorgeschrieben.

Seit geraumer Zeit besteht die Möglichkeit einer eidgenössischen Berufsprüfung «Spezialistin/Spezialist für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (ASGS)». Zudem starten 2024 die ersten Vorbereitungslehrgänge für eine höhere Fachprüfung (Expert/in ASGS).

Verhütung von Nichtberufsunfällen

Die Verhütung von Nichtberufsunfällen wird von der Suva und den anderen Unfallversicherern gefördert. Sie betreiben zusammen die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu). Die bfu trägt mit Aufklärung und Sicherheitskampagnen zur Verhütung von Nichtberufsunfällen im Bereich Freizeit, Haushalt und Strassenverkehr bei und koordiniert gleichartige Bestrebungen.

Erfolgreiche Unfallverhütungsmassnahmen

Das Unfallrisiko im Beruf nimmt seit 1986 stetig ab und verharrt seit 2016 auf dem Tiefststand von 63 Fällen pro 1000 Vollbeschäftigte. In den Jahren 2020 und 2021 war das Risiko – auch pandemiebedingt – gar noch tiefer. Seit 1985 ist das Berufsunfallrisiko um über 45 Prozent gesunken. Die vielfältigen Massnahmen zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten zeigt hier grosse Wirkung. Aber auch die Verlagerung der Arbeitskräfte in den Dienstleistungsbereich und der Rückgang der unter 30-jährigen Beschäftigten (sie haben erfahrungsgemäss ein höheres Unfallrisiko) sind dafür verantwortlich.

Das Unfallrisiko in der Freizeit (NBU) präsentiert sich wie folgt: in den zwanzig Jahren nach Einführung des UVG ist das Unfallrisiko leicht zurückgegangen und schwankte danach bis 2019 um einen mittleren Wert von 128 Fällen je 1000 Vollbeschäftigte. Inwiefern der Wert von 121 Fällen je 1000 Vollbeschäftigte in den Jahren 2020 und 2021 coronabedingte Ausreisser sind, werden die kommenden Jahre zeigen. Diese Zählung spiegelt die stetig steigende Zunahme von Teilzeitbeschäftigungen nicht, weil viele Teilzeitbeschäftigte ihre arbeitsfreie Zeit für risikoarme Tätigkeiten wie Ausbildung und Kinderbetreuung nutzen.

Im Jahr 2021 sind in der Freizeit und im Beruf zusammen rund 180 Personen je 1000 Vollbeschäftigte verunfallt. Pro Jahr verunfallte somit immer noch fast jede fünfte versicherte Person.

10. Geldleistungen

Taggelder und Renten werden aufgrund des letztversicherten Verdienstes bemessen.

10.0 Der versicherte Verdienst (UVG 15, UVV 22–24, WML)

wird aufgrund des für die AHV massgebenden Lohnes unter Berücksichtigung der Abweichungen von UVV 22 (unter anderem Miteinbezug der Kinder-/Ausbildungszulagen) und des Höchstbetrages festgelegt.

Seit Januar 2016 sind dies CHF 406.– pro Tag bzw. 148 200.– pro Jahr.

Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung des Taggeldes der vor dem Unfall bezogene Lohn. Für Rentenleistungen ist in der Regel der in den **letzten zwölf Monaten vor Eintritt** des Unfalles bzw. der Berufskrankheit bezogene Lohn massgebend; dies einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht.

Arbeitsverhältnisse mit mehreren Arbeitgebern – Nebenerwerb

Für Personen, deren Verdienst sich aus dem Entgelt von verschiedenen Arbeitsverhältnissen zusammensetzt (z.B. Haupt- und Nebenerwerb), wird die Erwerbseinbusse aufgrund aller UVG-versicherten Erwerbstätigkeiten – unter Berücksichtigung des maximal versicherbaren Verdienstes – ermittelt. Nicht versichert ist hingegen ein Nebenerwerb, für den wegen Geringfügigkeit auf die Abrechnung von Sozialversicherungsbeiträgen verzichtet wurde; vgl. AHV-Beitragspflicht.

Für Verunfallte mit mehreren Arbeitgebern ist für die Berechnung des Taggeldes der Gesamtlohn aus allen Arbeitsverhältnissen massgebend; dies unabhängig davon, ob nur eine BU- oder auch eine NBU-Deckung bestanden hat (UVV 23 V).

10.0.1 Tagesverdienst während Berufspraktika usw. (UVV 23)

Für Personen, die in Praktika, Volontariaten oder zur Abklärung der Berufswahl oder zur Ausbildung in beruflichen Eingliederungsstätten für Behinderte tätig sind – sowie für Personen in Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (UVG 1a I, Bst. c) stehen –, beträgt der versicherte Tagesverdienst mindestens

- ▶ CHF 40.60, wenn unter 20-Jährig
(10% des Höchstbetrags des versicherten Tagesverdienstes)
- ▶ CHF 81.20, wenn ab 20-Jährig
(20% des Höchstbetrags des versicherten Tagesverdienstes)

Entwicklung des maximal versicherten Verdienstes					
gültig ab	pro Jahr CHF	pro Tag CHF	gültig ab	pro Jahr CHF	pro Tag CHF
01.04.1918	4 000.–	14.–	01.01.1971	31 200.–	100.–
01.01.1921	6 000.–	21.–	01.01.1974	46 800.–	150.–
01.03.1945	7 800.–	26.–	01.01.1983	69 600.–	191.–
01.01.1953	9 000.–	30.–	01.01.1987	81 600.–	224.–
01.01.1957	12 000.–	40.–	01.01.1991	97 200.–	267.–
01.01.1964	15 000.–	50.–	01.01.2000	106 800.–	293.–
01.01.1967	21 000.–	70.–	01.01.2008	126 000.–	346.–
			01.01.2016	148 200.–	406.–

Der Höchstbetrag des versicherten Verdienstes ist so festgesetzt, dass in der Regel 92 bis 96 Prozent aller obligatorisch versicherten Arbeitnehmenden zu ihrem vollen Verdienst versichert sind (UVG 15 III).

10.1 Taggeld (UVG 16–17; UVV 25–27, Anhang 2 UVV)

10.1.1 Anspruch

Die versicherte Person hat Anspruch auf Taggeld, wenn sie wegen eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ganz oder teilweise arbeitsunfähig (ATSG 6) ist.

Die Arbeitsunfähigkeit (ATSG 6, Unfähigkeit, die bisherige Tätigkeit auszuüben) muss medizinisch ausgewiesen sein.

Der Taggeldanspruch **entsteht** mit dem dritten Tag nach dem Unfalltag.

Beispiel: Der Unfall ereignet sich am 17. Juni, am 18. und 19. Juni besteht noch kein UVG-Taggeld-Anspruch; bezahlt wird ab dem 20. Juni.

Der Taggeldanspruch **erlischt** mit dem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit, dem Beginn einer Rente oder dem Tod der versicherten Person.

Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, wenn ein Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung (IV) oder auf eine Mutterschaftsentschädigung, eine Entschädigung des andern Elternteils, eine Betreuungsentschädigung oder eine Adoptionsentschädigung nach EOG besteht.

► Das UVG-Taggeld wird – gleich wie jenes der Invalidenversicherung – so lange ausgerichtet, wie dies erforderlich ist.

Die Krankentaggeldversicherung dagegen beschränkt die maximale Bezugsdauer auf 720/730 Tage (innert 900).

Der Taggeldanspruch **ruht**, solange sich die betroffene Person in einer Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung befindet und von dieser ein Taggeld erhält.

Diese Besonderheiten sind ab 2022 speziell hinsichtlich der UV IV zu beachten.

10.1.2 Höhe des Taggelds

Mit voller Arbeitsunfähigkeit beträgt das Taggeld 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt.

$$\text{Taggeld} = \frac{\text{letztversicherter Jahresverdienst}^1 \cdot 80}{365 \cdot 100}$$

¹ Letztversicherter Lohn, einschliesslich noch nicht ausbezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch bestanden hätte (anteilmässig); dies ggf. mit Kinder-/Ausbildungszulagen gemäss FamZG.

Das Taggeld der **arbeitslosen Person** entspricht der Nettoentschädigung der Arbeitslosenversicherung (AVIG 22 und 22a), umgerechnet auf den Kalendertag (UVG 17 II). Ihnen wird das Taggeld unabhängig vom Bestehen der Wartezeit oder von Einstelltagen ausgerichtet (UVG 16 IV).

Mit einer Arbeitsunfähigkeit über 50 Prozent beträgt das Taggeld 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Beträgt die Arbeitsunfähigkeit zwischen 26 und 50 Prozent wird die halbe Leistung erbracht. Kein Taggeld wird für Versicherte mit einer Arbeitsunfähigkeit bis und mit 25 Prozent ausgerichtet (UVV 25 III).

Für Personen in Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (UVV 132a)

Für nach UVG 1a I, Bst. c versicherte Personen erbringt die Unfallversicherung die ganze Leistung unabhängig von der Höhe des Grades der Arbeitsunfähigkeit, bis die Massnahme der Invalidenversicherung wiederaufgenommen wird oder aus medizinischer Sicht wiederaufgenommen werden könnte.

Die **Taggeldhöhe** entspricht dem von der IV ausgerichteten Nettobetrag des Taggeldes der IV, UVG 17 IV, (ggf. mit Kindergeld), **abzüglich der Beiträge an die Sozialversicherungen** gemäss UVV 132a. Für Personen, die weder Anspruch auf ein IV-Taggeld noch auf eine IV-Rente haben, beruht das Taggeld auf dem mindest-Tagesverdienst (vgl. 10.0.1).

- ▶ Das Taggeld der Unfallversicherung kennt keine Beitragspflicht für Sozialversicherungsbeiträge. Dies bedeutet, dass sich Versicherte, die längere Zeit Taggelder der Unfallversicherung beziehen, auf der **AHV-Zweigstelle** am Wohnort zur **Beitragspflicht als Nichterwerbstätige** melden und Beiträge an die AHV/IV/EO/ALV entrichten muss.

Für alle wird der Taggeldansatz auf die nächsten fünf Rappen aufgerundet.

- ▶ **Während des Aufenthalts in einer Heilanstalt** haben Betroffene einen Zehrgeldbeitrag zu eigenen Lasten zu übernehmen (ATSG 67, UVV 27):
 - ▶ 20 Prozent des Taggeldes, maximal CHF 20.–/Tag für Alleinstehende ohne Unterhaltspflichten;
 - ▶ 10 Prozent des Taggeldes, maximal CHF 10.–/Tag für Verheiratete und Personen mit Unterstützungspflichten ausserhalb der in Ausbildung befindlichen Kinder;
 - ▶ Das Zehrgeld entfällt für Personen, die für ihre minderjährigen oder in Ausbildung befindlichen Kinder aufkommen müssen.

Übergangstaggeld (UVG 17 I, VUV 83–85)

Ein Übergangstaggeld wird ausgerichtet, wenn die versicherte Person den Arbeitsplatz unverzüglich zu verlassen hat und keinen Lohn mehr beanspruchen kann. Es entspricht dem vollen Taggeld im Sinn des UVG und wird während höchstens vier Monaten (nachsüssig) ausbezahlt.

Übergangsentschädigung (UVG 15, VUV 86–88)

Eine Übergangsentschädigung wird ausgerichtet, wenn die versicherte Person von einer Arbeit befristet oder dauernd ausgeschlossen oder nur als bedingt geeignet erklärt worden ist und keinen Lohn mehr beanspruchen kann. Es entspricht dem vollen Taggeld im Sinn des UVG.

Die Übergangsentschädigung beträgt 80 Prozent der Erwerbseinbusse (unter Berücksichtigung des maximalversicherten Verdienstes), den die versicherte Person durch den Ausschluss auf dem Arbeitsmarkt erleidet. Sie wird während höchstens vier Jahren ausgerichtet (monatlich vorschüssig).

10.2 Renten

10.2.1 Die Unfall-Invalidenrente (UVG 18–23, VUV 28–35, 44–46)

10.2.1.1 Anspruch

Voraussetzung für den Bezug einer Invalidenrente ist eine voraussichtlich bleibende – oder für längere Zeit dauernde – Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit.

Der Rentenanspruch entsteht, wenn ein stabiler Dauerzustand erreicht ist und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind.

» Mit dem Rentenbeginn fallen die Taggeldleistungen (nicht aber die Heilbehandlung, vgl. UVG 21 I) dahin.

Der Anspruch erlischt mit einem allfälligen Wegfall der Invalidität, dem Auskauf der Rente (Kapital statt Rente) oder Tod der rentenberechtigten Person. Dies bedeutet, dass die «**UV-IV-Rente**» **grundsätzlich lebenslänglich ausbezahlt wird**. Für Bezüger/innen, die ab 2025 das ordentliche Rentenalter (Referenzalter) erreichen, werden die bisherigen Renten gekürzt, wenn sich der Unfall ab dem 45. Altersjahr ereignet hat. Es gelten die Übergangsbestimmungen der 1. UVG-Revision per 01.01.2017.

» Die UV-Invalidenrente wird **ausschliesslich für die betroffene Person ausgerichtet**, ungeachtet von ihrem familiären Umfeld. Dies bedeutet, dass seitens des Unfallversicherers keine Kinderzusatzrenten zur «UV-IV-Rente» ausgerichtet werden.

» **Erwerbstätige im Rentenalter**, die verunfallen, haben keinen Anspruch mehr auf eine UV-IV-Rente.

10.2.1.2 Höhe der Invalidenrente

Die Unfallversicherung **ermittelt den Invaliditätsgrad** ausschliesslich nach dem Einkommensvergleich (Einkommen, das ohne Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt werden könnte, minus Einkommen, das nach erfolgter Eingliederung zumutbarerweise noch erzielt werden könnte. Differenz in Prozent = Invaliditätsgrad; vgl. ATSG 16).

Unfallfremde Faktoren spielen in der Regel für die Bemessung des Invaliditätsgrades keine Rolle!

▶ Im Gegensatz zur Invalidenversicherung erfolgt eine proportionale Kürzung je nach Invaliditätsgrad.

Die Rentenhöhe beträgt mit voller Invalidität 80 Prozent des letztversicherten Verdienstes (des innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bzw. der Berufskrankheit bezogenen Lohnes, unter Berücksichtigung des höchstversicherten Verdienstes). In Fällen von teilweiser Invalidität erfolgt eine entsprechende Kürzung.

$$\text{«volle» monatliche Rente} = \frac{\text{Versicherter Jahresverdienst}^1 \cdot 80}{12 \cdot 100}$$

¹ Versicherter Jahresverdienst = der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn, einschliesslich (ggf. noch nicht ausbezahlte Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch bestanden hätte); ggf. mit Kinder-/Ausbildungszulagen gemäss FamZG.

Eine **Revision der «UV-IV-Rente»** erfolgt bei erheblicher Änderung des Invaliditätsgrads. Sie kann bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters jederzeit vorgenommen werden.

▶ Eine Invalidenrente wird bereits ab einem Invaliditätsgrad (Einkommensvergleich) von 10 Prozent gewährt (UVG 18 I).

Für Personen in Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (gemäss UVG 1a I, Bst. c)

Falls sie den Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung begründen, gilt für Personen mit einem IV-Taggeld der diesem zugrunde liegende Verdienst für die Rentenbemessung als Erwerbseinkommen.

Für Personen, die weder Anspruch auf ein IV-Taggeld noch auf eine IV-Rente haben, bemisst sich die Rente am 365-Fachen des mindest-Tagesverdienstes (vgl. 10.o.1). Dieser versicherte Verdienst reduziert sich um den Prozentsatz des Invaliditätsgrads nach IVG. Wenn der letztversicherte Jahreslohn höher war, gilt dieser für die Berechnung der Rente des Unfallversicherers (vgl. UVV 132b).

10.2.1.3 Übergangsrente (UVG 19 III, UVV 30)

Eine Übergangsrente kann Personen ausgerichtet werden, deren weitere ärztliche Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwarten lässt und über deren allfällige berufliche Eingliederung die Invalidenversicherung noch nicht entschieden hat.

Die Übergangsrente erlischt mit Beginn des Taggeldanspruchs der Invalidenversicherung oder deren negativem Entscheid betreffend eine berufliche Eingliederung bzw. dem Festsetzen der definitiven Rente.

10.2.1.4 Koordination: Zusammentreffen der «UV-IV-Rente» mit einer Rente der Ersten Säule (UVG 20 II)

Richten sowohl die Invalidenversicherung (oder AHV) als auch der Unfallversicherer für dieselbe Person Renten aus, muss darauf geachtet werden, dass die betroffene Person nicht mehr Geldleistungen erhält, als ihr bzw. ihrer Familie ohne diesen Gesundheitsschaden zur Verfügung gestanden hätten.

Das bedeutet, dass der Unfallversicherer gegebenenfalls seine Leistungen beschränken kann, indem er eine **Komplementärrente ausrichtet**.

- ▶ In Abweichung zu ATSG 69 ergänzt der Unfallversicherer die Leistungen der Invalidenversicherung bzw. AHV (hier unter Miteinbezug allfälliger Kinderzusatzrenten) – und gleichartige Renten einer ausländischen Sozialversicherung – auf 90 Prozent des versicherten Verdienstes; seit 2016 auf maximal CHF 133 380.–.

Erreichen aber die Rentenleistungen der Invalidenversicherung zusammen mit der «UV-IV-Rente» – und gleichartiger Renten einer ausländischen Sozialversicherung – die 90-Prozent-Grenze nicht, werden die für die Voll- bzw. Teilinvalidität ermittelten Renten ausbezahlt.

Anpassung der Komplementärrente (UVG 20 II, UVV 33)

Die Komplementärrente wird mit dem ersten Zusammentreffen der erwähnten Renten festgesetzt. Später werden die Komplementärrenten angepasst, wenn

- ▶ Kinderrenten der AHV/IV oder gleichartige Renten ausländischer Versicherungen wegfallen oder dazukommen;
- ▶ die Rente der AHV oder IV infolge einer Änderung der Berechnungsgrundlagen erhöht oder herabgesetzt wird;
- ▶ sich der für die Unfallversicherung massgebende Invaliditätsgrad erheblich (oder sich der in Sonderfällen versicherte Verdienst gemäss UVV 24) ändert.

Durch die Umwandlung einer IV-Rente in eine Altersrente der AHV erfolgt keine Neuberechnung der Komplementärrente.

10.2.1.5 Kürzung der «UV-IV-Rente» bzw. Komplementärrente im Alter (UVG 20 II^{ter}, UVV 33a–33c)

«UV-IV-Rente» bzw. Komplementärrente einschliesslich Teuerungszulagen werden (in Abweichung zu ATSG 69) mit Erreichen des ordentlichen Rentenalters gekürzt; dies für Versicherte, die zum Unfallzeitpunkt älter als 45 Jahre waren. Die Kürzung beträgt

- ▶ mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent 2 Prozentpunkte, höchstens aber 40 Prozent;
- ▶ mit einem Invaliditätsgrad von unter 40 Prozent 1 Prozentpunkt, höchstens aber 20 Prozent.

Für die **Folgen von Rückfällen und Spätfolgen** gelten die Kürzungsbestimmungen auch für Unfälle, die sich vor dem 45. Altersjahr ereignet haben, wenn eine durch Rückfall bzw. die Spätfolgen bewirkte Arbeitsunfähigkeit ab Vollendung des 60. Altersjahrs eingetreten ist.

- ▶ Massgebend sind die ganzen Jahre ab dem 45. Altersjahr bis zum Unfall bzw. der Berufskrankheit.

Beispiel künftige Kürzung, Unfall mit Alter 53 Jahre	
Rente bis ins AHV-Rentenalter	Rente ab AHV-Rentenalter
letztvors. Jahresverdienst CHF 80 000.–	Kürzungssatz 2% (IV-Grad 55%)
Invaliditätsgrad (UV) 55%	Zeitspanne 45. bis 53. Altersjahr
jährliche Rente UVG CHF 35 200.–	▶▶ 8 ganze Jahre
	Kürzung: 8 mal 2% = 16%

Übergangsfrist

Die volle Kürzung der UV-IV-Rente bzw. der Komplementärrente greift erst für Versicherte, die im Jahr 2029 das ordentliche Rentenalter erreichen. **Für solche, die das ordentliche Rentenalter ab 2025 erreichen, greift die Kürzung** (Basis für die Kürzung, vgl. UVG 20 IIter) **wie folgt:**

Erreichen des ordentlichen Pensionierungsalters	Kürzung um
im Jahr 2025	einen Fünftel
im Jahr 2026	zwei Fünftel
im Jahr 2027	drei Fünftel
im Jahr 2028	vier Fünftel

Die Übergangsbestimmungen gelten nur für Unfälle, die sich bis 31.12.2016 ereignet haben.

Für Unfälle, die sich nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision ereignen und zu einer Rente führen, gilt das neue Recht mit den Kürzungsmodalitäten gemäss UVG 20 II^{ter} und II^{quater}.

10.2.2 Integritätsentschädigung (UVG 24–25; UVV 36, Anhang 3 UVV)

Integritätsentschädigungen sind eine einmalige Geldleistung zum Ausgleich für immaterielle Nachteile (Einschränkung des Lebensgenusses, z.B. durch Verlust eines Fingers).

Voraussetzung für das Erlangen einer Integritätsentschädigung ist eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen und der psychischen Unversehrtheit.

Für Berufskrankheiten, bei denen die betroffene Person an einem Mesotheliom (durch Kontakt mit Asbest) oder anderen Tumoren mit prognostisch ähnlich kurzer Überlebenszeit leidet, entsteht Anspruch auf eine Integritätsentschädigung mit dem Ausbruch der Krankheit (UVV 36 V).

Die **Bemessung** erfolgt **in Prozent des höchstversicherten Verdienstes** (vgl. Anhang 3 zur UVV mit entsprechender Tabelle). Somit ist die Höhe der Integritätsentschädigung unabhängig von der Höhe des Lohnes der betroffenen Person.

▶▶ Die Integritätsentschädigung kann allein oder zusätzlich zur UV-Invalidenrente ausgerichtet werden.

10.2.3 Hinterlassenenrenten (UVG 28–31; UVV 39–43)

10.2.3.1 Anspruch

Der Unfallversicherer wird nur dann leistungspflichtig, wenn zwischen dem Unfall und der Todesursache ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, d.h., die betroffene Person an den (Spät-)Folgen eines Unfalls oder einer Berufskrankheit stirbt.

Gegebenenfalls richtet der Unfallversicherer dem überlebenden Ehegatten (unter gewissen Voraussetzungen auch dem geschiedenen Ehegatten) und den Kindern Hinterlassenenrenten aus.

► **Stirbt die betroffene Person an unfallfremden Faktoren, gibt es keine Hinterlassenenrente/n des Unfallversicherers!**

Sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, ab dem 1. Tag des Folge-
monats auf den Tod des/der Familienangehörigen Anspruch auf eine Hinter-
lassenenrente des UVG-Versicherers.

10.2.3.2 Ehegattenrente (Witwen-/Witwerrente, UVG 29)

Der überlebende Ehegatte (d.h., die Witwe bzw. der Witwer) hat Anspruch auf eine Ehegattenrente, wenn

- ▶ er im Zeitpunkt der Verwitwung eigene rentenberechtigte Kinder hat oder mit solchen des verstorbenen Ehegatten im selben Haushalt wohnt oder
- ▶ er zumindest zu zwei Dritteln invalid ist bzw. dies innert zweier Jahre seit der Verwitwung wurde.
- Die Witwe, nicht aber der Witwer, hat zudem Anspruch auf eine Rente, wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung ein oder mehrere Kinder hat, die nicht mehr rentenberechtigt sind, oder wenn sie das 45. Altersjahr zurückgelegt hat.

Im Fall einer **Wiederverheiratung** der Witwe bzw. des Witwers erlischt der Rentenanspruch. Ein solcher lebt dann wieder auf, wenn die neue Ehe nach weniger als zehn Jahren geschieden oder für ungültig erklärt wird (UVG 33).

Der überlebende **geschiedene Ehegatte** (Mann und Frau) ist anspruchsberechtigt, sofern der/die verstorbene Versicherte ihr/ihm gegenüber zu Unterhaltsleistungen verpflichtet war (UVV 39).

Anspruch auf Witwenabfindung (UVG 32)

Die Witwe (nicht aber der Witwer!), welche die Anspruchsvoraussetzungen für eine Witwenrente nicht erfüllt, hat Anspruch auf eine Witwenabfindung.

Die Abfindung für die Witwe oder ggf. die geschiedene Ehefrau richtet sich nach der Ehedauer und der Höhe der entgangenen Witwenrente:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| weniger als ein Ehejahr | ▶ einfacher Jahresbetrag |
| zwischen ein und fünf Ehejahren | ▶ dreifacher Jahresbetrag |
| ab fünf Ehejahren | ▶ fünffacher Jahresbetrag |

Eingetragene Partnerschaften (Partnerschaftsgesetz)

Sollte einer der beiden Partner durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit sterben, könnte diese Person eine Witwerrente aus der Unfallversicherung auslösen.

Der überlebende Partner bzw. die überlebende Partnerin erhält dann eine Rente, wenn eigene waisenrentenberechtigende Kinder oder Kinder des verstorbenen Partners bzw. der Partnerin im gemeinsamen Haushalt leben. Auch wenn der überlebende Partner bzw. die überlebende Partnerin zu mindestens zwei Dritteln invalid ist, fliesst eine Witwerrente.

Sind keine Voraussetzungen für eine Witwerrente erfüllt, fliesst weder eine Rente, noch besteht Anspruch auf eine Kapitalabfindung.

10.2.3.3 Waisenrente (UVG 30, UVV 40–42)

Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr – wenn in Ausbildung begriffen, bis zu deren Abschluss, längstens bis zum vollendeten 25. Altersjahr – haben beim Tod des versicherten Elternteils Anspruch auf eine Halbweisenrente.

Durch den Unfalltod beider versicherter Elternteile wird eine Vollweisenrente ausgelöst. Ferner wird die Vollweisenrente gewährt, wenn nur der verstorbene (versicherte) Elternteil des Kindes bekannt war.

Pflegekinder, die zur dauernden unentgeltlichen Pflege weilen, sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

10.2.3.4 Höhe der Hinterlassenenrenten

Rentenart	Rentenhöhe in Prozent des versicherten Verdienstes
▶ überlebender Ehegatte	40%
▶ Halbweise (je)	15%
▶ Vollweise (je)	25%
▶ geschiedener Gatte (jedoch höchstens Unterhaltsbeitrag)	20%
▶▶ für mehrere Hinterlassene zusammen (anteilmässige Kürzung)	höchstens 70%
▶▶ bzw. mit rentenberechtigtem geschiedenem Gatten	höchstens 90%

10.2.3.5 Koordination: Zusammentreffen von Hinterlassenenrenten des Unfallversicherers mit solchen der AHV (UVG 31 IV)

Richten sowohl die AHV als auch der Unfallversicherer im selben Todesfall Hinterlassenenrenten aus, muss darauf geachtet werden, dass die Hinterlassenen nicht mehr Geldleistungen erhalten, als ihnen ohne den Todesfall zur Verfügung gestanden hätten. Das bedeutet, dass der Unfallversicherer gegebenenfalls seine Leistungen beschränken kann, indem er eine **Komplementärrente ausrichtet**.

- ▶▶ In Abweichung zu ATSG 69 ergänzt der Unfallversicherer die Leistungen der AHV (Waisen- und Witwen-/Witwerrenten) – und gleichartige Renten einer ausländischen Sozialversicherung – auf 90 Prozent des versicherten Verdienstes (auf maximal CHF 133 380.– seit 2016).

Erreichen aber die Rentenleistungen der AHV zusammen mit den «UV-Hinterlassenenrenten» die 90-Prozent-Grenze nicht, richtet die AHV ihre Hinterlassenenrenten aus und der Unfallversicherer den vorgesehenen Betrag.

Die **Komplementärrente des geschiedenen Gatten** entspricht der Differenz zwischen der AHV-Rente und dem geschuldeten Unterhaltsbeitrag, höchstens aber dem im UVG vorgesehenen Betrag.

Die **Komplementärrente** wird beim erstmaligen Zusammentreffen der erwähnten Renten festgesetzt und **lediglich den Änderungen im Bezügerkreis der AHV/IV-Renten** angepasst. Wenn die Witwen bzw. Witwer das ordentliche Rentenalter erreichen, erfolgt auf ihren Hinterlassenenrenten keine Kürzung.

10.2.4 **Teuerungsanpassung (UVG 34, UVV 44–45)**

Zum Ausgleich der Teuerung erhalten Bezüger/innen einer Invaliden- bzw. Hinterlassenenrente der Unfallversicherung Zulagen. Diese Teuerungszulagen gelten als Bestandteil der Rente.

Der Bundesrat setzt die Zulagen **aufgrund des Landesindex der Konsumentenpreise** (LIK) fest. Die Zulagen werden stets auf denselben Zeitpunkt wie die Renten der AHV und der Invalidenversicherung (Erste Säule) der Teuerung angepasst. Damit ist in der Unfallversicherung kein von der AHV/IV unabhängiger Entscheid über die Frage des Gewährens von Teuerungszulagen mehr möglich; dagegen wird die Höhe der Teuerungszulage in der Unfallversicherung weiterhin unabhängig von der AHV/IV festgesetzt.

Finanzierung des Teuerungsausgleichs

Erstmals seit 2009 haben auf 2023 die Renten der obligatorischen Unfallversicherung einen Teuerungszuschlag erhalten. Dieser beläuft sich auf 2,8 Prozent. Wenn der Preisindex auch künftig steigen und damit die Teuerung auf den Renten ausgeglichen werden muss, ist die Finanzierung des Teuerungszuschlages zu regeln.

10.2.5 **Auskauf von Renten (UVG 35, 89 I; UVV 46)**

Ein Rechtsanspruch der berechtigten Person auf Auskauf einer Invaliden- oder einer Hinterlassenenrente besteht nicht. Unter folgenden Voraussetzungen ist ein Auskauf möglich:

- ▶ wenn die monatliche Rente CHF 203.– (halber Höchstbetrag des Taggelds) nicht übersteigt – wobei dies für den Gesamtbetrag der Hinterlassenenrenten zutreffen muss –, dies jederzeit;
- ▶ in den übrigen Fällen ist ein Auskauf nur möglich, wenn die rentenberechtigte Person damit einverstanden ist und der Auskauf in ihrem offenkundigen langfristigen Interesse liegt.

Der Barwert einer auszukaufenden Rente wird aufgrund einheitlicher Rechnungsgrundlagen aller UVG-Versicherer berechnet.

Mit dem Auskauf der Rente erlischt der Anspruch der rentenberechtigten Person gegenüber der obligatorischen Unfallversicherung. Sollte aber die unfallbedingte Invalidität nach dem Auskauf zunehmen, kann ein entsprechender Anspruch auf eine «UV-IV-Rente» begründet werden. Vom Auskauf einer Invalidenrente nicht betroffen wird der Anspruch auf eine Hinterlassenenrente.

10.3 Hilflosenentschädigung (UVG 26–27; UVV 37–38)

Versicherte, die – wegen einer durch Unfall oder Berufskrankheit entstandenen Invalidität – in ihren täglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen sind oder der persönlichen Überwachung bedürfen, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Unfallversicherung (vgl. ATSG 9 Hilflosigkeit).

Diese Hilflosenentschädigung wird nur ausgerichtet, wenn sich die betroffene Person **nicht zulasten eines Sozialversicherers in einer Heilanstalt** aufhält.

- ▶ Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am 1. Tag des Monats, an dem die Voraussetzungen erfüllt sind.
- ▶ Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung der AHV oder Invalidenversicherung erlischt, wenn ein solcher gegenüber der Unfallversicherung geltend gemacht werden kann (AHVV 66^{quater}, IVG 42 VI, IVV 39k, UVV 38 V und ATSG 66 III).

Hat eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen der Militärversicherung und der Unfallversicherung, so werden die Hilflosenentschädigungen von jedem Versicherer nach seinem Anteil am Gesamtschaden erbracht.

Die Bemessung der Hilflosigkeit erfolgt in Anlehnung an die Invalidenversicherung, geht aber in einigen Punkten über das diesbezügliche Anforderungsprofil hinaus. Die Berechnung der Hilflosenentschädigung erfolgt auf der Basis des höchstversicherbaren Tagesverdienstes.

Ansätze für die Hilflosenentschädigung		
Hilflosenentschädigung	Relation zu max. Taggeldsatz	monatlich CHF seit 2016
leichten Grades	doppelt	812.–
mittleren Grades	vierfach	1624.–
schweren Grades	sechsfach	2436.–

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (Anmeldeverfahren)

Das Anmeldeverfahren ist sowohl für Unfälle als auch für Berufskrankheiten gleich. Der Einfachheit halber wird in der Folge immer von einem Unfallereignis ausgegangen. Grundsätzlich wird in der Suva von einer Schadenmeldung gesprochen.

11.1.1 Die Unfallmeldung (UVG 45, UVV 53)

Die betroffene Person (bzw. deren Angehörige) hat den Unfall, der eine ärztliche Behandlung erfordert und/oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, **unverzüglich dem Arbeitgeber** zu melden.

Der Arbeitgeber hat dem Unfallversicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, sobald er erfährt, dass eine versicherte Person seines Betriebes einen Unfall erlitten hat, der eine ärztliche Behandlung erfordert, eine Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zur Folge hat.

Verunfallte **Bezüger/innen von Arbeitslosenentschädigungen** melden den Unfall **dem zuständigen** Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV).

Sonderfälle verunfallter ALV-Taggeld-Bezüger/innen		
Situation der arbeitslosen Person	Unfall an einem «Arbeits-tag» (BU oder NBU) Unfall melden an	Unfall an einem arbeitsfreien Tag (z.B. Samstag/Sonntag) Unfall melden an
Zwischenverdienst	Betrieb	Arbeitslosenkasse
Berufspraktikum	Arbeitslosenkasse	Arbeitslosenkasse
teilweise arbeitslos	Betrieb	Arbeitslosenkasse
Ausbildungspraktikum	Arbeitslosenkasse	Arbeitslosenkasse
Eignungstest	Arbeitslosenkasse	Arbeitslosenkasse
Programm zur vorübergehenden Beschäftigung	Arbeitslosenkasse	Arbeitslosenkasse

Die Unfallmeldung sollte folgende Angaben enthalten

- a) Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalls;
- b) den behandelnden Arzt oder die Heilanstalt;
- c) betroffene Haftpflichtige und Versicherung.

Der Arbeitgeber stellt in ordentlichen Fällen (solche, die eine Arbeitsunfähigkeit von über drei Tagen oder einen Zahnschaden zur Folge haben) **den Unfallschein aus. Der Unfallschein bleibt bei der verunfallten Person bis zum Abschluss der Behandlung.**

Wenn eine UVG-Zusatzversicherung besteht (Taggeld bereits ab erstem Tag, höherer maximal versicherter Verdienst, Leistungen in Privatabteilung der Heilanstalt), finden dieselben Formulargarnituren Verwendung.

- ▶ Aufgrund der Unfallmeldung legt der Unfallversicherer ein Dossier an.
- ▶ Der Empfang der Unfallmeldung wird grundsätzlich vom Unfallversicherer bestätigt und gleichzeitig die Schadennummer mitgeteilt.
- ▶ Schadennummer bei telefonischen Anfragen und Korrespondenzen immer angeben!

11.1.2 Abklärungsverfahren und Mitwirkungspflicht (UVV 54–60)

Sobald der Unfallversicherer Kenntnis von einem Unfall oder einer Berufskrankheit hat, klärt er den Sachverhalt ab.

- ▶ Unentgeltliche **Mitwirkung** von Behörden, der versicherten Person oder deren Hinterlassenen und des Arbeitgebers.
- ▶ Bestellung von Gutachten.

11.2 Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistungen (ATSG 54, UVG 99, UVV 124)

11.2.1 Festsetzen der Leistungen

Direkt nach Abschluss der Abklärungen prüft der Unfallversicherer, ob die Voraussetzungen für die Zusprache von Versicherungsleistungen erfüllt sind.

Nach geltender Gerichtspraxis hat der Unfallversicherer seinen Entscheid jenem Sachverhalt entsprechend zu treffen, der mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Es gibt im Sozialversicherungsrecht keinen Grundsatz, wonach «im Zweifel für die versicherte Person» zu entscheiden wäre. Der Beweis muss aber nicht mit Sicherheit erbracht werden.

Müssen einmal Leistungen ganz oder teilweise verweigert werden (z.B. Wagnis), gewährt der Unfallversicherer der betroffenen Person oder deren Hinterlassenen **rechtliches Gehör**. Dies bedeutet, dass ihnen eine Frist eingeräumt wird, sich zu den Beurteilungsgrundlagen und zum angekündigten Entscheid zu äussern. Allfällige Einwände werden geprüft.

Über erhebliche Leistungen und Forderungen und für solche, mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Unfallversicherer beschwerdefähige **Verfügungen** zu erlassen (ATSG 49, UVG 99, UVV 124). Dasselbe gilt für die Anordnung von Verhütungsmassnahmen betreffend Berufsunfälle oder Berufskrankheiten durch die zuständigen Stellen. Gegen die Verfügung können alsdann Rechtsmittel ergriffen werden.

11.2.2 Überwachungsverfahren (UVG 48–49, 54; UVV 61–62)

Es liegt in der Natur der Sache, dass mit dem Erlass der Verfügung der Versicherungsfall nicht abgeschlossen ist, sondern erst jetzt eine Phase eintritt, welche vor allem für die verunfallte Person von entscheidender Bedeutung ist.

Die Schadenüberwachung durch den Unfallversicherer bezweckt, auf den ganzen Verlauf eines Falles bis zur Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit und zum Abschluss der Heilbehandlung günstigen Einfluss zu nehmen (Wiedereingliederung).

► **Schadenminderungspflicht:** Die betroffene Person muss alles Zumutbare unternehmen (Abklärungs-, Wiedereingliederungsmassnahmen usw.), um die Unfallfolgen möglichst nachhaltig zu bekämpfen (ATSG 21 IV).

11.2.3 Gewähren von Sachleistungen

Eine verunfallte Person kommt in der Regel bereits in den Genuss von Sachleistungen (insbesondere der Heilbehandlung), bevor der Entscheid über ihren Fall überhaupt getroffen werden kann.

Die Sachleistungen werden dann auch meist nicht mit einer formellen Verfügung zugesprochen. Wenn der fragliche Unfall nach Abklärung vom Unfallversicherer anerkannt wird, erhält die betroffene Person eine entsprechende formlose Mitteilung. Ihrem behandelnden Arzt oder dem Spital und anderen Sachleistungen erbringenden Personen wird vom Unfallversicherer automatisch Kostengutsprache geleistet.

Erst im weiteren Schadenverlauf ergibt sich bisweilen die Notwendigkeit, formelle Verfügungen zu erlassen.

► Weder der ausgehändigte Unfall- noch der Apothekerschein bedeuten eine Kostengutsprache oder die Anerkennung als Unfall bzw. Berufskrankheit.

11.2.4 Gewähren von Geldleistungen

Taggelder werden in der Regel ohne das Vorliegen einer formellen Verfügung ausgerichtet. Dagegen werden Rentenleistungen nur mittels rechtskräftiger Verfügung zugesprochen.

Das Taggeld wird in der Regel in den gleichen Zeitabständen wie der Lohn ausbezahlt. **Das Taggeld ist vom Unfallversicherer geschuldet**, nicht vom Arbeitgeber!

Bezahlt der Arbeitgeber dem Versicherten jedoch – trotz dessen Taggeldberechtigung – den Lohn weiter, kommt das Taggeld dem Arbeitgeber zu.

Die Renten und Hilflosenentschädigungen werden in der Regel monatlich im Voraus in den ersten Tagen des Monats ausbezahlt.

11.2.4.1 Auszahlung (ATSG 19, UVG 49, UVV 62 I)

Die periodischen Geldleistungen werden in der Regel monatlich ausbezahlt. Die Unfallversicherer können die Auszahlung des Taggelds dem Arbeitgeber übertragen. Erscheint der Anspruch auf Leistungen nachgewiesen und verzögert sich deren Ausrichtung, so können Vorauszahlungen ausgerichtet werden.

11.2.4.11 Leistungsbezug im Ausland

Sämtliche Leistungen (inkl. Hilflosenentschädigungen der Unfallversicherung und Integritätsentschädigungen) werden auch im Ausland ausgerichtet, allerdings ist die Höhe der Behandlungskosten auf das Doppelte des Kostenbetrages in der Schweiz beschränkt (vgl. UVV 17). Betreffend Rettungskosten vgl. UVV 20 II.

11.2.4.2 Nachforderung (ATSG 24, UVV 66)

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.

11.2.5 Abtretung, Verpfändung und Verrechnung (ATSG 22, UVG 50, UVV 64)

Der Anspruch auf Leistungen ist weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig.

Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit sie Vorschusszahlungen geleistet haben. Dasselbe gilt für im Rahmen der Vorleistungspflicht gemäss ATSG 70 erbrachte Leistungen.

Mit fälligen Geldleistungen des Unfallversicherers verrechnet werden können seine Forderungen (ausstehende Beiträge, Rückerstattung unrechtmässiger Bezüge) sowie die Rückforderung von Taggeldern der Invaliden-, der Militär-, der Arbeitslosen- und der Krankenversicherung und von Renten der AHV, der Invaliden- und der Militärversicherung sowie von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (UVG 50).

11.2.5.1 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20)

Geldleistungen können ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde ausbezahlt werden, die gegenüber der anspruchsberechtigten Person unterstützungspflichtig ist oder diese dauernd fürsorgerisch betreut. Dies gilt, wenn die anspruchsberechtigte Person die Geldleistungen nicht für ihren

Unterhalt oder den ihrer Schutzbefohlenen verwendet oder dazu nicht imstande – oder auf die Hilfe einer Sozialhilfeeinrichtung angewiesen – ist. Auch sie unterliegen den vorgenannten Bestimmungen über Abtretung und Verpfändung.

11.3 **Mitwirkungs-/Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 21 IV, UVG 45–47, UVV 55)**

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben am Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Bezüger/innen, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan zu melden (ATSG 31).

Der Arbeitgeber muss die Arbeitnehmenden zur Mitwirkung zur Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten heranziehen. Schutz- und Sicherheitseinrichtungen sind zu verwenden und dürfen nicht verändert werden. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, hat der Arbeitgeber dafür zu sorgen, dass Arbeiten mit besonderen Gefahren nur von Personen mit entsprechendem Ausbildungsnachweis durchgeführt werden.

11.4 **Leistungskürzung oder -verweigerung (ATSG 21, UVG 36–39, UVV 47–50)**

Vier Konstellationen können Kürzung oder Verweigerung der Unfallversicherungsleistungen nach sich ziehen:

- ▶ das Zusammentreffen verschiedener Schadensursachen, die nur teilweise auf den Unfall oder die Berufskrankheit zurückzuführen sind (unfallfremde Faktoren);
 - ▶ das schuldhafte Herbeiführen eines Unfalls durch die versicherte Person oder im Todesfall der Hinterlassenen;
 - ▶ aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse, denen sich die versicherte Person aussetzt;
 - ▶ das Verletzen von Obliegenheiten (Pflichten);
-
- ▶ das Zusammentreffen mit anderen Sozialversicherungsleistungen zwecks Vermeiden einer Überentschädigung (vgl. Komplementärrente 10.2.1.4 und 10.2.3.5);
 - ▶ der Aufenthalt einer versicherten Person im Straf- oder Massnahmenvollzug (sistieren oder teilweise Kürzung von Leistungen mit Erwerbscharakter, ATSG 21 III).

11.4.1 **Unfallfremde Faktoren (UVG 36, 47 UVV)**

Durch das Zusammentreffen verschiedener Schadenursachen können auch unfallfremde Faktoren die Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person beeinflussen.

- ▶ Sachleistungen, Taggelder und/oder Hilflosenentschädigungen werden vom Unfallversicherer auch übernommen, wenn unfallfremde Faktoren den Gesundheitszustand der Betroffenen beeinflussen.

► **Hingegen werden Renten und Integritätsentschädigungen, die nur teilweise Folge eines Unfalles sind, angemessen gekürzt.**

Dabei werden vor dem Unfall bestehende Gesundheitsschädigungen, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, ausser Acht gelassen (keine Leistungskürzung).

- Kürzungsgründe können sowohl ein Vorzustand als auch nachträglich auftretende unfallfremde Faktoren sein.

11.4.2 **Verschulden der versicherten Person bzw. der Hinterlassenen**

In Rechtsprechung und Praxis werden drei Formen von Selbstverschulden unterschieden: das vorsätzliche Herbeiführen – d.h., die Absicht – sowie die grobe und die leichte Fahrlässigkeit. Letztere, die leichte Fahrlässigkeit im Sinn einer Unachtsamkeit, ist im Rahmen der Unfallversicherung nicht von Leistungskürzungen betroffen.

11.4.2.1 **Absicht (ATSG 21 II, UVG 37 I, UVV 48)**

Wer einen Unfall absichtlich herbeiführt, hat keinerlei Anspruch auf Leistungen. Weder Selbstschädigungen und -verstümmelungen noch ein Suizid oder misslungener Suizidversuch lösen Leistungen des Unfallversicherers aus.

Begeht eine versicherte Person den Selbstmord aber in einem Zustand, in dem sie unverschuldet unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, bleiben die Ansprüche gegenüber dem Unfallversicherer bestehen.

11.4.2.2 **Grobfahrlässigkeit (UVG 37 II)**

Grobfahrlässig handelt, **wer**

- unter Verletzung elementarster Vorsichtsgebote das ausser Acht lässt,
 - was jedem verständigen Menschen in gleicher Lage
 - und unter gleichen Umständen hätte einleuchten müssen,
- um eine nach dem natürlichen Lauf der Dinge voraussehbare Schädigung zu vermeiden. ⇨ «Wie häsch au nur chöne...?!!»

In Abweichung von ATSG 21 I werden **Taggelder der Nichtberufsunfallversicherung (NBU)** während der ersten zwei Jahre nach dem Unfall gekürzt, wenn die versicherte Person den Unfall grobfahrlässig verursacht hat.

- Wenn diese Person im Zeitpunkt des Unfalls für Angehörige zu sorgen hat (die im Todesfall Hinterlassenenrenten erhalten würden), werden die Leistungen jedoch höchstens um die Hälfte gekürzt.

Verkehrsteilnehmer handeln in der Regel grobfahrlässig, wenn sie entweder eine elementare oder mehrere wichtige Verkehrsvorschriften schwer missachten.

- **Fussgänger:** 10 Prozent Kürzung wegen Nichtbenützen des Fussgängerstreifens, kopflosen Betretens der Fahrbahn oder Missachtung von Lichtsignalen.
- **Velo/Mofa:** 20 Prozent wegen Fahrens auf der Gegenfahrbahn, Überfahrens der Sicherheitslinie; 10 bis 20 Prozent wegen übersetzter Geschwindigkeit; 10 Prozent wegen Missachtens des Vortrittsrechts in klaren Situationen, Missachtens von Stopp- und Lichtsignalen, Linksabbiegen ohne Rücksicht auf den übrigen Verkehr, Fahrens ohne Licht bei Dunkelheit.

- ▶ **Auto:** 10 bis 30 Prozent wegen übersetzter Geschwindigkeit, gefährlichen Überholens; 20 Prozent wegen bewussten Überfahrens von Sicherheitslinien, Falschfahren auf der Autobahn; 10 Prozent wegen Fahrens ohne Licht, Missachtens von Stopp- und Lichtsignalen, Missachtens des Vortrittsrechts in klaren Situationen, Linksabbiegens ohne Rücksicht auf den übrigen Verkehr.

11.4.2.3 Verbrechen und Vergehen (UVG 37 III)

Hat die versicherte Person den Unfall in **Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens** herbeigeführt, können ihr in Abweichung von ATSG 21 I die **Geldleistungen gekürzt oder entzogen werden**.

Für Versicherte mit Unterhaltspflichten (bzw. für Hinterlassenenrenten) werden diese höchstens um 50 Prozent gekürzt.

- ▶ In Zusammenhang mit Raserunfällen werden Geldleistungen um 50 bis 70 Prozent gekürzt, wenn die Höchstgeschwindigkeit krass überschritten wurde. Wenn es sich um ein Rennen unter Rasern handelt, werden die Geldleistungen um 100 Prozent gekürzt; d.h., es gibt keine Taggelder, Renten oder Integritätsentschädigung. Betreffend Strafbestimmungen vgl. Strassenverkehrsgesetz Art. 90.

11.4.3 Aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse (UVG 39, UVV 49–50)

Aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse sind Risiken, die das im alltäglichen Leben gewohnte Mass deutlich übersteigen.

11.4.3.1 Aussergewöhnliche Gefahren (UVV 49)

Für Nichtberufsunfälle, die auf aussergewöhnliche Gefahren zurückgehen, erfolgt

- ▶ **der Ausschluss sämtlicher Leistungen** (somit auch Heilbehandlung und andere Sachleistungen) **infolge Teilnahme an** ausländischem Militärdienst, an kriegerischen Handlungen, Terror, bandenmässigem Verbrechen
- ▶ **die Kürzung der Geldleistungen um mindestens 50 Prozent infolge Beteiligungen** an Schlägereien, Raufereien, starken Provokationen, Teilnahme an Unruhen.

11.4.3.2 Wagnisse (UVG 39, UVV 50)

Wenn Nichtberufsunfälle auf ein Wagnis zurückzuführen sind, werden die Taggelder um die Hälfte gekürzt und in besonders schweren Fällen verweigert.

Wagnisse sind besondere Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Es wird unterschieden zwischen absoluten und relativen Wagnissen.

Absolutes Wagnis

Ein absolutes Wagnis – häufig Sportarten mit hoher Geschwindigkeit und/oder Renncharakter – liegt in zwei Konstellationen vor, dies wenn:

- ▶ eine Handlung, die mit Gefahren verbunden ist, unabhängig von den konkreten Verhältnissen nicht auf ein vernünftiges Mass herabgesetzt werden kann oder

- ▶ es am schützenswerten Charakter einer mit besonders grossen Gefahren verbundenen Handlung mangelt bzw. eine entsprechende Handlung unsinnig oder verwerflich erscheint.

Unfälle, die sich durch das Ausüben folgender Sportarten (Liste ist nicht abschliessend) ereignen, haben gemäss UVV 50 eine Kürzung der Geldleistungen um die Hälfte zur Folge.

- ▶ Reisen in Gebiete mit erhöhtem Entführungsrisiko
- ▶ Dirt-Biken
- ▶ Versicherter (17 Jahre) erleidet Brandverletzungen beim Fusstritt gegen einen Plastikbehälter mit glühender Flüssigkeit um diesen ins Feuer zu schleudern
- ▶ Autocross-, Berg-, Rundstrecken-, Stockcarrennen inkl. Training, Auto-Rally-Geschwindigkeitsprüfungen, Autofahren auf Rennstrecken (ausgenommen Fahrsicherheitskurse)
- ▶ Kart-Fahrten: Rennen und Training mit Fahrzeugen, die Geschwindigkeiten von über 100 km/h zulassen
- ▶ Base-Jumping
- ▶ Full-Contact-Wettkämpfe wie Boxwettkämpfe
- ▶ bewusstes Zertrümmern von Glas
- ▶ Karate extrem (Zertrümmern von Back- oder Ziegelsteinen oder dicken Brettern mit Handkante, Kopf oder Fuss)
- ▶ Motocrossrennen inkl. Training auf der Rennstrecke
- ▶ Motorbootrennen inkl. Training
- ▶ Motorradrennen inkl. Training und Motorradfahren auf Rundkursen oder einer Rennstrecke (ausgenommen Fahrsicherheitskurse)
- ▶ Sprünge mit Bikes mit akrobatischen Einlagen (wie Salti, Drehungen um die eigene Achse, Hände weg vom Lenker oder Füsse von den Pedalen nehmen)
- ▶ Quadrennen inkl. Training
- ▶ Rollbrettfahren, sofern wettkampfmässig oder auf Geschwindigkeit betrieben
- ▶ Schneemotorradrennen (Snow-Cross) inkl. Training
- ▶ Skigeschwindigkeitsrekord-Fahrten
- ▶ Speed-Flying
- ▶ Tauchen in einer Tiefe von mehr als 40 Metern
- ▶ Hydrospeed/Riverboogie (Wildwasserfahrt bäuchlings auf Schwimmbob liegend)

Relatives Wagnis

Für ein relatives Wagnis ist eine Handlung an sich schützenswert und die diesbezüglichen Gefahren können durch die handelnde Person auf ein vernünftiges Mass reduziert werden. Es ist zu prüfen, ob nach den persönlichen Fähigkeiten und der Art der Durchführung eine Gefahrenherabsetzung möglich gewesen wäre und diese unterlassen wurde.

Wenn bei an sich voll gedeckten, aber mit Risiken verbundenen Sportarten/Tätigkeiten **die üblichen Regeln oder Vorsichtsgebote in schwerwiegender Weise missachtet werden**, erfolgt ebenfalls eine Kürzung der Geldleistungen um die Hälfte. In besonders schweren Fällen, d.h., mit zusätzlichen besonderen Umständen, können auch hier die Geldleistungen gänzlich verweigert werden (**Liste ist nicht abschliessend**).

- ▶ Kopfsprung aus 4 Metern Höhe in unbekannt tiefes Wasser
- ▶ Ungesichertes Hochklettern (Absturz aus 5 Metern Höhe)
- ▶ Tritt zu Hause mit dem linken Fuss gegen die Glasscheibe einer Türe (eingeschlossen durch Lebenspartner)
- ▶ Unter Umständen: Downhill-Abfahrt mit dem Mountainbike, z.B. sehr anspruchsvolle Strecke, die nicht dem persönlichen Können entspricht, wenn man sehr schlecht ausgerüstet ist oder bei vorhersehbar schlechtem Wetter unterwegs ist (z.B. Eisregen oder Schneefall)
- ▶ Strassenrodeln (Streetluge)
- ▶ Übersteigen des Balkongeländers; Sturz aus mehreren Metern Höhe
- ▶ Schneeschuhwandern abseits der vorgeschlagenen und markierten Route ohne umsichtige Vorbereitung
- ▶ Tauchunfall in mehr als 40 Metern Tiefe, wegen ungenügender Vorbereitung Dekompressionstrauma mit bleibender Lähmung
- ▶ Sprung mit dem (Einer-)Kajak von einer Brücke (alte Aarebrücke in Olten)
- ▶ Bergsteigen/Klettern/Schneesportaktivitäten abseits markierter Pisten (bei schwerwiegender Missachtung der sportüblichen Regeln und Vorsichtsgebote): Befahren einer eindeutig gesperrten Route, sei es wegen der Gefährlichkeit oder wegen zu hoher Lawinengefahr; Verlassen offizieller Pisten bei hoher Lawinengefahr (ungeachtet der Warnungen bei der Seilbahn- oder Skiliftstation); gefährliche Routen, bei denen jeder Sturz lebensgefährlich sein kann.
- ▶ Canyoning (bei schwerwiegender Missachtung der sportüblichen Regeln und Vorsichtsgebote)
- ▶ Combatschiessen, wenn unorganisiert oder ohne Aufsicht
- ▶ Gleitschirm- oder Hängegleiterfliegen bei sehr ungünstigen Windbedingungen wie starken Böen oder Föhnsturm
- ▶ gefährliches Klettern an einer Hausfassade
- ▶ Hochseesegeln und Kanufahrten unter voraussehbar extremen Verhältnissen
- ▶ Snowrafting (in gefährlichem, insbesondere steilem Gelände mit Hindernissen oder ohne ausreichenden, allenfalls gepolsterten Auslauf)

Verweigerung von Geldleistungen in besonders schweren Fällen, d.h., zusätzlichen besonderen Umständen (Liste nicht abschliessend)

- ▶ Durchführung einer sehr schweren Bergtour im Alleingang bei schlechtem Wetter und trotz Mahnung erfahrener Bergsteiger
- ▶ gefährliches Klettern an einer Hausfassade bei Dunkelheit und in stark alkoholisiertem Zustand

► **Information an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**, dass diese vor dem Ausüben von Trendsportarten die Versicherungsdeckung prüfen. Haftpflichtrechtliche Problematik von Betriebsanlässen mit solchen Aktivitäten.

11.4.4 Verletzung der Obliegenheiten (UVG 46, UVV 53, UVV 61)

Das Versäumnis einer Unfallmeldung oder eine Falschmeldung kann je nach Sachverhalt einen teilweisen Entzug der Geldleistung oder gänzlichen Entzug aller Versicherungsleistungen zur Folge haben. Der Unfallversicherer kann unter angemessener Rücksichtnahme auf die versicherte Person und deren Angehörige die nötigen Anordnungen zum zweckmässigen Behandeln des Versicherten treffen.

Die Versicherungsleistungen werden ganz oder teilweise verweigert, wenn sich die betroffene Person trotz Aufforderung einer zumutbaren Behandlung oder einer von der Invalidenversicherung angeordneten, zumutbaren Eingliederungsmassnahme für eine wesentliche Verbesserung der Erwerbstätigkeit entzieht.

11.5 Rückerstattung/Verrechnung (ATSG 25, ATSV 2–5)

11.5.1 Unrechtmässige Bezüge (UVG 50)

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «in gutem Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt. In der Rückforderungsverfügung ist auf die Möglichkeit eines Erlasses (ATSV 4) hinzuweisen.

Ausstehende Prämien sowie Rückforderungen von Renten und Taggeldern der AHV/IV, der Militär-, der Arbeitslosen-, der Krankenversicherung und von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV können mit fälligen UVG-Leistungen verrechnet werden.

11.5.2 Rückgriff/Regress (ATSG 72–73, ATSV 13–17, UVG 42)

Gegenüber einem Dritten, der für den Versicherungsfall haftet, tritt der Sozialversicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein (ATSG 72 I).

Einschränkung des Rückgriffs (ATSG 75)

Nur wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben, besteht ein Rückgriffsrecht für den Sozialversicherungsträger

- auf die Ehefrau bzw. den Ehemann der versicherten Person, auf deren Eltern und Kinder oder sonstige mit ihr im Haushalt lebende Personen;
- für Berufsunfälle gegenüber dem Arbeitgeber (der versicherten Person), gegen dessen Familienangehörige und gegen dessen Arbeitnehmende;
- die Einschränkung des Rückgriffsrechts entfällt, wenn und soweit die Person, gegen welche Rückgriff genommen wird, obligatorisch haftpflicht-versichert ist.

Die geschädigte Person selbst kann ihre nicht gedeckten Schadenersatzansprüche (auch ohne Absicht, Grobfahrlässigkeit) direkt beim Haftpflichtigen bzw. dessen Haftpflichtversicherung geltend machen.

11.6 Rechtspflegeverfahren

1. Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52, UVG 105)

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an den verfügenden Unfallversicherer Einsprache** erhoben werden (ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen). Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. Beschwerde (ATSG 56)

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann innerhalb von **30 Tagen** (gilt seit Januar 2007 auch für Einspracheentscheide über Versicherungsleistungen) **am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** am Wohnsitz der betroffenen Person **Beschwerde** erhoben werden.

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. In Bezug auf die Beschwerdelegitimation des Arbeitgebers – speziell betreffend Langfristleistungen – ist die einschlägige Rechtsprechung zu beachten. Auch weiteren interessierten Kreisen wie Sozialämtern, Gläubigern und Erben teilt das Bundesgericht nicht a priori ein Beschwerderecht zu.

3. Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

Im Gegensatz zur allgemeinen Bestimmung im Bundesgerichtsgesetz, das nur eine Prüfung der Rechtsfragen (eingeschränkte Kognition) vorsieht, werden in der Unfall- und der Militärversicherung vom Bundesgericht alle Aspekte geprüft.

Rechtspflegeverfahren, Fristen		
Leistungsrecht	Zuständigkeit des Versicherers/Tarif Anordnung zur Prophylaxe	Prämienrechnung
Verfügung durch Versicherer ATSG 49	Verfügung durch Versicherer ATSG 49	Verfügung durch Versicherer ATSG 49
↓	↓	↓
Einsprache an Versicherer ATSG 52, ATSV 10ff innert 30 Tagen	Einsprache an Versicherer ATSG 52, ATSV 10ff innert 30 Tagen	Einsprache an Versicherer ATSG 52, ATSV 10ff innert 30 Tagen
↓	↓	↓
Einspracheentscheid	Einspracheentscheid	Einspracheentscheid
↓	↓	↓
Beschwerde an kant. (Sozial-)Versicherungsgericht, ATSG 56–59ff innert 30 Tagen	Beschwerde an Bundesverwaltungsgericht, UVG 109, innert 30 Tagen	Beschwerde an kant. (Sozial-)Versicherungsgericht, ATSG 56–59ff innert 30 Tagen
↓	↓	↓
Entscheid kant. (Sozial-)Versicherungsgericht	Entscheid Bundesverwaltungsgericht	Entscheid kant. (Sozial-)Versicherungsgericht
↓	↓	↓
Beschwerde an Bundesgericht in Luzern ATSG 62 innert 30 Tagen	Beschwerde an Bundesgericht in Luzern ATSG 62 innert 30 Tagen	Beschwerde an Bundesgericht in Luzern ATSG 62 innert 30 Tagen
↓	↓	↓
Entscheid Bundesgericht	Entscheid Bundesgericht	Entscheid Bundesgericht

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

UVG (in Millionen CHF mit Rundungsdifferenzen)	1995	2000	2010	2015	2020	2021
Einnahmen Total	5 631	6 557	7 742	8 369	9 743	11 541
Prämien	4 525	4 671	6 303	6 176	6 437	6 691
▶ Berufsunfallvers. (BUV)	1 735	1 763	2 193	2 120	2 050	2 200
▶ Nichtberufsunfallvers. (NBUV)	2 711	2 773	3 825	3 811	4 114	4 206
▶ freiwillige Versicherung	79	62	57	50	46	46
▶ NBUV für Arbeitslose	–	73	229	194	226	240
▶ der öffentlichen Hand	keine	keine	keine	keine	keine	keine
Ertrag der Anlagen (Zinsen)	825	1 036	1 184	1 323	1 333	1 928
Regresseinnahmen	281	284	375	248	269	245
Ausgaben Total	4 077	4 547	5 993	6 886	7 084	7 091
Kurzfristige Leistungen	2 263	2 478	3 245	3 847	4 015	4 046
▶ Berufsunfallvers. (BUV)	793	836	1 038	1 231		
▶ Nichtberufsunfallvers. (NBUV)	1 430	1 550	2 074	2 474		
▶ freiwillige Versicherung	40	33	25	24		
▶ UV für Arbeitslose	–	59	108	119		
▶ betr. Heilungskosten	919	1 121	1 577	1 982	1 929	1 933
▶ betr. Taggelder	1 344	1 356	1 668	1 865	2 085	2 113
Langfristige Leistungen	1 187	1 408	1 925	1 926	1 908	1 895
▶ Berufsunfallvers. (BUV)	555	636	828	804		
▶ Nichtberufsunfallvers. (NBUV)	619	746	1 042	1 064		
▶ freiwillige Versicherung	13	18	27	26		
▶ UV für Arbeitslose	–	8	28	32		
▶ Rente/Kapital an Invalide	648	856	1 263	1 307		
▶ Rente/Kapital an Hinterlassene	241	264	306	319		
▶ Teuerungszulagen zu Renten	298	288	355	299		
Verwaltungs-/ Durchführungskosten	501	541	675	812	846	839
Beiträge an Unfallverhütung	110	117	143	137	157	161
Übrige Auslagen	5	3	5	3	0	0
Rechnungssaldo	1 554	2 011	1 749	1 483	2 659	4 450
Betriebsergebnis (Gewinn/Defizit)	-72	409	686	-463	-378	-154
Kapitalkonto UVG	18 129	27 322	42 817	52 596	68 477	72 526
Anzahl Versicherer	78	42	35	29	26	24
Total Versicherte	3 228 000	3 443 000	3 700 000	3 963 000	4 156 000	4 256 000
Total unterstellte Betriebe	358 271	387 734	517 802	590 861	639 621	645 577
Total gemeldete Unfälle:	740 210	721 873	782 163	808 975	802 601	831 511
davon BUV und Krankheiten	299 201	273 711	266 839	266 349	264 311	276 886
NBUV	441 009	437 850	497 058	526 228	522 006	536 208
Arbeitslose	–	10 312	18 266	16 398	16 284	18 417
Anzahl Rentner/innen:						
Invalidenrente BUV	43 278	43 302	42 742	40 216	37 034	36 086
NBUV	34 182	36 533	41 265	40 203	37 878	37 373
Arbeitslose	–	284	1 409	1 656	1 796	1 810
Ehegattenrente (Witwe/Witwer)	15 952	15 788				
Waisen	6 610	5 818	23 011	21 003	17 027	16 641

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre

In der Sozialversicherungsstatistik 2023 sind die kurz- und die langfristigen Leistungen nicht mehr nach den Versicherungssparten aufgeschlüsselt.

12.2 Entwicklungstendenzen

12.2.1 Unfallstatistik für 2023

Pro Jahr verunfallt jede fünfte UVG-versicherte Person

Wer in der Schweiz arbeitet, ist durch seinen Arbeitgeber zwingend für Unfälle und Berufskrankheiten über einen der 22 anerkannten Unfallversicherer zu versichern. (Für industrielle und gewerbliche Betriebe ist dies zwingend die Suva). 2021 machten dies 645 577 Betriebe mit einer Lohnsumme von insgesamt 333 Mrd. Franken. Drei Viertel aller Betriebe haben weniger als fünf Vollzeitbeschäftigte. 0,5 Promille der Firmen haben mehr als 1000 Arbeitnehmende; hier arbeiten aber über drei Viertel aller Versicherten.

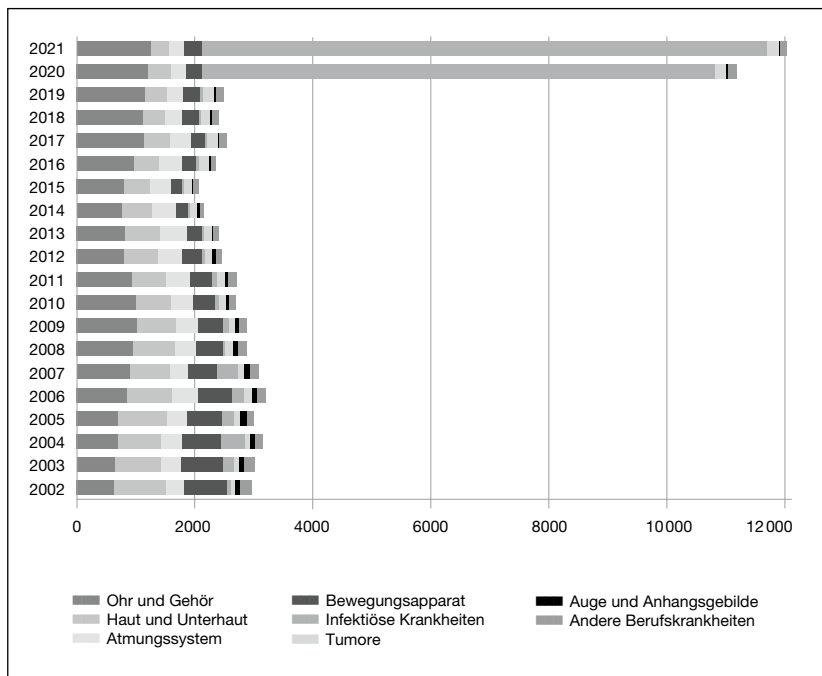
Im Jahr 2021 haben die UVG-Versicherer 831 511 Fälle registriert und von denen 787 874 (94,8%) anerkannt wurden und Leistungen von insgesamt 4,97 Mrd. Franken ausgelöst haben. 63 Prozent entfielen auf die Nichtberufsunfälle (Freizeit), 33,5 Prozent auf Berufsunfälle und der Rest hat Personen betroffen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen. Die Unfallstatistik 2023 enthält weitere interessante Hintergrundinformationen, dies auf pro 2021 erhärteten Zahlen der damals 24 anerkannten UVG-Versicherer und der Ersatzkasse. Die Ersatzkasse erbringt Leistungen für verunfallte Arbeitnehmende, deren Arbeitgeber nicht der Suva unterstehen würde, es aber versäumt hat, eine entsprechende Versicherung abzuschliessen.

Berufskrankheiten

Die absolute Zahl von anerkannten Berufskrankheiten war in den letzten zehn Jahren vor Ausbruch von Covid-19 rückläufig und lag um die 3000 Fälle pro Jahr. In den Jahren 2020 und 2021 stiegen diese coronabedingt durch infektiöse Krankheiten deutlich an. Lange machten die Berufskrankheiten rund ein Prozent aller Schadenfälle der BUV aus. 2020 waren es 6,1 Prozent und 2021 5,14 Prozent. Ob sich dieser Trend fortsetzt wird sich zeigen. Mehr als die Hälfte der Todesfälle in der BUV sind auf Berufskrankheiten zurückzuführen. Von zentraler Bedeutung bleiben dabei die asbestbedingten Fälle.

Die Berufskrankheiten sind, was die Schwere der Fälle betrifft, äusserst heterogen. Es gibt darunter Fallgruppen, die letztlich eher zwecks präventiver Massnahmen als wegen manifestierter gesundheitlicher Beeinträchtigung anerkannt werden.

Berufskrankheiten und Diagnosegruppen, Anzahl Fälle



Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023

12.3 Gelten Covid-19-Erkrankungen und «Long-Covid» als Berufskrankheit?

Diese Frage kann nicht einfach mit ja oder nein beantwortet werden. Es hängt vom Gesamtkontext ab:

Möglich ist die Einstufung als Berufskrankheit laut Suva dann, wenn «in der beruflichen Tätigkeit ein viel höheres Risiko besteht, an Covid-19 zu erkranken als für den Rest der Bevölkerung.

Eine eher zufällige Kontamination am Arbeitsplatz reicht nicht aus. Jeder Fall ist eingehend zu prüfen.

⇒ **«Unfallmeldung»** Der Arbeitgeber muss dem für ihn zuständigen Unfallversicherer (Suva oder anderer Träger) umgehend alle Fälle melden, in denen seine Mitarbeitenden einem höheren Risiko ausgesetzt und mit Covid-19 infiziert sind.

Für Berufskrankheiten werden, gleich wie für Berufsunfälle, die Heilungskosten, Taggelder – und wo erforderlich Renten – zulasten der Unfallversicherung übernommen.

Wenn dagegen die Tätigkeit nicht auf die Begleitung und Pflege von infizierten Personen ausgerichtet ist, kann Covid-19 nicht als Berufskrankheit anerkannt werden. Die Suva nennt hier beispielsweise das Personal in Verkauf, Hotelreinigung oder auch die Polizei.

12.4 Rückwirkende Unfalldeckung für Minderjährige?

Erwerbstätige, die in der Kindheit oder Jugend einen Unfall hatten und wegen Spätfolgen oder eines Rückfalls arbeitsunfähig werden, erhalten von der Berufs-Unfallversicherungen keine Taggelder; dies gilt zurzeit, da keine Unfalldeckung gemäss UVG bestanden hat.

Je nach Verlauf der Spätfolgen oder des Rückfalls sind betroffene nach einer gewissen Zeit auf Sozialhilfe angewiesen. Der Entwurf zur Änderung des UVG wird derzeit bearbeitet, um die in der Vernehmlassung eingegangenen Stellungnahmen auszuwerten. Der Bundesrat wird die Botschaft zur Änderung des UVG voraussichtlich im Herbst 2024 dem Parlament vorlegen.

12.5 Links

www.suva.ch

Unfallversicherer für industrielle Betriebe

www.sapros.ch

Arbeitssicherheit – Katalog von Mitteln zum Erreichen der Schutzziele (wie Gehörschutz usw.) – Suva und andere Anbieter

www.bag.admin.ch > Themen > Versicherung > Unfallversicherung

Bundesamt für Gesundheit
Grundlagen, Statistiken usw.

www.svv.ch

Dachorganisation der privaten Versicherungswirtschaft. Website mit Facts und Hintergrundinformationen; unter anderem unter Publikationen abrufbares Lexikon: www.svv.ch/de/publikationen/wegleitung-zur-obligatorischen-unfallversicherung-uvg

www.ombudsman-assurance.ch

Die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva hilft im Fall von Unstimmigkeiten mit der betreffenden Versicherung unentgeltlich und unbürokratisch unter der Wahrung der Vertraulichkeit

www.bfu.ch

Tipps zur Verhütung von Freizeitunfällen; Prävention

www.koordination.ch

Hinweise zur Koordination von Privat- und Sozialversicherungsleistungen sowie der medizinischen, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation; Online-Handbuch für Mitglieder

www.hrm-systems.ch

Führendes Unternehmen in der Beratung und der Abwicklung von Unfall- und Krankheitsabsenzen für Firmenkunden (Entwickler der Software UKA Solutions und Carema)

www.unfallstatistik.ch

Statistik der Unfallversicherung UVG

www.bsv.admin.ch

Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

XII Militärversicherung MV

1.	Zweck	700
2.	Gesetzliche Grundlagen	700
3.	Geschichtliche Daten	700
4.	Organisation (MVG 81–82; UVG 67; MVV 35a)	701
5.	Versicherte Personen	702
5.1	Obligatorisch Versicherte (persönlicher Geltungsbereich, MVG 1a)	702
5.2	Freiwillig Versicherte (MVG 2, MVV 8a)	703
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes	703
5.3.1	Obligatorisch Versicherte (MVG 3)	703
5.3.2	Freiwillig Versicherte (MVG 2 II)	704
5.4	Versicherungsausweis	704
6.	Finanzierung	704
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	704
6.2	Beitragspflichtige Personen	704
6.2.1	Keine Beiträge von Dienstleistenden	704
6.2.2	Aber Beitragspflicht für beruflich und freiwillig Versicherte (MVG 66a–66d; MVV 28a–28e)	705
7.	Leistungen (MVG 8–63, MVV 10–28)	705
7.1	Gegenstand der Versicherung	706
7.1.1	Haftung/Umfang des Versicherungsschutzes (MVG 4)	707
7.1.2	Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschädigung und Dienstleistung	708
7.1.2.1	Feststellen einer Gesundheitsschädigung während des Dienstes (MVG 5)	708
7.1.2.2	Feststellen einer Gesundheitsschädigung nach dem Dienst (MVG 6)	708
8.	Anspruchsberechtigte Personen (MVG 1a)	709
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	709
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	709
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	709

9.	Sachleistungen (MVG 16–21, 57, 60–61, 63)	
	Kollektive Leistungen/Prävention	709
9.1	Heilbehandlung (MVG 16–18)	709
9.2	Hilfsmittel (MVG 21, 39 III)	711
9.3	Eingliederungsmassnahmen	711
9.4	Vergütungen	712
9.4.1	Vergütung von Sachschäden (MVG 57)	712
9.4.2	Reise- und Bergungskosten (MVG 19)	712
9.4.3	Verhütung von Todesfallkosten (MVG 60)	712
9.4.4	Rückvergütung von Ausbildungskosten (MVG 61)	712
9.5	Weitere Aufgaben der Militärversicherung	713
9.5.1	Verhütung von Gesundheitsschäden (MVG 62)	713
9.5.2	Medizinische Untersuchung vor der Rekrutierung (MVG 63, MVV 28)	713
10.	Geldleistungen	713
10.0	Der versicherte Verdienst (MVG 28, 40; MVV 15–17)	713
10.1	Taggeld (MVG 28, MVV 15–21)	714
10.1.1	Anspruch	714
10.1.2	Höhe des Taggeldes	714
10.1.3	Beiträge an die Sozialversicherungen	715
10.2	Renten	715
10.2.1	Invalidenrente (MVG 40–47; MVV 17, 23–24)	715
10.2.1.1	Anspruch	715
10.2.1.2	Höhe der Invalidenrente	716
10.2.1.3	Altersrente für invalide Versicherte (MVG 47)	717
10.2.2	Integritätsschadenrente (MVG 48–50; MVV 25–27)	717
10.2.3	Hinterlassenenrenten (MVG 51–56)	718
10.2.3.1	Anspruch	718
10.2.3.11	Ordentliche Hinterlassenenrenten	718
10.2.3.12	Reversionsrenten	718
10.2.3.3	Anspruchsberechtigte Hinterlassene	718
10.2.3.2	Höhe der Hinterlassenenrenten	719
10.2.4	Genugtuung (MVG 59)	720
10.2.5	Teuerungsanpassung (MVG 43, MV-Anpassungsverordnung)	720
10.3	Hilflosenentschädigung, Zulagen für Hauspflege oder Kuren (MVG 20)	720
10.4	Koordination/Überentschädigungsabschöpfung (ATSG 63 ff; MVG 64, 71–79)	720
10.4.1	Leistungen im Fall von Teilhaftung (MVG 71, 76)	720
10.4.2	Überentschädigungsabschöpfung	720
10.4.2.1	Zusammentreffen von Renten der MV mit solchen der AHV oder IV (Anrechnung gemäss MVV 32)	721
10.4.2.2	Zusammentreffen von Renten der MV mit solchen der AHV (MVG 77)	721

11.	Vollzug	721
11.1	Geltendmachen des Anspruches (ATSG 29–30; MVG 83–84)	721
11.1.1	Meldepflicht (ATSG 31; MVG 83–84)	721
11.1.2	Krankheits- und Unfallmeldung, Schadenmeldung	721
11.2	Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19)	722
11.2.1	Leistungen ins Ausland	722
11.2.2	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, MVG 11)	722
11.2.2.1	Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20, MVG 12)	723
11.2.3	Nachzahlung (ATSG 24)	723
11.3	Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht (ATSG 28 I, MVG 18)	723
11.4	Kürzung oder Verweigerung von Leistungen (ATSG 21; MVG 65–66)	723
11.5	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 25; ATSV 4–5)	723
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72, 73; MVG 67, 70)	724
11.6	Rechtspflegeverfahren	724
12.	Aktuell	725
12.1	Kennzahlen	725
12.2	Links	726

1. Zweck

Die Militärversicherung dient der umfassenden Risikodeckung aller Gesundheitsschäden von Personen, die für den Bund persönliche Leistungen im Bereich der Sicherheits- oder Friedensdienste erbringen.

Gegenstand der Militärversicherung sind nach dem Militärversicherungsgesetz (MVG) alle während der Dienste oder Tätigkeiten aufgetretenen Schädigungen der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit der versicherten Person und die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen. Dies unabhängig davon, ob sie durch Unfall, Krankheit, Schwangerschaft, vorbeugende medizinische Massnahmen, Suizidversuch oder Suizid hervorgerufen sind (MVG 4).

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 59 V für Militär- und Ersatzdienst bzw. BV 61 V für Zivilschutz und BV 68 III für Jugend+Sport.

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
Die Bestimmungen des ATSG finden im Medizinalrecht und im Tarifwesen (MVG 22–27) keine Anwendung.
- ▶ über die Militärversicherung (MVG) vom 19. Juni 1992, in Kraft seit 1. Januar 1994
Die Haftung gegenüber Zivilpersonen ist durch Art. 23 des Militärgesetzes oder Art. 58 ff des Zivilschutzgesetzes geregelt.
- ▶ über die Übertragung der Führung der Militärversicherung an die Suva vom 18. März 2005, in Kraft seit 1. Juli 2005.

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ zum Militärversicherungsgesetz (MVV) vom 10. November 1993, in Kraft seit 1. Januar 1994
- ▶ über die Anpassung der Militärversicherungsleistungen an die Lohn- und Preisentwicklung vom 5. November 2014, in Kraft seit 1. Januar 2015

3. Geschichtliche Daten

- 1817 Allgemeines Militärreglement, erste gesamtschweizerische Gesetzesgrundlage.
- 1852 Erstes eigenständiges Militärversicherungsgesetz.
Revision der Bundesverfassung, vgl. BV 182 und Erlass des Bundesgesetzes über Militärpersonen und Entschädigungen.
- 1901 Nach Ablehnung eines gemeinsamen Gesetzes betr. Kranken-, Unfall- und Militärversicherung (Lex Forrer) tritt – als unbestrittener Teil – das Militärversicherungsgesetz im Rahmen der Sozialversicherungsgesetzgebung in Kraft, 1949 Totalrevision.

- 1949 Inkrafttreten des revidierten Militärversicherungsgesetzes.
- 1994 Das Gesetz von 1949 wird einer Totalrevision unterzogen, die per 1. Januar 1994 in Kraft tritt.
- 1996 Entsprechend dem am 1. Oktober 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetz über den zivilen Ersatzdienst sind auch die Zivildienstleistenden dem Schutz der Militärversicherung unterstellt.
- Juli 2005 Die Organisation der Militärversicherung wird in die Suva integriert.
- 2006 Im Rahmen des bundesrätlichen Sparprogramms – Bundesgesetz über das Entlastungsprogramm 2004 – werden für neu entstehende «Fälle» die Taggelder und Renten von 80 statt bisher 95 Prozent des letztversicherten Verdienstes gewährt.
- 2018 Das überarbeitete Prämiensystem für Berufsmilitär (aktive und pensionierte) tritt in Kraft. Zugleich wird die Zuordnung Versicherter Personen an die Armeereform angepasst.

4. Organisation (MVG 81–82; UVG 67; MVV 35a)

Seit Juli 2005 ist die Militärversicherung in die Suva integriert. Sie erledigt aber auch nach der Restrukturierung die Schäden weiterhin an den bisherigen Standorten aufgrund des MVG.

Zuvor war die Militärversicherung ein selbständiges Bundesamt des Eidg. Departements des Innern (EDI; vor 1994 Bundesamt des EMD mit rein zivilem Charakter) und die einzige Sozialversicherung, die direkt vom zuständigen Bundesamt – dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV) – ausgeführt wurde. Das BAMV wurde per 30. Juni 2005 aufgelöst.

Die Suva führt die Militärversicherung so, dass sie ihre Aufgabe nach dem MVG erfüllen kann. Die Militärversicherung bildet eine Abteilung im Suva-Departement «Versicherungsleistungen und Rehabilitation». In der Abteilung «Militärversicherung» mit Sitz in Bern folgt die Gestaltung der Schadenpraxis, der Support in komplexen Schadenfällen, die Behandlung von Einsprachen und Prozessführung.

Die Militärversicherung erledigt ihre Schäden weiterhin dezentral. Die MV-Teams in Genf, Bern, St. Gallen und Bellinzona sind in die jeweiligen Suva-Agenturen integriert. Die Integration in die Suva ist organisatorischer Art und hat als solche auf die Versicherungsleistungen der Militärversicherung keine direkten Auswirkungen. Dennoch sind aus dem Zusammengehen auch in Bezug auf die Leistungen Einsparungen zu erwarten (Case-Management).

5. Versicherte Personen

5.1 Obligatorisch Versicherte (persönlicher Geltungsbereich, MVG 1a)

Die Militärversicherung dient der Risikodeckung aller Gesundheitsschäden von Personen, die für den Bund persönliche Leistungen im Bereich der Sicherheits- oder Friedensdienste erbringen.

Zu den versicherten Diensten gehören namentlich Militär- und Zivildienst, Einsätze für humanitäre Hilfe, friedenserhaltende Aktionen, «Gute Dienste» des Bundes sowie der Zivildienst.

PS Die Titel «obligatorisch Versicherte» sind aufgrund der Systematik gesetzt.

Die genannten Personen müssen sich nicht versichern, sondern sind dies einfach während eines versicherten Anlasses. Es gibt kein Obligatorium, es braucht keine Handlung wie Abschluss einer Police, denn die Staatshaftung ist einfach gegeben.

Obligatorisch versichert sind demzufolge

▶▶ Dienstleistende

- ▶ Personen, die im obligatorischen oder freiwilligen Militär-/Zivildienst stehen oder Zivildienst leisten
- ▶ Personen, die infolge eines Aufgebotes an der Rekrutierung; sanitärischen Untersuchungen der Armee oder des Zivildienstes; Inspektionen oder Schätzungen von Tieren oder Sachen, die durch die Requisition für Armee oder Zivildienst erfasst werden
- ▶ Teilnehmer/innen an:
 - ◆ der militärtechnischen Vorbildung; der freiwilligen militärischen, wehrsportlichen oder Zivildiensttätigkeit; ausserdienstlichen Schiessübungen usw.;
 - ◆ Personen, die auf Kosten der Militärversicherung in einer Heil-, Kur- oder Pflegeanstalt untergebracht sind;
 - ◆ Personen im militärischen Arrest oder Untersuchungshaft
- ▶ usw.

▶▶ Beruflich Versicherte (MVG 1a I Bst. b)

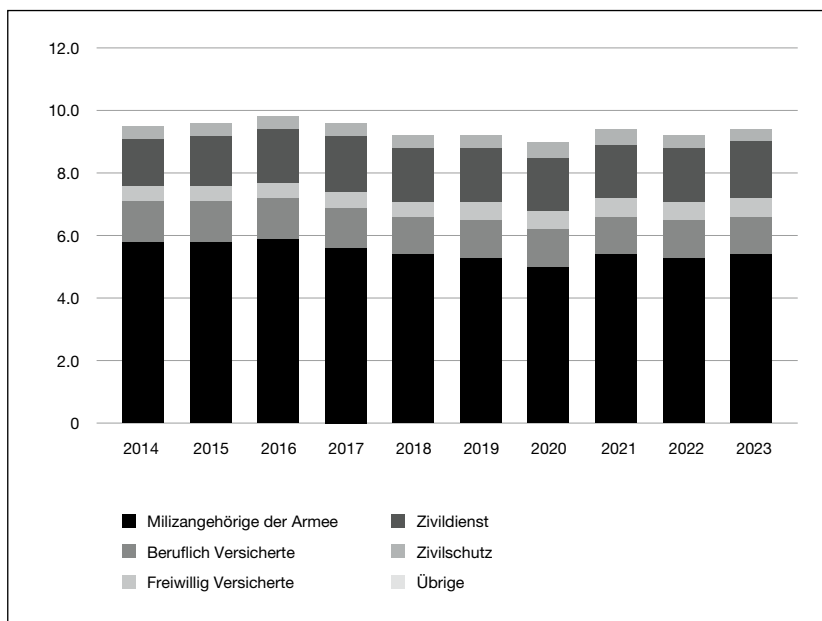
- ▶ Berufsmilitärs (Angehörige des Instruktionskorps, des Überwachungsgeschwaders)
- ▶ Zeitmilitärs (sind in einem befristeten vertraglichen Arbeitsverhältnis nach der Bundespersonalgesetzgebung angestellt)
- ▶ Waffenkontrolleure, Schiessplatzwarte, Militärkrankenpfleger, Instruktoren des Bundesamts für Bevölkerungsschutz (Zivildienst)

2020 haben Milizangehörige 4 991 440 Dienstage geleistet und waren derweilen obligatorisch MV-versichert. Dazu kommen 544 477 Angehörige des Zivildienstes und 1 708 477 Angehörige des Zivildienstes.

5.2 Freiwillig Versicherte (MVG 2, MVV 8a)

Personen, die von Berufes wegen dauernd in der Militärversicherung versichert sind, können nach ihrer Pensionierung über die Militärversicherung weiterhin versichert bleiben und erhalten im Bedarfsfall die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechenden Leistungen.

Versicherte Tage 2014–2023; in Mio. nach Versichertenkategorie



Quelle: Statistik der Militärversicherung 2024

Im Jahr 2023 waren Milizangehörige während rund 7,6 Mio. Tagen im Einsatz und somit während dieser Zeit gegen Gesundheitsschädigungen gemäss Militärversicherungsgesetz.

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes

5.3.1 Obligatorisch Versicherte (MVG 3)

Der Versicherungsschutz der Militärversicherung umfasst die ganze (zeitliche) Dauer des dienstlichen Einsatzes, inklusive Ausgang, allgemeiner und persönlicher Urlaub, Hin- und Rückweg in angemessener Frist.

Hingegen **ruht** der Militärversicherungsschutz während der Zeit, in welcher die versicherte Person einer Erwerbstätigkeit (auf eigene oder fremde Rechnung) nachgeht, für die sie obligatorisch durch die Unfallversicherung versichert ist. Sogenannte vordienstliche Vorbereitungsarbeiten (z.B. Waffenputzen) sind nicht versichert.

Falls die betroffene Person ohne eigenes Verschulden arbeitsunfähig ist, erstreckt sich der Militärversicherungsschutz auch auf die Dauer zwischen der Rekrutenschule und Ausbildungsdiensten zum Erlangen eines höheren Dienstgrades; dies sofern die jeweiligen Dienste höchstens sechs Wochen auseinander liegen.

5.3.2 **Freiwillig Versicherte (MVG 2 II)**

Personen, die von Berufs wegen dauernd in der Militärversicherung versichert sind, können nach ihrer Pensionierung über die Militärversicherung versichert bleiben und erhalten im Bedarfsfall die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entsprechenden Leistungen.

Der Beitritt hat unmittelbar nach dem Austritt aus dem Bundesdienst zu erfolgen (schriftlicher Antrag im letzten Dienstjahr, spätestens innerhalb von zwei Monaten nach der Pensionierung). Ein Austritt ist (mit einer schriftlichen Austrittserklärung) jederzeit möglich; hingegen wird ein allfälliger Wiedereintritt ausgeschlossen. Die Aufnahme erfolgt ohne jeden Vorbehalt auf den Zeitpunkt der Pensionierung.

5.4 **Versicherungsausweis**

Da die Militärversicherung keine Versicherung im technischen Sinn darstellt (Prämienkomponente fehlt, Ausnahme siehe unten), existiert auch kein Versicherungsausweis, der eine Aussage über die Zugehörigkeit zu dieser Versicherung enthält. Im weitesten Sinn gelten das Dienstbüchlein bzw. das «Aufgebot» (Einsatzvertrag) der Dienststelle als Bescheinigung dafür, dass eine diensttuende Person der Militärversicherung unterstellt sein kann.

Beruflich Versicherte und nach deren Pensionierung freiwillig Grundversicherte erhalten eine Versichertenkarte analog zu jener der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

6. **Finanzierung**

6.1 **Finanzierungsverfahren und -mittel**

Die Finanzierung der Militärversicherung erfolgt durch die Übernahme der Kosten durch den Bund (Steuergelder) sowie Prämieinnahmen der Berufsmilitärs (aktive und pensionierte) und Regresseinnahmen. Die Ausgaben für die Militärversicherung sind Bestandteil der Staatsrechnung; die Bundesversammlung setzt jährlich die erforderlichen Kredite aus.

6.2 **Beitragspflichtige Personen**

6.2.1 **Keine Beiträge von Dienstleistenden**

Das Bundesgericht präzisiert wie folgt: «Die Militärversicherung besteht **in der Übernahme des Schadenersatzes durch den Bund** in Formen, die für Versicherungsleistungen charakteristisch sind. Sie ist indessen keine Versicherung im technischen Sinn, denn sie gewährt grundsätzlich keinen durch eigene finanzielle Leistungen (Prämien/Beiträge) erworbenen Anspruch der versicherten Person auf eine beim Eintritt eines bestimmten Ereignisses fällige Leistung des Versicherers.

Es werden demzufolge für die «obligatorische» Versicherung der Milizangehörigen keine Beiträge erhoben.

6.2.2 Aber Beitragspflicht für beruflich und freiwillig Versicherte (MVG 66a–66d; MVV 28a–28e)

Die beruflich Versicherten inkl. Zeitmilitärs (MVG 1a I lit. b) müssen der Militärversicherung Prämien für die Nichtberufs- und die obligatorische Krankenpflegeversicherung entrichten. Dies geschieht, weil sie anders als für die versicherten Milizangehörigen auch ausserhalb des Dienstes bzw. der Arbeitszeit militärversichert sind.

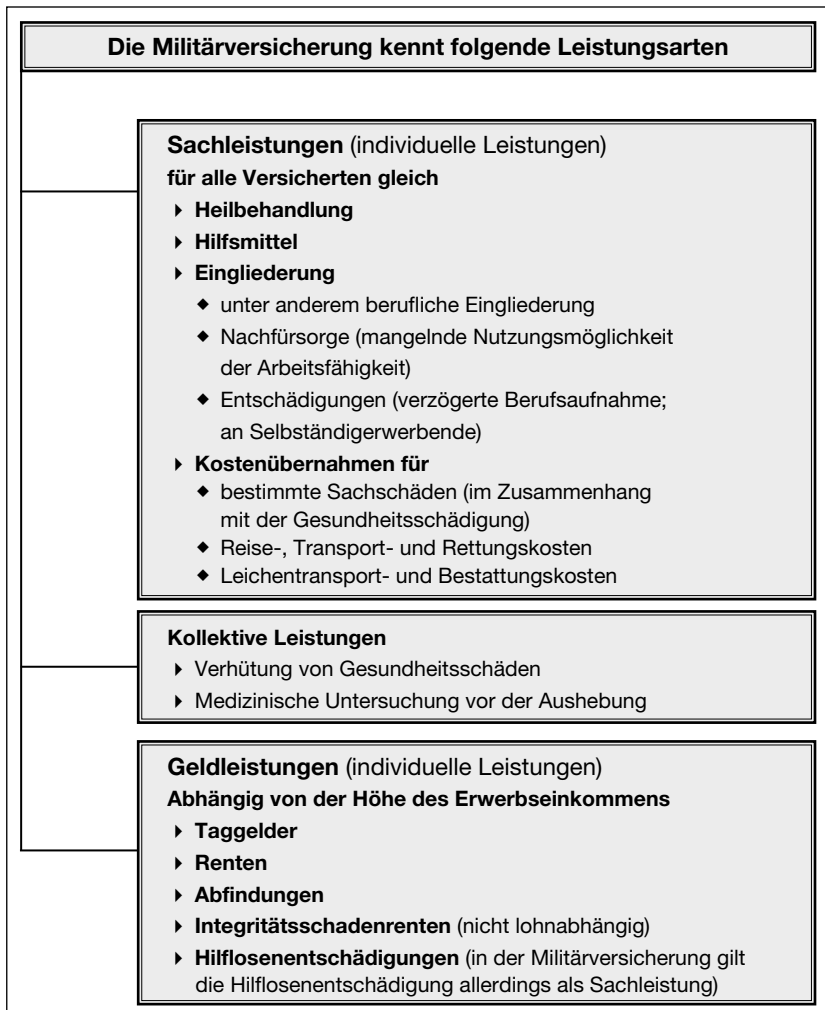
Die freiwillig Versicherten – bestehend aus frühzeitig und ordentlich pensionierten Berufsmilitärs –, die eine Grundversicherung gemäss MVG 2 abgeschlossen haben («Versicherungsdeckung durch die Militärversicherung»), müssen ebenfalls Prämien entrichten. Die Krankheitskosten werden über die Prämien für Krankheit, die Unfallkosten über den Zuschlag gemäss MVG 66c II abgegolten.

Die monatliche Prämie für Leistungen im Krankheitsfall beträgt 2024 grundsätzlich mtl. CHF 430.–, wird aber für untere Lohnklassen reduziert. Freiwillig Versicherte haben zusätzlich CHF 37.55 (freiwillig Versicherte CHF 52.–) für die Unfalldeckung zu entrichten.

2020 entrichteten die 3256 beruflich Versicherten (inkl. Zeitmilitärs) und die 1599 freiwillig Versicherten Beiträge von rund 20 Mio. Franken.

7. Leistungen (MVG 8–63, MVV 10–28)

Die Militärversicherung kann dank eines breiten Leistungsangebots im Einzelfall die Massnahmen ergreifen, die geeignet sind, Gesundheitsschäden zu heilen, das Leiden der Versicherten und von deren Angehörigen zu mindern und die direkten wirtschaftlichen Nachteile von Gesundheitsschädigungen auszugleichen.



7.1 Gegenstand der Versicherung

Gegenstand der Militärversicherung sind alle Schädigungen der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit der versicherten Person, die während der Dienste und Einsätze auftreten. Dies unabhängig davon, ob die Schäden durch Unfall, Krankheit, Suizidversuch oder Suizid hervorgerufen sind.

Die Militärversicherung haftet ferner für Gesundheitsschädigungen aus vorbeugenden medizinischen Massnahmen.

Aufgrund ihrer Natur als Versicherungs- und Haftungssystem des Bundes unterscheidet sich die Militärversicherung wesentlich von den Versicherungen gemäss KVG oder UVG. Die Leistungen der Militärversicherung für die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen solcher Schädigungen, namentlich den Erwerbsausfall, sind zum Teil höher als in anderen Sozialversicherungen, weil sie am Haftpflichtrecht orientiert sind. Im Gegenzug hat eine versicherte Person nur Ansprüche nach MVG und keine weitergehenden Haftpflichtansprüche gegenüber dem Bund.

Im Wesentlichen unterscheidet die Militärversicherung drei Leistungskategorien:

- ▶ Behandlungskosten (inklusive Hilfsmittel sowie Bergungs- und Rettungskosten)
- ▶ kurzfristige Barleistungen (zu über 90 Prozent Taggelder)
- ▶ Rentenleistungen

Weiter erbringt die Militärversicherung im Rahmen der militärischen Unfall- und Schadenprävention (MUSP) Leistungen im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen zur Abklärung der Einsatzfähigkeit und vorbeugende medizinische Massnahmen (wie Gehörschutz; Schuheinlagen; Anleitung zu rückenfreundlichem Verhalten, d.h. richtiges Heben und Tragen; Physiotherapien; Impfungen).

7.1.1 Haftung/Umfang des Versicherungsschutzes (MVG 4)

Während die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen für alle Versicherten im selben Umfang – Basis allgemeine Abteilung – übernommen werden, sind die Geldleistungen (Taggelder und Renten) abhängig vom entgangenen Einkommen. Der höchstversicherte Jahresverdienst beträgt seit Januar 2023 CHF 159 502.– (MVV 15). Der Jahresrentensatz für die Integritätsentschädigung beläuft sich für ab 2006 entstandene Fälle auf CHF 21 378.– (MVV 26) bzw. für bis Ende 2005 verfügte Rentenfälle 34 316.–.

Maximal versicherter Verdienst/mögliche Integritätsentschädigung			
Für Taggeld/Rente CHF pro Jahr	Jahr	Für Integritätsentschädigung CHF pro Jahr	
		verfügt vor 2006	verfügt ab 2006
123 267.–	1999/2000	30 618.–	
125 634.–	2001/2002	31 568.–	
130 534.–	2003/2004	31 871.–	
133 798.–	2005/2006	32 283.–	
137 545.–	2007/2008	33 187.–	20 000.–
141 672.–	2009/2010	34 316.–	20 940.–
146 206.–	2011/2012	34 316.–	20 940.–
149 423.–	2013/2014	34 316.–	20 940.–
150 918.–	2015/2016	34 316.–	20 940.–
152 276.–	2017/2018	34 316.–	20 940.–
154 256.–	2019/2020	34 316.–	20 940.–
156 560.–	2021/2022	34 316.–	20 940.–
159 502.–	2023/2024	35 033.–	21 378.–

Die Militärversicherung vergütet auch Sachschäden, die in einem engen und unmittelbaren Zusammenhang mit einer versicherten Gesundheitsschädigung stehen (z.B. eine Brille). Schäden an Schmuck und Fahrzeugen sind nicht gedeckt.

Die Leistungen sind ab dem Tag geschuldet, an welchem nach ärztlicher Feststellung die Gesundheitsschädigung aufgetreten und/oder der wirtschaftliche Schaden eingetreten ist (MVG 9 I).

7.1.2 Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschädigung und Dienstleistung

Damit die Militärversicherung überhaupt leistungspflichtig wird, gilt es den Beweis dafür zu erbringen, dass die Gesundheitsschädigung während dieses Dienstes entstanden ist oder dass sich eine gemeldete, bestehende Gesundheitsschädigung wegen dieses Dienstes massgeblich verschlimmert hat.

7.1.2.1 Feststellen einer Gesundheitsschädigung während des Dienstes (MVG 5)

Tritt eine Gesundheitsschädigung während des Dienstes in Erscheinung und wird auch dann gemeldet oder festgestellt, wird die Haftung der Militärversicherung von Gesetzes wegen vermutet (Kontemporalitätsprinzip).

Die Militärversicherung ist von dieser Haftung nur dann befreit, wenn sie beweist, dass die Gesundheitsschädigung mit medizinisch-praktischer Sicherheit schon vor dem Dienst bestanden hat und in den Dienst mitgebracht worden ist und dass die vorbestehende Gesundheitsschädigung im Dienst nicht verschlimmert worden ist.

Im Fall der Verschlimmerung einer in den Dienst mitgebrachten Gesundheitsschädigung **haftet die Militärversicherung für jenen Anteil, welcher der Verschlimmerung entspricht**. Die Militärversicherung trägt die Beweislast dafür, dass eine Gesundheitsschädigung schon vor dem Dienst bestand (sogenannter Sicherheitsbeweis für die Vordienstlichkeit einer Gesundheitsschädigung).

Wenn anlässlich der sanitarischen Eintrittsmusterung (d.h. anlässlich der förmlichen Gesundheitsbefragung zu Beginn des Dienstes) eine Schädigung und während des Dienstes ihre Verschlimmerung festgestellt wird, haftet die Militärversicherung unwiderlegbar während eines Jahres.

- Eine Gesundheitsschädigung gilt als während des Dienstes in Erscheinung getreten, wenn irgendwelche Beschwerden oder Symptome während des Dienstes gemeldet oder festgestellt wurden, die wahrscheinlich mit der nachdienstlich geltend gemachten Gesundheitsschädigung zusammenhängen.

7.1.2.2 Feststellen einer Gesundheitsschädigung nach dem Dienst (MVG 6)

Für erst nach Schluss des Dienstes festgestellte oder der Militärversicherung gemeldete Gesundheitsschäden haftet diese nur, wenn die Gesundheitsschädigung **mit überwiegender Wahrscheinlichkeit** während des Dienstes verursacht oder verschlimmert worden ist. Ebenso haftet die Militärversicherung, wenn es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Spätfolgen oder Rückfälle einer versicherten Gesundheitsschädigung handelt.

Hier obliegt die Beweislast der Person, welche das entsprechende Gesuch stellt. Dies bedeutet aber nicht, dass sie selber für alle nötigen Abklärungen wie medizinische Gutachten usw. zu sorgen hat. Vielmehr nimmt die Militärversicherung auch in diesen Fällen die entsprechenden Abklärungen von Amtes wegen vor.

► Das Tragen der Beweislast bedeutet nur, dass kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht, wenn durch das Erhebungsverfahren nicht bewiesen wird, dass die gesetzlichen Voraussetzungen eines solchen Anspruchs erfüllt sind.

8. Anspruchsberechtigte Personen (MVG 1a)

Nur die in MVG 1a erwähnten Personengruppen, in der Regel Schweizer/innen, können in «den Genuss» von MV-Leistungen kommen (vgl. 5.1, «obligatorisch» versicherte Personen). Die Militärversicherung macht bezüglich der Art, des Umfangs oder Auszahlung der Leistungen keine Unterschiede nach dem Dienstgrad oder der Nationalität der betroffenen Person.

Dadurch fallen detaillierte Beschreibungen zur nachstehenden – aufgrund der Struktur belassenen – Aufzählung der Personenkreise weg:

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

9. Sachleistungen (MVG 16–21, 57, 60–61, 63) Kollektive Leistungen/Prävention

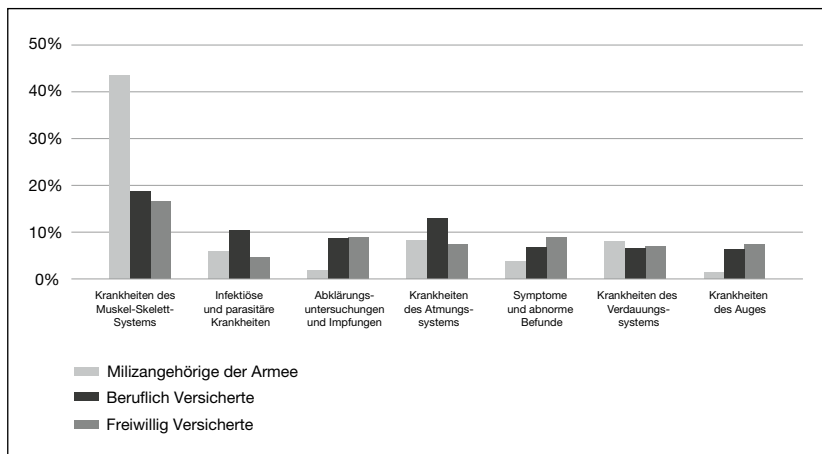
9.1 Heilbehandlung (MVG 16–18)

Versicherte haben Anspruch auf eine zweckmässige und wirtschaftliche Heilbehandlung mit dem Ziel, ihren Gesundheitszustand und/oder die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Die Heilbehandlung (d.h. die medizinischen Untersuchungen, Behandlung, Pflege) kann ambulant, zu Hause, teilstationär oder stationär – aufgrund medizinisch anerkannter Praktiken – durchgeführt werden. Dabei sind die versicherten Personen verpflichtet, alle zumutbaren medizinischen Massnahmen vornehmen zu lassen (MVG 18 I). Die Militärversicherung trägt aber auch das volle (finanzielle) Risiko für alle medizinischen Massnahmen.

Im Fall einer Behandlungsbedürftigkeit werden die Heilbehandlungskosten ohne zeitliche oder betragliche Beschränkung (jedoch im Rahmen der Tarifverträge) übernommen. Die Behandlung hat ambulant am Aufenthaltsort und stationär in der nächstgelegenen allgemeinen Abteilung zu erfolgen. Im stationären und teilstationären Bereich werden die Kosten für Behandlung und Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung übernommen; Spezialbehandlungen sind bewilligungspflichtig.

Versicherte, die sich in die halbprivate oder private Abteilung begeben, haben den Mehraufwand selber zu tragen bzw. sich entsprechend zu versichern. Für Behandlungen, die von der Militärversicherung nicht bewilligt wurden (Notfälle bleiben ausgenommen), kann sie die Kostenübernahme verweigern.

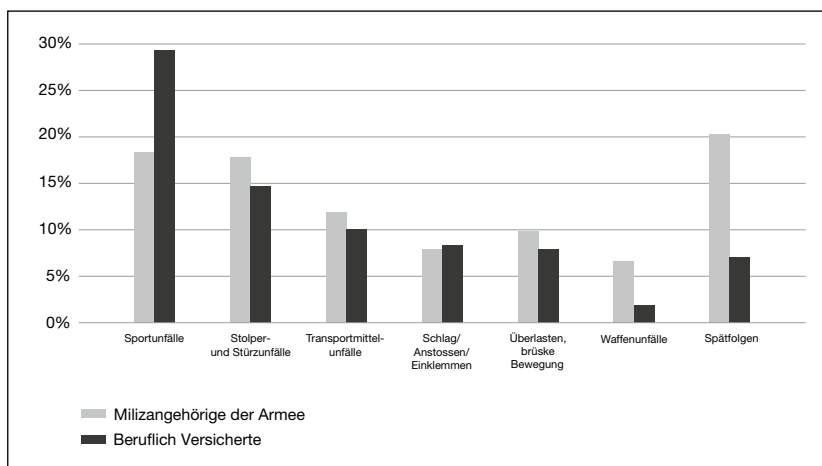
Krankheitsfälle nach ausgewählten Versichertenkategorien und Diagnosegruppen 2023



Quelle: Statistik der Militärversicherung 2024

Die beruflich und speziell die freiwillig Versicherten sind im Durchschnitt deutlich älter als die Milizangehörigen der Armee. Entsprechend häufiger sind stark altersabhängige Diagnosen (z.B. Krankheiten des Auges).

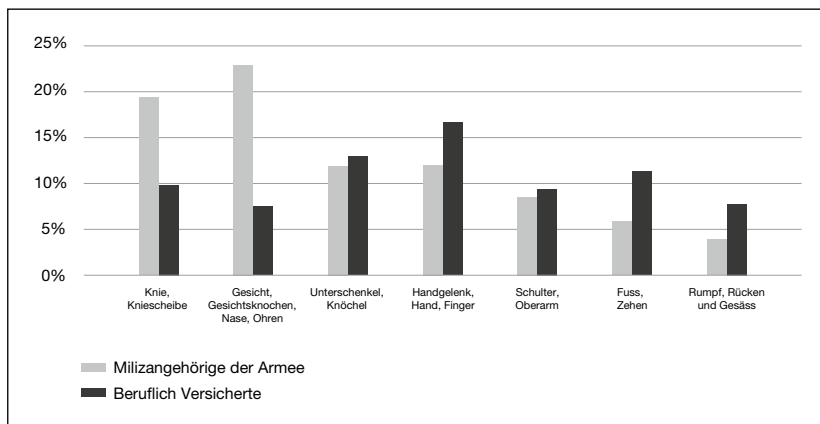
Unfälle nach ausgewählten Versichertenkategorien und Ursachengruppen 2023



Quelle: Statistik der Militärversicherung 2024

Weil für beruflich MV-Versicherte auch die Freizeitunfälle durch die MV gedeckt sind, ist unter ihnen der Anteil Sportunfälle vergleichsweise hoch.

Unfälle nach ausgewählten Versichertenkategorien und verletzten Körperteilen 2023



Quelle: Statistik der Militärversicherung 2024

Zahnschäden (vor allem Zahnfrakturen und -luxationen) und Knieverletzungen sind die grössten Gruppen von Unfallverletzungen von Milizangehörigen der Armee.

9.2 Hilfsmittel (MVG 21, 39 III)

Die für die Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. für die berufliche Eingliederung und das Ermöglichen des Erhalts oder einer Verbesserung der sozialen Integration notwendigen Hilfsmittel (in zweckmässiger und einfacher Ausführung) werden von der Militärversicherung finanziert (Luxusausführungen mitfinanziert) oder leihweise zur Verfügung gestellt.

Im Gegensatz zur Invalidenversicherung kennt die Militärversicherung keine abschliessende Liste der Hilfsmittel und Behandlungsgeräte. Auch die Abgabe teurer Hilfsmittel ist nicht zwingend an die Bedingung der Erwerbstätigkeit geknüpft. Anstelle der Hilfsmittel können auch Dienstleistungen Dritter vergütet werden.

9.3 Eingliederungsmassnahmen

Die Militärversicherung kennt alle Eingliederungsmassnahmen der IV. Hinzu kommen der selbständig durchsetzbare Anspruch auf soziale Integration (MVG 33 I) und die Nachfürsorge.

Verbleibt trotz der medizinischen Behandlung einer versicherten Gesundheitsschädigung eine Behinderung, ergreift die Militärversicherung Eingliederungsmassnahmen, soweit diese geeignet sind, die verbleibende Erwerbsfähigkeit oder die soziale Integration zu erhalten oder zu verbessern.

Im Gegensatz zur Unfallversicherung, welche die berufliche Eingliederung (Berufsberatung, Umschulung usw.) der Invalidenversicherung übergibt, führt die Militärversicherung die Eingliederung selber und auf eigene Rechnung durch.

Soziale Integration wird Versicherten mit erheblicher Einschränkung der gesellschaftlichen Integrationsfähigkeit – Ursache ist meistens ein schwerer Integritätsschaden – geboten, wenn für die Integration bedeutende Aufwendungen erforderlich sind. Das Ziel ist die Selbstsorge, der Umweltkontakt und die Teilnahme am täglichen Geschehen. Hier übernimmt die Militärversicherung in der Regel Hilfsmittel, Ausbildung und Training.

Einer eingliederungsfähigen, versicherten Person kann unter bestimmten Voraussetzungen eine **Kapitalhilfe** zur Aufnahme oder zum Ausbau einer selbständigen Erwerbstätigkeit sowie zur Finanzierung von invaliditätsbedingten betrieblichen Umstellungen gewährt werden (MVG 38).

Ebenso können mit der Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit verbundene **Beiträge an Kosten** für Berufskleider und persönliche Werkzeuge übernommen werden (MVG 39).

Wird die Berufsausbildung wegen der versicherten Gesundheitsschädigung um mindestens sechs Monate verzögert, richtet die Militärversicherung nach Wiedererlangen der Ausbildungsfähigkeit eine **Entschädigung für den verspäteten Eintritt ins Erwerbsleben** aus (MVG 30).

Ferner können im Rahmen von **Nachfürsorgemassnahmen** (MVG 34 II) Versicherten, die ihre Arbeitsfähigkeit ohne eigenes Verschulden nicht verwerten können, Geldleistungen bis zum Betrag eines Taggeldes für ein halbes Jahr ausgerichtet werden. Gegebenenfalls sind ALV-Taggelder anzurechnen.

9.4 Vergütungen

9.4.1 Vergütung von Sachschäden (MVG 57)

Die Militärversicherung vergütet Sachschäden, die im engen Zusammenhang mit einer versicherten Schädigung stehen. Erforderlich ist, dass diese Sachen in der konkreten Situation üblicherweise (und in einer der Situation angemessenen Preis-/Qualitätslage) auf oder mit sich getragen werden.

9.4.2 Reise- und Bergungskosten (MVG 19)

Die Militärversicherung vergütet notwendige Such-, Bergungs-, Transport-, Verlegungs-, Reise-, Nebenkosten im Zusammenhang mit versicherten Schädigungen. Sie vergütet Kosten notwendiger Begleitpersonen oder Angehöriger im Fall von akuter Lebensgefahr. Sie berücksichtigt ärztliche, wirtschaftliche und soziale Aspekte.

9.4.3 Verhütung von Todesfallkosten (MVG 60)

Wenn der Tod auf eine versicherte Schädigung zurückzuführen ist, vergütet die Militärversicherung die Bestattungskosten. Es handelt sich um eine pauschale Entschädigung eines Zehntels des höchstversicherten Verdienstes. Die Vergütung geht an die Person, welche für die Kosten aufgekomen ist.

9.4.4 Rückvergütung von Ausbildungskosten (MVG 61)

Wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach Beendigung der Berufsausbildung (durch eine versicherte Schädigung) verstirbt, kann die Militärversicherung erhebliche Ausbildungskosten vergüten. Erheblich sind die normalen Kosten übersteigende, nicht von Dritten übernommene Aufwen-

dungen. Es wird auf die wirtschaftliche Situation der Eltern oder des Ehegatten abgestellt (Bedürfnischarakter der Leistung).

9.5 Weitere Aufgaben der Militärversicherung

9.5.1 Verhütung von Gesundheitsschäden (MVG 62)

Die Militärversicherung unterstützt Massnahmen, durch welche Angehörige der MV-versicherten Personenkreise direkt sensibilisiert werden und die geeignet sind, das Selbst- und Mitverantwortungsgefühl dieser Versicherten im Bereich der Unfallverhütung und Krankheitsprophylaxe zu stärken.

9.5.2 Medizinische Untersuchung vor der Rekrutierung (MVG 63, MVV 28)

Mit dem Einschreiben oder der Information zur Rekrutierung werden die Stellungspflichtigen darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich vor der Aushebung zu Lasten der Militärversicherung medizinisch untersuchen lassen können (schriftliches Gesuch).

10. Geldleistungen

Die Geldleistungen, d.h., Taggelder und Renten, werden (mit Ausnahme der Integritätsentschädigung) aufgrund des versicherten Verdienstes bemessen.

10.0 Der versicherte Verdienst (MVG 28, 40; MVV 15–17)

Versichert ist der Verdienst, der während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ohne die versicherte Gesundheitsschädigung erzielt worden wäre, d.h. das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person aus Haupt- und Nebenerwerb erzielt. Der höchstversicherte Jahresverdienst beträgt seit Januar 2023 CHF 159 502.–. Diesen Ansatz übersteigende Anteile werden – ausserhalb der Invaliditätsgradbemessung nach Lohnvergleich – nicht berücksichtigt.

Als Basis für Unselbständigerwerbende gilt der Lohn vor Abzug der Arbeitnehmerbeiträge für die Sozialversicherungen, wobei regelmässige Nebenbezüge und Zulagen mitberücksichtigt werden. Für Selbständigerwerbende wird in der Regel auf das in der Geschäftsbilanz ausgewiesene betriebliche Nettoeinkommen abgestellt. Als versicherter Verdienst anderer Personen werden die durch ihren Ausfall im Tätigkeitsbereich entstandenen Lohnkosten einer Ersatzkraft berücksichtigt. In Fällen, da sich der versicherte Verdienst nicht genau ermitteln lässt, kann das Erwerbseinkommen geschätzt oder aufgrund von Personen, welche die gleiche berufliche Tätigkeit ausüben, festgesetzt werden.

Arbeitsunfähigkeit

In Abweichung zu ATSG 6 wird der Grad der Arbeitsunfähigkeit in der Regel bestimmt nach dem Verhältnis zwischen dem Verdienst, welchen die versicherte Person zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage ist, und dem Verdienst, den sie ohne die Gesundheitsschädigung im bisherigen Beruf oder Tätigkeitsbereich erzielt hätte.

10.1 Taggeld (MVG 28, MVV 15–21)

Das Taggeld ist eine Entschädigung für eine vorübergehende Verdiensteinbusse und wird während der ärztlich ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit zusätzlich zu allfälligen Behandlungskosten ausgerichtet.

Fünf Elemente bestimmen das Taggeld:

der versicherte Verdienst (MVV 15; maximal CHF 159502.– Jahr, mit Sonderregelungen für Arbeitslose, Studierende und Nichterwerbstätige), die Haftung, der Leistungsansatz, die Arbeitsunfähigkeit und die Dauer (Kalendertage).

10.1.1 Anspruch

Die betroffene Person hat Anspruch auf Taggeld, wenn sie wegen einer versicherten Gesundheitsschädigung ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist. Der Taggeldanspruch entsteht am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit und erlischt mit deren Wiedererlangen (bzw. der Berentung oder durch Tod der betreffenden Person).

- ▶ **Das MV-Taggeld wird** – gleich wie jenes der Invaliden- oder Unfallversicherung – **so lange ausgerichtet, wie dies erforderlich ist.** Dies im Gegensatz zur Krankenversicherung, wo der Taggeldbezug auf maximal 720 (innert 900)/730 Tage beschränkt ist.

10.1.2 Höhe des Taggeldes

Im Fall einer **vollen Arbeitsunfähigkeit** beträgt das Taggeld **80 Prozent des versicherten Verdienstes, zuzüglich Sozialversicherungsbeitrag.** Mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt.

$$\text{Taggeld} = \frac{\text{Versicherter Jahresverdienst} \cdot 80}{365 \cdot 100}$$

- ▶ **Während des Aufenthalts in einer Heilanstalt** haben Betroffene einen Zehrgeldbeitrag (Spitalabzug) zu eigenen Lasten zu übernehmen (ATSG 67, MVG 31, MVV 21):
 - ▶ 20 Prozent des Taggeldes, maximal CHF 20.–/Tag für Alleinstehende ohne Unterhaltspflichten.
 - ▶ 10 Prozent des Taggeldes, maximal CHF 10.–/Tag für Alleinstehende mit Unterstützungspflichten ausserhalb der in Ausbildung befindlichen Kinder.
 - ▶ Das Zehrgeld (Spitalabzug) entfällt für Personen, die für ihre minderjährigen oder in Ausbildung befindlichen Kinder aufkommen müssen.
- ▶ Ist die betroffene Person aber **dauernd in einer Klinik oder einem Pflegeheim** untergebracht, gelten erhöhte Abzüge:
 - ▶ 40 Prozent des Taggeldes, maximal CHF 40.–/Tag für Alleinstehende ohne Unterhaltspflichten.
 - ▶ 30 Prozent des Taggeldes, maximal CHF 30.–/Tag für Alleinstehende mit Unterstützungspflichten ausserhalb der in Ausbildung befindlichen Kinder.
 - ▶ Das Zehrgeld (Spitalabzug) entfällt, solange Betroffene für ihre minderjährigen oder in Ausbildung befindlichen Kinder aufkommen müssen.

10.1.3 Beiträge an die Sozialversicherungen

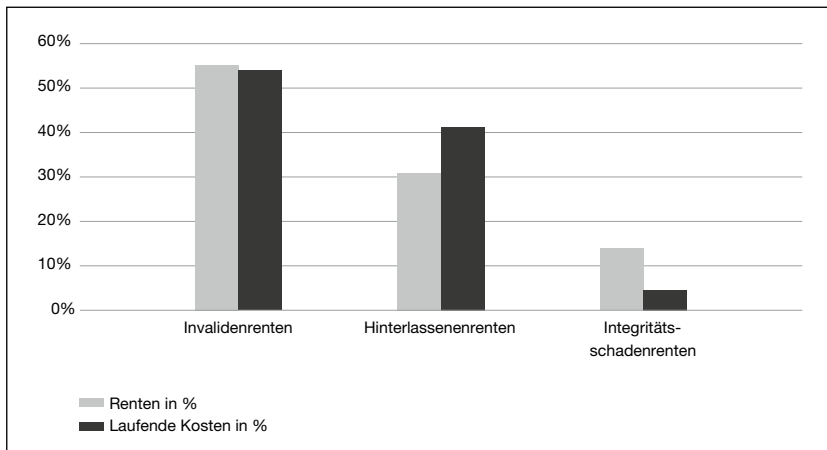
Die Taggelder der Militärversicherung sind dem massgebenden AHV-Lohn gleichgestellt. Dies bewirkt, dass von den Taggeldern 5,3 Prozent (seit 2021) für die AHV/IV/EO-Beiträge und vormalig Unselbständigerwerbenden 1,1 Prozent an die Arbeitslosenversicherung abgezogen werden. Der «Arbeitgeberanteil» geht zulasten der Militärversicherung.

In Fällen, in denen der Arbeitgeber den Versicherten das MV-Taggeld ausrichtet, hat dieser mit der zuständigen Ausgleichskasse den ungekürzten massgebenden Lohn abzurechnen. Zu diesem Zweck wird ihm von der Militärversicherung die entsprechende Ausgleichszahlung geleistet.

10.2 Renten

Im Militärversicherungsgesetz sind im Wesentlichen drei Rentenarten definiert: Invalidenrenten, Integritätsschadenrenten und Hinterlassenenrenten. Von insgesamt 2964 im Jahr 2020 aufgerichteten Renten, waren etwas mehr als die Hälfte Invalidenrenten und knapp ein Drittel Hinterlassenenrenten.

Laufende Renten und Rentenkosten nach Rentenart, 2023



Quelle: Statistik der Militärversicherung 2024

Integritätsschadenrenten und übrige rentenähnliche Leistungen machen rund 14 Prozent der laufenden Rentenfälle aus. Bezüglich der Kosten sind diese Rentenkategorien weniger bedeutend.

10.2.1 Invalidenrente (MVG 40–47; MVV 17, 23–24)

10.2.1.1 Anspruch

Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer invalid ist: Die weitere Behandlung lässt keine namhafte Besserung mehr erwarten, eine Eingliederung ist nicht (mehr) zumutbar und die Schädigung hinterlässt eine voraussichtliche bleibende oder länger dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit.

Eine Invalidenrente ist somit im Anschluss an die Taggeldphase ab jenem Zeitpunkt geschuldet, da von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann.

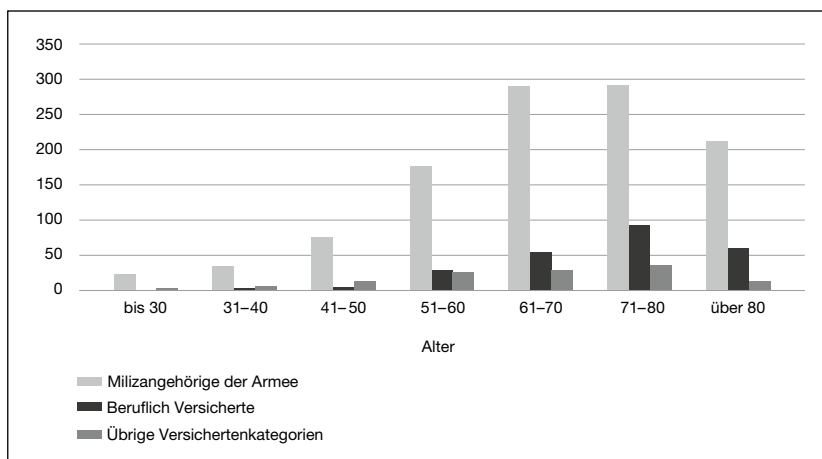
Die **Invalidenrente** kann entweder **auf bestimmte oder auf unbestimmte Zeit festgesetzt** werden (MVG 41 I). Eine **Zeitrente** wird dann zugesprochen, wenn die Höhe der Invalidität wegen nicht stabiler Gesundheitsschäden oder Erwerbsverhältnisse noch nicht zuverlässig für dauernd abgeschätzt werden kann.

Während sich die Zeitrente analog dem Taggeld in der Regel auf den letztversicherten Verdienst abstützt, berücksichtigt die Dauerrente **den mutmasslich entgangenen Verdienst**, dies stets nur bis zum versicherten Höchstverdienst.

Der Anspruch erlischt mit einem allfälligen Wegfall der Invalidität, dem Auskauf der Rente (Kapital statt Rente) oder Tod der rentenberechtigten Person. Dies bedeutet, dass die **«MV-IV-Rente» lebenslänglich ausbezahlt**, im AHV-Rentenalter aber neu berechnet wird.

» Die MV-Invalidenrente wird **ausschliesslich für die betroffene Person ausgerichtet**, ungeachtet von deren familiären Umfeld. Dies bedeutet, dass keine Kinderrenten oder Ehegattenzusatzrenten zur «MV-IV-Rente» geleistet werden.

Anzahl Bezüger von Invalidenrenten nach Alter und Versichertenkategorie, 2023



Quelle: Statistik der Militärversicherung 2024

Rund 70 Prozent der Invalidenrentenbezüger sind älter als 60 Jahre.

10.2.1.2 Höhe der Invalidenrente

Fünf Rentenelemente werden im Invalidenrentenentscheid der Militärversicherung stets behandelt:

der anrechenbare Verdienst, die Haftung der Militärversicherung (Prozentsatz), der Leistungsansatz der Militärversicherung (seit 2006 fix 80%), die Erwerbsunfähigkeit (Invaliditätsgrad) und der Auszahlungsmodus (MV-IV-Renten werden monatlich ausbezahlt).

Die Militärversicherung **ermittelt den Invaliditätsgrad** in der Regel nach dem Einkommensvergleich (Einkommen ohne Eintritt des Gesundheitsschadens minus Einkommen, das nach erfolgter Eingliederung zumutbarerweise noch erzielt werden könnte. Differenz in Prozent = Invaliditätsgrad).

► Im Gegensatz zur Invalidenversicherung erfolgt (gleich der Unfallversicherung) eine proportionale Kürzung je nach Invaliditätsgrad.

Die Rentenhöhe beträgt mit voller Invalidität 80 Prozent – für vor 2006 verfügte Renten 95 Prozent – des mutmasslich entgangenen Verdienstes (d.h., dass die in der betreffenden Berufsgattung übliche Karriereentwicklung für die Rentenfestsetzung mitberücksichtigt wird). Im Fall einer teilweisen Invalidität erfolgt eine entsprechende Kürzung.

Schweres Selbstverschulden führt zur Teilleistung (MVG 65).

Der mit Rentenbeginn festgesetzte, anrechenbare entgangene Jahresverdienst gilt für die ganze Rentendauer. Eine Rentenrevision aufgrund des Begehrens der bezugsberechtigten Person – sie wäre inzwischen nicht mehr Angestellte/r der Fabrik, sondern Direktionsmitglied – bleibt somit hinfällig (BGE 112 V 371).

10.2.1.3 Altersrente für invalide Versicherte (MVG 47)

Eine auf unbestimmte Zeit ausgesprochene MV-Invalidenrente (Dauerrente) wird mit Erreichen des AHV-Rentenalters auf der Basis des halben der MV-IV-Rente zugrunde liegenden Jahresverdienstes ausgerichtet. Eine Revision der Altersrente infolge Änderung des Invaliditätsgrades ist ausgeschlossen.

In Abweichung von ATSG 69 erfolgt durch das Zusammentreffen der MV-Altersrente für Invalide mit einer AHV-Rente keine Kürzung wegen Überentschädigung (MVG 77).

10.2.2 Integritätsschadenrente (MVG 48–50; MVV 25–27)

Integritätsschadenbegriff

Die Schädigung der Unversehrtheit (Integrität) besteht in einem anatomischen, funktionellen, geistigen oder psychischen Gesundheitsdefizit, das die Lebensqualität vermindert oder die persönlichen Kontakt- und Entfaltungsmöglichkeiten beeinträchtigt. Die für immaterielle Beeinträchtigungen gewährte Integritätsschadenrente wird unabhängig von einer Invalidenrente ausgerichtet. Die Rentenform berücksichtigt anders als die einmalige Integritätsentschädigung auch die Dauer der Beeinträchtigung.

Im Fall einer dauernden erheblichen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Unversehrtheit (Integrität) wird eine Integritätsschadenrente ausgerichtet.

► **Sie wird in der Regel ausgekauft.**

Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Als Anspruch auf eine Integritätsschadenrente gilt der Verlust oder die starke Beeinträchtigung einer Lebensfunktion wie z.B. des Gehörs oder des Sehvermögens oder einer stark störenden Entstellung. Drei Viertel der Integritätsentschädigungen gehen auf Unfälle zurück (die Hälfte davon auf Schädigungen an Knie und Unterschenkel). Die hauptsächlich diagnostizierten Krankheiten, die zu einer Integritäts-

schadenrente führten, sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

Die Integritätsschadenrente ist von dem Zeitpunkt an geschuldet, in dem die ärztliche Behandlung abgeschlossen ist. Sie wird auf unbestimmte Zeit zugesprochen und in der Regel als Kapitalauszahlung geleistet.

Die Höhe des jährlichen Rentenbetrags ergibt sich aus dem Prozentsatz des Integritätsschadens (2,5–50%) und dem Prozentsatz der Haftung der Militärversicherung. Der Höchstbetrag der Integritätsschadenrente variiert, je nachdem ob der Schadenfall bis 31.12.2005 oder später eingetreten ist. Seit 2023 beträgt die jährliche Integritätsschadenrente CHF 21378.–; für vor 2006 eingetretene Fälle (Besitzstand) CHF 35 033.–.

► **Ansprüche aus Integritätsschäden und Erwerbsunfähigkeit (Invalidität) sind kumulierbar.**

PS 2023 wurden 62 Integritätsschadenrenten verfügt (und in der Regel aus-gekauft). Das scheint ob dem laufenden Bestand von 371 solcher Renten viel. Es ist aber zu bedenken, dass es sich grösstenteils um altrechtliche Integritätsschadenrenten mit Besitzstand handelt, für die ein Auskauf sich für die Versicherten nicht lohnen würde.

10.2.3 Hinterlassenenrenten (MVG 51–56)

10.2.3.1 Anspruch

10.2.3.11 Ordentliche Hinterlassenenrenten

Ist jemand **an den Folgen einer gemäss MVG versicherten Gesundheitsschädigung verstorben**, wird den hinterlassenen Ehegatten und Waisen sowie unter gewissen Umständen auch Eltern – neben dem gesetzlich festgelegten Beitrag an die Bestattungskosten (MVG 60) – auch Hinterlassenenrenten ausgerichtet.

10.2.3.12 Reversionsrenten

Ist der/die MV-Invalidenrente-Beziehende **nicht an einer versicherten Gesundheitsschädigung verstorben**, kann die Militärversicherung eine sogenannte Reversionsrente ausrichten. Dazu muss der/die Versicherte zum Zeitpunkt des Todes seit fünf Jahren eine mindestens 40-prozentige Invalidenrente der Militärversicherung bezogen haben. Zudem müssen durch die Invalidität der verstorbenen Person die übrigen Vorsorgeleistungen fehlen oder erheblich vermindert sein.

Durch diese spezielle Art von Hinterlassenenrenten kann es durchaus Jahre geben, in denen mehr Reversionsrenten als herkömmliche Hinterlassenenrenten für durch die Militärversicherung anerkannte Todesfälle ausgerichtet werden.

10.2.3.3 Anspruchsberechtigte Hinterlassene

Rentenanspruch des überlebenden Ehegatten (Ehegattenrente, MVG 52)

Der überlebende Ehegatte (d.h., die Witwe bzw. der Witwer) hat – ab dem auf den Tod der versicherten Person folgenden Monat – Anspruch auf eine Ehegattenrente von 40 Prozent.

► Im Fall einer **Wiederverheiratung** der Witwe bzw. des Witwers ruht der Rentenanspruch für die Dauer der neuen Ehe.

Die überlebende eingetragene Partnerin bzw. der überlebende eingetragene Partner (PartG) ist unabhängig von Geschlecht einem Witwer gleichgestellt.

Der überlebende **geschiedene Ehegatte** (Mann und Frau) ist anspruchsberechtigt, sofern der/die verstorbene Versicherte ihm gegenüber zu Unterhaltsleistungen verpflichtet war. Die Hinterlassenenrente entspricht den dahingefallenen Unterhaltsbeiträgen, höchstens aber 20 Prozent des zugrunde liegenden Verdienstes (dies für die Dauer der Unterhaltspflicht).

Waisenrentenanspruch (MVG 53)

Kinder bis zum Vollenden des 18. Altersjahres – wenn in Ausbildung begriffen, bis zu deren Abschluss, längstens bis zum vollendeten 25. Altersjahr – haben beim Tod des versicherten Elternteils Anspruch auf eine Halbweisenrente von 15 Prozent. Für Vollwaisen beträgt die Hinterlassenenrente 25 Prozent.

Pflege- und Stiefkinder, die zur dauernden unentgeltlichen Pflege weilen, sind leiblichen Kindern gleichgestellt.

Elternrente (MVG 55)

Hinterlässt die verstorbene Person weder einen rentenberechtigten Ehegatten noch Kinder, sind dessen Eltern rentenberechtigt, wenn ein Bedürfnis vorliegt.

10.2.3.2 Höhe der Hinterlassenenrenten

Die Hinterlassenenrenten werden in Prozenten des mutmasslich entgangenen Jahresverdienstes (Basis «MV-IV-Rente») der versicherten Person errechnet.

Rentenart	Rentenhöhe in Prozent des versicherten Verdienstes
► überlebender Ehegatte	40%
► Halbwaise (je)	15%
► Vollwaise (je)	25%
► geschiedener Gatte	20% (jedoch höchstens Unterhaltsbeitrag)
► Elternrente	20% je Elternteil
► Ehegatten-/Waisenrente, wenn ungenügende Vorsorgeleistungen (MVG 54)	maximal die Hälfte der ordentlichen Ansätze
► für mehrere Hinterlassene zusammen	höchstens 100% (anteilmässige Kürzung, MVG 56)

40 Prozent der Rentenkosten (17% sämtlicher Versicherungsleistungen) haben 2023 Hinterlassenenrenten ausgemacht. Mehr als 70 Prozent der (vorwiegend weiblichen) Rentenbeziehenden sind über 70 Jahre alt. Zwischen 2019 und 2023 wurden 80 neue Hinterlassenenrenten gesprochen. Weil die Zahl der Neufestsetzgesetzten Hinterlassenenrenten weiterhin kleiner bleiben dürfte als die Zahl der Abgänge, ist mit einer weiteren Reduktion des Bestandes zu rechnen.

10.2.4 Genugtuung (MVG 59)

Unter Würdigung besonderer Umstände kann der verletzten Person oder im Todesfall deren Angehörigen eine angemessene Summe als Genugtuung ausgerichtet werden.

► **Die Integritätsschadenrente schliesst eine Genugtuung aus!**

10.2.5 Teuerungsanpassung (MVG 43, MV-Anpassungsverordnung)

Die MV-Renten werden zum selben Zeitpunkt vollständig der Teuerung angepasst wie jene der AHV/IV, dies in der Regel aufgrund des vom Seco ermittelten Nominallohnindex. Die Renten von Personen, welche bereits im Rentenalter stehen bzw. betreffend Hinterlassenenrenten stehen würden, werden nach dem Stand des Landesindex der Konsumentenpreise aufgewertet.

10.3 Hilflosenentschädigung, Zulagen für Hauspflege oder Kuren (MVG 20)

Losgelöst von Renten vergütet die Militärversicherung die konkreten Mehrkosten im Zusammenhang mit Betreuungsbedarf im Fall von Hilflosigkeit beziehungsweise bewilligter Hauspflege in Form von Pflegezulagen.

Erwachsen einer versicherten Person durch Hilflosigkeit oder durch bewilligte Pflege bzw. einen bewilligten Kuraufenthalt Mehrkosten für Unterkunft, Ernährung, Pflege oder Betreuung, wird eine Zulage gewährt. Kommt aber die Militärversicherung für den Aufenthalt in der betreffenden Institution auf, entfällt so lange der Anspruch auf vorerwähnte Entschädigungen.

10.4 Koordination/Überentschädigungsabschöpfung (ATSG 63 ff; MVG 64, 71–79)

10.4.1 Leistungen im Fall von Teilhaftung (MVG 71, 76)

Wenn eine Gesundheitsschädigung mehrere Sozialversicherungen betrifft, gehen die stationäre und die ambulante Heilbehandlung zulasten der Militärversicherung, sofern sie wegen einer Erkrankung oder eines Unfalls während eines versicherten Dienstes gemäss MVG leistungspflichtig ist.

► Die Leistungen der Militärversicherung werden angemessen gekürzt, wenn die versicherte Gesundheitsschädigung nur teilweise auf Einwirkung des Dienstes zurückzuführen ist.

Geldleistungen (d.h. Renten, Integritätsschadenrenten und Hilflosenentschädigungen) und in Abweichung von ATSG 65 lit a Bestattungskosten werden nach dem Anteil am Gesamtschaden übernommen, wenn im Einzelfall kongruente Leistungen gemäss UVG und MVG anstehen.

10.4.2 Überentschädigungsabschöpfung

Die Rentenleistungen der MV werden mit Renten anderer Sozialversicherer (AHV, IV, UV) koordiniert. Im Jahr 2020 kürzte die Militärversicherung in 279 laufenden Rentenfällen (insgesamt 2946) ihre Leistungen wegen Überentschädigung. Dies hat zu Minderausgaben von rund 3,9 Mio. Franken geführt.

10.4.2.1 **Zusammentreffen von Renten der MV mit solchen der AHV oder IV (Anrechnung gemäss MVV 32)**

Mit Zusammentreffen von Hinterlassenenrenten der AHV oder Invalidenrenten der 1. Säule und der Unfallversicherung mit einer solchen der Militärversicherung, wird die Rente der Militärversicherung entsprechend gekürzt. **Dasselbe gilt für Erwerbseinkünfte**, die teilweise erwerbsfähige Rentenbeziehende erzielen oder zumutbarer Weise erzielen könnten.

10.4.2.2 **Zusammentreffen von Renten der MV mit solchen der AHV (MVG 77)**

Im Fall des Zusammentreffens von Altersrenten für Invalide der Militärversicherung mit Altersrenten der AHV, erfolgt in Abweichung von ATSG 69 keine Kürzung wegen Überentschädigung.

11. **Vollzug**

11.1 **Geltendmachen des Anspruches (ATSG 29–30; MVG 83–84)**

Sobald die Militärversicherung von einem Schadenfall Kenntnis erhalten hat, klärt sie den Tatbestand und die gesetzlichen Ansprüche ab. Dabei hat die betroffene Person bzw. ihre Angehörigen (Gesuchsteller) im Rahmen der Auskunftspflicht zu kooperieren.

11.1.1 **Meldepflicht (ATSG 31; MVG 83–84)**

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Anspruchsberechtigten, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan zu melden.

Die diensttuende Person hat jede gesundheitliche Störung zu melden:

- ▶ Anlässlich der sanitärischen Eintrittsmusterung (SEM);
- ▶ während der Dienstzeit, spätestens anlässlich der sanitärischen Austrittsmusterung (SAM), dem Truppenarzt;
- ▶ nach erfolgtem Dienstaustritt einem eidg. diplomierten Arzt.

Die Anmeldung erfolgt durch den Arzt bzw. die Spitalverwaltung, wenn ein Zusammenhang mit dem Dienst in Betracht kommt oder die gesuchstellende Person dies verlangt.

11.1.2 **Krankheits- und Unfallmeldung, Schadenmeldung**

Wird eine Behandlung erst nach der Entlassung aus dem Dienst erforderlich, die auf Einwirkungen während des Dienstes zurückzuführen ist, ist die **Schadenmeldung** auszufüllen und der Militärversicherung einzureichen.

Wird eine dienstleistende Person während des Militär- oder des Schutzdienstes an einen zivilen Arzt, Chiropraktor, Zahnarzt oder ein Spital bzw. für den Medikamentenbezug an eine zivile Apotheke verwiesen, ist die **Krankheits- und Unfallmeldung** zu verwenden.

Für die Anmeldung gilt das Wohnortsprinzip der versicherten Person.

Zuständig sind die Agenturen:

▶ **Bern**

Kantone AG, BE (d), BL, BS, FR (d), LU, SO, VS (d)

▶ **Genf**

Kantone BE (f), FR (f), GE, JU, NE, VD, VS (f)

▶ **St. Gallen**

Kantone AI, AR, GL, GR (d/r), NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, ZG, ZH

▶ **Bellinzona**

Kantone GR (i), TI

11.2 Festsetzen und ggf. Auszahlen der Leistung (ATSG 19)

Die periodischen Geldleistungen werden in der Regel monatlich ausbezahlt. Renten und Hilflosenentschädigungen werden stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt. In Abweichung von ATSG 19 II kann das Taggeld vollumfänglich dem Arbeitgeber zugunsten der versicherten Person ausbezahlt werden. Vorauszahlungen können ausgerichtet werden, wo der Leistungsanspruch als gegeben erscheint und sich die Auszahlung verzögert.

Rentenauskauf (MVG 46)

Eine Invalidenrente kann jederzeit nach ihrem Barwert ausgekauft werden (Barwerttafeln Stauffer/Schätzle/Weber), wenn die Invalidität nicht mehr als 10 Prozent beträgt.

In den übrigen Fällen wird die Rente nur auf Antrag der Versicherten ganz oder teilweise ausgekauft, dies vor allem für den Erwerb von Wohneigentum. Die Auskaufspraxis ist zurückhaltend, unter anderem wegen der existenzsichernden Funktion der Invalidenrenten.

11.2.1 Leistungen ins Ausland

Der Bezug von Geldleistungen der Militärversicherung im Ausland ist möglich.

11.2.2 Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, MVG 11)

Der Anspruch auf Leistungen ist weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig.

Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder der privaten Sozialhilfeeinrichtung abgetreten werden, soweit sie Vorschusszahlungen geleistet haben. Dasselbe gilt für im Rahmen der Vorleistungspflicht gemäss ATSG 70 erbrachte Leistungen.

Ferner können Rückforderungen von Taggeldern und Renten der AHV/IV, Unfall-, Arbeitslosen-, Krankenversicherung und von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV mit fälligen Leistungen der Militärversicherung verrechnet werden.

Geldleistungen während Freiheitsentzug (ATSG 21 V, MVG 13)

Während des Straf- oder des Massnahmenvollzugs werden Angehörigen der betroffenen Person die Taggelder oder die Invalidenrente ganz oder teilweise ausgerichtet, sofern sie durch den Tod des/der im Freiheitsentzug befindlichen Angehörigen einen Rentenanspruch hätten.

11.2.2.1 Gewährleisten der zweckmässigen Verwendung (ATSG 20, MVG 12)

In Abweichung zu ATSG 20 kann die Militärversicherung auch ohne Fürsorgeabhängigkeit Massnahmen treffen, damit ihre Geldleistungen in erster Linie für den Unterhalt der versicherten Person oder der Personen, für die sie zu sorgen hat, verwendet werden.

11.2.3 Nachzahlung (ATSG 24)

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.

11.3 Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht (ATSG 28 I, MVG 18)

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben am Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

Lehnt die versicherte Person eine zumutbare diagnostische Massnahme ab, haftet die Militärversicherung nur, wenn die Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während des Dienstes verursacht oder verschlimmert worden ist. Weigert sich die versicherte Person, eine zumutbare therapeutische medizinische Massnahme durchführen zu lassen, werden nur jene Leistungen ausgerichtet, welche noch hätten entrichtet werden müssen, wenn die Massnahme angewendet worden wäre. Das Risiko aller medizinischen Massnahmen trägt die Militärversicherung.

11.4 Kürzung oder Verweigerung von Leistungen (ATSG 21; MVG 65–66)

Versicherungsleistungen können gekürzt oder in besonders schweren Fällen ganz verweigert werden, wenn die versicherte Person die Gesundheitsschädigung oder den Tod vorsätzlich oder in vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat.

Dasselbe gilt für Fälle in denen ein bestehender Schaden arglistig vergrössert worden ist.

- ▶▶ Es können nur Geldleistungen und – abgesehen von Behandlungsansprüchen für Zahnschäden – keine Pflegeleistungen gekürzt werden.
- ▶▶ Solange Ehegatten oder Kindern ein Unterhaltsanspruch zusteht, können in Abweichung zu ATSG 21 Tagelder, Invaliden- und Hinterlassenenrenten um höchstens ein Drittel gekürzt werden.

11.5 Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (ATSG 25; ATSV 4–5)

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «im guten Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider; d.h., hier ist die zu viel bezogene Entschädigung generell zurückzuerstatten.

11.5.1 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress (ATSG 72, 73; MVG 67, 70)

Sozialversicherer treten im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihrer Hinterlassenen ein.

Erfolgt die Schädigung durch dienstliche Tätigkeiten von Angehörigen der Armee, des Bundespersonals, von Schutz- oder Zivildienstpflichtigen, bleibt in Abweichung von ATSG 72–75 der Rückgriff anderer Bundesorgane nach den besonderen Bestimmungen vorbehalten.

Familien-/Arbeitgeberprivileg (ATSG 75)

Nur wenn sie den Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt haben, besteht ein Rückgriffsrecht

- ▶ auf die Ehefrau bzw. den Ehemann der versicherten Person, auf deren Eltern und Kinder oder sonstige mit ihr im Haushalt lebende Personen
- ▶ für Berufsunfälle gegenüber dem Arbeitgeber (der versicherten Person), gegen dessen Familienangehörige und gegen dessen Arbeitnehmende

11.6 Rechtspflegeverfahren

Vorbescheid (MVV 32a)

In Abweichung zu den übrigen Sozialversicherungen (ohne die Invalidenversicherung) kann die Militärversicherung dem Gesuchsteller bzw. der Gesuchstellerin das Ergebnis der Abklärung vor Eröffnung des Entscheids schriftlich mitteilen und eine Frist ansetzen, innert deren er bzw. sie sich dazu äussern, Akteneinsicht verlangen oder ergänzende Abklärungen beantragen kann.

1. Einsprache an verfügende Stelle (ATSG 52)

Gegen die Verfügung kann innerhalb von **30 Tagen an der verfügenden Stelle Einsprache** erhoben werden (ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen). Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

2. Beschwerde (ATSG 58)

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann innerhalb von **30 Tagen am kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** am Wohnsitz der betroffenen Person Beschwerde erhoben werden. Personen mit Wohnsitz im Ausland haben ihre Beschwerde ans Sozialversicherungsgericht ihres Heimatkantons oder ihres letzten Wohnsitzkantons zu richten (MVG 105).

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

3. Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)

Gegen Entscheide des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann in letzter Instanz innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

Im Gegensatz zur allgemeinen Bestimmung im Bundesgerichtsgesetz, das nur eine Prüfung der Rechtsfragen (eingeschränkte Kognition) vorsieht, werden in der Unfall- und der Militärversicherung vom Bundesgericht alle Aspekte geprüft.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

Militärversicherung (in Millionen Franken)	1995	2000	2010¹	2015¹	2020	2023
Ausgaben Total (davon)	238,2	218,1	219,2	213,6	173,5	193,2
Behandlungskosten	46,5	41,7	57,7	70,2	73,2	76,1
Taggelder	35,5	28,5	28,3	28,1	23,8	25,5
Renten inkl. Auskäufe (davon)	156,4	147,9	114,8	93,9	76,5	71,2
▶ Invalidenrenten	75,5	75,5	60,7	47,6	39,8	37,6
▶ Hinterlassenenrenten	56,6	56,6	47,9	39,7	31,3	28,8
▶ Integritätsschadenrenten			5,1	4,3	3,3	4,8
Verwaltungskosten			18,4	21,3	19,7	20,4
im betr. Jahr registrierte Fälle		43 953	35 894	40 202	43 290	46 532
Bagatellfälle		16 509	14 558	13 966	13 600	14 649
ordentliche Fälle		27 444	21 336	26 236	29 690	31 883
Rentenfälle total (davon)		6 089	4 660	3 787	3 103	2 675
▶ Invalidenrenten		3 131	2 377	1 896	1 622	1 477
▶ Integritätsschadenrenten		734	569	452	384	371
▶ Hinterlassenenrenten		2 224	1 589	1 257	940	827
Diensttage (in Tausend pro Jahr)	7 850	6 975	7 517	7 831	7 102	7 552
Milizangehörige der Armee	7 163	6 264	6 238	5 793	4 991	5 355
Angehörige des Zivilschutzes	687	522	400	418	403	370
Angehörige des Zivildienstes	–	189	879	1 620	1 708	1 827
¹ Seit Juli 2005 wird die Militärversicherung durch die Suva geführt.						

Quelle: Suva/Militärversicherung

Aus der MV-Statistik 2024

Die von der Suva geführte Militärversicherung hat im Jahr 2023 Versicherungsleistungen im Betrag von 193,2 Mio. Franken (4,0% mehr als im Vorjahr) ausgerichtet. Sowohl die Renten- als auch die Taggeldkosten sind gestiegen. Die Heilkosten sind jedoch aufgrund der höheren Anzahl neuer Fälle und der Kostenentwicklung gestiegen. Die Verwaltungskosten sind mit 20,4 Mio. Franken gegenüber dem Vorjahr um 2,8 Prozent gestiegen.

Im Berichtsjahr wurden 46 532 neue Fälle registriert. 31 883 davon waren sogenannte Bagatellfälle von Milizangehörigen (von Armee, Zivilschutz oder Zivildienst). Zwar sind rund zwei Drittel aller Fälle sogenannte Bagatellfälle. Diese verursachen aber lediglich 8,2 Prozent aller Kosten (14,2 Mio. Franken Heilkosten). Taggeld- oder Rentenkosten können Bagatellfälle definitionsgemäss keine aufweisen, da sie spätestens mit dem Ende des besoldeten Dienstes abgeschlossen werden.

Gut 60 Prozent der im Jahr 2023 der 14 649 neu registrierten ordentlichen Fälle betreffen beruflich Versicherte oder Milizangehörige der Armee. Danach folgen die freiwillig Versicherten mit rund einem Fünftel der neu registrierten ordentlichen Fälle. Aus allen übrigen Versichertenkategorien stammen rund 18 Prozent der Fälle. 85 Prozent der neu registrierten Fälle von durchgehend gegen Krankheit und Unfall beruflich und freiwillig Versicherten sind Krankheitsfälle. Anders unter den Milizangehörigen von Armee, Zivilschutz und Zivildienst: Hier machen die Krankheitsfälle weniger als die Hälfte aller Fälle aus.

Wieder in ruhigere Fahrwasser

Nach drei Rechnungsjahren, die von der Covid-19-Pandemie geprägt waren, durfte die Militärversicherung im Jahr 2023 wieder in ruhigere Fahrwasser gelangen. Umso interessanter ist der Vergleich der Zahlen mit dem Vorpandemie-Zeitraum. Die Militärversicherung verzeichnet leicht ansteigende Fallzahlen. Der Grossteil davon sind allerdings Bagatellfälle, welche in aller Regel geringe Kostenfolgen haben und glücklicherweise rasch ausheilen.

Die Digitalisierung und Automatisierung macht auch vor der Militärversicherung nicht Halt. Gerade als kleine Sozialversicherung ist der effiziente und effektive Ressourceneinsatz zentral. Die MV hat sich auf diese Reise begeben und eine Reihe von Digitalisierungsmassnahmen eingeleitet – immer mit dem Fokus die Kundenzufriedenheit weiterhin sehr hoch zu halten.

Im Jahr 2023 waren Milizangehörige während rund 7,6 Mio. Tagen im Einsatz und somit während dieser Zeit gegen Gesundheitsschädigungen gemäss MVG versichert. Knapp 70 Prozent dieser Tage wurden durch Angehörige der Armee geleistet. Rund 29 Prozent gehen auf das Konto von Angehörigen des Zivildienstes und des Zivilschutzes. Ebenfalls unter den geleisteten Tagen des Milizpersonals werden die Einsätze der Friedensförderung und des Schweizerischen Korps für humanitäre Hilfe (SKH) subsummiert. Der Status dieser beiden Kategorien, welche zusammen gut 120 000 Einsatztage geleistet haben, unterscheidet sich allerdings von den anderen Milizpersonen. Angehörige der Friedensförderung und des SKH werden nicht zu einer Dienstleistung aufgeboten, sondern verpflichten sich auf Vertragsbasis für eine begrenzte Zeit. Für 3272 beruflich Versicherte (inklusive Zeitmilitär) war die Militärversicherung im Jahr 2023 sowohl Kranken- als auch Unfallversicherung.

12.2

Links

www.suva.ch

SuvaCare, Einstieg zu den Angaben betreffend Militärversicherung;
Leitfaden Militärversicherung
(www.suva.ch/material/dokumentationen/militaerversicherung-mit-leitfaden)

www.edi.admin.ch

Bundesgesetz Militärversicherung, Aufsicht Militärversicherung,
Allgemeines

www.bag.admin.ch, Bundesamt für Gesundheit,
Übersicht Militärversicherung

XIII Familienzulagenordnung FamZ

1.	Zielsetzung	730
2.	Gesetzliche Grundlagen	730
3.	Geschichtliche Daten	730
4.	Organisation	732
4.1	Familienausgleichskassen (FamZG 17)	732
4.1.1	Zugelassene Familienausgleichskassen (FamZG 14, FamZV 12, 15)	733
4.1.2	Unterstellung der Arbeitgeber, ANOBAG und Selbständigerwerbenden (FamZG 11, 12)	733
4.1.2.1	Zuständige Familienausgleichskasse (FAK) (FamZG 13, FamZV 11, FamZWL)	734
5.	Versicherte Personen	735
5.1	Obligatorisch Versicherte	735
5.1.1	Versicherte Personen ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG)	735
5.1.1.1	Anspruch von Nichterwerbstätigen auf Familienzulagen (FamZG 19, FamZV 16)	735
5.1.2	Versicherte Personen in der Landwirtschaft (FLG)	736
5.1.2.1	Glossar	736
5.1.2.11	Landwirtschaftliche Betriebe (FLV 7)	736
5.1.2.12	Hauptberufliche selbständigerwerbende Landwirte/Landwirtinnen (FLV 3)	737
5.1.2.13	Nebenberufliche selbständigerwerbende Landwirte/Landwirtinnen (FLV 3 III)	737
5.1.2.14	Betriebsleitende (FLV 8)	737
5.1.2.15	Älpler/innen (FLG 5 I, FLV 3 IV)	737
5.1.2.16	Hauptberufliche Berufsfischer/innen (Bundesgesetz über die Fischerei; BGF 14)	737
5.2	Freiwillig Versicherte	737
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes	737
5.4	Versicherungsausweis	738
6.	Finanzierung	738
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	738
6.2	Beitragspflichtige Personen	738
6.2.1	FamZ für Erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG 16)	738
6.2.2	FamZ für Nichterwerbstätige (FamZG 20)	739
6.2.3	In der Landwirtschaft (FLG)	739

7.	Leistungsübersicht	740
7.1	Familienzulagen gemäss FamZG	740
7.1.1	Was gilt als Ausbildung? (FamZG 3 I Bst. b, FamZV 1, FamZWL 205–208, AHVG 25 IV, AHVV 49 ^{bis} und 49 ^{ter})	741
7.1.2	Kinderzulage für erwerbsunfähige Kinder (FamZG 3 I Bst. a, FamZWL)	742
7.2	Familienzulagen gemäss FLG	742
8.	Anspruchsvoraussetzungen	743
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	743
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	743
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	743
8.4	Familienzulagen für Erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG 4, 13)	743
8.4.1	Dauer des Anspruchs auf Familienzulagen (FamZG 13, FamZV 10, FamZWL)	744
8.4.1.1	Anspruch, falls an der Arbeitsleistung verhindert (OR 324a)	745
8.4.1.2	Unbezahlter Urlaub (FamZV 10 I ^{bis})	746
8.4.1.3	Anspruchswechsel bei Weiterzahlung	746
8.4.2	Anspruchsberechtigte Kinder (FamZG 4 I; FamZV 4, 5)	746
8.4.2.1	Spezifische Anspruchsvoraussetzungen	746
8.4.2.11	Stiefkinder (FamZG 4 I Bst. b, FamZV 4, FamZWL)	746
8.4.2.12	Pflegekinder (FamZG 4 I Bst. c, FamZV 5, FamZWL)	747
8.4.2.13	Geschwister und Enkelkinder (FamZG 4 I Bst. d, FamZV 6, FamZWL)	747
8.4.3	Anspruchskonkurrenz (FamZG 6, 7; FamZWL 401–432)	747
8.4.3.1	Differenzzahlung (FamZG 7 II, FamZWL)	748
8.5	Familienzulagen in der Landwirtschaft (FamZG 18, FLG)	749
8.5.1	Anspruchsberechtigte Personen (FLG 1a)	749
8.5.1.1	Anspruch auf Familienzulagen (FLG 1a, 4, 5; FLV 1, 3)	749
8.5.1.11	Zusätzliche ausserlandwirtschaftliche Tätigkeit	750
8.5.1.2	Anspruch auf Haushaltungszulage (FLG 1a III, 3)	750
8.5.2	Anspruchskonkurrenz (FLG 9)	751
8.5.2.1	Anspruchskonkurrenz, wenn sowohl in der Landwirtschaft als auch anderweitig erwerbstätig (FLG 10; FLV 2a, 3b)	751
9.	Sachleistungen	751
10.	Geldleistungen	751
10.1	Familienzulagen ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG)	751
10.1.2	Anspruch für Kinder im Ausland (FamZG 4 III; FamZV 7, 8, FamZWL)	753
10.1.2.1	Anspruchskonkurrenz im Verhältnis zu EU-/EFTA-Staaten (FamZWL)	754
10.1.2.2	Sonderregelung für Erwerbstätige im Ausland (FamZV 7 II, FamZWL)	754

10.1.2.21	Kaufkraftanpassung für ins Ausland ausbezahlte Kinderzulagen (FamZG 4 III, FamZV 8)	754
10.1.3	Geburtszulage (FamZG 3 III, FamZV 2)	756
10.1.4	Adoptionszulage (FamZG 3 III, FamZV 3)	756
10.1.5	Teuerungsanpassung (FamZG 5 III)	757
10.1.6	Koordination	757
10.1.6.1	Familienzulagen und Unterhaltsbeiträge (FamZG 8)	757
10.1.6.2	Familienzulagen und Geburtszulage (FamZV 2 II)	757
10.1.6.3	Familienzulagen und Adoptionszulage (FamZV 3 III)	757
10.1.6.4	Familienzulagen und EO (FamZV 10)	757
10.1.6.5	Anspruch auf Familienzulagen auch ohne Leistungsanspruch (FamZV 10 II)	758
10.1.6.6	Familienzulagen und Arbeitslosenentschädigung (AVIG 22)	758
10.1.6.61	Zwischenverdienst (AVIG 24)	758
10.1.6.7	Familienzulagen und IV-Taggelder (IVG 22 III)	758
10.1.6.8	Familienzulagen und IV-Rente (IVG 38)	758
10.1.6.9	Familienzulagen und AHV-Kinder- bzw. -Waisenrente (AHVG 22 ^{ter} und 25)	759
10.1.6.10	Familienzulagen und UV-Taggelder (FamZW 525)	759
10.2	Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG)	759
10.2.1	Haushaltungszulage (FLG 2)	759
10.2.2	Kinder-/Ausbildungszulagen (FLG 2, 7)	759
10.2.3	Anspruch für Kinder im Ausland	760
11.	Vollzug	760
11.1	Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29, 30)	760
11.2	Festsetzen und Auszahlen der Leistung (ATSG 19, FamZW)	761
11.2.1	Auszahlung ins Ausland	762
11.2.2	Auszahlung an Dritte (ATSG 20, FamZG 9)	762
11.2.3	Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, FamZG 10)	762
11.2.4	Nachforderung (ATSG 24)	762
11.3	Familienzulagenregister (FamZG 21a–e, FamZV 18a–i; WL-FamZReg)	762
11.3.1	Inhalt des Familienzulagenregisters (FamZV 18a)	762
11.3.2	Lieferung der zur Registerführung notwendigen Daten	763
11.3.3	Informationszugang zum Familienzulagenregister	763
11.4	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)	763
11.4.1	Meldepflicht der Arbeitgeber bei Stellenwechsel (FamZV 18d II)	764
11.5	Leistungskürzung oder -verweigerung	764
11.6	Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Be- zügen (Verjährung ATSG 24, 25; ATSV 4, 5 Erlass)	764
11.7	Rechtspflege	764
12.	Aktuell	765
12.1	Kennzahlen	765
12.2	Familienzulagen sollen erhöht werden	768
12.3	Links	768

1. Zielsetzung

Familienzulagen sind einmalige oder periodische Geldleistungen, die ausgerichtet werden, um die finanzielle Belastung durch ein oder mehrere Kinder teilweise auszugleichen (FamZG 2).

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 116

Bundesgesetz

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) vom 20. Juli 1952, in Kraft seit 1. Januar 1953
- ▶ über die Familienzulagen (FamZG) vom 24. März 2006, in Kraft seit 1. Januar 2009

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 19. September 2002, in Kraft seit 1. Januar 2003
- ▶ über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLV) vom 11. November 1952, in Kraft seit 1. Januar 1953
- ▶ über die Familienzulagen (FamZV) vom 31. Oktober 2007, in Kraft seit 1. Januar 2009

Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen

- ▶ Wegleitung zum Bundesgesetz über die Familienzulagen (FamZWL), in Kraft seit 1. Januar 2009
- ▶ Wegleitung zum Familienzulagenregister (FamZReg), gültig ab 15. Oktober 2010

Kantonale Gesetzgebung, Verbandsbeschlüsse

- ▶ Kantonale Einführungsgesetze zum Bundesgesetz über die Familienzulagen FamZG (vgl. www.bsv.admin.ch > Sozialversicherungen > Familienzulagen > Grundlagen & Gesetze > kantonale Regelungen)

3. Geschichtliche Daten

1768 Erstmals werden Kinderzulagen ausbezahlt (Dekret von Kaiserin Maria Theresia, dass jeder Soldat des Heeres pro Kind drei Kreuzer bekomme).

1916/27 Einführung der Kinderzulagen für das Personal der (Schweizerischen) Bundesverwaltung. Etliche Kantone gewähren dem Staatspersonal ebenfalls Kinderzulagen.

1937 Rund vierzig Betriebe, eine Kooperation, die 33 kleine Firmen umfasste und einige kirchliche und gemeinnützige Hilfswerke, richten an rund 6000 Familien mit 13 000 Kindern Zulagen aus.

- 1943 Als erster Kanton führt die Waadt durch Gesetz vom 26. Mai 1943 (ersetzt durch das Gesetz vom 20. November 1954) die Familienzulagen für Arbeitnehmer ein. Ihm folgen weitere Westschweizer Kantone, das Tessin und die Deutschschweizer Kantone.
- 1944 Durch Beschluss des Bundesrates aufgrund der Kriegsvollmacht wird eine Beihilfenordnung für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Bergbauern eingeführt.
- 1946 Verfassungsmässige Kompetenz des Bundes im Bereich der Familienzulagen.
- 1949 Beihilfenordnung wird durch befristeten Bundesbeschluss in die ordentliche Gesetzgebung überführt.
- 1953 Das FLG tritt, nach Auslauf des Bundesbeschlusses von 1949, in Kraft.
- 1962 Auch selbständig erwerbende Kleinbauern im Talgebiet werden dem FLG unterstellt.
- 1965 Als letzter Kanton führt der Kanton Appenzell Ausserrhoden ein Gesetz über die Kinderzulagen ein.
- 1991 Parlamentarische Initiative Angeline Fankhauser betreffend Einführung einer einheitlichen Familienzulagenordnung auf Bundesebene fordert Mindestzulagen von 200 Franken pro Kind.
- 2003 Anstossfinanzierung zur Schaffung familienexterner Kinderbetreuungsplätze (parlamentarische Initiative Fehr vom März 2000) wird gutgeheissen. Ein erster Verpflichtungskredit befristet per Januar 2007 von 200 Mio. Franken wird gesprochen.
- 2005 Mit der 7. EO-Revision wird ab 1. Juli erwerbstätigen Frauen eine Mutterschaftsentschädigung während höchstens 14 Wochen nach der Geburt gewährt.
- 2006 Am 26. November wird in einer Volksabstimmung das Bundesgesetz über Familienzulagen (FamZG) als Rahmengesetz, das die minimalen Forderungen deckt, mit einem Ja-Stimmen-Anteil von 68 Prozent angenommen.
- 2009 Inkrafttreten des Bundesgesetzes über Familienzulagen (FamZG). Neu müssen sich alle Arbeitgeber einer anerkannten Familienausgleichskasse (FAK) anschliessen. Familienzulagen werden Arbeitnehmenden und Nichterwerbstätigen ausgerichtet. Die Kantone können höhere Kinder- und Ausbildungszulagen vorsehen als die im FamZG genannten Mindestansätze.
- 2011 Das durch die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) geführte gesamtschweizerische Familienzulagenregister tritt per 1. Januar 2011 in Kraft. Dadurch kann der Doppelbezug von Zulagen für dasselbe Kind ausgeschlossen werden.
- 2011 Das eidgenössische Parlament beschliesst eine Gesetzesänderung, wonach die Kantone auch für Selbständigerwerbende eine obligatorische FAK einführen müssen.

- 2013 Auf den 1. Januar 2013 werden Selbständigerwerbende (ausserhalb der Landwirtschaft) dem FamZG unterstellt. Das bedingt einerseits ggf. eine Anspruchsberechtigung und andererseits in jedem Fall eine Beitragspflicht. Allerdings beschränkt sich die Beitragspflicht auf Reineinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit bis CHF 126 000.– (ab 2016 CHF 148 200.–). Betreffend Unselbständigerwerbende gibt es keine Plafonierung.
- 2020 Ab 1. August werden die Ausbildungszulagen bereits ab Abschluss der obligatorischen Schulzeit, frühestens aber ab dem 15. Altersjahr ausgerichtet, sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Arbeitslose Mütter, die Mutterschaftsentschädigung (MSE) beziehen, gelten gemäss FamZG für die Dauer des MSE-Bezugs (höchstens 98 Tage) als Nichterwerbstätige. Ausserdem wird für die Finanzhilfe an Familienorganisationen eine gesetzliche Grundlage im FamZG geschaffen.
- 2024 Mit einer Gesetzesänderung vom 15. März 2024 werden alle Kantone verpflichtet, innert drei Jahren den vollen Lastenausgleich einzuführen.

4. Organisation

Bis Ende 2008 kannte unser Land ein Nebeneinander von Dutzenden verschiedener Familienzulagenordnungen. Neben der bundesrechtlichen Regelung für die Landwirtschaft bestanden 26 kantonale und rund 300 verbandliche Lösungen. In der Regel sind nur unselbständig erwerbende Eltern in den Genuss von Familienzulagen gekommen.

Mit dem 2009 in Kraft getretenen FamZG besteht erstmals auch ausserhalb der Landwirtschaft eine bundesrechtliche Regelung der Familienzulagen. Es handelt sich um ein Rahmengesetz.

Einerseits werden darin wichtige Punkte wie der Kreis der anspruchsberechtigten Personen, die Reihenfolge der Bezugsberechtigung (Anspruchskonkurrenz) und der Anspruch für Kinder im Ausland einheitlich geregelt. Andererseits sind die Kantone frei, höhere als die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestansätze für Kinder- und Ausbildungszulagen zu gewähren. Sie können auch Geburts- und Adoptionszulagen vorsehen.

Die Durchführungsorgane für die Familienzulagenordnungen sind die Familienausgleichskassen und die ihnen angeschlossenen Arbeitgeber.

4.1 Familienausgleichskassen (FamZG 17)

Die Familienzulagenordnungen werden durch die Familienausgleichskassen (FAK) durchgeführt. Dazu haben alle Kantone eine kantonale Familienausgleichskasse errichtet, deren Geschäftsführung der kantonalen AHV-Ausgleichskasse (Sozialversicherungsanstalt) übertragen ist (FamZG 17 I).

Die Kantone regeln das Verfahren für die Anerkennung von beruflichen und zwischenberuflichen Familienausgleichskassen. Die Kantone regeln somit einen Teilbereich im Rahmen der Zulassung und auch des Entzugs der Anerkennung beruflicher bzw. zwischenberuflicher Familienausgleichskassen. Die

grosse Mehrheit der Kantone sieht keine beruflichen bzw. zwischenberuflichen FAK vor; z.B. Bern, Waadt und alle Zentralschweizer Kantone. Die anerkannten Familienausgleichskassen stehen unter Aufsicht der Kantone.

Die Kantone können im Rahmen der Finanzierung auch einen Lastenausgleich unter den zugelassenen Familienausgleichskassen festlegen. Folgende Kantone kennen einen Lastenausgleich: BL, FR, GE, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, UR, VD, VS und ZG. Mit einer Gesetzesänderung vom 15. März 2024 werden alle Kantone verpflichtet, innert drei Jahren den vollen Lastenausgleich einzuführen.

Nebeneinander von FamZG und FLG

Mit der Einführung des FamZG bestehen nun zwei Bundesgesetze für die Familienzulagen nebeneinander. Das für Beschäftigte in der Landwirtschaft und das für alle Personen ausserhalb der Landwirtschaft (inkl. Nichterwerbstätige). Die Bestimmungen der beiden Gesetze sind weitgehend harmonisiert.

Wo für die Landwirtschaft spezielle Regelungen getroffen worden sind, sind diese separat erwähnt.

4.1.1 Zugelassene Familienausgleichskassen (FamZG 14, FamZV 12, 15)

Für die Durchführung des FamZG zugelassen sind:

- a) die **von den Kantonen anerkannten** beruflichen und zwischenberuflichen Familienausgleichskassen
- b) die **kantonalen Familienausgleichskassen**
- c) die **von AHV-Ausgleichskassen geführten Familienausgleichskassen**

► Die Eidg. Ausgleichskasse (**EAK**) führt für die Bundesverwaltung, die eidg. Gerichte und die Bundesanstalten **eine Familienausgleichskasse**. Ihr können sich auch andere Institutionen anschliessen, die der Oberaufsicht des Bundes unterstellt sind oder zum Bund in enger Beziehung stehen (FamZV 15).

Ein Anerkennungsverfahren für die von Verbandskassen geführten Familienausgleichskassen ist nicht vorgesehen. Sie müssen sich jedoch bei der zuständigen Behörde des Kantons, in dem sie tätig sein wollen, anmelden.

Eine Familienausgleichskasse eines einzelnen Arbeitgebers (Betriebskasse wie z.B. für Staatspersonal) darf nicht als Familienausgleichskasse im Sinn von FamZG 14 anerkannt werden.

4.1.2 Unterstellung der Arbeitgeber, ANOBAG und Selbständigerwerbenden (FamZG 11, 12)

Dem FamZG unterstellt sind aufgrund des AHVG beitragspflichtige Arbeitgeber, Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANOBAG) und Selbständigerwerbende.

Sie müssen sich einer im Kanton tätigen Familienausgleichskasse anschliessen.

- ▶ Arbeitgeber und Selbständigerwerbende unterstehen der Familienzulagenordnung des Kantons,
 - ▶ in dem das Unternehmen den Sitz hat, wenn ein solcher fehlt: im Wohnsitzkanton
 - ▶ Zweigniederlassungen unterstehen der Familienzulagenordnung des Kantons, in dem sie sich befinden, wobei die Kantone abweichende Regelungen vereinbaren können.

Als Zweigniederlassung gelten Einrichtungen und Betriebsstätten, in denen auf unbestimmte Dauer eine gewerbliche, industrielle oder kaufmännische Tätigkeit ausgeübt wird (FamZV 9).
- ▶ ANOBAG unterstehen der Familienzulagenordnung im Kanton, in dem sie für die AHV erfasst sind.

4.1.2.1 **Zuständige Familienausgleichskasse (FAK) (FamZG 13, FamZV 11, FamZWL)**

Der Umfang der Leistungen richtet sich nach der Ordnung des Kantons am Rechtssitz des Unternehmens, ggf. am Sitz der Zweigniederlassung.

▶ «Erwerbortsprinzip»

Die Kantone können abweichende Regelungen treffen (interkantonale Vereinbarung).

Zuständig für die Auszahlung der Familienzulagen an Arbeitnehmende ist der Arbeitgeber. Aufgrund der Bestimmungen der für ihn/sie zuständigen FAK richtet er die Zulagen in der Regel zusammen mit der Lohnzahlung aus.

Wird eine Person von mehreren Arbeitgebern beschäftigt, ist die FAK desjenigen Arbeitgebers zuständig, der den **höchsten Lohn** ausrichtet.

- ▶ Falls diese Person in mehreren Kantonen tätig ist, besteht kein Anspruch auf Differenzzahlungen, wenn der Ansatz im Kanton mit dem kleineren Einkommen höher wäre.

Wo nicht von vornherein feststeht, welcher Arbeitgeber den höchsten Lohn ausrichtet, ist die Familienausgleichskasse des Arbeitgebers zuständig, bei dem das Arbeitsverhältnis zuerst begonnen hat. Stellt sich heraus, dass von einem anderen Arbeitgeber ein höherer Lohn erzielt wird, geht die Zuständigkeit spätestens auf den 1. Januar des folgenden Jahres an dessen Familienausgleichskasse über. Es besteht kein Anspruch auf eine ganze oder anteilmässige Rückerstattung von Leistungen durch die eine Kasse an die andere.

Wird eine Person von einem Personalverleih beschäftigt (vermittelt und vom Personalverleih entlohnt), ist die Familienzulagenordnung des Kantons massgebend, in dem sich der Sitz der Verleihfirma oder der betreffenden Zweigniederlassung befindet. Sie gilt als Arbeitgeberin.

Landwirtschaftsbetriebe (FLG) fallen unter den Zuständigkeitsbereich der kantonalen Familienausgleichskasse am Betriebsort.

5. Versicherte Personen

5.1 Obligatorisch Versicherte

5.1.1 Versicherte Personen ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG)

In der AHV versicherte Personen ausserhalb der Landwirtschaft

- ▶ Erwerbstätige (d.h., Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende) mit einem entsprechenden AHV-pflichtigen Jahreseinkommen ab CHF 7350.– (pro Monat CHF 612.–);
- ▶ in der AHV pflichtversicherte Nichterwerbstätige, deren steuerbares Einkommen CHF 44 100.– (anderthalbfache maximale jährliche AHV-Vollrente) nicht übersteigt.

Vereinfacht ausgedrückt sind Eltern, die in der Schweiz mit einem unter 16-jährigen Kind oder einem solchen in Ausbildung (maximal bis 25-jährig) leben, leistungsberechtigt. Der Grundsatz «ein Kind = eine Zulage» ist erfüllt.

5.1.1.1 Anspruch von Nichterwerbstätigen auf Familienzulagen (FamZG 19, FamZV 16)

Der Anspruch nicht erwerbstätiger Personen besteht, solange sie und die Kinder den Wohnsitz in der Schweiz haben und die Einkommensgrenze (CHF 44 100.–/Jahr) nicht überschritten wird.

Arbeitslose Mütter mit Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung (MSE) gelten solange ebenfalls als Nichterwerbstätige (FamZG 19 I^{ter}). Für sie entfällt die Begrenzung des steuerbaren Einkommens.

Zu den Anspruchsberechtigten gehören insbesondere

- ▶ Personen, die als Arbeitnehmende oder Selbständigerwerbende das Mindesteinkommen von CHF 7350.–/Jahr bzw. mtl. 612.– nicht erreichen;
- ▶ Nichterwerbstätige, die Überbrückungsleistungen (ÜL) beziehen;
- ▶ Nichterwerbstätige, die von der Sozialhilfe unterstützt werden;
Der Anspruch auf Familienzulagen geht dem Anspruch auf Sozialhilfe vor, und der Bezug von Sozialhilfe schliesst den Anspruch auf Familienzulagen nicht aus.
- ▶ Nichterwerbstätige, welche die Altersrente vorbeziehen;
- ▶ nichterwerbstätige Eltern in Ausbildung, die noch nicht der AHV-Beitragspflicht unterliegen.

Ausgeschlossen vom Bezug von Familienzulagen für Nichterwerbstätige sind

- ◀◀ Bezüger/innen von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie deren Ehegatten: gemeint sind einzig die jährlichen Ergänzungsleistungen, die monatlich ausbezahlt werden, wenn für das Kind eine Kinder- oder Waisenrente ausgerichtet wird;
- ◀◀ Personen, die nach Erreichen des Referenzalters eine Altersrente der AHV beziehen bzw. deren Ehegatte eine Altersrente bezieht (FamZV 16 a und b);

- ◄ Personen, deren Beiträge durch die erfüllte Beitragspflicht des Ehegatten als bezahlt gelten (FamZV 16 c in Verbindung mit AHVG 3 III);
- ◄ nichterwerbstätige Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung, deren Beiträge noch nicht gemäss AHVG 14 II^{bis} festgesetzt sind. Gleiches gilt auch für weggewiesene Personen, die nach AsylG 82 nur Anspruch auf Nothilfe haben (FamZV 16 d).

Einige Kantone, vor allem solche in der Westschweiz, haben den Kreis von anspruchsberechtigten Nichterwerbstätigen erweitert und richten auf kantonaler Ebene entsprechende Leistungen aus.

5.1.2 Versicherte Personen in der Landwirtschaft (FLG)

Unter die Regelungen des Bundesgesetzes über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) fallen:

- ▶ Arbeitnehmende in der Landwirtschaft, die einen Barlohn beziehen, sowie
- ▶ alle selbständig erwerbenden Landwirte, Äpler und Berufsfischer beiderlei Geschlechts, die ihren Unterhalt hauptsächlich durch diese Tätigkeit erzielen (wesentliche Grundlage für das Bestreiten des Lebensunterhalts). Zu den Landwirten zählen auch Betriebsleitenden und ihre Familienangehörigen.

5.1.2.1 Glossar

5.1.2.1.1 Landwirtschaftliche Betriebe (FLV 7)

In landwirtschaftlichen Betrieben muss mindestens eine vollamtliche Arbeitskraft während des ganzen Jahres den grössten Teil ihrer Arbeitszeit im Betrieb beschäftigt werden.

Als landwirtschaftliche Betriebe gelten (sofern vorgenannte Voraussetzungen erfüllt sind):

- ▶ Anbau von landwirtschaftlichen Nutzpflanzen, inkl. Gewürz- und Kräuteraanbau;
- ▶ Obst-, Wein- und Gemüseanbau;
- ▶ Viehhaltung und Viehzucht;
- ▶ Geflügel- und Bienenzucht.

Nicht als landwirtschaftliche Betriebe gelten aber

- ▶ Fisch- und Pelztierzucht;
- ▶ Betrieb einer Milchproduzentengesellschaft;
- ▶ Waldgrundstücke, die nicht mit einem bäuerlichen Anwesen in Verbindung stehen.

Gemischte Betriebe

sind nicht dem FLG unterstellt, sofern der gewerbliche oder der industrielle Betrieb den Hauptbetrieb darstellt. In diesem Falle unterstehen sie der kantonalen FAK.

5.1.2.12 Hauptberufliche selbständigerwerbende Landwirte/Landwirtinnen (FLV 3)

Als hauptberuflich gelten Landwirtinnen und Landwirte, die im Verlaufe des Jahres vorwiegend in ihrem landwirtschaftlichen Betrieb tätig sind (mindestens 300 Arbeitstage) und den überwiegenden Teil des Lebensunterhalts ihrer Familien aus dieser Tätigkeit bestreiten. Die landwirtschaftliche Tätigkeit muss somit die wesentliche wirtschaftliche Grundlage für den Lebensunterhalt bilden.

5.1.2.13 Nebenberufliche selbständigerwerbende Landwirte/Landwirtinnen (FLV 3 III)

Als nebenberuflich gelten Landwirtinnen und Landwirte, die ein jährliches Betriebseinkommen von mindestens CHF 2000.– erzielen oder eine landwirtschaftliche Tätigkeit ausüben, die der Haltung einer Grossvieheinheit entspricht.

5.1.2.14 Betriebsleitende (FLV 8)

Als Betriebsleiter/in gelten die Eigentümer, Pächter oder Nutzniesser (beiderlei Geschlechts) eines Landwirtschaftsbetriebs.

5.1.2.15 Äpler/innen (FLG 5 I, FLV 3 IV)

Äpler/innen, die während mindestens zwei Monaten ununterbrochen eine Alp in selbständiger Stellung bewirtschaften (Eigentümer/in oder Pächter/in), haben für diese Zeit ebenfalls Anspruch auf Kinder- und Ausbildungszulagen.

5.1.2.16 Hauptberufliche Berufsfischer/innen (Bundesgesetz über die Fischerei; BGF 14)

Berufsfischer/innen, die den Fischfang hauptberuflich und vorwiegend mit Netzen, Garen und Reusen ausüben, haben ebenfalls Anspruch auf Kinder- und Ausbildungszulagen. Dies gilt laut Verzeichnis des BAFU (Bundesamt für Umwelt) für Personen, die als Berufsfischer/in Kategorie A oder B eingetragen sind.

Kategorie A Beschäftigung ausschliesslich als Berufsfischer/in

Kategorie B Beschäftigung als Berufsfischer/in im Haupterwerb

Kategorie C Beschäftigung als Berufsfischer/in im Nebenerwerb

5.2 Freiwillig Versicherte

Sowohl das FamZG als auch das FLG sehen keine freiwillige Versicherung vor.

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Familienzulagen, solange Eltern-(teile) Kinder im bezugsberechtigten Alter haben. Der Anspruch auf Familienzulagen entsteht in der Regel am ersten Tag des Monats, in dem das Kind geboren wird. Er erlischt am Ende des Monats, in dem das Kind die Altersgrenze erreicht, die Ausbildung abschliesst, abbricht oder verstirbt.

Für Erwerbstätige (Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende) ist der Anspruch auf Familienzulagen an den Bezug eines AHV-pflichtigen Erwerbseinkommens gekoppelt. Anspruch im Verhinderungsfall vgl. 8.4.1.1.

5.4 Versicherungsausweis

Ein eigentlicher Versicherungsausweis besteht nicht. Funktionell nimmt die Verfügung oder der (formlose) Entscheid der Familienausgleichskasse über die Zusage von Familienzulagen dessen Funktion ein.

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

Die Finanzierung der Familienzulagen nach FamZG und nach FLG erfolgt im Ausgaben-Umlageverfahren.

Die Kantone regeln die Finanzierung der Familienzulagen nach FamZG und der Verwaltungskosten. Sie müssen voraussichtlich bis 2027 unter den in ihrem Gebiet zugelassenen Familienausgleichskassen einen vollen **Lastenausgleich** festlegen (FamZG 17 II Bst. k in der Fassung vom 15.03.2024).

In der Landwirtschaft (FLG 18) entrichten die Arbeitgeber Beiträge auf den Fremdlöhnen. Diese Beiträge decken aber weniger als zehn Prozent der Aufwendungen. Der ganze Rest geht zulasten der öffentlichen Hand (Steuer-gelder), d.h., zwei Drittel zulasten des Bundes und zu einem Drittel zulasten der Kantone (FLG 18 III). Die Zinsen aus dem FLG-Ausgleichsfonds (der mindestens vier Prozent der Jahresausgaben enthalten muss) sind zur Reduktion der kantonalen Beiträge zu verwenden.

6.2 Beitragspflichtige Personen

6.2.1 FamZ für Erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG 16)

Die Beiträge werden in Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens berechnet. Die Kantone regeln die Finanzierung ihrer Familienzulagenordnung.

Es ist den Kantonen überlassen, ob sie nur Arbeitgeber der Beitragspflicht unterstellen wollen oder auch die Arbeitnehmenden. Ggf. müssten die Kantone den Verteilschlüssel zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen festlegen (FamZG 17 II Bst. j). Von dieser Möglichkeit hat einzig der Kanton Wallis Gebrauch gemacht: Die Arbeitnehmenden haben sich mit einem Beitrag von 0,17 Prozent der AHV-pflichtigen Lohnsumme an der Finanzierung der Familienzulagen zu beteiligen.

In allen anderen Kantonen gehen die **Beiträge** für Familienzulagen von Arbeitnehmenden **voll zulasten des Arbeitgebers** (d.h., ohne Arbeitnehmeranteil). Die Beitragshöhe ist gegen oben nicht begrenzt, d.h., plafoniert.

Selbständigerwerbende entrichten Beiträge auf dem AHV-pflichtigen Reineinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit bis CHF 148 200.– pro Jahr – dies analog dem höchstversicherten Verdienst gemäss UVG.

Die Höhe der Beiträge ist je Familienausgleichskasse verschieden. Die Ansätze der kantonalen Familienausgleichskassen für Arbeitnehmende liegen zwischen 1,025 und 2,75 Prozent des massgebenden AHV-Lohnes, diejenigen für Selbständigerwerbende zwischen 0,9 und 2,75 Prozent. Sechs Kantone ken-

nen für Selbständigerwerbende andere Beitragssätze als für Arbeitnehmende. Die übrigen Familienausgleichskassen legen den Beitragssatz aufgrund ihrer Mitgliederstruktur fest. Teilweise gelten für jeden Kanton wieder unterschiedliche Ansätze.

Beitrag an die kantonale FAK in Prozenten pro 2024							
Quelle: Bundesamt für Sozialversicherungen 17.12.2023							
Kanton	Arbeitgeber	Selbstständige	Nichterwerbst. ²	Kanton	Arbeitgeber	Selbstständige	Nichterwerbst. ²
AG	1,45	1,45		NW	1,5	1,5	
AI	1,8	1,0		OW	1,4	1,4	
AR	1,6	1,6	20	SG	1,8	1,6	20
BE	1,5	1,5		SH	1,3	1,6	
BL	1,25	1,25		SO	1,25	1,25	15
BS	1,65	1,65		SZ	1,3	1,3	
FR	2,48	2,48		TG	1,5	1,5	31
GE	2,28	2,28		TI	1,7	0,9	25
GL	1,4	1,4	20	UR	2,1	1,1	
GR	1,6	1,6		VD	2,48	2,8	
JU	2,75	2,75		VS	2,67 (2,5) ¹	1,52	
LU	1,35	1,35		ZG	1,6	1,6	
NE	1,9	1,9		ZH	1,025	1,025	–

¹ Beiträge von Arbeitnehmenden kennt nur der Kanton Wallis mit 0,17%.
² Der Beitrag der Nichterwerbstätigen wird in Prozenten der AHV-Beiträge berechnet, sofern diese über dem Mindestbeitrag liegen.

► **Die Kantone FR, GE, JU, LU, NE, SO, TI und ZH erheben zusätzliche Beiträge** im Promillebereich für kantonale Leistungen (Berufsbildungsfonds, familienergänzende Kinderbetreuung und Ähnliches).

6.2.2 FamZ für Nichterwerbstätige (FamZG 20)

Die Familienzulagen für Nichterwerbstätige werden von den Kantonen finanziert.

Sie können vorsehen, dass Nichterwerbstätige sich an der Finanzierung beteiligen müssen, wenn ihr Nichterwerbstätigenbeitrag für AHV/IV/EO den Mindestbetrag (CHF 514.–/Jahr) übersteigt. Von dieser Möglichkeit haben die Kantone AR, GL, SO, TG und TI Gebrauch gemacht. Der Beitrag für die Familienzulagen bemisst sich in diesem Fall in Prozent der AHV-Beiträge.

6.2.3 In der Landwirtschaft (FLG)

Die landwirtschaftlichen **Arbeitgeber haben Beiträge von 2,0 Prozent** auf allen Bar- und Naturlöhnen für Arbeitnehmende, die nicht Familienangehörige sind, der kantonalen AHV-Ausgleichskasse am Betriebsort zu entrichten.

Die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer/innen und selbständig erwerbenden Bauern sind von der Beitragspflicht befreit.

7. Leistungsübersicht

7.1 Familienzulagen gemäss FamZG

Die Familienzulagen für Erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft und Nichterwerbstätige sehen folgende Leistungen vor:

▶ **Kinderzulage von mind. CHF 200.–/Monat**

für Kinder ab Geburtsmonat bis zum vollendeten 16. Altersjahr
(wenn erwerbsunfähig, bis zum vollendeten 20. Altersjahr)

▶ **Ausbildungszulage von mind. CHF 250.–/Monat**

für Kinder ab Beginn der nachobligatorischen Ausbildung (frühestens ab dem 15. Altersjahr) bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr

Die Kantone können höhere Ansätze vorsehen. Einzig die Kantone AG, BL, GL, SO und TI haben von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht und zahlen die bundesgesetzlichen Mindestleistungen.

Die Kantone können Geburts- und Adoptionszulagen vorsehen, wovon die Kantone FR, GE, JU, LU, NE, SZ (nur Geburtszulage), UR, VD und VS Gebrauch gemacht haben.

Weitere durch Gesamt- oder Einzelarbeitsvertrag oder andere Regelungen vorgesehene Leistungen gelten nicht als Familienzulagen gemäss FamZG. Betreffend AHV-Beitragspflicht vgl. Kapitel III., Absatz 6.4.2, Ausführungen unter «nicht zum massgebenden Lohn gehören».

Zum Beginn des Anspruchs auf Ausbildungszulagen

Für Kinder, welche die obligatorische Schulzeit im 15. Altersjahr abschliessen, wird die Ausbildungszulage bereits ab dem Monat ausgerichtet, in dem das Kind die Ausbildung aufnimmt.

Für Kinder, welche die obligatorische Schulzeit im 16. Altersjahr abschliessen (und sich in einer nachobligatorischen Ausbildung befinden), wird die Ausbildungszulage erst im Folgemonat auf den 16. Geburtstag ausgerichtet.

Für Jugendliche, die später, aber vor dem 25. Altersjahr eine nachobligatorische Ausbildung machen, beginnt der Anspruch ab dem Folgemonat.

Was heisst «Beendigung der obligatorischen Schulzeit»?

Für die Beurteilung der Dauer bzw. die Beendigung der obligatorischen Schulzeit sind die jeweiligen kantonalen Regelungen massgebend (FamZV 1 II).

Anspruch auf Kinder- oder Ausbildungszulage?		
Konstellation	KIZu	AuZu
15 Jahre und noch in obligatorischer Schule	ja	–
15 Jahre und bereits im Gymnasium, obligatorische Schulzeit noch nicht beendet	ja	–
15 Jahre und bereits im Gymnasium, obligatorische Schulzeit bereits beendet	–	ja
15 Jahre und obligatorische Schulzeit bereits beendet und in Ausbildung	–	ja

Anspruch auf Kinder- oder Ausbildungszulage?		
15 Jahre und obligatorische Schulzeit bereits beendet und nicht in Ausbildung	ja	–
16 Jahre oder älter, noch in obligatorischer Schule	–	ja
16 Jahre oder älter, obligatorische Schule beendet, in Ausbildung	–	ja
16 Jahre oder älter, obligatorische Schule beendet, in Ausbildung	–	ja
16 Jahre oder älter, obligatorische Schule beendet, nicht in Ausbildung	–	–
Zwischen 15 und 16 Jahre, wiederholt oder absolviert das letzte obligatorische Schuljahr	ja	–

Quelle: FamZWL, Stand 01.01.2024, Seite 36 f.

7.1.1

Was gilt als Ausbildung?

(FamZG 3 I Bst. b, FamZV 1, FamZWL 205–208, AHVG 25 IV, AHVV 49^{bis} und 49^{ter})

Die Regelung der AHV für Waisen- und Kinderrenten (vgl. AHVG 25 I sowie AHVV 49^{bis} und 49^{ter}) gilt auch für die Beurteilung der Anspruchsberechtigung auf eine Ausbildungszulage. Für den Anspruch ist es ohne Belang, ob die Ausbildung bei Vollendung des 16. Altersjahrs schon begonnen hat oder erst nachher (wieder) aufgenommen wird.

AHVV 49^{bis} Ausbildung

¹ In Ausbildung ist ein Kind, wenn es sich auf der Grundlage eines ordnungsgemässen, rechtlich oder zumindest faktisch anerkannten Bildungsgangs systematisch und zeitlich überwiegend entweder auf einen Berufsabschluss vorbereitet oder sich eine Allgemeinausbildung erwirbt, die Grundlage bildet für den Erwerb verschiedener Berufe.

² Als in Ausbildung gilt ein Kind auch, wenn es Brückenangebote wahrnimmt wie Motivationssemester und Vorlehren sowie Au-pair- und Sprachaufenthalte, sofern sie einen Anteil Schulunterricht enthalten.

Anmerkung: Der Anteil Schulunterricht muss mindestens acht Lektionen/Woche für Motivationssemester oder berufsorientierte Vorlehre betragen; im fremdsprachigen Gebiet (Au-pair) genügen vier Lektionen/Woche.

³ Nicht als in Ausbildung gilt ein Kind, wenn es ein durchschnittliches monatliches Erwerbseinkommen erzielt, das höher ist als die maximale volle Altersrente der AHV (2024: pro Monat CH 2450.– bzw. CHF 29400.– pro Jahr).

AHVV 49^{ter} Beendigung oder Unterbrechung der Ausbildung

¹ Mit einem Berufs- oder Schulabschluss ist die Ausbildung beendet.

² Die Ausbildung gilt auch als beendet, wenn sie abgebrochen oder unterbrochen wird oder wenn ein Anspruch auf eine Invalidenrente entsteht.

³ **Nicht als Unterbrechung** im Sinn von Absatz 2 gelten die folgenden Zeiten, **sofern die Ausbildung unmittelbar danach fortgesetzt wird**

- a) übliche unterrichtsfreie Zeiten und Ferien von längstens vier Monaten
- b) Militär- oder Zivildienst von längstens fünf Monaten;

c) gesundheits- oder schwangerschaftsbedingte Unterbrüche von längstens zwölf Monaten

PS Wenn zwischen Schulabschluss (z.B. Matura) und Beginn der Rekrutenschule maximal vier Monate liegen, wird ab Aufnahme des Studiums nach der Rekrutenschule die Ausbildungszulage rückwirkend gewährt.

7.1.2 **Kinderzulage für erwerbsunfähige Kinder (FamZG 3 I Bst. a, FamZWL)**

Für erwerbsunfähige Kinder (ATSG 7) wird die Kinderzulage (mtl. mindestens CHF 200.–) bis zum 20. Altersjahr ausgerichtet. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn das Kind aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und trotz medizinischer Behandlung sich während mindestens zwei Monaten keiner Ausbildung im Sinn der AHV (AHVV 49^{ter} II) widmen kann.

Es ist Sache der Person, die Anspruch auf die Kinderzulage erhebt, den Nachweis für die Erwerbsunfähigkeit des Kindes zu erbringen. Es kann ein Arztzeugnis verlangt werden.

Abgrenzung Kinderzulage bis 20-Jährige/Ausbildungszulage

Für Kinder, die trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung eine nachobligatorische Ausbildung im Sinn der AHV absolvieren, besteht so lange (frühestens ab 15. Altersjahr längstens bis zum 25. Altersjahr) Anspruch auf eine Ausbildungszulage. Wenn das Kind die Ausbildung aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung unterbrechen muss, kann so lange – maximal für zwölf Monate – die Ausbildungszulage weiterhin ausgerichtet werden, wenn die Ausbildung danach fortgesetzt wird.

- ▶ Ein Kind, das eine IV-Rente bezieht, ist nicht mehr in Ausbildung und hat somit keinen Anspruch mehr auf Ausbildungszulagen. So ist es möglich, dass für ein erwerbsunfähiges, in Ausbildung stehendes Kind bis zum vollendeten 18. Altersjahr Anspruch auf eine Ausbildungszulage besteht, das Kind dann eine IV-Rente bekommt und bis zum vollendeten 20. Altersjahr wieder Anspruch auf eine Kinderzulage auslöst.

7.2 **Familienzulagen gemäss FLG**

- ▶ **Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmende und selbständig erwerbende Landwirte (FLG 2)** in Form von
 - ▶ **Kinderzulagen** von monatlich CHF 200.– im Talgebiet bzw. CHF 220.– im Berggebiet für Kinder ab Geburtsmonat bis zum vollendeten 16. Altersjahr (wenn erwerbsunfähig, bis zum vollendeten 20. Altersjahr)
 - ▶ **Ausbildungszulagen** von monatlich CHF 250.– im Talgebiet bzw. CHF 270.– im Berggebiet für Kinder ab Beginn der nachobligatorischen Ausbildung (frühestens ab dem 15. Altersjahr) bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr
- ▶ **Haushaltuszulagen** für landwirtschaftliche Arbeitnehmende (FLG 3) von mtl. CHF 100.–

8. Anspruchsvoraussetzungen

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Für Kinder, die mit ihren Eltern in der Schweiz leben, besteht auf jeden Fall Anspruch. Für ihre Kinder, die sich in einem EU- oder EFTA-Staat aufhalten, besteht der Anspruch auf Familienzulagen, wie wenn sie sich in der Schweiz aufhalten würden. Sofern sie in anderen Staaten leben, besteht in der Regel kein Anspruch (vgl. 10.1.2).

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

Für Kinder, die mit ihren Eltern in der Schweiz leben, besteht auf jeden Fall Anspruch. Nur wo ein Sozialversicherungsabkommen auch Bestimmungen über Familienzulagen enthält, können sie für Kinder im Ausland gewährt werden (vgl. 11.2.1.2). Die bestehenden Sozialversicherungsabkommen umfassen in aller Regel nur die Versicherungszweige AHV und IV, nicht aber die Familienzulagen.

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

Für Kinder, die mit ihren Eltern in der Schweiz leben, besteht auf jeden Fall Anspruch. Für Kinder im Ausland besteht kein Anspruch.

Asylsuchende

Asylsuchende, deren Kinder sich nicht in der Schweiz aufhalten, haben laut AsylG 84 während des Asylverfahrens einen bedingten Anspruch auf Familienzulagen (dort noch Kinderzulage genannt). Die Zulagen werden rückwirkend ausbezahlt, wenn die asylsuchende Person als Flüchtling anerkannt oder aus humanitären Gründen (AuG 83 III und 83 IV) vorläufig aufgenommen wird oder die Kinder in die Schweiz nachziehen.

8.4 Familienzulagen für Erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG 4, 13)

Erwerbstätige Eltern mit anspruchsberechtigten Kindern haben Anspruch auf Familienzulagen, wenn ihr AHV-pflichtiges Jahreseinkommen mindestens CHF 7350.– (pro Monat CHF 612.–) beträgt.

Massgebende kantonale Familienzulagenregelung (vgl. 4.1.2 Unterstellung, FamZG 12)

- ▶ **Arbeitnehmer/innen**, gemäss **Erwerbortsprinzip**; d.h., der Umfang der Leistungen richtet sich nach der Familienzulagenordnung des Kantons, in dem das Unternehmen den Sitz hat, ggf. dem Sitz der Zweigniederlassung.
- ▶ **Selbständigerwerbende und ANOBAG** (Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber) haben ebenfalls Anspruch auf Familienzulagen gemäss Familienzulagenordnung des Kantons, in dem sie für die AHV erfasst sind.
- ▶ Für **Personen, die gleichzeitig selbständig und unselbständig erwerbend sind**, ist die FAK des Arbeitgebers zuständig, wenn
 - ▶ das Arbeitsverhältnis für mehr als sechs Monate eingegangen worden oder unbefristet ist und

- ▶ im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses das Mindesteinkommen von CHF 612.– pro Monat, bzw. CHF 7350.– pro Jahr erreicht wird.
- PS Der Umfang des Anspruchs auf Familienzulagen für **Nichterwerbstätige** richtet sich nach den Bestimmungen des Wohnsitzkantons. Zusätzlich zu den Ansprüchen laut FamZG kennen einige Westschweizer Kantone weitere Leistungen für Nichterwerbstätige. Zur generellen Anspruchsberechtigung Nichterwerbstätiger (gemäss FamZG) vgl. 5.1.1.1.

8.4.1 Dauer des Anspruchs auf Familienzulagen (FamZG 13, FamZV 10, FamZWL)

Für Arbeitnehmende entsteht und erlischt der Anspruch mit dem Lohnanspruch.

Unabhängig vom Arbeitspensum werden **nur ganze Zulagen** gewährt. Massgebend ist, dass das Mindesteinkommen von mtl. CHF 612.– bzw. CHF 7350.– pro Kalenderjahr erreicht. In befristeten Arbeitsverhältnissen wird der Lohn auf ganze Monate umgerechnet, um zu bestimmen, ob das Mindesteinkommen erreicht ist.

Wird eine Person **von mehreren Arbeitgebern beschäftigt** oder ist sie gleichzeitig selbständig und unselbständig erwerbstätig, werden die Einkommen zusammengezählt. Erreicht das gesamte Erwerbseinkommen den Grenzwert, besteht der Zulagenanspruch aufgrund der Erwerbstätigkeit.

- ▶ **Wenn diese Grenze nicht erreicht wird, gilt die Person als nicht erwerbstätig.** Sie hat Anspruch auf Familienzulagen, sofern das steuerbare Einkommen von CHF 44100.–/Jahr nicht überschritten wird.

Wer im Laufe eines Monats eine Stelle antritt oder verlässt, erhält pro Tag der Anstellung (ggf. inkl. Samstag/Sonntag) $\frac{1}{30}$ der monatlichen Zulage.

Selbständigerwerbende

Für Selbständigerwerbende beginnt der Anspruch auf Familienzulagen am ersten Tag des Monats, in dem die selbständige Erwerbstätigkeit aufgenommen wird, und endet am letzten Tag des Monats, in dem sie aufgegeben wird.

- ▶ Betreffend Unterbruch der selbständigen Erwerbstätigkeit und Tod des/der Selbständigerwerbenden gelten die Bestimmungen für Arbeitnehmende.

Personen, die sowohl selbständig als auch unselbständig erwerbstätig sind

Hier hat der Anspruch aus dem Arbeitsverhältnis Vorrang. Diese Regelung greift selbst dann, wenn das Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit höher ist.

Der Grundsatz des Vorrangs als Arbeitnehmer/in erfährt aber zwei Einschränkungen:

- ▶ Der Arbeitsvertrag muss für mehr als sechs Monate abgeschlossen oder unbefristet sein.
- ▶ Das Mindesteinkommen von mtl. CHF 612.– muss im Rahmen des Arbeitsverhältnisses erreicht sein.

Anspruch für Erwerbstätige im Rentenalter

Erwerbstätige haben ab Erreichen des Referenzalters weiterhin Anspruch auf Familienzulagen, sofern das AHV-beitragspflichtige Mindesteinkommen von CHF 612.–/Mt. bzw. CHF 7350.–/Jahr beträgt. Um mit kleineren Einkommen diesen Grenzwert trotzdem zu erreichen, kann auf den Abzug des Rentnerfreibetrags verzichtet werden.

Nichterwerbstätige

Für Nichterwerbstätige besteht der Anspruch, solange die Einkommensgrenze (steuerbares Einkommen von maximal CHF 44 100.–/Jahr) nicht überschritten wird und die Kinder im fraglichen Alter sind sowie den Wohnsitz in der Schweiz haben.

Arbeitslose Mütter gelten während des Anspruchs auf eine Mutterschaftsentschädigung (MSE) als Nichterwerbstätige (FamZG 19 I^{ter}). Für sie entfällt die Begrenzung des steuerbaren Einkommens.

Sonderbestimmungen gelten bezüglich Wohnsitzes für Österreich und Slowenien: Für nichterwerbstätige Staatsangehörige von Österreich oder der Schweiz mit Kindern in Österreich sowie für nichterwerbstätige Staatsangehörige von Slowenien mit Kindern in Slowenien können sowohl Kinder- als auch Ausbildungszulagen exportiert werden.

8.4.1.1 Anspruch, falls an der Arbeitsleistung verhindert (OR 324a)

Arbeitnehmende (und sinngemäss auch Selbständigerwerbende), die aus Gründen, die in ihrer Person liegen, ohne Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert sind, haben Anspruch auf Fortzahlung der Zulagen während einer bestimmten Dauer. Laut OR 324a sind dies Krankheit, Unfall, Erfüllung gesetzlicher Pflichten oder die Ausübung eines öffentlichen Amtes. In diesem Fall werden die Familienzulagen **noch während des laufenden Monats und der drei darauffolgenden Monate** ausgerichtet, dies unabhängig davon, ob derweilen der gesetzliche Lohnanspruch erloschen ist.

► **Bei Krankheit oder Unfall** erlischt danach der Anspruch, wenn nur noch Taggeldzahlungen erfolgen.

Falls (dazu) weiterhin Lohn ausgerichtet wird – oder Taggelder nach EOG, IVG oder MVG –, besteht der Anspruch auf Familienzulagen fort, wenn so der Mindestverdienst (CHF 612.–/Monat) erreicht wird.

Wird den Arbeitnehmenden aber während der Arbeitsverhinderung infolge Krankheit oder Unfall gekündigt, besteht der Anspruch auf Familienzulagen noch während dreier Monate nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinaus.

Stirbt eine erwerbstätige Person, werden die Familienzulagen noch während des laufenden Monats und der drei darauffolgenden Monate ausgerichtet, dies unabhängig davon, ob der gesetzliche Lohnanspruch erloschen ist.

Während eines Mutterschaftsurlaubs von höchstens 16 Wochen (wegen GAV-Bestimmungen ggf. zwei Wochen über EO/MSE-Anspruch hinaus) oder während ausserschulischer Jugendarbeit (OR 329 Bst. e) bleibt der Anspruch auf Familienzulagen auch ohne gesetzlichen Lohnanspruch bestehen.

8.4.1.2 Unbezahlter Urlaub (FamZV 10 I^{bis})

Während eines unbezahlten Urlaubs besteht für den laufenden und während maximal weiteren drei Monaten Anspruch auf Familienzulagen. Dazu muss die Arbeit beim selben Arbeitgeber fortgesetzt werden und der Jahreslohn muss trotzdem CHF 7350.– erreichen. Für unbezahlte Sozialeinsätze gelten analoge Bestimmungen.

8.4.1.3 Anspruchswechsel bei Weiterzahlung

Der Anspruch auf Weiterzahlung besteht auch dann, wenn eine andere Person Anspruch auf Familienzulagen hat. Erst nach Ablauf der Weiterzahlung erfolgt ein Anspruchswechsel.

8.4.2 Anspruchsberechtigte Kinder (FamZG 4 I; FamZV 4, 5)

Zum Anspruch auf Familienzulagen berechtigten Kinder (Kindsverhältnis im Sinn des ZGB), Stief- und Pflegekinder. Zum Anspruch berechtigten können auch Geschwister und Enkelkinder der bezugsberechtigten Person, wenn sie für deren Unterhalt in überwiegender Masse aufkommt.

8.4.2.1 Spezifische Anspruchsvoraussetzungen

8.4.2.1.1 Stiefkinder (FamZG 4 I Bst. b, FamZV 4, FamZWL)

Bringt ein nichterwerbstätiger Elternteil Kinder mit in die Ehe, muss als Erstes die **Regelung des Sorgerechts** betrachtet werden. Im Fall des **geteilten Sorgerechts** ist der erwerbstätige geschiedene Elternteil zum Bezug der Familienzulagen berechtigt.

Hat die nichterwerbstätige Ehefrau oder der nichterwerbstätige Ehemann das **alleinige Sorgerecht**, hat hingegen der erwerbstätige Stiefvater oder die erwerbstätige Stiefmutter für diese Stiefkinder Anspruch auf Familienzulagen. Dies gilt, falls das Kind überwiegend im Haushalt des Stiefelternteils lebt oder bis zur Mündigkeit gelebt hat.

Es können nur Familienzulagen beansprucht werden, wenn der/die Anspruchsberechtigte tatsächlich zum Unterhalt des Kindes beiträgt.

Es wird davon ausgegangen, dass der Stiefelternteil zusammen mit seinem Ehegatten für den Unterhalt des Kindes aufkommt, wenn das Kind zeitlich überwiegend im Haushalt des Stiefelternteils lebt. Einerseits führt das Kind zu einer finanziellen Belastung des ehelichen Haushaltes, andererseits trägt der Stiefelternteil auch persönlich zur Erziehung des Kindes bei.

- ▶ Ein Kind, das unter der Woche bei seiner Mutter und seinem Stiefvater wohnt und jedes zweite Wochenende bei seinem Vater verbringt, lebt die meiste Zeit im Haushalt der Mutter und des Stiefvaters.
- ▶ Beiträge von Dritten an den Unterhalt des Kindes wirken sich nicht auf den Familienzulagenanspruch des Stiefvaters oder der Stiefmutter aus.
- ▶ Für ein Stiefkind, das in einem Internat oder Heim lebt, kann Anspruch auf Familienzulagen bestehen, wenn es sich an den Wochenenden und während der Ferien bei einem Elternteil und dessen Ehepartner aufhält.

Ist der zuvor nicht erwerbstätige Elternteil (leibliche Mutter bzw. leiblicher Vater) wieder erwerbstätig, hat er Anspruch auf die Familienzulagen. Es kann

vorkommen, dass für gemeinsame Kinder aus der neuen Beziehung der andere Elternteil Anspruch auf Familienzulagen hat als für die Stiefkinder.

Wird die Ehe, die das Stiefkindsverhältnis begründet hat, aufgelöst, endet die Beistandspflicht nach ZGB 278 und der Stiefelternteil hat keinen Anspruch mehr auf Familienzulagen für sein ehemaliges Stiefkind.

Adoption

Eine Person darf ein Kind adoptieren, mit dessen Mutter oder Vater sie verheiratet ist oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt. Das Paar muss seit mindestens drei Jahren einen gemeinsamen Haushalt führen. Personen in einer faktischen Lebensgemeinschaft dürfen nicht verheiratet sein.

8.4.2.12 Pflegekinder (FamZG 4 I Bst. c, FamZV 5, FamZWL)

Für Pflegekinder besteht der Anspruch, **wenn sie** (im Sinn von AHVG 49 I) **unenentgeltlich** zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen worden sind.

Das Pflegekind muss dauernd zur Pflege und Erziehung in die Hausgemeinschaft aufgenommen sein. Die Tagespflege reicht nicht aus. Die unentgeltliche Pflege ist gegeben, wenn die von dritter Seite erbrachten Leistungen an die Pflegeeltern weniger als ein Viertel der tatsächlichen Unterhaltskosten decken.

8.4.2.13 Geschwister und Enkelkinder (FamZG 4 I Bst. d, FamZV 6, FamZWL)

Das FamZG geht im Anspruch für Enkelkinder und Geschwister vom überwiegenden Unterhalt aus und verlangt nicht (wie für Pflegekinder), dass diese Kinder unentgeltlich aufgenommen werden.

Als überwiegender Unterhalt für Geschwister und Enkelkinder gilt laut FamZV 6:

- ▶ **Wenn das Kind im Haushalt** (des Bruders bzw. der Schwester oder des Grossvaters bzw. der Grossmutter) **lebt**, darf von dritter Seite höchstens die maximale AHV-Waisen-Vollrente (CHF 11760.-/Jahr) für den Unterhalt des Kindes bezahlt werden.
- ▶ **Wenn das Kind nicht im Haushalt lebt**, muss der Beitrag des Bruders bzw. der Schwester oder des Grossvaters bzw. der Grossmutter an den Unterhalt des Kindes mindestens CHF 11760.-/Jahr, d.h., mtl. CHF 980.- (maximale AHV-Waisen-Vollrente), ausmachen.

8.4.3 Anspruchskonkurrenz (FamZG 6, 7; FamZWL 401–432)

Für dasselbe Kind wird nur eine Zulage derselben Art **ausgerichtet**. Die Differenzzahlung nach FamZG 7 II bleibt vorbehalten.

Haben mehrere Personen für dasselbe Kind Anspruch auf Familienzulagen nach zwei verschiedenen Zulagenordnungen, steht in einem rein nationalen Verhältnis der **Anspruch in nachfolgender Reihenfolge** zu (FamZG 7):

- a)** der erwerbstätigen Person
- b)** der Person, welche die elterliche Sorge hat oder bis zur Mündigkeit des Kindes hatte
- c)** der Person, bei der das Kind überwiegend lebt oder bis zur Mündigkeit lebte

- d) der Person, auf welche die Familienzulagenordnung im Wohnsitzkanton des Kindes anwendbar ist
- e) der Person mit dem höheren AHV-pflichtigen Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit^{1, 2},
- f) der Person mit dem höheren AHV-pflichtigen Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit^{1, 2}.

¹ Wenn beide oder keine der anspruchsberechtigten Personen im Kanton arbeitet, in dem das Kind wohnt. Dies bedingt, dass dem Gesuch die Angaben zum Einkommen beider Personen gemacht werden. Die meisten FAK verlangen die Bestätigung, dass der anmeldende Elternteil das höhere Einkommen erzielt.

² Wenn eine erwerbstätige Person durch Vorlage einer Vereinbarung oder eines Gerichtsbeschlusses nachweist, dass sie das alleinige Sorgerecht hat, muss sie keine Angaben über allfällige weitere anspruchsberechtigte Personen beibringen.

Dasselbe gilt im Fall von gemeinsamer elterlicher Sorge, wenn diese Person entsprechend nachweisen kann, dass das Kind überwiegend bei ihr lebt.

► **Tool zum Bestimmen des Erstanspruchs:** <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Familienzulagen-FZ/Anspruchskonkurrenz>

Wenn nicht sicher ist, ob der erstanspruchsberechtigte Elternteil den erforderlichen Mindestlohn auf das ganze Jahr gesehen (CHF 7350.-/Jahr) auch wirklich erreicht, oder wenn er immer nur in kurzen Arbeitsverhältnissen mit wechselndem Arbeitgebern steht (z.B. Einsätze als Aushilfe), **bezieht sinnvollerweise der fest angestellte Elternteil** die Familienzulagen. Dazu müssen sich die betreffenden (FAK) (für den fest angestellten Elternteil und die jeweils für den anderen Elternteil zuständige) kurzschliessen (FamZWL 510.2).

In grenzüberschreitenden Verhältnissen in EU-/EFTA-Staaten gelten die Koordinationsbestimmungen gemäss FZA.

8.4.3.1 Differenzzahlung (FamZG 7 II, FamZWL)

Es kann mehr als eine Person für dasselbe Kind Anspruch auf Familienzulagen haben.

Beispiel: Die Eltern sind verheiratet. Die Mutter arbeitet im Kanton, in dem die Familie wohnt, der Vater in einem anderen. Beide haben Anspruch auf Zulagen. Die Rangordnung für den Bezug lautet 1. Mutter, 2. Vater. Die Mutter bezieht die Zulage und der Vater eine allfällige Differenzzahlung.

Differenzzahlung: Richten sich die Familienzulagenansprüche der erst- und der zweitanspruchsberechtigten Person nach den Familienzulagenordnungen von zwei verschiedenen Kantonen, hat **die zweitanspruchsberechtigte Person** Anspruch auf den Betrag, um den der gesetzliche Ansatz in ihrem Kanton höher ist als im anderen.

Die Differenzzahlung ist spätestens zwölf Monate nach Begründung des Leistungsanspruchs auszuführen.

- ◄ Differenzzahlungen an dieselbe Person, die bei verschiedenen Arbeitgebern in verschiedenen Kantonen arbeitet, sind ausgeschlossen. Dasselbe (keine Differenzzahlung) gilt für Arbeitnehmende, die in einem anderen Kanton eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben und so eine höhere Zulage erhalten würden.
- ◄ In der Berechnung der Differenzzahlung nicht berücksichtigt werden Leistungen, die in FAK-Reglementen vorgesehen sind, aber über den gesetzlichen Mindestansatz des kantonalen Familienzulagengesetzes hinausgehen.
Dasselbe gilt für Leistungen, die – gestützt auf Einzel- oder Gesamtarbeitsvertrag oder auf Bestimmungen für öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse – vom Arbeitgeber direkt ausgerichtet werden. Sie gelten nicht als Familienzulagen im Sinn des FamZG.
- ◄ Die Arbeitslosenversicherung richtet keine Differenzzahlungen aus, weil ein Anspruch auf Familienzulagen für dasselbe Kind jeden Anspruch auf Zuschlag der Arbeitslosenversicherung ausschliesst.

8.5 Familienzulagen in der Landwirtschaft (FamZG 18, FLG)

8.5.1 Anspruchsberechtigte Personen (FLG 1a)

8.5.1.1 Anspruch auf Familienzulagen (FLG 1a, 4, 5; FLV 1, 3)

Anspruch auf Familienzulagen für **Arbeitnehmende in der Landwirtschaft** haben Personen, die in einem landwirtschaftlichen Betrieb gegen Entgelt in unselbständiger Stellung tätig sind. Zudem dürfen landwirtschaftlichen Arbeitnehmenden Familienzulagen nur ausgerichtet werden, wenn der Arbeitgeber einen Lohn zahlt, der mindestens den ortsüblichen Ansätzen für landwirtschaftliche Arbeitnehmende entspricht.

Ausländer/innen haben in der Regel nur Anspruch, wenn sie sich mit ihrer Familie in der Schweiz aufhalten (Ausnahmen vgl. 10.2.1).

Familienmitglieder des Betriebsleiters bzw. der -leiterin, die im Betrieb mitarbeiten, haben in der Regel ebenfalls Anspruch auf Familienzulagen. Ausgenommen sind:

- ◄ die Verwandten des/der Betriebsleitenden in auf- und absteigender Linie,
- ◄ die Schwiegersöhne und Schwiegertöchter des/der Betriebsleitenden, die voraussichtlich den Betrieb zur Selbstbewirtschaftung übernehmen werden.

Die Ehefrau des Eigentümers (Landwirts) oder umgekehrt der Ehemann der Eigentümerin gelten nicht als landwirtschaftliche Arbeitnehmende.

Anspruch auf Familienzulagen haben **selbständig erwerbende Landwirte** bzw. Landwirtinnen sowie Äpler/innen, die während mindestens zweier Monate im Jahr ununterbrochen eine Alp selbständig bewirtschaften sowie Berufsfischer/innen. Als nebenberuflich tätig gelten selbständig erwerbende Landwirte und -wirtinnen, die nicht hauptberuflich in der Landwirtschaft arbeiten, dort aber ein Betriebseinkommen von mindestens CHF 2000.–/Jahr erzielen (was dem Halten mindestens einer Grossvieheinheit entspricht).

8.5.1.11 **Zusätzliche ausserlandwirtschaftliche Tätigkeit**

Hauptberuflich selbständigerwerbende Landwirte/Landwirtinnen und landwirtschaftliche Arbeitnehmende, die daneben noch eine ausserlandwirtschaftliche Tätigkeit ausüben, erhalten die Zulagen primär aufgrund dieser ausserlandwirtschaftlichen Tätigkeit.

Nebenberuflich selbständigerwerbende Landwirte/Landwirtinnen und landwirtschaftliche Arbeitnehmende beziehen die Zulagen ebenfalls in erster Linie aufgrund der ausserlandwirtschaftlichen Tätigkeit. Ein Anspruch ist zudem nur für die Zeit der landwirtschaftlichen Tätigkeit gegeben.

▶ **Ausserlandwirtschaftliche Tätigkeit während bestimmter Monate**

Erstreckt sich das ausserberufliche Arbeitsverhältnis eines hauptberuflichen landwirtschaftlichen selbständigerwerbenden Landwirts bzw. einer Landwirtin oder eines/einer landwirtschaftlichen Arbeitnehmenden auf bestimmte Monate (z.B. Tätigkeit im Tourismus während der Winterzeit), besteht so lange Anspruch nach der entsprechenden kantonalen FamZG-Regelung. Liegt der kantonale Ansatz unter dem des FLG (Berggebiet), besteht für die Zeit der Nebenerwerbstätigkeit Anspruch auf Differenzzahlungen zum Ansatz nach dem FLG.

Für die restlichen Monate besteht ein Anspruch nach dem FLG.

▶ **Ausserlandwirtschaftliche Tätigkeit während des ganzen Jahres**

Wenn der hauptberufliche Landwirt bzw. die Landwirtin oder landwirtschaftliche Arbeitnehmende über das ganze Jahr in Teilzeit noch ausserhalb der Landwirtschaft erwerbstätig ist – und mindestens CHF 7350.– verdient –, besteht Anspruch auf die vollen Zulagen in der Höhe der betreffenden kantonalen FamZ-Regelung.

Falls der kantonale Ansatz unter dem des FLG liegt (Berggebiet), besteht Anspruch auf Differenzzahlungen zum Ansatz nach dem FLG.

8.5.1.2 **Anspruch auf Haushaltungszulage (FLG 1a III, 3)**

Nur landwirtschaftliche Arbeitnehmende können in den Genuss einer Haushaltungszulage kommen. Ein Anspruch besteht, wenn

- ▶ diese Arbeitskraft mit ihrem Ehegatten und/oder Kind bzw. Kindern einen gemeinsamen Haushalt führt
- ▶ alle in Hausgemeinschaft mit dem Arbeitgeber leben oder
- ▶ der/die landwirtschaftliche Arbeitnehmende mit dem Arbeitgeber in Hausgemeinschaft lebt und ihre Familie einen eigenen Haushalt führt, für den er/sie aufkommen muss.

Sind beide Ehegatten als landwirtschaftliche Arbeitnehmende bezugsberechtigt, steht jedem eine halbe Haushaltungszulage zu.

Der Anspruch auf die Haushaltungszulage entsteht am ersten Tag des Monats, in dem der Haushalt gegründet wird. Er erlischt am Ende des Monats, in dem er aufgelöst wird. Während einer vorübergehenden Abwesenheit des Ehegatten oder der Kinder von der häuslichen Gemeinschaft bleibt die Bezugsberechtigung bestehen. Kinderlose verwitwete Arbeitnehmende in der Landwirtschaft haben – wenn der Haushalt fortgeführt wird – noch während eines Jahres Anspruch auf Haushaltungszulage.

8.5.2 **Anspruchskonkurrenz (FLG 9)**

Für dasselbe Kind wird nur eine Zulage ausgerichtet. Eine Kumulation der Familienzulagen als selbständig erwerbende/r Älpler/in und als selbständig erwerbende/r Landwirt/in ist unzulässig.

Ansonsten sind die Bestimmungen des FamZG auch auf das FLG anwendbar.

8.5.2.1 **Anspruchskonkurrenz, wenn sowohl in der Landwirtschaft als auch anderweitig erwerbstätig (FLG 10; FLV 2a, 3b)**

Primär geht die Familienzulage gemäss FamZG vor. Wo die Kinder- bzw. Ausbildungszulage laut FLG höher ist, besteht Anspruch auf eine Differenzzahlung.

9. **Sachleistungen**

Finanzhilfen an Familienorganisationen (FamZG 21f–21j)

Seit 1. August 2020 richtet der Bund in zwei Förderbereichen Finanzhilfen aus:

- a) Begleitung, Beratung und Bildung
- b) Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit oder Ausbildung.

Familienorganisationen, welche um Finanzhilfen ersuchen, müssen gemäss ihrem statutarischen Zweck bzw. Stiftungszweck in einem dieser Förderbereiche tätig sein und gewisse institutionelle sowie angebotsmässige Voraussetzungen (FamZG 21g und 21h) erfüllen. Gesuche sind dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) einzureichen, das Finanzhilfen aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Vertrags ausrichtet. Es werden höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Ausgaben übernommen.

10. **Geldleistungen**

10.1 **Familienzulagen ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG)**

Die Familienzulagen umfassen (FamZG 3)

- a) **Kinderzulagen von mindestens mtl. CHF 200.–** ab dem Geburtsmonat des Kindes bis Ende des Monats, in dem das Kind das 16. Altersjahr vollendet hat.
- b) **Ausbildungszulagen von mindestens mtl. CHF 250.–** für Kinder ab Beginn der nachobligatorischen Ausbildung (frühestens ab dem 15. Altersjahr) bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr.
- c) Sofern die Kantone dies vorsehen: **Geburts- und evtl. Adoptionszulagen** in Form eines Pauschalbetrags.

Weitere durch Gesamt- oder Einzelarbeitsvertrag oder andere Regelungen **vorgesehene Leistungen gelten nicht** als Familienzulagen gemäss FamZG.

- **Es werden** ungeachtet des Arbeitspensums **nur ganze Zulagen ausgerichtet**; dies ab einem AHV-pflichtigen Jahreslohn von CHF 7350.– (mtl. CHF 612.–).

Ansätze der Familienzulagen ab Januar 2024

Quelle: BSV Dez. 2023 – Zusammenstellung gebo Sozialversicherungen

Gesetz/ Kanton	Kinder- zulage CHF	Ausbildungs- zulage CHF	Geburts- zulage à CHF	Adoptions- zulage à CHF
Ansatz	Ansatz je Kind und Monat		einmalig	
FLG ¹	200.–/220.–	250.–/270.–	–	–
FamZG	200.–	250.–	–	–
AG	200.–	250.–	–	–
AI	230.–	280.–	–	–
AR	230.–	280.–	–	–
BE	230.– ³	290.– ³	fakultativ	fakultativ
BL	200.–	250.–	–	–
BS	275.–	325.–	–	–
FR	265.–/285.– ^{2,3}	325.–/345.– ^{2,3}	1500.–	1500.–
GE	311.–/411.– ² Erwerbsunföh. ab 16 J. 415.–/515.– ²	415.–/515.– ²	2073.–/3073.– ²	2073.–/3073.– ²
GL	200.–	250.–	–	–
GR	230.–	280.–	–	–
JU	275.–	325.–	1500.–	1500.–
LU	bis 12 J. 210.– ab 13 J. 260.–	260.–	1000.–	1000.–
NE	220.–/250.– ^{2,3}	300.–/330.– ^{2,3}	1200.–	1200.–
NW	240.–	290.–	–	–
OW	220.–	270.–	–	–
SG	230.–	280.–	–	–
SH	230.–	290.–	–	–
SO	200.– ³	250.– ³	–	–
SZ	230.–	280.–	1000.–	–
TG	200.–	280.–	–	–
TI	200.–	250.–	–	–
UR	240.–	290.–	1200.–	1200.–
VD	300.–/340.– ^{2,3} Erwerbsunföh. ab 16 J. 360.–/440.– ²	400.–/440.– ^{2,3}	1500.– Mehrlinge je 3000.–	1500.– Mehrlinge je 3000.–
VS	305.–/405.– ²	445.–/545.– ²	2000.– Mehrlinge je 3000.–	2000.– Mehrlinge je 3000.–
ZG	300.–	300.– ab 18 J. 350.–	–	–
ZH	bis 12 J. 200.– ab 13 J. 250.–	250.–	–	–

¹ Der erste Ansatz gilt im Talgebiet, der zweite im Berggebiet; landwirtschaftlichen Arbeitnehmenden wird zusätzlich eine Haushaltzulage von mtl. CHF 100.– ausgerichtet

² Für die ersten beiden Kinder, ab drittem höherer Ansatz

³ Die FAK können höhere Ansätze (BE auch Geburts-/Adoptionszulagen) vorsehen

10.1.2 Anspruch für Kinder im Ausland (FamZG 4 III; FamZV 7, 8, FamZWL)

Nur dort, wo es im Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist, können grundsätzlich Kinder- und Ausbildungszulagen gewährt werden. Geburts- und Adoptionszulagen für im Ausland wohnhafte Kinder werden nicht gewährt.
(vgl. Anhang I zu EG VO 883/04)

Export von Kinder- und Ausbildungszulagen für (in der Schweiz AHV-pflichtige) Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende

- ▶ Schweizer/innen und Angehörige eines der EU-Mitgliedsstaaten, deren Kinder im EU-Raum leben, erhalten die Kinder- und Ausbildungszulagen ungekürzt.

Dasselbe gilt für Schweizer/innen sowie Staatsangehörige von Liechtenstein, Island und Norwegen, die ausserhalb der Schweiz im EFTA-Raum leben.

Diese Familienzulagen werden **nicht** an die Kaufkraft des jeweiligen Landes angepasst.

◀ In allen anderen Fällen besteht kein Anspruch, wenn das Kind im Ausland wohnt (vgl. aber 10.1.2.2)

Durch den **Brexit** per 31. Januar 2020 gilt es grenzüberschreitende Verhältnisse zwischen der Schweiz, dem Vereinigten Königreich (England, Schottland und Wales sowie Nordirland = UK) und den EU-Mitgliedsstaaten zu beurteilen:

- ▶ Sofern diese Situation schon vor dem 1. Januar 2021 bestanden hat, bleiben die Regelungen des FZA (VO 883/04) bestehen.
- ▶ Für alle ab dem 1. Januar 2021 entstandenen oder entstehenden Verhältnisse besteht kein Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen.

Eine Sonderstellung nimmt der Studienaufenthalt eines Kindes im Ausland ein.

Für Kinder, welche die Schweiz zu Ausbildungszwecken verlassen, **besteht während maximal fünf Jahren Anspruch auf Ausbildungszulagen** (so lange wird angenommen, dass der Wohnsitz in der Schweiz bleibt). Die Frist beginnt frühestens mit Beginn des Anspruchs auf Ausbildungszulage zu laufen (FamZV 7 I^{bis}).

Für Kinderzulagen (für unter 16-Jährige), welche die Schweiz zu Ausbildungszwecken verlassen, sieht der Gesetzgeber nichts vor; d.h., sie können weiter ausgerichtet werden.

Für Nichterwerbstätige besteht kein Anspruch auf Zulagen für Kinder im Ausland.

Ausnahme Österreich und Slowenien: An Nichterwerbstätige können sowohl Kinder- als auch Ausbildungszulagen exportiert werden

- ▶ für Staatsangehörige von Österreich oder der Schweiz mit Kindern in Österreich,
- ▶ für Staatsangehörige von Slowenien mit Kindern in Slowenien.
- ▶ **Aufstellung betreffend Export von Familienzulagen für Arbeitnehmende. Details vgl. Kapitel XVIII, 8.5.**

10.1.2.1 Anspruchskonkurrenz im Verhältnis zu EU-/EFTA-Staaten (FamZWL)

Wenn ein Elternteil (mit Schweizer Bürgerrecht oder dem eines EU- bzw. EFTA-Staates) in der Schweiz arbeitet und der andere mit den Kindern in einem EU- bzw. EFTA-Staat lebt, kommt es darauf an, ob der andere Elternteil dort eine Erwerbstätigkeit ausübt.

- ▶ Wenn ja, liegt der primäre Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen bei dem Elternteil, der im Wohnsitzstaat der Kinder erwerbstätig ist. Falls der Anspruch des in der Schweiz arbeitenden Elternteils höher ist als jener des im Wohnsitzstaat der Kinder erwerbstätigen Elternteils, besteht Anspruch auf Differenzzahlung.

Details vgl. Kapitel XVIII, 8.5.1.

10.1.2.2 Sonderregelung für Erwerbstätige im Ausland (FamZV 7 II, FamZWL)

Vätern oder Müttern, die

- ▶ im Dienste des Bundes (Bundespersonalgesetz) oder eines anerkannten Hilfswerks im Ausland tätig und in der Schweiz obligatorisch, d.h., pflichtversichert sind (AHVG 1a I Bst. c) oder
- ▶ mittels Entsandtenbescheinigung im Ausland erwerbstätig sind und in der Schweizer AHV versichert bleiben oder
- ▶ die AHV weiterführen (AHVG 1a III Bst. a),

werden für im Ausland lebende Kinder die Familienzulagen auch in jedes andere Land ausgerichtet. Dies gilt nur, wenn ein Kindsverhältnis im Sinne des ZGB besteht.

Der Bezug von Familienzulagen ist aber nur möglich, wenn für das betreffende Kind im Wohnsitzstaat nicht schon ein entsprechender Anspruch besteht.

In diesen Fällen werden die Familienzulagen an die Kaufkraft des jeweiligen Staates angepasst.

10.1.2.21 Kaufkraftanpassung für ins Ausland ausbezahlte Kinderzulagen (FamZG 4 III, FamZV 8)

Sind die Voraussetzungen erfüllt, richtet sich die Höhe der Familienzulage nach der Kaufkraft im Wohnsitzstaat des Kindes.

In Staaten, in denen die Kaufkraft im Vergleich zur Schweiz mehr als zwei Drittel beträgt, wird die ganze Familienzulage ausbezahlt. Beträgt die Kaufkraft unter einem Drittel, wird ein Drittel der Zulage ausgerichtet. Für Kinder in Ländern mit Kaufkraft im mittleren Drittel werden zwei Drittel unseres Ansatzes gewährt.

Die Zuordnung erfolgt aufgrund des «Purchasing Power Parity»-Index der Weltbank; vgl. <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6348/download> > Anhang 2.

Kaufkraftanpassung (FamZG 4 III, FamZV 8)

Mehr als zwei Drittel



volle Zulage
mtl. mind. CHF 200.–/250.–

Zwischen einem und zwei Dritteln



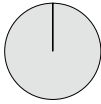
2/3 der Zulage
mtl. mind. CHF 134.–/165.–

Unter einem Drittel

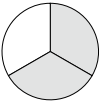


1/3 der Zulage
mtl. mind. CHF 67.–/84.–

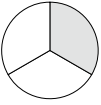
Kaufkraftanpassung (Quelle: Anhang 2 FamZWL 2024)



Andorra**, Australien, Belgien, Brunei Darussalam, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Island, Irland, Kanada, Katar, Kuwait, Liechtenstein**, Luxemburg, Monaco**, Niederlande, Norwegen, Österreich, San Marino**, Saudi-Arabien, Schweden, Singapur, Taiwan**, Vereinigte Arabische Emirate, Vereinigte Staaten



Antigua und Barbuda, Bahamas, Bahrain, Barbados, Chile, Estland, Griechenland, Israel, Italien, Japan, Kasachstan, Korea (Süd-), Kroatien, Lettland, Litauen, Malaysia, Malta, Mauritius, Neuseeland, Oman, Panama, Polen, Portugal, Rumänien, Russland, Seychellen, Slowakei, Slowenien, Spanien, St. Kitts und Nevis, Trinidad und Tobago, Tschechien, Türkei, Ungarn, Vatikanstadt**, Vereinigtes Königreich (UK), Zypern



Ägypten, Äquatorialguinea, Äthiopien, Afghanistan, Albanien, Algerien, Angola, Argentinien, Armenien, Aserbaidschan, Bangladesch, Belarus, Belize, Benin, Bhutan, Bolivien, Bosnien und Herzegowina, Botswana, Brasilien, Bulgarien, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, China, Cookinseln**, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Dominica, Dominikanische Republik, Dschibuti, Ecuador, El Salvador, Eritrea**, Eswatini, Fidschi, Gabun, Gambia, Georgien, Ghana, Grenada, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, Indien, Indonesien, Iran**, Irak, Jamaika, Jemen**, Jordanien, Kambodscha, Kamerun, Kenia, Kirgisistan, Kiribati, Kolumbien, Komoren, Kongo (Brazaville), Kongo (Kinshasa), Korea (Nord-)**, Kosovo, Kuba**, Laos, Lesotho, Libanon, Liberia, Libyen, Madagaskar, Malawi, Malediven, Mali, Marokko, Marshallinseln, Mauretanien, Mexiko, Mikronesien, Moldova, Mongolei, Montenegro, Mosambik, Myanmar, Namibia, Nauru, Nepal, Nicaragua, Niger, Nigeria, Nordmazedonien, Pakistan, Palästina**, Palau, Papua-Neuguinea, Paraguay, Peru, Philippinen, Ruanda, Salomoninseln, Sambia, Samoa, São Tomé und Príncipe, Senegal, Serbien, Sierra Leone, Simbabwe, Somalia**, Sri Lanka, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Sudan, Südafrika, Südsudan**, Suriname, Syrien**, Tadschikistan, Tansania, Thailand, Timor-Leste, Togo, Tonga, Tschad, Tunesien, Turkmenistan, Tuvalu, Uganda, Ukraine, Uruguay, Usbekistan, Vanuatu, Venezuela**, Vietnam, Westsahara**, Zentralafrikanische Republik

** Keine Daten verfügbar, Einstufung durch BSV

10.1.3 Geburtszulage (FamZG 3 III, FamZV 2)

Ein Anspruch auf Geburtszulage besteht nur, wenn die betreffende kantonale Familienzulagenordnung eine Geburtszulage vorsieht.

Dies trifft für die Kantone FR, GE, JU, LU, NE, SZ, UR, VD und VS zu.

Sofern Geburtszulagen vorgesehen sind, kommen die Bestimmungen des FamZG zur Anwendung. Die Geburtszulage ist eine einmalige Zahlung. Im Fall von Mehrlingsgeburten wird für jedes Kind eine Zulage ausgerichtet.

Die Geburtszulage wird für jedes Kind ausgerichtet, das lebend oder nach mindestens 23 Wochen Schwangerschaft geboren wurde, wenn

- ▶ für dieses Kind ein Anspruch auf Familienzulagen gemäss FamZG besteht und
- ▶ die Mutter während der neun Monate unmittelbar vor der Geburt des Kindes den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz hatte.
Falls die Geburt früher erfolgt, wird die entsprechende Dauer des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts in der Schweiz in Analogie zur Mutterschaftsentschädigung (MSE) herabgesetzt:

Schwangerschaftsmonat	Mindestversicherungsdauer
Geburt zwischen 8. und 9.	8 Monate
Geburt zwischen 7. und 8.	7 Monate
Geburt vor 7.	6 Monate

Falls mehrere Personen für dasselbe Kind Anspruch auf eine Geburtszulage haben, steht sie jener Person zu, die Anspruch auf die Familienzulage hat. Ist die Geburtszulage der zweitanspruchsberechtigten Person höher, hat sie Anspruch auf die Differenz.

Wer eine Arbeitslosenentschädigung (ALV) bezieht, hat keinen Anspruch auf eine Geburts- oder Adoptionszulage.

10.1.4 Adoptionszulage (FamZG 3 III, FamZV 3)

Ein Anspruch auf Adoptionszulage besteht nur, wenn die betreffende kantonale Familienzulagenordnung eine Adoptionszulage vorsieht.

Dies trifft für die Kantone FR, GE, JU, LU, NE, SZ, UR, VD und VS zu.

Sofern Adoptionszulagen vorgesehen sind, kommen die Bestimmungen des FamZG zur Anwendung:

Die Adoptionszulage wird für jedes minderjährige (unter 18 Jahre alte) Kind ausgerichtet, das zur späteren Adoption aufgenommen wird.

- ◀ **Kein Anspruch gibt die Adoption des Kindes der Ehefrau oder des Ehemannes** (sogenannte Stiefkinderadoption).

Die Adoptionszulage wird für jedes Kind ausgerichtet, wenn

- ▶ für dieses Kind ein Anspruch auf Familienzulagen gemäss FamZG besteht und
- ▶ die Bewilligung zur Aufnahme des Kindes zur Adoption (gemäss Art. 4 der Verordnung vom 29. Juni 2011 über die Adoption) endgültig erteilt ist und
- ▶ das Kind tatsächlich von den künftigen Adoptionseltern in der Schweiz aufgenommen worden ist.

Falls mehrere Personen für dasselbe Kind Anspruch auf eine Adoptionszulage haben, steht sie jener Person zu, die Anspruch auf die Familienzulage hat. Ist die Adoptionszulage der zweitanspruchsberechtigten Person höher, hat sie Anspruch auf die Differenz.

10.1.5 Teuerungsanpassung (FamZG 5 III)

Der Bundesrat passt die Mindestansätze der Familienzulagen auf denselben Zeitpunkt an wie die AHV-Renten. Dazu muss die Teuerung (Landesindex der Konsumentenpreise) seit der letzten Festsetzung mindestens um fünf Prozent gestiegen sein. Seit Einführung des FamZG waren die Voraussetzungen noch nicht erfüllt. Voraussichtlich werden die Leistungen jedoch auf 2025 angepasst werden müssen.

10.1.6 Koordination

10.1.6.1 Familienzulagen und Unterhaltsbeiträge (FamZG 8)

Anspruchsberechtigte, die aufgrund eines Gerichtsurteils oder einer Vereinbarung zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen (Alimente) für Kinder verpflichtet sind, müssen die Familienzulagen **zusätzlich** zu den Unterhaltsbeiträgen entrichten. Das bedeutet, dass ein zum Bezug der Familienzulagen berechtigter Elternteil zusätzlich zu den Alimenten die Familienzulage überweisen muss. Er darf die Zulage nicht an die Alimentenzahlung anrechnen.

10.1.6.2 Familienzulagen und Geburtszulage (FamZV 2 II)

Hat nur eine Person Anspruch auf die Geburtszulage, wird sie ihr auch dann ausgerichtet, wenn für dieses Kind in erster Linie eine andere Person Anspruch auf Familienzulagen hat.

Beispiel: Familie A wohnt im Kanton Z. Die Mutter arbeitet im Wohnkanton Z, der keine Geburtszulage vorsieht. Der Vater im Kanton S, der eine Geburtszulage von CHF 1000.– kennt. Beide Kantone sehen die gesetzliche Mindestleistung für Kinderzulagen vor. Somit hat die Mutter Anspruch auf die Kinderzulage (Arbeitsort im Wohnsitzkanton), der Vater hat aber Anspruch auf die Geburtszulage von CHF 1000.–.

10.1.6.3 Familienzulagen und Adoptionszulage (FamZV 3 III)

Hat nur eine Person Anspruch auf die Adoptionszulage, wird sie ihr auch dann ausgerichtet, wenn für dieses Kind in erster Linie eine andere Person Anspruch auf Familienzulagen hat.

10.1.6.4 Familienzulagen und EO (FamZV 10)

Solange Anspruch auf Familienzulagen gemäss FamZG besteht, werden diese zusätzlich zur Kinderzulage der EO (CHF 20.–/Tag) ausgerichtet, da das EOG im Gegensatz zur IV keine einschränkenden Bestimmungen enthält.

10.1.6.5 Anspruch auf Familienzulagen auch ohne Leistungsanspruch (FamZV 10 II)

Der Anspruch auf Familienzulagen bleibt bestehen während höchstens

- ▶ 16 Wochen bei einem Mutterschaftsurlaub
- ▶ 22 Wochen bei einer Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs wegen Spitalaufenthalts des Neugeborenen
- ▶ zwei Wochen bei einem Urlaub des anderen Elternteils
- ▶ 14 Wochen während einer Betreuung eines gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes
- ▶ zwei Wochen Adoptionsurlaub
- ▶ der Dauer des Jugendurlaubs nach OR 329e I.

10.1.6.6 Familienzulagen und Arbeitslosenentschädigung (AVIG 22)

Zusätzlich zum Taggeld der ALV wird die Familienzulage gemäss kantonalen Gesetzgebung im Wohnkanton vergütet. Dies in Form eines auf den Tag umgerechneten Zuschlags zum Taggeld.

Die ALV leistet subsidiär.

- ▶ Besteht anderweitig (z.B. Ehepartner) – für denselben Zeitraum – Anspruch auf Familienzulage, richtet die ALV keinen Zuschlag aus.

Es werden auch keine Differenzzahlungen ausgerichtet (Ausnahme für Kinder in EU-/EFTA-Staaten gemäss FZA).

10.1.6.61 Zwischenverdienst (AVIG 24)

Erzielt eine arbeitslose Person aus einem Zwischenverdienst monatlich ein Erwerbseinkommen von mindestens CHF 612.–, hat sie den Anspruch auf Familienzulagen über diesen Arbeitgeber geltend zu machen. Erfolgt die Aufnahme und/oder die Aufgabe des Zwischenverdienstes im Laufe eines Monats, erhält die arbeitslose Person über die Familienausgleichskasse des Arbeitgebers für die entsprechende Anzahl Tage (Monatsansatz geteilt durch 30) die Familienzulage. Für die anderen, nicht über den Arbeitgeber anspruchsberechtigten Tage richtet die Arbeitslosenkasse den Zuschlag (für die Familienzulage) aus.

10.1.6.7 Familienzulagen und IV-Taggelder (IVG 22 III)

Solange für ein Kind Anspruch auf Familienzulagen gemäss FamZG besteht, wird kein Kindergeld (CHF 9.–) zum Taggeld der Invalidenversicherung gewährt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Familienzulage für dieses Kind vom in der Eingliederung begriffenen Elternteil (oder einer anderen anspruchsberechtigten Person) bezogen wird.

10.1.6.8 Familienzulagen und IV-Rente (IVG 38)

Für den Fall, dass der Vater oder die Mutter eine IV-Rente beziehen und ihre Resterwerbsfähigkeit nutzen, können wegen der verschiedenen Ursachen gleichzeitig eine Kinderrente zur IV-Rente und Familienzulagen gemäss FamZG bezogen werden.

Wenn das über 18-jährige, erwerbsunfähige Kind einen Anspruch auf eine IV-Rente hat, besteht weiterhin Anspruch auf die Kinderzulage, dies bis zum vollendeten 20. Altersjahr des «Kindes», nicht aber auf eine Ausbildungszulage.

10.1.6.9 Familienzulagen und AHV-Kinder- bzw. -Waisenrente (AHVG 22^{ter} und 25)

Da es sich um zwei verschiedene Leistungsansprüche handelt – einerseits die durch das Erreichen des Referenzalters bzw. den Tod des Vaters oder der Mutter ausgelöste Kinder- oder Waisenrente der AHV und andererseits die durch Erwerbstätigkeit des Rentners bzw. der Rentnerin oder des überlebenden Elternteils zum teilweisen Ausgleich der Familienlasten gewährte Familienzulagen –, werden gleichzeitig beide Leistungen gewährt.

10.1.6.10 Familienzulagen und UV-Taggelder (FamZW 525)

Die Kumulation von Kinder-/Ausbildungszulagen und Taggeldern der Unfallversicherung ist für den laufenden und **während weiterer dreier Monate** nach Eintreten der Arbeitsunfähigkeit **zulässig**; dies, obschon in den UV-Taggeldern die Familienzulage bereits eingerechnet ist.

Nach Ablauf dieser Dauer bleibt eine Kumulation weiterhin zulässig, wenn der/die Arbeitnehmende einen Lohn und/oder ein Taggeld nach EOG, IVG oder MVG von insgesamt mindestens CHF 612.– pro Monat bezieht.

10.2 Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG)

Die Familienzulagen für Erwerbstätige in der Landwirtschaft umfassen Kinder- und Ausbildungszulagen mindestens in der Höhe der Zulagen nach FamZG. Arbeitnehmende in der Landwirtschaft haben darüber hinaus Anspruch auf eine Haushaltungszulage.

10.2.1 Haushaltungszulage (FLG 2)

Anspruch auf Haushaltungszulagen haben ausschliesslich landwirtschaftliche Arbeitnehmende, die mit dem Ehegatten bzw. der Ehefrau und/oder mindestens einem Kind im eigenen Haushalt leben.

Selbständig erwerbende Landwirte/-wirtinnen haben somit keinen Anspruch auf Haushaltungszulage (vgl. 8.5.1.2).

► Die Haushaltungszulage beträgt pro Familie mtl. CHF 100.–.

10.2.2 Kinder-/Ausbildungszulagen (FLG 2, 7)

Landwirtschaftliche Arbeitnehmende und selbständig erwerbende Landwirte/-wirtinnen (inkl. Älpler/innen und Berufsfischer/innen) haben Anspruch auf Kinder- und Ausbildungszulagen.

Grundsätzlich gelten die Minimalansätze gemäss FamZG. Für Betriebe im Berggebiet werden sie um CHF 20.– pro Monat erhöht. Die Zuordnung der Betriebe nach Tal- oder Berggebiet richtet sich nach dem landwirtschaftlichen Produktionskataster.

Anspruch haben landwirtschaftliche Arbeitnehmende in Dauerstellung sowie Selbständigerwerbende, wenn sie ein jährliches Erwerbseinkommen von mindestens CHF 7350.– (halbe minimale Vollrente der AHV) erzielen.

► **Kinderzulagen** von monatlich CHF 200.– bzw. CHF 220.– im Berggebiet für Kinder ab Geburtsmonat bis zum vollendeten 16. Altersjahr (wenn erwerbsunfähig, bis zum vollendeten 20. Altersjahr)

► **Ausbildungszulagen**

von monatlich CHF 250.– bzw. CHF 270.– im Berggebiet für Kinder ab Beginn der nachobligatorischen Ausbildung (frühestens ab dem 15. Altersjahr) bis zum Abschluss der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr

Landwirtschaftliche Mitarbeitende, die nur vorübergehend in einem Landwirtschaftsbetrieb tätig sind, haben für diese Zeit Anspruch auf Familienzulagen. Erstreckt sich die landwirtschaftliche Tätigkeit nicht auf ganze Kalendermonate, kommen **Tagesansätze** (Minimalansätze gemäss FLG) wie folgt zur Anwendung:

- ▶ Kinderzulagen pro Tag CHF 6.70 bzw. CHF 7.35 im Berggebiet,
- ▶ Ausbildungszulagen pro Tag CHF 8.35 bzw. CHF 9.– im Berggebiet,
- ▶ Haushaltungszulage CHF 3.35.

Während des Mutterschaftsurlaubs (OR 329f), des Urlaubs für den anderen Elternteil (OR 329g), des Betreuungsurlaubs (ORG 329i) und des Adoptionsurlaubs (OR 329j) besteht weiterhin Anspruch auf die Familienzulagen.

10.2.3 Anspruch für Kinder im Ausland

Grundsätzlich sind die diesbezüglichen Bestimmungen für Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende ausserhalb der Landwirtschaft sinngemäss anwendbar.

Zudem können Staatsangehörige von Belgien, Frankreich, Italien, Kroatien, Portugal und Spanien auch für ihre Kinder, die nicht in EU-Mitgliedsstaaten lebenden, Kinder- und Ausbildungszulagen (nicht aber Haushaltungszulagen) gemäss FLG beziehen.

Ferner sehen die Sozialversicherungsabkommen mit Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, San Marino und der Türkei den Bezug für Kinder- und Ausbildungszulagen (nicht aber Haushaltungszulagen) gemäss FLG für die im Heimatstaat lebenden Kinder vor.

11. Vollzug

Die diesbezüglichen Bestimmungen sind im FamZ und FLG identisch.

11.1 Geltendmachen des Anspruchs (ATSG 29, 30)

Nach der Rechtsprechung kann Antrag auf Familienzulagen stellen, wer beschwerdeberechtigt ist. Der andere Elternteil oder das volljährige Kind kann deshalb anstelle des Elternteils, der einen Anspruch geltend machen kann, dies aber nicht tut, einen Antrag stellen. In diesem Fall werden die Familienzulagen direkt an diejenige Person ausgerichtet, welche den Antrag gestellt hat. Antrag auf Auszahlung an Dritte vgl. 11.2.2.

Die Familienzulagen werden in der Regel unter Vermittlung des Arbeitgebers über die für ihn zuständige Familienausgleichskasse geltend gemacht. Das Formular enthält Angaben über die Personalien der betreffenden Arbeitnehmenden und deren anspruchsberechtigte Kinder sowie über den anderen Elternteil. Der Arbeitgeber zahlt die Familienzulagen aufgrund des Entscheides der Familienausgleichskasse mit dem Lohn aus und fordert von dieser die Zulagen zurück.

ANOBAG und Selbständigerwerbende machen die Familienzulagen direkt über die Familienausgleichskasse geltend, der sie auch die Beiträge abliefern.

Für Familienzulagen richten sich Nichterwerbstätige und selbständigerwerbende Landwirte/-wirtinnen direkt an die kantonale Familienausgleichskasse (Wohnkanton).

Der Anmeldung zum Bezug von Familienzulagen sind beizulegen:

- ▶ Geburtschein oder Familienbüchlein
Für Kinder im Ausland eine Fotokopie des Auszugs aus dem Geburtenregister bzw. für Deutschland: Familienstammbuch, Frankreich: Fiche familiale d'état civil, Italien: Certificato di stato di famiglia
- ▶ für Kinder in Ausbildung die Kopie des Lehrvertrags bzw. des Schul- oder Studienausseses
- ▶ für erwerbsunfähige Kinder zwischen 16 und 20 Jahren ein Arztzeugnis
- ▶ von geschiedenen oder getrenntlebenden Eltern eine Kopie des Scheidungsurteils oder der Trennungvereinbarung (in Bezug auf das Sorgerecht für das Kind und auf die Rechtskraft der Vereinbarung)
- ▶ für Differenzzahlungen eine Kopie des Entscheides über den Erstantrag
- ▶ für Pflegekinder die amtliche Bewilligung über die Aufnahme

11.2 Festsetzen und Auszahlen der Leistung (ATSG 19, FamZW)

Aufgrund der Anmeldung und der erforderlichen Bestätigungen prüft die Familienausgleichskasse den Anspruch und erlässt den Zuspracheentscheid in Form einer Verfügung. Die Familienausgleichskasse kann auch dem Arbeitgeber die Festsetzung und die Auszahlung der Zulagen delegieren (sogenannte delegierte Dossierführung).

Die **Auszahlung der Familienzulagen erfolgt** in der Regel **durch den Arbeitgeber**. Sie werden den Arbeitnehmenden zusammen mit dem Lohn ausbezahlt und im Verhältnis zwischen Familienausgleichskasse und Arbeitgeber mit den Beiträgen bzw. Prämien verrechnet.

- ▶▶ Wenn der Arbeitgeber dem/der Arbeitnehmenden die Familienzulagen nicht ausrichtet – und er/sie dies durch entsprechende Belege nachweisen kann –, besteht ein direktes Forderungsrecht gegenüber der Familienausgleichskasse. Sie muss dem/der Arbeitnehmenden die Zulagen selbst dann ausrichten, wenn sie diese Zulagen dem Arbeitgeber bereits ausgerichtet bzw. mit Beitragsforderungen verrechnet hat.

Wenn der Arbeitgeber Konkurs gegangen ist, besteht ebenfalls ein direktes Forderungsrecht gegenüber der Familienausgleichskasse. Im Rahmen der Insolvenzschiädigung (ALV) sind nur die vier letzten ausstehenden Monatslöhne gedeckt, nicht aber die Familienzulagen.

Der Arbeitgeber hat die Familienzulagen betragsmässig auszuscheiden und als solche zu bezeichnen.

- ▶▶ Familienzulagen gemäss FamZG und FLG sind keine Erwerbseinkommen und lösen somit keine AHV-Beitragspflicht aus.

11.2.1 **Auszahlung ins Ausland**

Nur dort, wo es im Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist, können für Kinder mit Wohnsitz im Ausland Familienzulagen gewährt werden (vgl. 10.1.2). Für obligatorische Versicherte (Versicherte nach AHVG 1a I c), Personen, die die Versicherung weiterführen (AHVG 1a III a oder Entsandte) werden Familienzulagen generell ins Ausland ausbezahlt, unter Umständen der Kaufkraft angepasst (vgl. 10.1.2.2).

11.2.2 **Auszahlung an Dritte (ATSG 20, FamZG 9)**

Werden die Familienzulagen nicht für die Bedürfnisse der Person verwendet, für die sie bestimmt sind, kann diese Person oder ihre gesetzliche Vertretung verlangen, dass die Familienzulagen ihr – in Abweichung von ATSG 20 I – auch ohne Fürsorgeabhängigkeit ausgerichtet werden.

Dazu muss ein schriftliches Gesuch mit dem Grund für die Drittauszahlung an die auszahlende Familienausgleichskasse gerichtet werden. Die Drittauszahlung erfolgt in der Regel durch die Familienausgleichskasse und nicht durch den Arbeitgeber.

Auf begründetes Gesuch hin kann die **Ausbildungszulage** – in Abweichung von ATSG 20 I – **direkt dem mündigen Kind ausgerichtet** werden.

11.2.3 **Abtretung und Verpfändung (ATSG 22, FamZG 10)**

Der Anspruch auf Leistungen ist weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Familienzulagen sind der Zwangsvollstreckung entzogen.

Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers können jedoch dem Arbeitgeber oder der öffentlichen oder privaten Sozialhilfeinstitution abgetreten werden, soweit sie Vorschusszahlungen geleistet haben.

11.2.4 **Nachforderung (ATSG 24)**

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für den die Leistung geschuldet war.

11.3 **Familienzulagenregister (FamZG 21a–e, FamZV 18a–j; WL-FamZReg)**

Das gesamtschweizerische Familienzulagenregister bildet eine zentrale Informationsplattform für die nach schweizerischem Recht ausgerichteten Familienzulagen in der Schweiz oder im Ausland.

► **Die ZAS führt das Register mit dem Ziel, den Doppelbezug von Familienzulagen zu verhindern** und Transparenz über bezogene Familienzulagen herzustellen.

11.3.1 **Inhalt des Familienzulagenregisters (FamZV 18a)**

- a) Versichertennummer, Familienname, Vornamen, Geburtsdatum und Geschlecht des anspruchsbegründenden Kindes;
- b) Versichertennummer, Familienname, Vornamen, Geburtsdatum und Geschlecht der anspruchsberechtigten Person;
- c) die Beziehung des anspruchsbegründenden Kindes zur anspruchsberechtigten Person;

- d) der Erwerbsstatus der anspruchsberechtigten Person;
- e) die für die Festsetzung und Ausrichtung der Familienzulage zuständige Stelle nach FamZG 21c;
- f) die für die Dossierführung zuständige Zweig- oder Abrechnungsstelle, sofern sie nicht mit der Stelle nach Buchstabe e identisch ist;
- g) die Art der Familienzulage;
- h) die gesetzliche Grundlage der Familienzulage;
- i) der Beginn und das Ende des Anspruchs;
- j) der Arbeitgeber, sofern die Familienausgleichskasse, der er angeschlossen ist, dies verlangt.

Es werden alle Kinder erfasst, für die eine Familienzulage ausgerichtet wird. Die Familienausgleichskassen melden täglich die Mutationen.

11.3.2 Lieferung der zur Registerführung notwendigen Daten

Die Familienausgleichskassen, die Arbeitslosenkassen, die AHV-Ausgleichskassen betreffend die IV-Taggelder, die kantonalen AHV-Ausgleichskassen betr. Familienzulagen in der Landwirtschaft und die kantonalen Stellen für die Durchführung der Familienzulagen für Nichterwerbstätige haben der ZAS unverzüglich die für das Führen des Familienzulagenregisters notwendigen Daten zu liefern.

11.3.3 Informationszugang zum Familienzulagenregister

Über den vollen Zugang verfügen ausschliesslich die Familienausgleichskassen, die AHV-Ausgleichskassen, die Arbeitslosenversicherung und deren Aufsichtsbehörden.

Für die Öffentlichkeit besteht nur ein beschränkter Zugang. Unter der nachstehenden Adresse finden sich Informationen darüber, ob für ein Kind Familienzulagen bezogen werden und – falls ja – von welcher Familienausgleichskasse: <https://www.infofamz.zas.admin.ch/AlfaInfoWeb/#/search>.

11.4 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht (ATSG 28 I, 31)

Personen, die von einem Sozialversicherer Leistungen erwirken wollen, sind verpflichtet, bei der Feststellung des Sachverhalts mitzuwirken, wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu geben. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken.

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Bezüger/innen, ihren Angehörigen oder Dritten (Arbeitgeber), denen die Leistung zukommt, dem Durchführungsorgan unaufgefordert zu melden.

Zu melden sind:

- ▶ Geburt oder Tod eines Kindes
- ▶ Wegzug eines Kindes aus der Schweiz
- ▶ Wechsel des Kantons in dem das Kind wohnt
- ▶ Beginn, Beendigung oder Abbruch der Ausbildung eines Kindes

- ▶ Trennung oder Scheidung der Eltern des Kindes sowie Änderungen in der elterlichen Sorge
- ▶ Aufnahme oder Aufgabe einer Erwerbstätigkeit durch den anderen Elternteil
- ▶ Wechsel des Kantons, in dem der andere Elternteil erwerbstätig ist

Nichterwerbstätige haben zudem Änderungen der Einkommensverhältnisse und den Beginn eines Anspruchs aufgrund einer Erwerbstätigkeit zu melden.

11.4.1 **Meldepflicht der Arbeitgeber bei Stellenwechsel (FamZV 18d II)**

Die Arbeitgeber müssen **innerhalb von 10 Tagen** nach Erhalt einer Kündigung oder einer anderen Tatsache, die den Anspruch auf Familienzulagen beeinflusst, dies ihrer Familienausgleichskasse (FAK) melden.

11.5 **Leistungskürzung oder -verweigerung**

Keine, sofern sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

11.6 **Rückerstattung/Verrechnung von unrechtmässigen Bezügen (Verjährung ATSG 24, 25; ATSV 4, 5 Erlass)**

Generell rückerstattungspflichtig sind unrechtmässige Bezüge.

Wer die Leistungen «in gutem Glauben» empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn gleichzeitig auch eine grosse Härte vorliegt. Eine Verletzung der Meldepflicht läuft der Gutgläubigkeit zuwider. Die zu viel bezogene Entschädigung muss zurückerstattet werden.

Für unrechtmässig bezogene Familienzulagen ist der/die Arbeitnehmende, nicht der Arbeitgeber, rückerstattungspflichtig. Allerdings kann der Arbeitgeber mit einem Schadenersatzverfahren nach AHVG 52 zur Rechenschaft gezogen werden, wenn er die Meldepflicht verletzt und die Familienausgleichskasse infolgedessen zu Schaden kommt.

11.7 **Rechtspflege**

1. **Einsprache an verfügende Familienausgleichskasse (ATSG 52)**

Gegen Verfügungen kann innerhalb von **30 Tagen** an der **verfügenden Familienausgleichskasse Einsprache erhoben** werden (ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen).

Die Einspracheentscheide sind in angemessener Frist zu erlassen, zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.

2. **Beschwerde (ATSG 56 ff, FamZG 22)**

Gegen Einspracheentscheide (und Verfügungen, gegen die eine Einsprache ausgeschlossen ist) kann innerhalb von **30 Tagen** am **kantonalen (Sozial-)Versicherungsgericht** am Sitz der Familienausgleichskasse **Beschwerde** erhoben werden.

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

3. **Beschwerde ans Bundesgericht (ATSG 62)**

Gegen Urteile des kantonalen (Sozial-)Versicherungsgerichts kann innerhalb von **30 Tagen Beschwerde am Bundesgericht** in Luzern erhoben werden. Dieses entscheidet abschliessend.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

Familienzulagen FAK und FLG in Millionen CHF	1990	2000	2009 ¹	2010	2015	2020
Einnahmen Total	2 689	3 974	5 181	5 074	5 938	6 866
Beiträge						
▶ Versicherte und Arbeitgeber	2 544	3 796	4 919	4 835	5 651	6 358
davon Selbständigerwerbende				84	212	226
Nichterwerbstätige				3	7	13
Landwirtschaft (FLG)	11	11	15	15	19	22
▶ der öffentlichen Hand	100	128	175	176	207	196
davon Bund gem. FLG	67	85	90	91	66	47
davon MwSt.	–	–	–	–	–	–
davon Kantone gem. FLG	33	43	85	43	31	24
Ertrag der Anlagen (Zinsen)	39	28	49
Übrige Einnahmen	5	22	86	63	79	307
Ausgaben Total	2 655	4 404	5 319	5 204	6 019	6 714
Familienzulagen	2 581	3 751	4 690	4 981	5 756	6 229
davon Selbständigerwerbende				82	171	191
Nichterwerbstätige				48	117	144
Landwirtschaft (FLG)	110	136	156	147	113	91
Verwaltungs-/Durchführungskosten	74	110	133	141	153	108
Rückstellungen	–	–	–	–	–	–
Übrige Auslagen	–	–	–	81	111	377
Ergebnis (Gewinn/Defizit)	34	113	47	–130	–81	200
Kapitalkonto FZ	163	374	1 284	2 700	2 580	3 176

¹ Per 01.01.2009 ist das FamZG in Kraft getreten.

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2023 und Vorjahre

Familienzulagen nach FamZG					
Quelle: BSV, Statistik der Familienzulagen 2022 vom 08.03.2022					
Anzahl Zulagen	2009	2010	2015	2020	2022
Kinderzulagen					
Arbeitnehmende	1 216 266	1 202 011	1 268 490	1 638 900	1 685 400
Selbständigerwerbende ¹	18 182	18 618	34 763	45 800	45 500
Nichterwerbstätige	9 467	10 625	22 349	38 300	34 300
Total	1 243 915	1 231 254	1 325 602	1 773 000	1 765 200
Durchschnitt mtl. CHF	215.–	229.–	246.–	248.–	247.–
Ausbildungszulagen					
Arbeitnehmende	403 885	392 957	424 807	568 800	572 300
Selbständigerwerbende ¹	7 227	7 736	14 188	20 900	21 100
Nichterwerbstätige	2 258	2 595	5 613	13 300	11 600
Total	413 370	403 288	424 807	603 000	605 000
Durchschnitt mtl. CHF	247.–	278.–	318.–	311.–	320.–
Geburts- und Adoptionszulagen					
Arbeitnehmende	22 526	22 323	25 488	27 400	27 500
Selbständigerwerbende ¹	335	369	589	700	600
Nichterwerbstätige	496	638	1 038	1 100	1 100
Total	23 357	23 330	27 115	29 200	29 300
Durchschnitt mtl. CHF	1 334.–	1 441.–	1 571.–	k.A.	k.A.
¹ Vor 2013 kantonal geregelt k.A. = keine Angaben					

Im Jahr 2022 wurden 2,5 Mio. Familienzulagen von insgesamt 6,4 Mrd. Franken ausgerichtet. 96 Prozent der Zulagen wurden im Rahmen des Bundesgesetzes über die Familienzulagen (FamZG) ausgerichtet. Der Rest verteilt sich auf die Familienzulagen in der Landwirtschaft, der Arbeitslosen- und der Invalidenversicherung.

Pro 2022 ausgerichtete Familienzulagen			
Familienzulagen	Anzahl Zulagen	Anzahl Bezüger/innen	Summe in Mio. CHF
nach FamZG	2 399 400	1 340 800	6 242
nach FLG	43 700	19 300	86
nach AVIG	56 600	36 300	57
nach IVG	1 500	900	2
Total	2 501 200	1 397 300	6 387
Enthält Mehrfachzählungen (1 Person kann innerhalb des Jahres von unterschiedlichen Familienausgleichskassen mehrere Leistungen erhalten).			

Quelle: Statistik der Familienzulagen 2022, Darstellung: gebo Sozialversicherungen

In den Familienzulagen nach FamZG machen die Kinderzulagen mit rund 74 Prozent den grössten Anteil aus, gefolgt von den Ausbildungszulagen (25%) sowie den Geburts- und Adoptionszulagen (1%). Empfänger/innen dieser Zulagen waren zum grössten Teil Arbeitnehmende (95%), gefolgt von den Selbständigerwerbenden (3%) und den Nichterwerbstätigen (2%).

PS Differenzzahlungen machen 8 Prozent der gesamten Zulagen aus.

Ende 2022 waren 604 800 Arbeitgeber und 352 200 Selbständigerwerbende einer Familienausgleichskasse (FAK) angeschlossen. Im Kanton VS beteiligen sich auch die Arbeitnehmenden an der Finanzierung der Zulagen. In den 5 Kantonen (GL, SO, AR, TG und TI), die gesetzlich eine Beitragspflicht vorschreiben, beteiligten sich 15 000 Nichterwerbstätige an der Finanzierung der Zulagen. Von den total 203 FAK haben lediglich vier Kassen höhere Kinderzulagen und drei Kassen höhere Ausbildungszulagen ausbezahlt als vom Kanton vorgeschrieben. Im Maximum wurden CHF 385.– an Kinderzulagen und CHF 535.– an Ausbildungszulagen ausbezahlt (Ansätze, die erst ab dem dritten Kind ausgerichtet werden). Neun Kantone schreiben nebst den Kinder- und Ausbildungszulagen auch das Ausrichten von Geburtszulagen vor. In acht Kantonen werden Adoptionszulagen ausgerichtet. Insgesamt haben 132 Kassen Geburts- und 127 Kassen Adoptionszulagen ausgerichtet.

Die Gesamteinnahmen der FAK in der Höhe von 7,3 Milliarden Franken stammten zu 90,8 Prozent (6,6 Milliarden Franken) aus den Beiträgen der Arbeitgeber (Kanton VS inkl. Beiträge der Arbeitnehmenden). Die Beiträge der Selbständigerwerbenden betragen 219 Millionen Franken (3,0%). Einen sehr kleinen Teil machten die Beiträge der Nichterwerbstätigen aus (13 Mio. Franken). Die verbleibenden 6 Prozent setzten sich zusammen aus Beiträgen der öffentlichen Hand zur Finanzierung der Leistungen, den Erträgen aus den Lastenausgleichen für Familienzulagen zwischen den Kassen im entsprechenden Kanton, sowie aus anderen Erträgen (Auflösung von Rückstellungen sowie Zinsen).

Eckwerte betreffend Anspruch auf Familienzulagen nach FamZG							
Eckwerte CHF pro Jahr	2009/ 2010	2011/ 2012	2013/ 2014	2015/ 2018	2019/ 2020	2021/ 2022	ab 2023
Mindesteinkommen für Anspruch als Arbeitnehmer/in (½ minimal AHV-Vollrente)	6 840	6 960	7 020	7 050	7 110	7 170	7 530
Max. Einkommen des Kindes in Ausbildung, damit FamZ (maximale AHV-Vollrente)	27 360	27 840	28 080	28 200	28 440	28 680	29 400
Max. steuerbares Einkommen für FamZ-Anspruch (1,5-fache max. AHV-Vollrente)	41 040	41 760	42 120	42 300	42 660	43 020	44 100

Quelle: FamZV 2024, Seite 158

12.2 Familienzulagen sollen erhöht werden

Seit Inkrafttreten des Familienzulagengesetzes (2009) beträgt die monatliche Kinderzulage mindestens CHF 200.– und die Ausbildungszulage mindestens CHF 250.–. Diese Ansätze sollen laut parlamentarischer Initiative von Marc Jost (EVP) um CHF 50.– erhöht werden. Der Bundesrat wird voraussichtlich auf 2025 eine Erhöhung der Familienzulagen beschliessen müssen (FamZG 5 III). Weitergehende Forderungen bedingen eine Gesetzesänderung.

12.3 Links

www.ahv-iv.ch > Familienzulagen

Merkblätter; Tool zur Bestimmung des Erstanspruchs

www.ausgleichskasse.ch

Portal zu den kantonalen Ausgleichskassen mit Familienausgleichskassen; Informationen, kantonalen Merkblättern, kassenspezifischen Formularen usw.

www.bsv.admin.ch > Sozialversicherungen > Familienzulagen

Gesetze (FamZG, FLG) und Verordnungen;

Eidg. Kommission für Familienfragen (EKFF) sowie

Geschäftsfeld «Familie, Generationen und Gesellschaft (FGG)» des BSV

www.sozialversicherungen.admin.ch

Vollzug: Wegleitung zum FamZG (FamZWL)

www.mamagenda.ch > Familienzulagen

Wertvolle Angaben (Checklisten) für das Personalwesen; d.h., einerseits für Schwangere bzw. Frauen im Mutterschaftsurlaub und andererseits für Arbeitgeber.

www.jobundfamilie.ch

vermittelt Informationen und ermöglicht den Zugang zum Family-Score. Der Family-Score ist eine Kennzahl zwischen 1 und 100 und ermittelt die Familienfreundlichkeit eines Unternehmens. Er kann vom Unternehmen zu dessen Positionierung eingesetzt werden. Der Family-Score wird von Mitarbeitenden ermittelt und dient der Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

www.seco.admin.ch

Beruf und Familie/Frauen und Karriere

Hintergrundinformationen, KMU-Handbuch Beruf und Familie

www.kinderjugendpolitik.ch

Informationen zur Kinder- und Jugendpolitik in der Schweiz

www.profamilia.ch; www.familienplattform.ch

Dachverband der Familienorganisationen und Kompetenzzentrum für Familienpolitik. Familiencharta 2004, Links mit Hinweisen zu mütter-/väter-/kinderbezogenen Themen.

www.familienservice.ch

Massnahmen/Dienstleistungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Personalverantwortliche, Kundinnen/Kunden und Stellensuchende; Partner: Verein Arbeitgeber-Krippen.

www.kibesuisse.ch

Verband Kinderbetreuung Schweiz ist aus der Fusion von Kindertagesstätten Schweiz (KiTaS) und Tagesfamilien Schweiz (SVT) entstanden. Eltern, die sich über die Betreuungsformen informieren oder einen Betreuungsplatz für ihr Kind suchen, finden hier wertvolle Hinweise.

www.kinderschutz.ch

Informationen zu den Themenbereichen gewaltfreie Erziehung, Gewalt an Kindern und Kinderrechte; Links zu anderen Organisationen/Institutionen, Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen.

www.tschau.ch

Site für Jugendliche: mit Informationen und Auskunft zu allen Themen, die Jugendliche beschäftigen. Auf «mein TSCHAU» können persönliche Fragen gestellt werden.

www.147.ch

Hinweis auf Telefon- und SMS-Beratungsdienst sowie Chat (der Pro Juventute) für Kinder und Jugendliche mit national geschützter dreistelliger Gratisnummer.

XIV Öffentliche Sozialhilfe (Fürsorge) SH

1.	Zielsetzung	773
1.1	Umfeld	773
1.2	Erweiterte Funktion und Zielsetzung	774
1.2.1	Zusammenarbeit zwischen privater und öffentlicher Sozialhilfe	774
2.	Gesetzliche Grundlagen	775
3.	Geschichtliche Daten	776
4.	Organisation	778
5.	Versicherte Personen	779
5.1	Hilfe in Notlagen	779
6.	Finanzierung	780
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	780
6.2	Beitragspflichtige Personen	780
7.	Leistungsübersicht	781
7.1	Grundprinzipien der Sozialhilfe	781
7.1.1	Subsidiarität	782
7.1.2	Individualisierte Hilfe und Ermessen	782
7.1.3	Bedarfsdeckung	782
7.1.4	Leistung und Gegenleistung	783
7.1.5	Professionalität	783
7.1.6	Koordination mit Dritten – Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ	783
8.	Anspruchsberechtigte Personen	784
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	784
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	784
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	784
8.4	Gliederung aufgrund des Wohnsitzes und Aufenthalts	784
8.4.1	Personen mit Wohnsitz in der Schweiz	784
8.4.1.1	Aufenthalt in Heimen und Spitälern	785
8.4.1.2	Fehlender Unterstützungswohnsitz	785
8.4.1.3	Notfälle	785
8.4.1.4	Zuständigkeitsregelung im Kanton Zürich, vgl. Sozialhilfegesetz § 32 ff.	785
8.4.2	Personen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz	785
8.4.2.1	Personen mit Schweizer Bürgerrecht im Ausland und heimkehrende Auslandschweizer/innen	785
8.4.2.2	Personen ohne Schweizer Bürgerrecht	786
8.4.2.3	Asylsuchende und Flüchtlinge	786

9.	Sachleistungen	787
9.1	Nothilfe	787
9.1.1	Unterstützung für Personen ohne Bleiberecht	788
9.2	Persönliche Hilfe	
	(für Personen mit Bleiberecht in der Schweiz)	788
9.2.1	Anspruch auf Unterstützung	788
10.	Geldleistungen	790
10.1	Die materielle Grundsicherung	790
10.1.1	Grundbedarf für den Lebensunterhalt (GBL)	792
10.1.1.1	Grundbedarf im Besonderen	794
10.1.2	Wohnkosten	795
10.1.2.1	Besondere Wohnkosten	796
10.1.2.2	Beginn und Beendigung von Mietverhältnissen	797
10.1.3	Medizinische Grundversorgung	797
10.1.3.1	Zahnarztkosten	798
10.2	Situationsbedingte Leistungen (SIL)	798
10.2.1	Ermessen	799
10.2.2	Situationsbedingte Leistungen im Kontext	799
10.2.2.1	Bildung	799
10.2.2.2	Erwerb	801
10.2.2.3	Familie	801
10.2.2.4	Weitere situationsabhängige Leistungen (SIL)	802
10.2.3	Integrationszulagen für Nichterwerbstätige (IZU)	802
10.3	Anrechnung von Einkommen und Vermögen	
	sowie entsprechende Freibeträge	803
10.3.1	Einnahmen	803
10.3.1.1	Drittauszahlung von Sozialversicherungsleistungen	804
10.3.1.2	Einkommensfreibetrag (EFB)	804
10.3.2	Vermögen	805
10.3.2.1	Grundeigentum	806
10.3.2.2	Altersvorsorge	806
10.3.2.3	Kindesvermögen	807
10.3.3	Finanzielle Ansprüche gegenüber Dritten	807
10.3.3.1	Eheliche und partnerschaftliche Unterhaltspflicht	808
10.3.3.2	Elterliche Unterhaltspflicht	808
10.3.3.3	Verwandtenunterstützung	809
10.3.3.4	Konkubinatsbeitrag	812
10.3.3.5	Entschädigung für die Haushaltsführung	812
10.4	Teuerungsanpassung	812

11.	Vollzug	813
11.1	Geltendmachen des Anspruchs	813
11.1.1	Nachforderung	813
11.2	Auszahlung	813
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland	813
11.2.2	Abtretung und Verpfändung	814
11.2.2.1	Vorschusszahlungen für Sozialversicherungsleistungen	814
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht	814
11.3.1	Schwelleneffekte	815
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten	816
11.4.1	Auflagen	816
11.4.2	Sanktion	816
11.4.3	Nichteintreten, Ablehnung, Einstellung	817
11.5	Rückerstattung/sozialhilferechtliche Rückerstattungspflicht	817
11.5.1	Rückerstattung rechtmässiger Bezüge	818
11.5.1.1	Günstige Verhältnisse	819
11.5.1.2	Rückerstattung aus Erwerbseinkommen	819
11.5.1.3	Sicherstellung der Rückerstattung von bevorschussten Leistungen	820
11.5.2	Rückerstattung unrechtmässiger Bezüge	821
11.5.3	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress	821
11.6	Rechtspflegeverfahren	821
12.	Aktuell	821
12.1	Kennzahlen Sozialhilfe	821
12.1.1	Sozialhilfe und Sozialhilfeausgaben	821
12.1.1.1	Sozialhilfe im engeren Sinn	822
12.1.1.2	Sozialhilfebeziehende 2022	823
12.1.2	Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten	824
12.2	Wie Armut messen?	825
12.2.1	Armut (absolutes Armutskonzept, soziales Existenzminimum)	825
12.2.1.1	Sozialtransfers vermindern die Armut	826
12.2.1.2	Armut der Erwerbstätigen (working poor)	827
12.2.1.3	Kinderarmut	827
12.2.2	Armutsgefährdung (relatives Armutskonzept)	828
12.2.2.1	Besondere Risikogruppen schweizweit	829
12.2.3	Materielle und soziale Deprivation (subjektive Armut)	829
12.2.4	Verfügbares Äquivalenzeinkommen	831
12.3	Weiterentwicklung der Sozialhilfe	832
12.3.1	Revisionszyklus 2024–2027 der SKOS-Richtlinien	832
12.3.2	Reduzierte Sozialhilfe an Ausländer/innen ist kontraproduktiv	833
12.4	Links	834

1. Zielsetzung

Sozialhilfe sichert die Existenz bedürftiger Personen, fördert ihre wirtschaftliche und persönliche Selbständigkeit und gewährleistet die soziale und berufliche Integration – «Fördern der Eigenverantwortung und Hilfe zur Selbsthilfe». Das soziale Existenzminimum umfasst nicht nur die Existenz und das Überleben der Bedürftigen, sondern auch ihre Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben.

Die Sozialhilfe versteht sich als unterstes Netz der sozialen Sicherheit, das durch Existenzsicherung und Integration verhindert, dass Personen oder Personengruppen von der Teilnahme und Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Sie trägt wesentlich dazu bei, die Grundlagen unseres demokratischen Staates zu erhalten und den sozialen Frieden zu sichern.

Wählt man für die Betrachtung unserer Systeme der sozialen Sicherheit eine Aufteilung nach Gestaltungsmodellen, gilt es die Sozialversicherungen klar von der Sozialhilfe zu trennen. Trotzdem soll in diesem Werk für die Praktiker die Sozialhilfe im Anschluss an die Sozialversicherungen – wo möglich nach denselben Kriterien – behandelt werden.

1.1 Umfeld

Die soziale Sicherheit in der Schweiz in ihrer heutigen Form stammt aus der Nachkriegszeit. Dank dem positiven Umfeld konnten bis in die späten 1980er-Jahre die Sozialversicherungen auf- und kontinuierlich ausgebaut werden. Ihr Fundament beruht auf der traditionellen Familienform und der Vollbeschäftigung mit einer kontinuierlich positiven wirtschaftlichen Entwicklung.

Dieses Fundament hat sich radikal verändert. Für die neuen sozialen Risiken, die sich aus der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und aus dem Wandel der sozialen Lebensformen ergeben, ist das traditionelle System der sozialen Sicherheit schlecht vorbereitet. Der Sozialversicherungsschutz ist darum für weite Bevölkerungskreise brüchig geworden.

In der Folge haben sich die Handlungsgrundlagen der Sozialhilfe verändert. Die Sozialhilfeeorgane in der Schweiz haben – quantitativ und qualitativ – von ganz anderen Voraussetzungen auszugehen, da es der Sozialhilfe überlassen wird, die Auswirkungen des wirtschaftlichen und sozialen Strukturwandels und damit eine stetig wachsende Zahl der davon Betroffenen aufzufangen und abzusichern. Die Bewältigung neuer struktureller und sozialer Problemlagen wird stillschweigend den Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen überlassen. Zwar funktioniert die Sozialhilfe nach wie vor subsidiär, sie sieht sich aber mit einem drastischen Zuwachs der Fallzahlen und damit der Kosten konfrontiert. Subsidiarität meint die prinzipielle Nachrangigkeit von Leistungen und Interventionen der Sozialhilfe gegenüber anderen verfügbaren Hilfsquellen. Subsidiäres Handeln bedeutet jedoch nicht, dass die Hilfeleistung verzögert werden darf.

1.2 **Erweiterte Funktion und Zielsetzung**

Moderne Sozialhilfe erfüllt neben ihrer subsidiären Funktion als letztes Auffangnetz unseres sozialen Sicherungssystems sowohl im Rahmen der materiellen Existenzsicherung als auch der sozialen Integration eine komplementäre Funktion zum Arbeitsmarkt. Um den wirtschaftlichen und sozialen Ausschluss der Betroffenen zu verhindern, entwickelt sie Angebote für jene, welche die Möglichkeit zur wirtschaftlichen und sozialen Selbständigkeit nicht oder nicht mehr haben. Damit bewältigt die Sozialhilfe nicht mehr nur individuelle, sondern in einem wesentlichen Ausmass auch strukturelle Notlagen.

Die Sozialhilfe bietet deswegen besondere Arbeits- und Integrationsangebote an. Hier ergeben sich Berührungspunkte zur Arbeitslosen- und Invalidenversicherung. **Darum drängt sich gerade zwischen diesen Institutionen eine intensive Zusammenarbeit auf. Die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)** ist heute wichtiger denn je. Integrationsaufgaben können nur dann erfolgreich bewältigt werden, wenn die in den einzelnen Institutionen entwickelten Kernkompetenzen bereichsübergreifend genutzt und abgestimmt werden. Mit der IIZ sollen geeignete Formen der praktischen Zusammenarbeit etabliert werden, mittel- und langfristig wird eine gesetzliche und eine finanzielle Harmonisierung angestrebt (vgl. www.iz.ch).

1.2.1 **Zusammenarbeit zwischen privater und öffentlicher Sozialhilfe**

Private Institutionen stellen nicht wegzudenkende soziale Angebote und Dienstleistungen zur Verfügung. Die Ausgaben im Funktionsbereich der privaten Sozialhilfe machen rund einen Drittel deren der öffentlichen Sozialhilfe aus.

Heute hat die Aufgabenteilung zwischen öffentlichen und nichtstaatlichen, nicht gewinnorientierten sozialen Institutionen komplementären Charakter. Im Hinblick auf das Ziel der sozialen und beruflichen Integration von hilfesuchenden Personen ist die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Institutionen zu intensivieren und zu koordinieren. Dies wird erreicht durch

- ▶ das Schaffen eines zusammenhängenden vereinheitlichten sozialen Netzwerks von öffentlichen und privaten Diensten,
- ▶ den Austausch von Informationen, Wissen und Kompetenzen – unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen,
- ▶ die Teilnahme der privaten Institutionen an der Ausgestaltung und Realisierung der Sozialpolitik und
- ▶ den Zugang bedürftiger Personen zu geeigneten sozialen Stellen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

- BV 12 Recht auf Hilfe in Notlagen
- BV 7 Menschenwürde
- BV 115 Unterstützung Bedürftiger
- BV 8 Rechtsgleichheit
- BV 41 Sozialziele

Internationales Recht

- ▶ Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
- ▶ UNO-Übereinkommen über die Rechte des Kindes
- ▶ usw.

Staatsverträge/Fürsorgeabkommen

- ▶ Abkommen mit Frankreich über die Fürsorge für Unbemittelte vom 9. September 1931
- ▶ usw.

Bundesgesetz

- ▶ über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977/8. April 2017 (ZUG)
- ▶ über Sozialhilfe und Darlehen an Schweizer Staatsangehörige im Ausland vom 21. März 1973
- ▶ Asylgesetz vom 26. Juni 1998 mit Verordnungen

Kantonale und kommunale Gesetzgebung

- ▶ Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS). Die SKOS-Richtlinien für die Ausgestaltung und die Bemessung der Sozialhilfe sind Empfehlungen zuhanden der Sozialhilfeorgane. Sie gelangen nur zur Anwendung, wenn die kantonale Gesetzgebung dies vorsieht.

So im Kanton Zürich

- ▶ Verfassung des Kantons Zürich vom 27. Februar 2005, Art. 22 (Delegation an Gemeinden)
- ▶ Sozialhilfegesetz (SHG) vom 14. Juni 1981, in Kraft seit 1. Januar 1982
- ▶ Verordnung zum Sozialhilfegesetz vom 21. Oktober 1981 mit Verweis auf die SKOS-Richtlinien in § 17
- ▶ Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) vom 14. März 2011 mit Verordnung
- ▶ Kommunale Gesetze und Verordnungen (Geschäftsordnung der Sozialhilfeorgane bzw. Fürsorgebehörde)

3. Geschichtliche Daten

Ursprung für die Entwicklung der Sozialhilfe in unserem Kulturraum war das Christentum («Caritas» = Wohltätigkeit). In der Regel sorgte die Grossfamilie/Sippe für ihre Mitglieder.

- 1491 Tagsatzungsbeschluss fordert von jedem Kanton, dass er sich seiner Armen anzunehmen habe.
- 16. Jh. Die reformierte Kirche legt den Grundsatz zur modernen rationellen Gemeindefürsorge.
- ab 1870 Ansätze zur Professionalisierung im Fürsorgewesen. Das Prinzip der individualisierenden Hilfe beginnt Realität zu werden.
- 1903 Beginn der Armenpflege; Gründung der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe, damals noch Armenpflegekonferenz genannt.
- 1919 Das Jugendamt des Kantons Zürich wird gegründet.
- 1927 Erstes Gesetz über die Armenfürsorge im Kanton Zürich.
- 1963 Die Schweizerische Konferenz für öffentliche Fürsorge (SKöF) gibt erstmals Richtlinien für die Bemessung von finanziellen Fürsorgeleistungen heraus.
- 1996 Die SKöF nennt sich aufgrund der breiteren Aufgabenumschreibung ab Mai Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS).
- 1998 Die bisher gültigen SKOS-Richtlinien werden umfassend revidiert, d.h. konzeptionell neu aufgearbeitet und den veränderten Verhältnissen angepasst.
- 2000 Erstmals sind das Recht auf Hilfe in Notlagen (BV 12) und die Unterstützung Bedürftiger (BV 115) in der Bundesverfassung konkret verankert.
- 2005 Die SKOS-Richtlinien werden überprüft und an die veränderten Verhältnisse angepasst, indem die Eigenverantwortung belohnt wird. Diese veränderten Richtsätze treten per 1. April in Kraft.
- 2006 Nach einer intensiven Aufbauphase liegen im Mai 2006 erstmals gesamtschweizerische Daten über die Sozialhilfeempfänger/innen im Rahmen der ersten Schweizerischen Sozialhilfestatistik vor.
- 2011 Auf Anfang Jahr werden die SKOS-Richtlinien revidiert: Einerseits wird der Grundbetrag für den Lebensbedarf künftig gleich wie die Ergänzungsleistungen (Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf) der Teuerung angepasst. Andererseits werden die Pflichten der unterstützten Person konkretisiert und dabei auch die Ansätze betreffend Auflagen, Leistungskürzungen und -einstellungen überarbeitet.
- 2013 Die SKOS-Richtsätze werden zeitgleich und im gleichen prozentualen Umfang wie die AHV/IV-Renten und die Ergänzungsleistungen an die Teuerung angepasst. Die Referendumsfrist betreffend Änderung von ZUG 26/IV ist am 7. April 2013 ungenutzt verstrichen. In der Folge wird die Rückerstattungspflicht der Heimatkantone an die Sozialhilfekosten der Aufenthalts- und Wohnkantone abgeschafft.

Es gilt aber eine vierjährige Übergangsfrist, womit nur Unterstützungsfälle, die ab dem 08.04.2017 entstehen, direkt dem jeweiligen Aufenthalts- bzw. Wohnkanton belastet werden.

- 2014 Die SODK verabschiedet sozialpolitische Leitlinien zur Sozialhilfe. Im Dezember werden die Grundsätze zur Zusammenarbeit zwischen der SKOS und der SODK festgelegt. Künftig werden die SKOS-Richtlinien vom Plenum der SODK genehmigt und den Kantonen zur Anwendung empfohlen. Damit erhalten die SKOS-Richtlinien eine grössere politische Legitimation und werden für Kantone/Gemeinden verbindlicher sowie auch weniger angreifbar.
- 2016 Die erste Etappe der Revision der SKOS-Richtlinien tritt in Kraft. Diese sind durch die SODK, die Städteinitiative Sozialpolitik und die SKOS breit abgestützt. Der Grundbedarf wird für Haushalte ab sechs Personen sowie junge Erwachsene reduziert. Die Sanktionsmöglichkeiten werden für schwerwiegende Fälle erhöht und die Zusprache von Integrationszulagen klarer geregelt.
- 2017 Die zweite Etappe der Revision der SKOS-Richtlinien bringt eine Anpassung der situationsbedingten Leistungen, die Empfehlung zum Vermindern von Schwelleneffekten, die Definition der Grenzlinie zwischen Sozial- und Nothilfe und die Empfehlungen für Mietzinsmaxima sowie Arbeitsintegration von Müttern.
- Nach Ablauf der Übergangsfrist im bundesrechtlichen Zuständigkeitsgesetz (ZUG 26/IV) werden ab dem 08.04.2017 entstehende Fälle direkt dem jeweiligen Aufenthalts- bzw. Wohnkanton belastet.
- 2021 Die SKOS-Richtlinien werden nachgeführt, zeitgemässer formuliert und neu strukturiert. Sie werden neu in die Kategorien Richtlinien, Erläuterungen und Praxishilfen gegliedert.
- 2023 Obwohl der Grundbetrag für den Lebensbedarf erst im Folgejahr auf die Teuerungsanpassung in den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV erhöht wird, erfolgt die Anpassung 2023 gleichzeitig. Grund ist die seit 2011 einmalig hohe Teuerung und Rentenanpassung um 2,8 Prozent. Speziell die sozial schwachen Personen/Familien sind auf die umgehende Erhöhung des Grundbedarfs angewiesen.
- 2024/27 Revision der SKOS-Richtlinien 2024/2027 wird in drei Etappen erfolgen; die erste Bereits per 01.01.2024.

4. Organisation

Die öffentliche Sozialhilfe fällt im Wesentlichen in den Zuständigkeitsbereich der Kantone. Lediglich die Betreuung und die Unterstützung der Asylsuchenden sowie zwischenstaatliche und internationale Vereinbarungen sind in diesem Bereich Sache des Bundes.

Die staatliche Aufgabe der Sozialhilfe ist in den meisten Deutschschweizer Kantonen den Gemeinden überlassen. In der Westschweiz ist die Sozialhilfe oft kantonal oder regional organisiert. Der Vollzug der Sozialhilfe ist deshalb in den jeweiligen Kantonen und Gemeinden sehr unterschiedlich geregelt. Die Gemeinden verfügen über grosse Handlungsspielräume, wobei die SKOS-Richtlinien eine wertvolle Harmonisierungsfunktion wahrnehmen.

Sozialhilfeorgane haben ihre Prozesse so zu gestalten, dass die grundrechtlichen Verfahrensgarantien gewährleistet sind. Die Behandlung eines Gesuches darf nicht verzögert werden. Entscheide dürfen nicht verweigert oder unterlassen werden.

Entscheide und Auflagen müssen **verhältnismässig** sein. Sie müssen geeignet, erforderlich und für die betroffene Person zumutbar sein, um die Ziele der Sozialhilfe zu erreichen. Entscheide und Auflagen der Sozialhilfe sind dann verhältnismässig, wenn sie ein geeignetes und notwendiges Mittel darstellen, um Ziele der Sozialhilfe zu erreichen, und wenn im konkreten Fall auch die Zumutbarkeit gegeben ist.

Konkret bedeuten diese Begriffe folgendes:

- ▶ **Geeignetheit:** Der Entscheid oder die Auflage vermag das angestrebte Ziel zu verwirklichen.
- ▶ **Erforderlichkeit:** Der Entscheid oder die Auflage ist das mildeste verfügbare Mittel, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Dies sowohl in sachlicher, zeitlicher wie auch räumlicher Hinsicht.
- ▶ **Zumutbarkeit:** Beim Entscheid oder der Auflage besteht ein vernünftiges Verhältnis zwischen dem angestrebten Ziel und den Einschränkungen, die sich dadurch für die unterstützten Personen ergeben.

Ausüben des Ermessens: Im Vollzug der Sozialhilfe verfügen Sozialhilfeorgane in gewissen Leistungsbereichen über Handlungsspielräume. Damit wird der grossen Vielfalt individueller Problemlagen Rechnung getragen. Wo der rechtliche Rahmen nicht zu starr ist und im Einzelfall genügend Raum lässt für sachgerechte Lösungen, ist das Prinzip der Individualisierung durch Ermessensausübung zu verwirklichen. Diese Spielräume sind auszuschöpfen.

Rechts- und Handlungsfähigkeit: Die Sozialhilfeorgane dürfen nur dann im Namen der unterstützten Person handeln, wenn sie dazu ausdrücklich ermächtigt sind (Vollmacht). Sozialhilfeorgane haben zu respektieren, dass die Rechts- und Handlungsfähigkeit durch die Unterstützung nicht eingeschränkt wird. Dies bedeutet insbesondere auch, dass Sozialhilfeorgane diese Fähigkeiten nicht einschränken dürfen.

- ▶▶ Einerseits bedeutet dies, dass unterstützte Personen nicht mit Auflagen dazu verpflichtet werden dürfen, ein bestehendes Mietverhältnis oder eine Versicherung zu kündigen.

In solchen Fällen haben sich Auflagen darauf zu beschränken, eine günstigere Wohnung oder eine günstigere Versicherung zu suchen.

- ▶ Andererseits wird das Sozialhilfeorgan auch daran gehindert, seinerseits Rechte und Pflichten in Namen von unterstützten Personen zu begründen.

Dies ist nur mit Vorliegen einer entsprechenden Vollmacht zulässig. In Bezug auf Vollmachten ist darauf zu achten, dass diese nur dann gültig sind, wenn sie von den unterstützten Personen in voller Kenntnis des betreffenden Rahmens erteilt wurden. Vollmachten sind abhängig von den konkreten Bedürfnissen des Einzelfalls zu vereinbaren.

Die Sozialhilfeorgane haben **unterstützte Personen über ihre Rechten und Pflichten schriftlich zu informieren** und sich dies bestätigen zu lassen. Auf mögliche Folgen falscher oder unvollständiger Angaben ist hinzuweisen. Sozialhilfeorgane haben die Rechte auf Akteneinsicht, Orientierung, Äusserung und Mitwirkung in der Sachverhaltsabklärung zu wahren. Sie haben Anträge zu prüfen und begründete Entscheide zu erlassen.

- ▶ **Rechtliches Gehör und Akteneinsicht:** Die Sozialhilfeorgane eröffnen nach Massgabe des kantonalen Rechts einschneidende Entscheide schriftlich und unter Angabe der Rechtsmittel. Nicht vollumfänglich gutgeheissene Gesuche sowie belastende Verfügungen sind zu begründen.

Die Begründung muss so umfassend sein, dass die Tragweite der Verfügung beurteilt und diese allenfalls, in voller Kenntnis der Umstände, an die Einsprache- bzw. Beschwerdeinstanz weitergezogen werden kann. In der Verfügung müssen die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Sozialhilfeorgan leiten liess.

Zudem haben die Sozialhilfeorgane in der Beschaffung, Bearbeitung und Bekanntgabe von Personendaten die geltenden **Datenschutzbestimmungen** zu beachten.

5. Versicherte Personen

Da es sich bei der Sozialhilfe nicht um eine Versicherung handelt, gibt es hier keine versicherten Personen. **Nutznieser der öffentlichen Sozialhilfe sind alle Bedürftigen mit Wohnsitz in der Schweiz** (Schweizer/innen, Ausländer/innen, Flüchtlinge und Asylsuchende).

Als bedürftig im materiellen Sinn gilt eine Person, die für sich und ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht über genügend Mittel zur Befriedigung notwendiger Lebensbedürfnisse verfügt. Folglich muss neben einer gesetzlichen Grundlage stets eine Notlage der betreffenden Person bestehen, bis diese an die Sozialhilfeorgane gelangen kann. Hierbei spielt das Selbstverschulden keine Rolle.

5.1 Hilfe in Notlagen

Personen ohne Recht auf Verbleib in der Schweiz haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Gelangen sie in der Schweiz in eine Notlage, haben sie Anspruch auf Hilfe in Notlagen in folgendem Umfang:

- ▶ Wenn eine Rückreise möglich und zumutbar ist, beschränkt sich der Anspruch auf Notfallhilfe, namentlich die Rückreisekosten und Essensgeld.

- ▶ Solange eine Rückreise nicht möglich oder zumutbar ist, besteht ein Anspruch auf Nahrung, Obdach, Kleidung und medizinische Grundversorgung.

Das Recht auf Hilfe in Notlagen ist ein Menschenrecht (BV 12). Alle Menschen, die sich im Hoheitsgebiet der Schweiz in einer materiellen Notlage befinden oder wo eine solche unmittelbar droht, haben einen Anspruch auf Stützung durch die Gemeinschaft, soweit notwendige Güter und Leistungen betroffen sind (Mindestgarantie).

- ▶▶ Der Anspruch auf Hilfe in Notlagen ist ein sogenannter Kerngehalt der Grundrechtsgarantien und ist daher unantastbar, der Anspruch darf nicht eingeschränkt werden (BV 36 IV).
- ▶▶ Der Anspruch auf Hilfe in Notlagen muss auch in jenen Fällen gewahrt werden, wo das kantonale Sozialhilferecht weitergehende Leistungskürzungen oder (Teil-)Einstellungen der Sozialhilfe als Sanktion vorsieht.

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

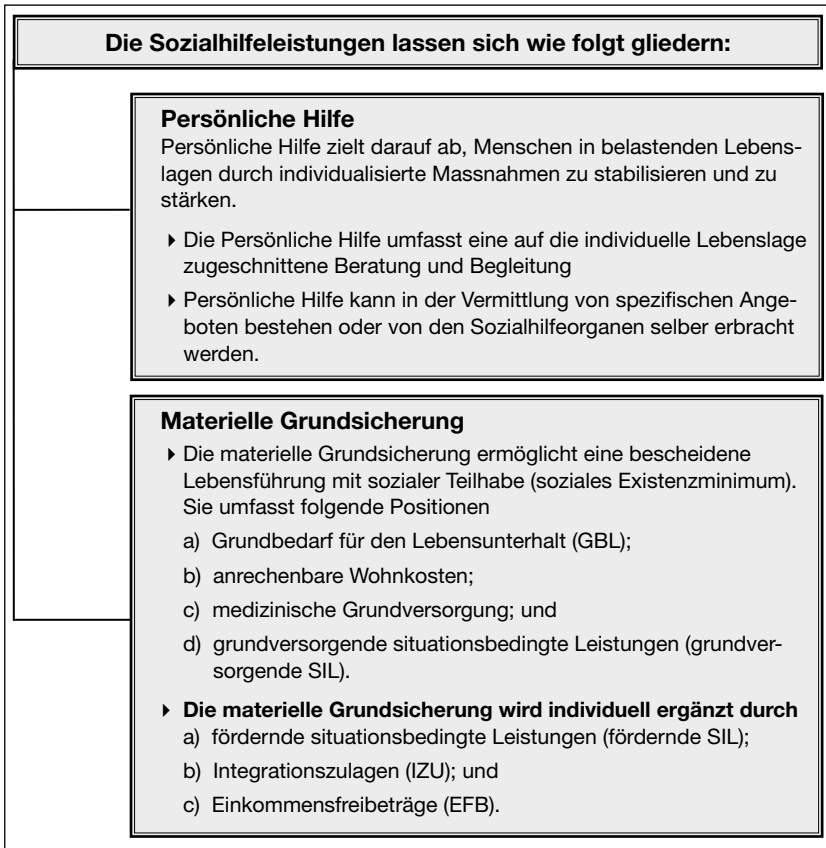
Finanziert werden die Aufwendungen der öffentlichen Sozialhilfe durch Steuereinnahmen. Die hilfspflichtige Gemeinde bzw. der zuständige Kanton tragen die Kosten der persönlichen und der wirtschaftlichen Hilfe selbst, sofern das Bundesrecht, interkantonale Vereinbarungen oder kantonale Verordnungen nichts anderes vorsehen.

In einigen Kantonen besteht ein eigentlicher Lastenausgleich (z.B. Bern) oder die Kantone beteiligen sich durch Staatsbeiträge an den Sozialhilfenaufwendungen der Gemeinden.

6.2 Beitragspflichtige Personen

Da die Sozialhilfe keine Versicherung ist, entfällt die direkte Beitragspflicht der Bevölkerung. Wie erwähnt, wird die öffentliche Sozialhilfe ausschliesslich über Steuergelder finanziert.

7. Leistungsübersicht



Die öffentliche Sozialhilfe wendet das Prinzip der Individualisierung an. Dies bedeutet, dass die Leistungen auf die einzelne bedürftige Person, ihre Angehörigen und ihre soziale Situation bezogen sind. Die Organe der öffentlichen Sozialhilfe haben die Verhältnisse der Hilfe suchenden Person sorgfältig zu prüfen, die Ursachen der Notlage zu ermitteln und diese nach Möglichkeit zu beseitigen – ohne sich dabei in eine Richterrolle zu begeben.

Im Gegensatz zu den Berechnungsformen betriebs- oder sozialversicherungsrechtlicher Existenzminima **kennt die Sozialhilfe keinen allgemein verbindlichen Berechnungsmodus**, der auf einem Kalkulationsblatt oder in einem Schema wiedergegeben werden könnte.

7.1 Grundprinzipien der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe kennt fundamentale Begriffe, die in der Gesetzgebung vielfach nur angedeutet werden: Wahrung der Menschenwürde, Subsidiarität, Individualisierung, Bedarfsdeckung, Angemessenheit der Hilfe, Professionalität, Wirtschaftlichkeit sowie Leistung und Gegenleistung.

7.1.1 Subsidiarität

Sozialhilfe wird dann gewährt, wenn die bedürftige Person sich nicht selbst helfen kann und wenn die Hilfe von dritter Seite nicht oder nicht rechtzeitig erhältlich ist. Es besteht somit kein Wahlrecht zwischen vorrangigen Hilfsquellen und der Sozialhilfe.

Die Sozialhilfe ist subsidiär gegenüber den

▶ **Möglichkeiten der Selbsthilfe**

Die Hilfe suchende Person ist verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen, um eine Notlage aus eigenen Kräften abzuwenden oder zu beheben. Namentlich sind Einkommen, Vermögen, freiwillige Zuwendungen und die eigene Arbeitskraft zu verwerten sowie Ansprüche gegenüber Dritten geltend zu machen.

▶ **Leistungsverpflichtungen Dritter**

Dem Bezug der Sozialhilfe gehen alle privat- oder öffentlich-rechtlichen Ansprüche vor, so z.B. Sozialversicherungsleistungen, Alimente, Ansprüche aus Verträgen, Schadenersatzansprüche und Stipendien.

▶ **freiwilligen Leistungen Dritter**

Grundsätzlich sind auch Leistungen Dritter, die ohne rechtliche Verpflichtung erbracht werden, der Sozialhilfe vorzuziehen.

7.1.2 Individualisierte Hilfe und Ermessen

Im Gegensatz zu den Sozialversicherungen und dem Bedarfsrentensystem der Versorgung (z.B. den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV), wo gezielt nach gesetzlichen Vorgaben Lücken geschlossen werden, fällt in der Sozialhilfe der Betreuung und dem Ermessen zentrale Bedeutung zu. Das systemleitende Prinzip der Individualisierung verlangt, dass Hilfeleistungen jedem einzelnen Fall im Rahmen des Ermessens und der rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden. Sie entsprechen sowohl den Zielen der Sozialhilfe als auch dem Bedarf der betroffenen Person.

7.1.3 Bedarfsdeckung

Die Sozialhilfe soll einer Notlage abhelfen, die individuell, konkret und aktuell ist. Die Hilfe darf nicht von den Ursachen der Notlage abhängig gemacht werden. Die Sozialhilfeleistungen werden nur für die Gegenwart und, sofern die Notlage anhält, für die Zukunft ausgerichtet. (Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf Übernahme der Schulden durch die Sozialhilfe). Dabei sollen unterstützte Personen materiell nicht bessergestellt werden als jene ohne Anspruch auf Unterstützung, die wirtschaftlich in bescheidenen Verhältnissen leben.

- ▶ Die Orientierung am Bedarf bedeutet, dass jeweils das sozialhilferechtliche Existenzminimum massgebend ist.

Die Leistungen der Sozialhilfe sind weitgehend pauschalisiert. Je nach Lebensform und dem damit verbundenen Bedarf kann aber eine punktuelle Anpassung notwendig sein. So bestehen je nach Umständen abweichende Richtlinien für die Deckung des Grundbedarfs für den Lebensunterhalt (vgl. 10.1.1) sowie der Wohnkosten. Besonderen gesundheitlichen, wirtschaftlichen, persönlichen und familiären Lagen kann zudem mit situationsbedingten Leistungen entsprochen werden.

Nicht nur die wirtschaftliche Hilfe ist auf den Einzelfall anzupassen, sondern auch die persönliche Hilfe. Sie beinhaltet eine sorgfältige Situationsabklärung, Planung, Evaluation und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Dies kann auch zum Ergebnis führen, dass auf Auflagen zur beruflichen Integration verzichtet wird, weil keine realistische Aussicht auf eine nachhaltige berufliche Integration besteht.

- ▶ Im Unterschied zu den meisten Sozialversicherungen beruht die Sozialhilfe auf dem **Finalprinzip**: Ihre Leistungen dürfen nicht von den Ursachen einer Notlage abhängig gemacht werden.

7.1.4 Leistung und Gegenleistung

Massnahmen und Programme zur beruflichen und sozialen Integration basieren auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung. Die Erwerbstätigkeit wird mit einem Einkommensfreibetrag honoriert, andere Bemühungen um soziale und/oder berufliche Integration mit einer Integrationszulage.

Sozialhilfe hat neben ihrer subsidiären Funktion als letztes Auffangnetz auch die Aufgabe zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration beizutragen. Dazu werden besondere Arbeits- und Integrationsangebote zur Verfügung gestellt (Leistung). Die Teilnahme an geeigneten Angeboten kann verlangt werden (Gegenleistung).

Basis dazu bilden eine systemische Abklärung der wirtschaftlichen, persönlichen und sozialen Situation der hilfeschendenden Person und der daraus abgeleitete Hilfsplan.

7.1.5 Professionalität

Unterstützte Personen werden professionell beraten und begleitet. Sozialhilfe orientiert sich an einem positiven Menschenbild und an den Ressourcen der unterstützten Personen. **Im Fokus steht die Maxime von angemessenem Fördern und Fordern.** Dies setzt voraus, dass die Hilfe von Fachpersonen, namentlich der sozialen Arbeit, ausgerichtet wird und unterstützte Personen bedarfsgerecht beraten und begleitet werden.

Um die Anforderungen an einen professionellen Sozialdienst erfüllen zu können, ist den Vollzugsorganen ein ausreichender Ermessensspielraum zuzugestehen und sie müssen mit ausreichend personellen, finanziellen und strukturellen Ressourcen ausgestattet werden.

7.1.6 Koordination mit Dritten – Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ

Sozialhilfe ist eine Verbundaufgabe und wird in Koordination mit anderen Leistungszweigen der sozialen Sicherheit erbracht. Ergänzt und gestärkt wird die Sozialhilfe durch das Einbinden privater Strukturen und Ressourcen (Familie, Nachbarschaft, Vereine, Freiwilligenarbeit).

- ▶ Einen Beitrag zur Koordination der Sozialhilfe mit Dritten leisten die Arbeiten der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ). Dieser kommt in der Arbeits- und der Bildungsintegration von Sozialhilfebeziehenden eine wichtige Rolle zu.

Unter dem Begriff IIZ wird die Zusammenarbeit von verschiedenen Institutionen im Bereich der sozialen Sicherung und der Bildung verstanden. IIZ wird in den Kantonen in unterschiedlicher Ausprägung interpretiert.

IIZ umfasst Modelle der formalen und informalen Kooperation in Bezug auf Strategien, operative Prozesse, Koordination von Angeboten und Zusammenarbeit auf Einzelfallebene. Wichtig für die Arbeit auf der Einzelfallebene sind geklärte Abläufe und Zuständigkeiten, ein regelmässiger Austausch und ein gemeinsames Verständnis der unterschiedlichen Systemlogiken. Hierzu gehört auch die Klärung des Daten- und Informationsaustausches.

► In vielen Kantonen sind verbindliche Abläufe und Vereinbarungen über die Zusammenarbeit abgeschlossen worden.

8. Anspruchsberechtigte Personen

Die strenge nationalitätenbedingte Unterteilung drängt sich in Bezug auf die Anspruchsvoraussetzungen in der Sozialhilfe nicht auf. Von der systematischen Unterteilung in

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

wird abgesehen. Denn massgebend ist, ob die Hilfe suchende Person ihren **Wohnsitz und Aufenthalt in der Schweiz** hat. Ist dies gegeben, gelten für alle die analogen Bestimmungen.

8.4 Gliederung aufgrund des Wohnsitzes und Aufenthalts

8.4.1 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz

Im interkantonalen Verhältnis gilt bezüglich Unterstützung für hilfsbedürftige Schweizer Bürger/innen (wie auch für Ausländer/innen) das **Prinzip der wohnörtlichen Unterstützung**. Der Kanton – bzw. die zuständige Gemeinde – ist für die Hilfeleistung zuständig (soweit deren Gesetzgebung, das Bundesrecht und völkerrechtliche Verträge für Angehörige anderer Staaten nichts Spezielles vorsehen).

Die bedürftige Person hat ihren Unterstützungswohnsitz in dem Kanton, in dem sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens – für Ausländer/innen im Umfang der Aufenthaltsbewilligung – aufhält (ZUG 4). Dabei dürfen weder an die Absicht noch an die Dauer des Verbleibens zu strenge Anforderungen gestellt werden; massgebend ist einzig, dass sich der Lebensmittelpunkt tatsächlich am Ort befindet.

Die Behörden dürfen eine bedürftige Person nicht veranlassen, aus dem Wohnkanton wegzuziehen, wenn dies nicht in ihrem Interesse liegt (**Verbot der Abschiebung** ZUG 10). Widerhandlungen haben für längstens fünf Jahre einen Verbleib des bisherigen Unterstützungswohnsitzes zur Folge.

Zu beachten ist, dass die Bundesverfassung das Wohnortsprinzip nur im interkantonalen Verhältnis einführt. Die Kantone ihrerseits sind somit bundesrechtlich nicht verpflichtet, das Prinzip der wohnörtlichen Unterstützung auch innerkantonal anzuwenden.

8.4.1.1 Aufenthalt in Heimen und Spitälern

Der Aufenthalt in einem Heim, einem Spital oder einer anderen Institution sowie die Unterbringung einer volljährigen Person in einer Pflegefamilie begründen keinen Unterstützungswohnsitz. Dies ungeachtet davon, ob dieser Aufenthalt freiwillig oder unfreiwillig erfolgt (ZUG 9 III).

Massgebend ist demzufolge der letzte Wohnsitz bzw. Sitz der KESB (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde).

8.4.1.2 Fehlender Unterstützungswohnsitz

Das ZUG von 1990 regelt in Art. 12 II, dass für diejenigen Bedürftigen, die keinen Unterstützungswohnsitz haben, der Aufenthaltskanton für die Unterstützung zuständig ist.

Der Begriff «Aufenthalt» wird in ZUG 11 definiert: als Aufenthalt gilt die tatsächliche Anwesenheit in einem Kanton; dieser wird als Aufenthaltskanton bezeichnet. Wenn eine offensichtlich hilfsbedürftige, insbesondere erkrankte oder verunfallte Person auf ärztliche oder behördliche Anordnung in einen anderen Kanton verbracht wurde, gilt der Kanton als Aufenthaltskanton, von dem aus die Zuweisung erfolgte (ZUG 11 II).

Die Bestimmung berücksichtigt vor allem die Suchtkranken, die in der Regel keinen Unterstützungswohnsitz haben, jedoch meistens eine intensive und kostspielige Betreuung benötigen. Die Hilfeleistung des Aufenthaltskantons soll genauso umfassend sein wie jene als Wohnkanton. Eine Beschränkung auf unaufschiebbare Notfallhilfe oder die Rückforderung der erbrachten Leistungen vom Heimatkanton ist nach geltendem Recht nicht zulässig.

8.4.1.3 Notfälle

Der Aufenthaltskanton ist unterstützungspflichtig, wenn eine Person mit Schweizer Bürgerrecht ausserhalb ihres Wohnkantons auf die sofortige Hilfe angewiesen ist (ZUG 13). Wurde entsprechende Notfallhilfe geleistet, vergütet der Wohnkanton dem Aufenthaltskanton die notwendig gewordenen Kosten und die Kosten für die Rückkehr der unterstützten Person an ihren Wohnort.

8.4.1.4 Zuständigkeitsregelung im Kanton Zürich, vgl. Sozialhilfegesetz § 32 ff.

8.4.2 Personen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz

8.4.2.1 Personen mit Schweizer Bürgerrecht im Ausland und heimkehrende Auslandschweizer/innen

Massgebend sind das Bundesgesetz über Schweizer Personen und Institutionen im Ausland, kurz Auslandschweizergesetz (ASG), und die entsprechende Verordnung. Der Bund gewährt im Rahmen dieses Gesetzes Auslandschweizern und -schweizerinnen, welche sich in einer Notlage befinden, Fürsorgeleistungen. Auslandschweizer/innen im Sinn dieses Gesetzes sind Personen mit Schweizer Bürgerrecht, welche im Ausland Wohnsitz haben oder sich dort seit mehr als drei Monaten aufhalten. Müssen Auslandschweizer/innen, die sich mindestens drei Jahre im Ausland aufgehalten haben, nach ihrer Rückkehr in die Schweiz unterstützt werden, übernimmt der Bund die Kosten für längstens drei Monate.

Doppelbürger/innen, deren ausländisches Bürgerrecht vorherrscht, werden in der Regel nicht unterstützt (Kriterien: Passbesitz, Immatrikulation, freiwillige AHV-Beitragsleistung, Mitwirken in CH-Kolonie). Art und Mass der Sozialhilfe richten sich nach den besonderen Verhältnissen des Aufenthaltsstaates unter Berücksichtigung der notwendigen Lebensbedürfnisse einer sich dort aufhaltenden Person mit Schweizer Bürgerrecht.

Einer hilfsbedürftigen Person kann die Heimkehr in die Schweiz nahegelegt werden, sofern dies in ihrem wohlverstandenen Interesse oder in dem ihrer Familie liegt. In diesem Fall – oder wenn sich eine hilfsbedürftige Person von sich aus zur Heimkehr entschliesst – übernimmt der Bund die Heimreisekosten anstelle von Aufwendungen für eine weitere Unterstützung im Ausland.

Soweit eine familienrechtliche Unterhalts- und Unterstützungspflicht besteht, bleibt diese vorbehalten.

Rückerstattung: Unterstützungen sind zurückzuerstatten, wenn die unterstützte Person keiner Hilfe mehr bedarf und ein angemessener Lebensunterhalt für sie und ihre Familie sichergestellt ist. Über die Rückerstattung entscheidet die Polizeibehörde.

Kostenverteiler: Der Bund trägt die Kosten für die aufgrund dieses Gesetzes ausgerichteten Unterstützungen. Aufwendungen, welche ein anderer Staat aufgrund eines Fürsorgeabkommens mit der Schweiz zurückfordern kann, sind durch den Heimatkanton (zuständiges Gemeinwesen) zu tragen.

8.4.2.2 Personen ohne Schweizer Bürgerrecht

Der Aufenthaltskanton ist auch für Ausländer/innen, welche sich in der Schweiz aufhalten, hier aber keinen Wohnsitz haben (ZUG 21 I), im Sinn der Notfallhilfe unterstützungspflichtig (vgl. 9.1 und 9.1.1). Er kann jedoch nach Abschluss der sofortigen Hilfe die Rückkehr der bedürftigen Person in den Wohnsitz- oder Heimatstaat veranlassen (ZUG 21 II).

8.4.2.3 Asylsuchende und Flüchtlinge

Gemäss Asylgesetz des Bundes haben die Kantone die Fürsorge für Personen, die sich gestützt auf dieses Gesetz in der Schweiz aufhalten, zu gewährleisten. Dies unter der Voraussetzung, dass diese Personen ihren Unterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können und nicht Dritte aufgrund einer gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtung für sie aufkommen müssen.

Die Asylverordnung 2 hält fest:

- ▶ Für Flüchtlinge, Staatenlose und Schutzbedürftige mit Aufenthaltsbewilligung richten sich die Festsetzung, die Ausrichtung und die Einschränkung der Sozialhilfeleistungen nach kantonalem Recht. Dabei ist die Gleichbehandlung mit der einheimischen Bevölkerung zu gewährleisten.
- ▶ Für Asylsuchende, Staatenlose und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung gilt ebenfalls das kantonale Recht, sofern das Asylgesetz 82 IV und 83 I keine abweichenden Bestimmungen enthalten.
- ▶ Personen, mit einem rechtskräftigen Nichteintretensentscheid oder einem rechtskräftigen abgewiesenen Asylgesuch, deren Ausreisefrist angesetzt worden ist, und für vorläufig Aufgenommene richtet sich die Festsetzung der Nothilfeleistung generell nach kantonalem Recht.

Der Bund entschädigt die für die individuelle Unterstützung bedürftiger Asylsuchender zuständigen Stellen (Erstphasenträger bzw. Gemeinden) in Form von Unterstützungspauschalen.

Sozialhilfe im Asyl- und Flüchtlingsbereich

Quelle: BFS Feb. 2023 (SH-FlüStat)

Die Sozialhilfestatistik im Flüchtlingsbereich (SH-FlüStat) berücksichtigt in die finanzielle Zuständigkeit des Bundes fallende sozialhilfebeziehende Flüchtlinge mit Asyl (Ausweis B). Seit der Einreichung ihres Asylgesuches sind weniger als fünf Jahre vergangen. Weiter enthält die Statistik vorläufig aufgenommene Flüchtlinge (Ausweis F9), die seit weniger als sieben Jahre in der Schweiz sind.

Im Jahr 2022 bezogen insgesamt 22 545 Personen im Flüchtlingsbereich Sozialhilfe, was einer Sozialhilfequote von 81,2 Prozent entspricht. Über die Hälfte (55,5%) der Sozialhilfebeziehenden im Flüchtlingsbereich sind Kinder und junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren. Der Anteil (52,2%) der Männer ist höher als derjenige der Frauen. Die meisten unterstützten Privataushalte (53,6%) sind Einpersonendossiers.

9. Sachleistungen

Wie bereits in der Leistungsübersicht (Absatz 7 I) erwähnt, wird in der öffentlichen Sozialhilfe der Individualisierung grosse Bedeutung zugemessen. Dadurch kennt die Sozialhilfe für das Gewähren von Leistungen auch keine fixen Berechnungsformeln, wie sie in den Sozialversicherungen oder im Betreibungsrecht bestehen. **In der Folge erweist sich die Aufteilung in Geld- und Sachleistungen als unzweckmässig.**

Deshalb erfolgen an dieser Stelle ein Hinweis auf die Nothilfe sowie eine Übersicht zur persönlichen Hilfe. Unter Absatz 10, Geldleistungen, werden die – für Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz – tragenden Elemente der SKOS-Richtlinien vorgestellt.

9.1 Nothilfe

Garantie der Bundesverfassung

Das Recht auf Hilfe in Notlagen ist ein Menschenrecht (BV 12). Alle Menschen, die sich im Hoheitsgebiet der Schweiz in einer materiellen Notlage befinden oder wo eine solche unmittelbar droht, haben einen Anspruch auf Stützung durch die Gemeinschaft, soweit notwendige Güter und Leistungen betroffen sind (Mindestgarantie). Der Anspruch auf Hilfe in Notlagen ist ein sogenannter Kerngehalt der Grundrechtsgarantien und **ist daher unantastbar; der Anspruch darf nicht eingeschränkt werden** (BV 36 IV).

Personen, denen kein Bleiberecht zusteht, erhalten bei Bedarf nur Nothilfe.

(Die Unterstützung von ausländischen Personen ohne Bleiberecht in der Schweiz ist in ZUG 21 geregelt). Dies betrifft:

- ▶ Asylsuchende mit einem rechtskräftigen Negativentscheid und einer rechtskräftigen Wegweisung (inklusive Dublin-Out)
- ▶ Personen, deren vorläufige Aufnahme aufgeschoben wurde
- ▶ Personen, die das Bleiberecht nach Ausländerrecht verloren haben

Entsprechend ist dieses Unterstützungssystem auf Personen aus der regulären Wohnbevölkerung nicht anwendbar. Vorbehalten bleibt das Sanktionssystem: Der Anspruch auf Hilfe in Notlagen muss auch in jenen Fällen gewährt werden, wo das kantonale Sozialhilferecht weitergehende Leistungskürzungen oder (Teil-)Einstellungen der Sozialhilfe als Sanktion vorsieht. Die SODK (Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren und -direktorinnen) hat zur Nothilfe Empfehlungen herausgegeben.

9.1.1 **Unterstützung für Personen ohne Bleiberecht**

Gelangen Personen ohne Recht auf Verbleib in der Schweiz in eine Notlage, haben sie Anspruch auf Hilfe in Notlagen in folgendem Umfang:

- ▶ Wenn eine Rückreise möglich und zumutbar ist, beschränkt sich der Anspruch auf Notfallhilfe, namentlich die Rückreisekosten und Essensgeld.
- ▶ Solange eine Rückreise nicht möglich oder zumutbar ist, besteht ein Anspruch auf Nahrung, Obdach, Kleidung und medizinische Grundversorgung.

9.2 **Persönliche Hilfe (für Personen mit Bleiberecht in der Schweiz)**

Die persönliche Hilfe zielt darauf ab, Menschen in belastenden Lebenslagen durch individualisierte Massnahmen zu stabilisieren und zu stärken. Sozialhilfe hat die Existenz von unterstützten Personen zu sichern und ihre soziale und berufliche Integration zu fördern. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es in der Regel mehr als materieller Sozialhilfe.

- ▶▶ Persönliche Hilfe soll diese Lücke füllen und Notlagen verhindern oder überwinden.
- ▶▶ Persönliche Hilfe ist im Bedarfsfall auch dann zu erbringen, wenn kein Anspruch auf wirtschaftliche Unterstützung besteht.

Anspruch auf persönliche Hilfe

Dieser Anspruch ist verfassungsrechtlich verankert und gilt damit auch in jenen Kantonen, die in ihrem Sozialhilferecht keine persönliche Hilfe vorsehen. Gemäss BV 12 haben Personen in einer Notlage und zur Sicherung eines menschenwürdigen Daseins ein Anspruch «auf Hilfe und Betreuung», soweit sie sich nicht selber helfen können.

9.2.1 **Anspruch auf Unterstützung**

Anspruch auf persönliche Hilfe haben Personen, die eine belastende Lebenslage nicht selbständig zu bewältigen vermögen.

- ▶▶ Aber nicht jede Schwierigkeit in der Lebensführung verschafft einen Anspruch auf persönliche Hilfe. Anbetracht der Prinzipien der Sozialhilfe (7.1) ist vorausgesetzt, dass sich Betroffene selbst helfen oder vorhandene Hilfe Dritter in Anspruch nehmen. Nur, wenn so die belastende Lebenslage nicht bewältigt werden kann, besteht Anspruch auf persönliche Hilfe.

Persönliche Hilfe wird im Einvernehmen mit der hilfesuchenden Person gewährt und ist an kein bestimmtes Verfahren gebunden. Ein Sozialhilfeorgan bietet sie von sich aus an, wenn ein Bedarf erkennbar ist.

Persönliche Hilfe umfasst eine auf die individuelle Lebenslage zugeschnittene Beratung und Begleitung. Sie kann in der Vermittlung von spezifischen Angeboten bestehen oder von den Sozialhilfeorganen selbst erbracht werden.

a) **Beratung, Begleitung und Vermittlung**

Die persönliche Hilfe ist grundsätzlich nicht beschränkt. Sie kann neben Gesprächen auch Schreibhilfen, Unterstützung bei Arbeits- und Wohnungssuche, administrative Korrespondenz mit Sozialversicherungen bis hin zu aufwändigen Abklärungen umfassen.

b) **Freiwillige Einkommensverwaltung**

Eine häufige Form der persönlichen Hilfe ist die freiwillige Einkommensverwaltung durch Sozialdienste. Sie ist nur möglich, wenn eine Person auf Unterstützung angewiesen ist, um ihre finanziellen Angelegenheiten zu besorgen und die vorhandenen knappen Mittel sachgerecht einzusetzen.

Vorausgesetzt ist, dass das Sozialhilfeorgan von der unterstützten Person mit der Einkommensverwaltung beauftragt und dazu ermächtigt wird, sie gegenüber Dritten rechtsgültig zu vertreten. Je nach Grad der Beeinträchtigung der unterstützten Person ist jedoch eine Meldung an die zuständige KESB (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde) zu prüfen, damit diese weitere Massnahmen prüfen kann.

c) **Schuldenberatung**

- ▶ Sozialhilfeleistungen sind dazu bestimmt, den aktuellen Lebensunterhalt zu sichern, nicht aber um bestehende Schulden zu sanieren. Deshalb können rückwirkend keine Leistungen erbracht oder Schulden aus Sozialhilfegeldern beglichen werden.

In verschiedenen Kantonen existieren **Schuldenberatungsstellen** mit einem unterschiedlichen Beratungsangebot. Teilweise können sie ihre Dienstleistungen unentgeltlich anbieten, weil sie von der öffentlichen Hand subventioniert sind. (Zunehmend gehen diese Spezialstellen dazu über, zeitintensive Beratungen, die fachliches Know-how erfordert und Langzeitberatungen personenbezogen und verursachergerecht in Rechnung zu stellen).

Schuldensanierungen und damit verbundene Lohnverwaltungen dauern mehrere Jahre und erfordern ein stetiges Stabilisieren der Situation der betroffenen Personen. Betroffene verfügen in der Regel – selbst wenn sie ihren Lebensunterhalt mit eigenem Einkommen zu decken vermögen – nicht über die finanziellen Mittel, um die Beratungs- und Sanierungsleistung der Schuldenberatungsstelle zu bezahlen. Sie werden laufend von den Gläubigern bedrängt oder haben bereits Pfändungsverfügungen erhalten.

- ▶ Die SKOS empfiehlt die Beratungsleistungen derjenigen Schuldenberatungsstellen zu finanzieren, die dem Verband Schuldenberatung Schweiz (www.schulden.ch) angeschlossen sind und sich den Beratungsgrundsätzen dieses Fachverbandes verpflichten.

Die Verschuldenssituation ist auch in der Prüfung von Gesuchen um Erlass oder Stundung sozialhilferechtlicher Rückerstattungspflichten zu würdigen.

10. Geldleistungen

Richtlinien der SKOS

Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) gibt seit 1963 Richtlinien für die Bemessung von finanziellen Sozialhilfeleistungen heraus. Es handelt sich dabei um kommentierte Empfehlungen zuhanden der Sozialhilfeorgane des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie Organisationen privater Sozialhilfe. Die SKOS-Richtlinien werden von der schweizerischen Konferenz der Sozialdirektorinnen und -direktoren verabschiedet und den Kantonen zur Anwendung empfohlen. Sie sind für Sozialdienste und Sozialbehörden ein wichtiges Arbeitsinstrument.

Die SKOS-Richtlinien sind Empfehlungen, die durch die kantonale Gesetzgebung und die kommunale Rechtsetzung und Rechtsprechung verbindlich werden.

Rechtliche Verankerung der SKOS-Richtlinien in der Gesetzeshierarchie der Kantone	
Quelle: SKOS-Monitoring Sozialhilfe 2021, Bern 2021	
Stufe der Verankerung	Kantone
Im Gesetz	AR, FR, GE, GL, LU, SG, SH, SO, TI, UR, VD, VS
In Verordnungen	AG, AR, BE, FR, GE, GR, JU, NE, NW, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG, ZH
In Direktiven, Handbüchern oder Reglementen	AI, AR, BE, BL, BS, FR, LU, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH

10.1 Die materielle Grundsicherung

Die materielle Grundsicherung ermöglicht eine bescheidene Lebensführung mit sozialer Teilhabe (soziales Existenzminimum).

Die materielle Grundsicherung umfasst:

- den **Grundbedarf für den Lebensunterhalt** (GBL), der nach der Grösse des Haushalts abgestuft ist;
- die **anrechenbaren Wohnkosten** samt den üblichen Nebenkosten;
- die **medizinische Grundversorgung**, inkl. Selbstbehalten und Kosten für notwendige Zahnbehandlung;
- grundversorgende situationsbedingte Leistungen** (grundversorgende SIL).

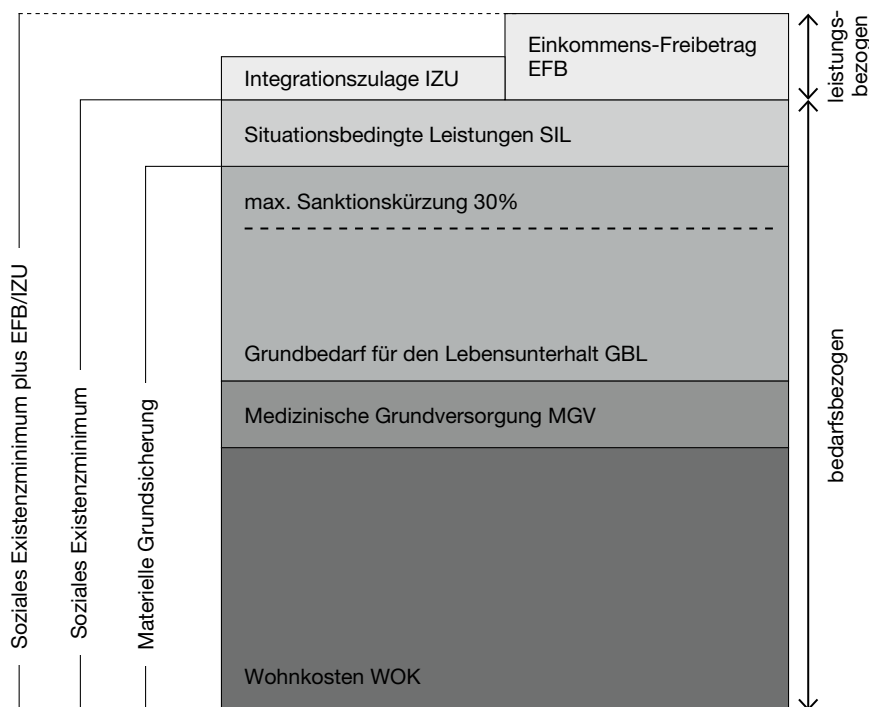
Die materielle Grundsicherung wird individuell ergänzt durch:

- fördernde situationsbedingte Leistungen (fördernde SIL);
- Integrationszulagen (IZU);
- Einkommensfreibeträge (EFB)

Die materielle Grundsicherung umfasst alle in einem Privathaushalt notwendigen Ausgabenpositionen. **Abweichungen** von dieser Regelung sind nur im Rahmen der kantonalen Gesetzgebung oder im Rahmen der vorliegenden Richtlinien zulässig. Sie müssen durch das zuständige Sozialhilfeorgan begründet und verfügt werden.

- ▶ Die situationsbedingten Leistungen (SIL) sind Teil der materiellen Grundsicherung, wenn ihnen für den Haushalt eine grundversorgende Bedeutung zukommt, deren Übernahme mit Blick auf die Ziele der Sozialhilfe notwendig ist.

Bestandteile der materiellen Grundsicherung und mögliche Ergänzungen



Quelle: SKOS-Richtlinien, C.1/2022

Leistungen der Sozialversicherungen und normierte Bedarfsleistungen gehen der Sozialhilfe vor. Sie sind im Budget der unterstützten Person vollumfänglich anzurechnen. Dies gilt selbstverständlich auch für Leistungen im Rahmen der gebundenen und der freien Vorsorge (Säule 3a/3b).

Nicht zur materiellen Grundsicherung gehören

- ▶ AHV-Mindestbeiträge
aufgrund von AHVG 11 und IVG 3 übernimmt das Gemeinwesen die Mindestbeiträge
- ▶ Steuern (laufende und Steuerschulden)
- ▶ Unterhaltsbeiträge
Wenn die unterstützte Person Alimenteverpflichtungen hat, werden sie nicht ins Unterstützungsbudget aufgenommen, weil sie nicht der eigenen Existenzsicherung – bzw. der des eigenen Haushalts dienen
- ▶ Schulden
Grundsätzlich werden Schulden nicht in der Budgetberechnung angerechnet. Die Sozialhilfe orientiert sich am Bedarfsdeckungsprinzip und erbringt

nur Leistungen, die auf die konkrete und aktuelle Notlage bezogen sind. (Sie richtet keine rückwirkenden Leistungen aus).

Ausnahmsweise kann die Sozialhilfe Schulden übernehmen, wenn dadurch eine drohende Notlage verhindert wird (z.B. Mietzinsausstände).

Anspruchsvoraussetzungen betreffend materielle Grundsicherung

Einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wer nicht oder nicht rechtzeitig (Bevorschussung) in der Lage ist, die materielle Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Ansprüchen zu decken.

Die Höhe der materiellen Grundsicherung ergibt sich aus der Anzahl Personen einer Unterstützungseinheit, die zusammen in einem Haushalt lebt. Einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung hat, wer nicht oder nicht rechtzeitig (Bevorschussung) in der Lage ist, die materielle Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Ansprüchen zu decken.

- ▶ Um eine drohende oder vorübergehende Notlage abzuwenden, können Leistungen einmalig gewährt werden, auch wenn das soziale Existenzminimum aus eigenen Mitteln (knapp) gedeckt werden kann.

⇒ betr. Schwelleneffekte vgl. 11.3.1.

10.1.1 Grundbedarf für den Lebensunterhalt (GBL)

Der Grundbedarf für den Lebensunterhalt entspricht den alltäglichen Verbrauchsaufwendungen in einkommensschwachen Haushaltungen. Er stellt somit das Mindestmass einer auf Dauer angelegten menschenwürdigen Existenz dar.

Der Betrag liegt sowohl unter demjenigen für die Bemessung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV als auch dem von der Konferenz der Betriebs- und Konkursbeamten der Schweiz für die Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums empfohlenen Betrag. Deshalb darf er nur in begründeten Fällen und zeitlich befristet um einen bestimmten Prozentsatz unterschritten werden (vgl. 11.4).

Allen Bedürftigen, die in einem Privathaushalt leben und fähig sind, einen solchen zu führen, steht der Grundbedarf für den Lebensunterhalt zu. Er umfasst alle notwendigen Lebenshaltungskosten.

Im Detail umfasst der (GLB-)Warenkorb:

- ▶ Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren
- ▶ Bekleidung und Schuhe
- ▶ den Energieverbrauch ohne Wohnnebenkosten
- ▶ die allgemeine Lebensführung (Reparaturen, Unterhalt der Wohnung, laufende Haushaltsführung, Haushaltswäsche und Heimtextilien, Haushalts- und Küchengeräte)
- ▶ die persönliche Pflege (persönliche Ausstattung, pharmazeutische Produkte bzw. selbst bezahlte Medikamente, Sanitätsmaterial, Apparate und Artikel für die Körperpflege, Coiffeur)
- ▶ Verkehrsauslagen für den örtlichen Nahverkehr
- ▶ Nachrichtenübermittlung, Internet, Radio/TV (inklusive Audiovisuelle-, Foto- und EDV-Ausrüstung sowie Zubehör wie Drucker usw.)

- ▶ Bildung, Freizeit, Sport und Unterhaltung (inklusive Haustiere und Produkte für deren Haltung)
- ▶ Übriges (finanzielle Dienstleistungen wie Gebühren für die Kontenführung), Geschenke, Einladungen.

Die Zusammensetzung der Ausgabenpositionen und die Höhe des Grundbedarfs für den Lebensunterhalt orientieren sich an einem eingeschränkten Warenkorb an Gütern und Dienstleistungen des untersten Einkommensdezils, d.h. der einkommensschwächsten zehn Prozent der Schweizer Haushaltungen (gemäss Haushaltbudgeterhebung, HABE, des Bundesamts für Statistik). Auf diese Weise wird statistisch abgesichert, dass die Lebensunterhaltskosten von Unterstützten einem Vergleich mit den Ausgaben nicht unterstützter Haushaltungen, die in sehr bescheidenen Verhältnissen leben, standhalten.

Seit 2022 empfohlene Beträge für den Grundbedarf der Lebenshaltungskosten			
Quelle: SKOS-Richtlinien ab 2023			
Haushaltsgrösse	Pauschale (gerundet) mtl. CHF	Äquivalenz-Skala in Prozent	Pauschale pro Person (gerundet) mtl. CHF
1 Person ¹	1 031.–	100	1 031.–
2 Personen	1 577.–	153	789.–
3 Personen	1 918.–	186	639.–
4 Personen	2 206.–	214	552.–
5 Personen	2 495.–	242	499.–
pro weitere Person	+ 209.–		

¹ Für junge Erwachsene (d.h. 18- bis 25-Jährige) gelten spezielle Regelungen, die nachstehend unter Grundbedarf im Besonderen dargelegt werden.

Die Mehrheit der Kantone übernimmt den SKOS-Beträgen ermittelten Grundbedarf für den Lebensunterhalt (Einzelperson 2024 mtl. CHF 1031.–).

Die Waadt gewährt etwas mehr (mtl. CHF 1038.–), vier Kantone weniger:

Ansätze für Einzelpersonen:

mtl. CHF 1006.– Bern und St. Gallen

mtl. CHF 1015.– Fribourg

mtl. CHF 1022.– Jura

Diese Pauschalbeträge ermöglichen es unterstützten Personen, ihr verfügbares Einkommen selbst einzuteilen und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Ist eine unterstützte Person dazu nicht imstande, trifft die zuständige Stelle geeignete Massnahmen (Budgetberatung, Pro-rata-Auszahlungen, direkte Begleichung der anfallenden Kosten).

Die Anpassung des Grundbedarfs für den Lebensunterhalt an die **Teuerung** erfolgt im gleichen prozentualen Umfang wie die Teuerungsanpassung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV; dies spätestens mit einem Jahr Verzögerung.

10.1.1.1 Grundbedarf im Besonderen

Besondere Wohn- und Lebensumstände können eine Anpassung des berücksichtigten Grundbedarfs für den Lebensunterhalt rechtfertigen. So ist ggf. zu berücksichtigen, dass einzelne Positionen aus dem Warenkorb des Grundbedarfs im Allgemeinen nicht anfallen oder aber nicht (ausreichend) berücksichtigt werden.

Dies gilt (keine abschliessende Aufzählung) für Personen ohne festen Wohnsitz (Obdachlose), mit Unterkunft in einer Pension, mit fahrender Lebensweise oder mit alternierender Obhut.

» Personen in Zweck-Wohngemeinschaften

Darunter fallen Personengruppen, welche mit dem Ziel zusammenwohnen, die Miet- und Nebenkosten gering zu halten. Die Ausübung und Finanzierung der Haushaltsfunktionen (Wohnen, Essen, Waschen, Reinigen usw.) erfolgt vorwiegend nach Unterstützungseinheiten getrennt.

Möglich ist auch, dass Personen zwar keine Unterstützungseinheit bilden, aber innerhalb einer Zweck-WG dennoch eine familienähnliche Wohn- und Lebensgemeinschaft bilden (z.B. Konkubinatspaar innerhalb einer WG mit weiteren Personen).

⇒ Der Grundbetrag für den Lebensunterhalt wird unabhängig von der gesamten Haushaltsgrösse festgelegt. Er **bemisst sich nach der Anzahl Personen in der Unterstützungseinheit**. Der entsprechende Grundbedarf wird um 10 Prozent reduziert.

» Junge Erwachsene

Als «junge Erwachsene» gelten in der Sozialhilfe alle Menschen zwischen dem vollendeten 18. und dem vollendeten 25. Altersjahr. Mit dem Tag des 25. Geburtstags qualifiziert eine Person daher nicht mehr als jung erwachsen.

Junge Erwachsene in Zweck-Wohngemeinschaften erhalten zur Deckung ihres Lebensunterhalts anteilmässig den Grundbedarf auf der Basis eines Zweipersonenhaushalts.

Für junge Erwachsene in einem eigenen Haushalt wird der allgemeine Grundbetrag für den Lebensunterhalt um 20 Prozent reduziert, wenn der oder die junge Erwachsene:

- ▶ nicht an einer auf die arbeitsmarktliche Integration ausgerichteten Ausbildung oder Massnahme teilnimmt;
- ▶ keiner angemessenen Erwerbstätigkeit nachgeht; oder
- ▶ keine eigenen Kinder betreut.

» Personen in stationären Einrichtungen

Der Grundbetrag für Personen in stationären Einrichtungen orientiert sich an den kantonal anerkannten Beiträgen für persönliche Auslagen im Geltungsbereich des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG).

» Personen in besonderen Wohnformen

Der Grundbedarf für Personen in besonderen Wohnformen (z.B. Hotel, Pension, Notunterkunft) kann angepasst werden, wenn zusätzliche Auslagen anfallen oder Positionen des Warenkorbs eingespart werden.

► **Eltern mit Besuchsrechten**

Die Sozialhilfe ist so auszugestalten, dass die Ausübung des Besuchsrechts aufgrund der finanziellen Mittel nicht eingeschränkt oder gar verunmöglicht wird. Die zusätzlichen Auslagen für Eltern mit Besuchsrechten sind ein Teil jener situationsbedingten Leistungen (SIL), die als grundversorgende SIL zu übernehmen sind.

Der Grundbedarf von Eltern mit Besuchsrechten wird um die Auslagen erweitert, die durch den Besuch ihrer Kinder entstehen.

- Für eine Aufenthaltsdauer bis zu fünf Tagen wird ein Tagesansatz von CHF 20.– pro Kind empfohlen.
- Für Aufenthalte ab sechs Tagen (Ferienbesuche, alternierende Obhut) werden die durch den Besuch der Kinder entstehenden Kosten anteilmässig auf der Basis des Grundbedarfs berechnet.

10.1.2 **Wohnkosten**

Mietzinsrichtlinien

Das Mietzinsniveau ist regional oder kommunal unterschiedlich. Es wird deshalb empfohlen, nach Haushaltsgrösse abgestufte Obergrenzen für die Wohnkosten festzulegen, die periodisch überprüft werden.

- Die erlassenen Mietzinsrichtlinien müssen fachlich begründet sein und sich auf Daten des lokalen und aktuellen Wohnungsangebotes stützen. Sie dürfen nicht dazu dienen, den Zu- oder Wegzug von wirtschaftlich schwachen Personen zu steuern.

Grundsatz: günstiges Wohnen

Von unterstützten Personen wird erwartet, dass sie in günstigem Wohnraum leben. Kinder haben nicht grundsätzlich Anspruch auf je ein eigenes Zimmer.

Anzurechnen sind die Wohnkosten nach den örtlichen Verhältnissen inklusive der mietrechtlich anerkannten Nebenkosten.

Zur materiellen Grundsicherung gehören der Mietzins für eine angemessene Wohnung sowie die damit verbundenen, mietrechtlich anerkannten Nebenkosten. Ob und inwiefern die Nebenkosten in den Mietzinsrichtlinien berücksichtigt werden, ist Sache der Sozialdienste. Wichtig ist, dass Nebenkosten im Rahmen der materiellen Grundsicherung übernommen werden, soweit sie mietrechtlich zulässig sind (inkl. Akontobeiträge und jährliche Nachzahlungen).

Die Grösse einer Wohnung stellt in der Sozialhilfe nur in zweiter Linie ein relevantes Kriterium dar. Einerseits wird beim Festlegen von Obergrenzen pro Haushalt bereits automatisch auch die Wohnungsgrösse beschränkt. Andererseits macht ein behördlicher Eingriff kaum Sinn bzw. dieser liesse sich rechtlich nicht begründen, wenn eine Person in einer grossen Wohnung lebt, deren Kosten aber innerhalb der definierten Ansätze liegen.

- **Überhöhte Wohnkosten** sind so lange zu übernehmen, bis eine zumutbare günstigere Lösung zur Verfügung steht. Kündigungsbedingungen sind in der Regel zu berücksichtigen.

Bevor ein Umzug verlangt wird, ist die Situation im Einzelfall zu prüfen. Insbesondere zu berücksichtigen sind:

- ▶ die Grösse und Zusammensetzung der Familie;
- ▶ allfällige Verwurzelung an einem bestimmten Ort;
- ▶ Alter und Gesundheit der unterstützten Personen; sowie
- ▶ der Grad ihrer sozialen Integration.
- ▶▶ Wird die Suche nach einer günstigeren Wohnung oder der Umzug in eine verfügbare und zumutbare günstigere Wohnung **verweigert**, besteht kein Anspruch auf Übernahme des überhöhten Teils der Wohnkosten.

Wenn unterstützte Personen nachweislich nicht in der Lage sind, eine Wohngelegenheit zu finden, unterbreitet das Sozialhilfeorgan Angebote zur Notunterbringung.

10.1.2.1 Besondere Wohnkosten

Besondere Wohn- und Lebensumstände können eine Anpassung der berücksichtigten Wohnkosten rechtfertigen.

▶▶ **Wohnkosten für Wohngemeinschaften**

Die für die jeweilige Haushaltsgrösse angemessenen Wohnkosten werden auf die Personen aufgeteilt.

Betreffend Zweck-Wohngemeinschaften ist zu berücksichtigen, dass diese einen grösseren Wohnraumbedarf haben als familienähnliche Wohn- und Lebensgemeinschaften gleicher Grösse.

▶▶ **Wohnkosten für junge Erwachsene**

Von jungen Erwachsenen ohne abgeschlossene Erstausbildung wird erwartet, dass sie bei ihren Eltern wohnen, sofern keine unüberbrückbaren Konflikte bestehen.

⇒ Die anteilmässigen Wohnkosten werden für junge Erwachsene, die im Haushalt der Eltern leben, nur dann angerechnet, wenn den Eltern die Übernahme der vollen Wohnkosten nach den gesamten Umständen (wie persönliche Beziehung, finanzielle Verhältnisse) nicht zugemutet werden kann.

Ist ein vom Familienhaushalt abgelöstes Wohnen gerechtfertigt, haben junge Erwachsene eine günstige Wohngelegenheit in einer Wohngemeinschaft zu suchen. Das Führen eines Einpersonenhaushalts wird nur in Ausnahmefällen finanziert.

▶▶ **Wohnkosten für Eltern mit Besuchsrechten**

Unterstützten Eltern mit Besuchsrechten sind die Kosten für eine Wohnung anzurechnen, welche den Kindern das Schlafen in einem separaten Zimmer ermöglicht.

⇒ Die erhöhten Wohnkosten für Eltern mit Besuchsrechten sind ein Teil jener situationsbedingten Leistungen (SIL), die als grundversorgende SIL zu übernehmen sind.

▶▶ **Wohnkosten im Fall von Wohneigentum**

Wohneigentum gilt als Vermögenswert. Es kann im Fall von Sozialhilfebezug nur in Ausnahmefällen erhalten bleiben.

- ⇒ Für selbstgenutztes Wohneigentum sind der Hypothekarzins anstelle der Miete und die üblichen Nebenkosten zu übernehmen. Gleiches gilt für Gebühren sowie die nötigsten Reparaturkosten.

10.1.2.2 Beginn und Beendigung von Mietverhältnissen

Die Begründung eines Mietverhältnisses für günstigen Wohnraum darf nicht an fehlenden Mitteln für ein Mietzinsdepot scheitern.

Sicherheitsleistungen

Als Sicherheit wird vom Sozialdienst in der Regel nur eine Garantieerklärung abgegeben. Die Übernahme von Sicherheitsleistungen (Versicherungsprämien, Kautionen oder Mietzinsgutsprachen) bilden die Ausnahme. Die betreffenden Auslagen gelten als Leistung im Rahmen der Wohnkosten.

- ⇒ Die Übernahme von Sicherheitsleistungen ist davon abhängig zu machen, dass die unterstützte Person die Rückerstattung gewährleistet.

Wegzug

Wenn ein Wegzug aus der Gemeinde geplant wird, sollte das bisherige Sozialhilfeorgan abklären, ob der künftige Mietzins in der neuen Gemeinde akzeptiert wird. Für den ersten Monat im neuen Wohnort werden die Positionen der materiellen Grundsicherung (Grundbedarf, Wohnkosten, Gesundheitskosten, grundversorgende situationsbedingten Leistungen) vom bisher zuständigen Sozialhilfeorgan übernommen.

Dadurch bleiben der unterstützten Person und der neuen Wohngemeinde mehr Zeit für die Klärung des Unterstützungsanspruchs sowie für das Festlegen individueller Pflichten.

Wohnen und Umzug

Eine minimale Wohnungseinrichtung ist zu gewährleisten.

Für einen Umzug werden notwendige Auslagen, namentlich für Mietfahrzeug oder Entsorgung, in der Regel übernommen. Kosten für Transport- und Reinigungsfirmen werden nur in begründeten Fällen übernommen.

10.1.3 Medizinische Grundversorgung

Die Gesundheitsversorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) gemäss KVG bildet Teil der materiellen Grundsicherung und ist in jedem Fall zu gewähren. Familien und Einzelpersonen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen haben **Anspruch auf Prämienverbilligung (IPV)** durch den Wohnkanton. Die konkreten Anspruchsvoraussetzungen und die Höhe der IPV variieren je nach Kanton.

Jener Teil der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung, den unterstützte Personen selbst bezahlen müssen, ist als Aufwandposition im Unterstützungsbudget zu berücksichtigen, ebenso wie die Kosten für Selbstbehalte und Franchisen.

- Besteht ausnahmsweise kein Versicherungsschutz (Nichtsesshafte usw.), sind die Gesundheitskosten im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung gemäss KVG gegebenenfalls von der Sozialhilfe zu decken.

Kosten, die nicht in der obligatorischen Krankenversicherung eingeschlossen sind, aber zur materiellen Grundsicherung gehören, sind zu übernehmen. Dazu

gehören namentlich Hilfsmittel, Transport zur nächstgelegenen Behandlungsstelle sowie Zahnarztkosten für Kontrolle, Dentalhygiene und weitere Behandlungen, sofern diese nötig sind und in einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Weise erfolgen.

Weitere Kosten können übernommen werden, wenn sie den Zielen der Sozialhilfe dienen. Dazu gehören namentlich: Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause oder in Tagesstrukturen; Zusatz- und Krankentaggeldversicherungen; Zahnversicherung für Kinder; Alternativmedizin.

10.1.3.1 Zahnarztkosten

Kosten für jährliche Kontrolle, Dentalhygiene und Schmerzbehandlungen sind als grundversorgende situationsbedingte Leistung (SIL) zu übernehmen.

Weitere Behandlungen sind als grundversorgende SIL zu übernehmen, sofern diese in einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Weise erfolgen.

- ▶ Vor diesen Behandlungen ist ein Kostenvoranschlag einzuholen und dem Sozialhilfeorgan mit dem Antrag um Kostenübernahme vorzulegen. Der Kostenvoranschlag soll auch über das Behandlungsziel Auskunft geben.

Die Kosten werden zum Sozialtarif des jeweiligen Kantons übernommen. Für kostspielige Zahnbehandlungen kann das Sozialhilfeorgan die freie Wahl des Zahnarztes einschränken und einen Vertrauenszahnarzt beiziehen.

10.2 Situationsbedingte Leistungen (SIL)

Situationsbedingte Leistungen berücksichtigen die besondere gesundheitliche, wirtschaftliche, persönliche und familiäre Lage von unterstützten Personen. Situationsbedingte Leistungen ermöglichen es einerseits, Sozialhilfe individuell und nach Bedarf auszurichten, und andererseits das Gewähren besonderer Mittel mit bestimmten Zielen zu verknüpfen.

Somit ergeben sich zwei Arten von situationsbedingten Leistungen (SIL):

▶ **grundversorgende SIL**

Es gibt Kosten, die nicht in jedem unterstützten Haushalt oder nur in bestimmten Situationen anfallen. Mit Eintritt dieser Situation ist die Übernahme angemessener Kosten stets erforderlich.

Sonst würde die Grundversorgung des Haushaltes infrage gestellt oder es ist für die unterstützten Personen nicht mehr möglich, selbständig zu einer Verbesserung der Situation beizutragen. In diesen Konstellationen hat das Sozialhilfeorgan teilweise keinen oder nur einen geringen Ermessensspielraum.

▶ **fördernde SIL**

Es gibt Kosten, deren Übernahme sinnvoll aber nicht zwingend ist. Diese können übernommen werden, wenn sie den Zielen der Sozialhilfe dienen.

Es gibt Kosten, deren Übernahme sinnvoll ist, weil die unterstützte Person dadurch einem nützlichen und mit der Sozialhilfe angestrebten Ziel nähergebracht wird. In diesen Fällen hat das Sozialhilfeorgan meist ein grosses Ermessen; aber gleichzeitig auch Gelegenheit und Verantwortung,

unterstützte Personen zu befähigen oder ihre Lage zu stabilisieren bzw. zu verbessern.

In der Sozialhilfe werden grundsätzlich die anerkannten und belegten Kosten übernommen.

Die zuständigen Sozialhilfeorgane können im Sinne einer Vollzugsweisung aber Vorgaben machen, dass bestimmte SIL pauschalisiert oder nur bis zu einem bestimmten Maximum übernommen werden. Solche Begrenzungen und Pauschalisierungen sollen aber nicht absolut gelten: In begründeten Ausnahmefällen muss das Individualisierungsprinzip vorgehen.

Die Aufwendungen für SIL werden im individuellen Unterstützungsbudget als Ausgaben berücksichtigt. Dabei ist zu beachten, dass im Grundbedarf für die Lebenshaltung (GBL) bereits gewisse Leistungen enthalten sind, wie z.B. Auslagen für den öffentlichen Nahverkehr.

- ▶ Die betreffenden Beträge aus dem GBL sind nicht zusätzlich zu vergüten, sondern bei der Leistung von SIL in Abzug zu bringen.

10.2.1 Ermessen

Situationsbedingte Leistungen (SIL) ermöglichen es einerseits, Sozialhilfe individuell sowie nach Bedarf auszurichten und andererseits das Gewähren besonderer Mittel mit bestimmten Zielen zu verknüpfen.

In der Beurteilung, ob Kosten übernommen werden, spielt das Ermessen der Sozialhilfeorgane eine wichtige Rolle. Der Spielraum kann, je nach Art der situationsbedingten Leistungen, sehr klein bis sehr gross sein. Entscheidend ist, welche Interessen sich konkret gegenüberstehen.

In jedem Fall ist das Gewähren oder Nichtgewähren der Leistung fachlich zu begründen und die übernommenen Kosten sollen stets in einem sinnvollen Verhältnis zum erzielten Nutzen stehen. Gleichzeitig ist zu vermeiden, dass SIL in einem Umfang gewährt werden, der gegenüber der Situation von Haushalten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben, unangemessen erscheint.

10.2.2 Situationsbedingte Leistungen im Kontext

10.2.2.1 Bildung

Beiträge an eine Aus-, Fort- oder Weiterbildung sind nur zu gewähren, wenn diese nicht über andere Quellen (Stipendien, Elternbeiträge, Leistungen der Arbeitslosen- oder Invalidenversicherung usw.) finanziert werden können
⇒ **Subsidiarität der Sozialhilfe.**

Schul-, Kurs- oder Ausbildungsbesuche können Mehrkosten verursachen, die nicht im Grundbedarf für die Lebenshaltung (GBL) enthalten sind.

Grundschule

Mehrkosten für Anschaffungen und Aktivitäten, die von der Schule oder der Bildungsinstitution verlangt werden, sind zusätzlich zu übernehmen.

- ▶ Dabei gilt es zu beachten, dass Anspruch auf ausreichenden unentgeltlichen Grundschulunterricht besteht (BV 19). Daraus ergibt sich, dass alle notwendigen und unmittelbar dem Unterrichtszweck der Grundschule

dienenden Mittel unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden müssen. Dazu gehören auch Aufwendungen für Exkursionen und Lager, sofern eine Pflicht zur Teilnahme besteht.

Eltern dürfen nur diejenigen Kosten in Rechnung gestellt werden, die sie durch die Abwesenheit der Kinder einsparen; d.h. die Verpflegungskosten (die Unterkunft der Kinder muss während Abwesenheiten beibehalten werden). Soweit die Kosten für auswärtige Verpflegung den im Grundbedarf für die Lebenshaltung (GBL) enthaltenen Verpflegungsanteil der Kinder überschreiten, sind sie als grundversorgende situationsbedingte Leistung (SIL) zu übernehmen.

Weitere Bildungsmassnahmen können übernommen werden, wenn sie eine positive Entwicklung der unterstützten Personen fördern.

Erstausbildung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Für Jugendliche und jungen Erwachsene ist der nachhaltigen beruflichen Integration höchste Priorität beizumessen; sie sollen eine ihren Fähigkeiten entsprechende Erstausbildung absolvieren.

Die spezielle Situation der jungen Erwachsenen im Übergang von der Schulpflicht ins Berufsleben erfordert angepasste Angebots- und Programmstrukturen, welche die Beratungs- und Motivationsarbeit sowie das Coaching in den Vordergrund stellen. Dazu sind allenfalls ergänzend zu bestehenden Massnahmen zusätzliche Abklärungs-, Qualifizierungs- und Integrationsangebote bereitzustellen, um die Chancen junger Erwachsener bei der Ausbildung und beim Berufseinstieg zu verbessern. Eine rasche Zuweisung ist entscheidend.

Kosten für Fort- und Weiterbildung können übernommen werden, wenn diese zur Unterstützung der beruflichen und/oder sozialen Integration beitragen.

Erstausbildung von Erwachsenen

Eine Erstausbildung fällt grundsätzlich in die Unterhaltspflicht der Eltern. Diese Unterhaltspflicht besteht teilweise auch dann, wenn eine volljährige Person ohne angemessene Ausbildung ist (ZGB 277 II).

- ▶ Kann den Eltern nicht zugemutet werden, für den Unterhalt und die Ausbildung ihres volljährigen Kindes aufzukommen, und reichen die Einnahmen (Lohn, Stipendien, Beiträge aus Fonds und Stiftungen usw.) nicht aus, um den Unterhalt und die ausbildungsspezifischen Auslagen zu decken, kann von der Sozialhilfe eine ergänzende Unterstützung erfolgen.

Zweitausbildung und Umschulung

Beiträge an eine Zweitausbildung oder Umschulung können nur geleistet werden, wenn mit der Erstausbildung kein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden kann und dieses Ziel voraussichtlich mit der Zweitausbildung oder Umschulung erreicht wird. Ebenso ist eine Zweitausbildung oder Umschulung zu unterstützen, wenn damit die Vermittlungsfähigkeit der betroffenen Person erhöht werden kann.

- ▶ Dabei sollte es sich um eine anerkannte Ausbildung oder Umschulung handeln. Für die entsprechenden Abklärungen können Fachstellen (Berufsberatung, RAV = regionales Arbeitsvermittlungszentrum usw.) beigezogen werden.

Persönliche Neigungen stellen keinen ausreichenden Grund für die Unterstützung einer Zweitausbildung oder Umschulung dar.

Fort- und Weiterbildung

Die Kosten von beruflichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie von persönlichkeitsbildenden Kursen können im individuellen Unterstützungsbudget berücksichtigt werden, wenn diese zur Erhaltung bzw. zur Förderung der beruflichen Qualifikation oder der sozialen Kompetenzen beitragen.

10.2.2.2 Erwerb

Erwerbstätigkeit, die Teilnahme an Integrationsprogrammen und das Leisten von Freiwilligenarbeit können mit Mehrkosten verbunden sein, die nicht im Grundbedarf für die Lebenshaltung (GBL) enthalten sind. Diese sind zu übernehmen, wenn die Tätigkeit den Zielen der Sozialhilfe dient.

Übernommen werden insbesondere Mehrkosten für: auswärtige Verpflegung (CHF 8.– bis 10.– pro Mahlzeit); öffentliche Verkehrsmittel bzw. private Motorfahrzeuge, wenn das Fahrziel nicht auf zumutbare Weise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden kann; Prämien für den UVG-Versicherungsschutz.

- ▶ Unkosten für bezahlte oder unbezahlte Tätigkeiten sind im ausgewiesenen Bedarf als situationsbedingte Leistung (SIL) ergänzend zu übernehmen. Sie dürfen in der Budgetberechnung nicht mit Integrationszulagen (IZU) oder Einkommens-Freibeträgen (EFB) verrechnet werden.

Hilfe für Selbständigerwerbende ZESO 2/21

Das Sozialversicherungsrecht definiert Selbständigerwerbende anders und enger als die Sozialhilfe. Aus Sicht der Sozialhilfe gelten nicht nur Personen mit Einzelfirmen als Selbständigerwerbende. Auch Personen, die eine Gesellschaft massgeblich kontrollieren (z.B. GmbH, AG) können die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Ebenso im Betrieb mitarbeitende Partner/innen, Freischaffende oder Freelancer und Personen, die Plattformarbeit anbieten (Taxidienste, Essenslieferdienste usw.) gehören zur Gruppe der Selbständigerwerbenden.

10.2.2.3 Familie

Familienergänzende Kinderbetreuung

Fördermassnahmen, eine ambulante Unterstützung der Familie oder der Besuch einer Spielgruppe zur sozialen Integration bzw. Sprachförderung können sinnvoll und wichtig sein. Gleiches gilt für Freizeitaktivitäten der Kinder.

- ▶ Auslagen für solche Massnahmen können als fördernde situationsbedingte Leistungen (SIL) übernommen werden. In der Prüfung der Kosten ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche einen grundrechtlich garantierten Anspruch haben auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung (BV 11).

Erwerbstätigen Eltern sind die Auslagen für die familienergänzende Kinderbetreuung nach ortsüblichen Ansätzen anzurechnen. Während den Schulferien ist auf den erhöhten Betreuungsbedarf Rücksicht zu nehmen.

Die Kosten für familienergänzende Kinderbetreuung sind auch dann zu übernehmen, wenn die Eltern aktiv auf Stellensuche sind oder an einer Integrationsmassnahme teilnehmen.

Im Interesse des Kindes können Kosten für familienergänzende Betreuung auch in anderen Situationen übernommen werden.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Der berufliche (Wieder-)Einstieg nach einer Geburt ist unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und der Rahmenbedingungen so früh wie möglich zu planen.

(Alleinerziehende) Mütter und Väter sollen möglichst bald nach der Geburt wieder Anschluss an den Arbeitsmarkt finden. Die Beurteilung, wann ein Einstieg verlangt werden kann, bestimmt sich nach den individuellen Ressourcen und Rahmenbedingungen. Mit einer Arbeitsaufnahme verbunden ist die Voraussetzung, dass die Erziehungsberechtigten ihr Kind oder ihre Kinder fremdbetreuen lassen können.

Gemeinsam mit der unterstützten Person ist – immer mit dem Kindeswohl im Blick – die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familienpflichten abzuwägen. Erwartet wird eine Erwerbstätigkeit oder eine Teilnahme an einer Integrationsmassnahme, spätestens wenn das Kind das erste Lebensjahr vollendet hat.

Besuchsrecht

Zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der Ausübung des Besuchsrechts oder der Pflege wichtiger verwandtschaftlicher Beziehungen sind zu vergüten (z.B. Transportkosten, Kosten für begleitetes Besuchsrecht).

10.2.2.4 Weitere situationsabhängige Leistungen (SIL)

In Einzelfällen können weitere SIL notwendig oder angezeigt sein.

▶ Als grundlegende SIL sind namentlich zu übernehmen:

- ▶ Prämien für eine den Verhältnissen angepasste Hausrat- und Haftpflichtversicherung sowie die minimalen Selbstbehalte bei von der Versicherung anerkannten Schadensfällen;
- ▶ Auslagen für die Erneuerung von Ausweispapieren, für Aufenthaltbewilligungen und die dafür notwendigen Papiere.

▶ Als fördernde SIL können namentlich übernommen werden:

- ▶ Kosten für Schuldenberatung;
- ▶ Kosten für Erholungsaufenthalte langfristig unterstützter Personen, die nach Kräften erwerbstätig sind, Betreuungsaufgaben wahrnehmen oder vergleichbare Eigenleistungen erbringen. Für die Finanzierung können auch Fonds und Stiftungen beigezogen werden.

10.2.3 Integrationszulagen für Nichterwerbstätige (IZU)

Es besteht ein Anspruch auf Unterstützung in der sozialen und beruflichen Integration. Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist dabei besondere Aufmerksamkeit entgegenzubringen.

Mit der Integrationszulage (IZU) werden Leistungen nicht erwerbstätiger Personen für ihre soziale und/oder berufliche Integration finanziell anerkannt. Sie wird ausgerichtet, wenn sich die unterstützte Person mit einer Eigenleistung um ihre soziale und/oder berufliche Integration bemüht.

- ▶ Die in Frage kommenden Leistungen müssen überprüfbar sein und eine individuelle Anstrengung voraussetzen. Die Integrationszulage (IZU) soll gewährt werden, wenn eine Person gemessen an ihren persönlichen Ressourcen eine individuelle Anstrengung unternimmt und sich um ihre Integration ernsthaft bemüht.

Hingegen können unbezahlte Leistungen, die zwar eine individuelle Anstrengung von unterstützten Personen darstellen, aber für deren Integration nicht förderlich sind, grundsätzlich nicht mit einer Integrationszulage (IZU) honoriert werden.

Die Integrationszulage beträgt je nach erbrachter Leistung und deren Bedeutung in der Regel zwischen mtl. CHF 100.– und CHF 300.– pro Person und Monat.

- ▶ Es handelt sich um eine personenbezogene Leistung, die mehreren Personen im selben Haushalt gewährt werden kann. Die Obergrenze der kumulierten Integrationszulagen (IZU) und Einkommensfreibeträge (EFB) für eine Unterstützungseinheit beträgt mtl. CHF 850.–.

Integrationsangebote

Die Sozialhilfe gewährleistet den Zugang zu Angeboten und Programmen der beruflichen und sozialen Integration. Dadurch wird die persönliche Situation verbessert und stabilisiert.

In der Förderung der beruflichen und sozialen Integration wird den individuellen Ressourcen Rechnung getragen. Die Sozialhilfeorgane sorgen dafür, dass den hilfesuchenden Personen geeignete, den lokalen und kantonalen Gegebenheiten angepasste Angebote zur Verfügung stehen und vermittelt werden.

- ▶ Geeignet ist ein Angebot, das den beruflichen Voraussetzungen, dem Alter, dem Gesundheitszustand, den persönlichen Verhältnissen und den Fähigkeiten der hilfesuchenden Person Rechnung trägt, ihre berufliche und soziale Integration ermöglicht oder fördert und dadurch den gesellschaftlichen Ausschluss verhindert.

Eine nachhaltige Förderung Betroffener kann nur dann gelingen, wenn eine breite Palette von Integrationsangeboten zur Verfügung steht. Massnahmen für die berufliche Integration sollen den Erwerb von Grund- und Schlüsselkompetenzen ebenso ermöglichen wie Arbeitstrainings in der Wirtschaft oder das Erlangen von anerkannten Ausbildungsabschlüssen.

10.3 Anrechnung von Einkommen und Vermögen sowie entsprechende Freibeträge

10.3.1 Einnahmen

Für die Bemessung von finanziellen Leistungen der Sozialhilfe werden alle verfügbaren Einnahmen berücksichtigt.

- ▶ Einnahmen von Minderjährigen sind im Gesamtbudget des Haushalts nur bis zur Höhe des auf diese Personen entfallenden Anteils anzurechnen. Nicht berücksichtigt werden dürfen in der Bemessung der finanziellen Sozialhilfe rein hypothetische Einnahmen. Es sind solche, die die unterstützte Person nicht zur Verfügung hat und die sich rechtlich nicht einfordern lassen.

Ausnahmsweise dürfen hypothetische Einnahmen berücksichtigt werden, wenn die Annahme einer konkret zur Verfügung stehenden und zumutbaren Arbeit verweigert wird. Solche Anrechnungen sind im Umfang des konkret möglichen Einkommensfreibetrags (EFB) zulässig; dies sofern die Voraussetzungen für eine (Teil-)Einstellung der Unterstützung erfüllt sind
⇒ Subsidiaritätsprinzip.

Verfügbare Einnahmen werden **im Zeitpunkt der Auszahlung angerechnet** und es wird erwartet, dass das Geld zur Finanzierung des Lebensbedarfs verwendet wird. Mit der Anrechnung in die Monatsbudgets ist zu berücksichtigen, für welchen Monat die Einnahme effektiv gedacht ist.

- ▶ So sind Lohnzahlungen, die per Ende eines Monats erfolgen, im folgenden Monat als Einnahmen zu berücksichtigen.

Im Fall von laufender Unterstützung werden die verfügbaren Einnahmen voll angerechnet. Es wird kein Einkommensfreibetrag gewährt.

10.3.1.1 Drittauszahlung von Sozialversicherungsleistungen

Die Auszahlung laufender Sozialversicherungsleistungen an die Sozialhilfe ist dann zulässig, wenn dies zur Gewährleistung der zweckmässigen Verwendung notwendig ist (ATSG 20 I).

Ansprüche auf Nachzahlungen von Sozialversicherungsleistungen können an das Sozialhilfeorgan abgetreten werden, wenn dieses den Lebensunterhalt in der betreffenden Zeit durch Bevorschussung sichergestellt hat (ATSG 22 II).

10.3.1.2 Einkommensfreibetrag (EFB)

Mit dem EFB wird primär das Ziel verfolgt, die Erwerbsaufnahme oder die Erhöhung des Arbeitspensums zu erleichtern und damit die Integrationschancen zu verbessern. So soll ein Anreiz zur möglichst umfassenden und einträglichen Erwerbstätigkeit von unterstützten Personen geschaffen werden, um dauerhaft finanzielle Leistungen der Sozialhilfe einsparen zu können.

Damit ein Einkommensfreibetrag (EFB) ausgerichtet werden kann, muss eine Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt erbracht werden. Der Freibetrag beträgt im Fall einer Vollanstellung mtl. zwischen CHF 400.– und 700.–.

- ▶ Die Obergrenze der kumulierten Integrationszulage (IZU) und Einkommensfreibetrag (EFB) beträgt CHF 850.– pro Monat und Unterstützungseinheit.

Ausnahmen vom Anspruch auf den Einkommensfreibetrag (EFB)

In vielen Kantonen werden **Lernende** vom Anspruch auf einen EFB ausgenommen. Stattdessen werden ihre Leistungen mit einer Integrationszulage (IZU) honoriert.

Praktika oder **die Teilnahme an Integrations- oder Beschäftigungsprogrammen** gelten nicht als Erwerbstätigkeit im Sinne der Richtlinien zum Einkommensfreibetrag (EFB). Die entsprechenden Leistungen werden mit Integrationszulage (IZU) honoriert.

Auf Ersatzeinkommen (z.T. Taggelder von Sozialversicherungen) wird kein Einkommensfreibetrag (EFB) gewährt, weil es an der erwarteten Arbeitsleistung fehlt.

- ⇒ Einkommensfreibetrag (EFB) und Schwelleneffekte vgl. 11.3.1.

10.3.2 Vermögen

Zum Vermögen gehören sämtliche Vermögenswerte, auf die eine hilfesuchende Person einen Eigentumsanspruch hat. Für die Beurteilung der Bedürftigkeit sind die tatsächlich verfügbaren oder kurzfristig realisierbaren Mittel massgebend. Ausgenommen sind persönliche Effekten und Hausrat.

Für die Beurteilung der Bedürftigkeit kann in Härtefällen von einer Berücksichtigung von bestimmten Vermögenswerten verzichtet werden, wenn:

- a) dadurch für die Hilfeempfangenden oder ihre Angehörigen ungebührliche Härten entstünden;
- b) die Verwertung unwirtschaftlich wäre; oder
- c) die Veräusserung von Wertgegenständen aus anderen Gründen unzumutbar ist.

Für die Veräusserung von realisierbaren Mitteln muss eine angemessene Frist gewährt werden. Bei Bedarf muss in der Zwischenzeit wirtschaftliche Unterstützung geleistet werden.

Vermögensfreibeträge

Um die Eigenverantwortung zu stärken wird zu Beginn der Unterstützung ein Vermögensfreibetrag zugestanden. Massgebend zur Bemessung des Unterstützungsanspruchs ist das Vermögen, das am ersten Tag des Monats vorhanden ist, ab dem eine Unterstützung beansprucht wird.

für Einzelpersonen	CHF 4 000.–
für Ehepaare	CHF 8 000.–
für jedes minderjährige Kind	CHF 2 000.–
jedoch pro Unterstützungseinheit maximal	CHF 10 000.–

Für Leistungen aus Genugtuung und Integritätsentschädigung gelten besondere Regeln und höhere Freibeträge. Auf diese Leistungen werden Freibeträge auch dann gewährt, wenn sie während einer Unterstützungsperiode anfallen. Durch die Höhe wird dem Umstand Rechnung getragen, dass anspruchsberechtigte Personen einen immateriellen Schaden erlitten haben, ihnen wird daher ein materieller Ausgleich gewährt.

Auf Leistungen aus Genugtuung und Integritätsentschädigung werden folgende Freibeträge gewährt:

für Einzelpersonen	CHF 30 000.–
für Ehepaare	CHF 50 000.–
für jedes minderjährige Kind	CHF 15 000.–
jedoch pro Unterstützungseinheit maximal	CHF 65 000.–

Kurzfristig nicht realisierbare Vermögenswerte

Hilfesuchende Personen können über Vermögenswerte verfügen, die grundsätzlich anrechenbar sind und den Vermögensfreibetrag überschreiten, deren Realisierung aber kurzfristig nicht möglich ist (z.B. Miteigentum in einer Erbengemeinschaft, Grundeigentum oder Wertgegenstände).

In diesen Fällen ist zu berücksichtigen, dass mangels liquider Mittel trotz Vermögen eine finanzielle Notlage bestehen kann.

- ▶ Hier ist die materielle Grundsicherung betroffener Personen bevorschussend zu erbringen und es ist eine angemessene Frist zur Veräusserung der betreffenden Vermögenswerte zu setzen. Die Rückerstattung der bevorschussend ausgerichteten Sozialhilfe ist sicherzustellen.

10.3.2.1 Grundeigentum

Grundeigentum im In- und Ausland gehört zum Vermögen und wird anlässlich der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen berücksichtigt. Personen, die Liegenschaften besitzen, sollen nicht bessergestellt sein als Personen, die Vermögenswerte in Sparkonten oder Wertschriften angelegt haben.

- ▶ Es besteht daher kein Anspruch auf Erhalt des Wohneigentums.

Auf eine Verwertung kann verzichtet werden, wenn:

- a) eine Liegenschaft von der unterstützten Person selbst bewohnt wird, falls sie zu marktüblichen oder sogar günstigeren Bedingungen wohnen kann;
- b) wenn jemand voraussichtlich nur kurz- oder mittelfristig unterstützt wird;
- c) wenn jemand in relativ geringem Umfang unterstützt wird; oder
- d) wenn wegen ungenügender Nachfrage nur ein zu tiefer Erlös erzielt werden könnte.

Wenn auf eine Verwertung verzichtet wird, muss die Rückerstattung mit geeigneten Massnahmen **sichergestellt** werden (vgl. Absatz 11.5.1.3).

10.3.2.2 Altersvorsorge

Leistungen und Vermögen der Altersvorsorge gehen der Sozialhilfe grundsätzlich vor. Es gilt jedoch sicherzustellen, dass eine angemessene Existenzsicherung im Alter nicht gefährdet wird.

▶ **AHV-Leistungen**

AHV-Leistungen gehen der Sozialhilfe vor, unterstützte Personen sind deshalb grundsätzlich zum frühestmöglichen Vorbezug verpflichtet. Der Bezug einer AHV-Rente ergibt zudem grundsätzlich einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV/IV, die ihrerseits der Sozialhilfe vorgehen.

▶ **Altersvorsorge der 2. Säule und der Säule 3a**

Vermögen der 2. Säule und der Säule 3a sind grundsätzlich zusammen mit dem AHV-Vorbezug oder dem Bezug einer ganzen IV-Rente herauszulösen. Älteren Arbeitslosen ist bis zum AHV-Vorbezug eine Weiterführung der Altersvorsorge in der 2. Säule ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung zu ermöglichen.

⇒ Ausgelöste Guthaben der Altersvorsorge gehören zum anrechenbaren Vermögen und sind für den aktuellen und zukünftigen Lebensunterhalt zu verwenden.

▶ **Freie Vorsorge (Säule 3b)**

Vermögen der freien Vorsorge (Säule 3b) ist grundsätzlich herauszulösen und wird angerechnet.

- ⇒ Sozialhilfeorgane können vom Rückkauf einer Lebensversicherung absehen, wenn der Ablauf der Versicherung kurz bevorsteht, Zahlungen aufgrund von Invalidität unmittelbar bevorstehen oder aufgrund der Ergebnisse aus der IV-Frühintervention Zahlungen der freien Vorsorge zu erwarten sind.

In diesen Fällen ist es sinnvoll, die Prämie weiter zu zahlen und die Leistungen abtretenzulassen.

10.3.2.3 Kindesvermögen

Die Anrechnung von Kindesvermögen richtet sich nach den Bestimmungen des Zivilrechts. Für Minderjährige, die mit unterstützten Eltern im gleichen Haushalt leben, dürfen folgende Positionen bis zur Höhe ihres Anteils im Budget berücksichtigt werden:

- a) Erwerbseinkommen und andere Einnahmen;
- b) Erträge des Kindesvermögens;
- c) Abfindungen, Schadenersatz und ähnliche Leistungen.

Überschüsse und weitere Vermögenswerte des Kindes fallen ins Kindesvermögen. Dieses darf in der Budgetberechnung nur mit Einwilligung der zuständigen Kindesschutzbehörde (KESB) berücksichtigt werden.

Erläuterung

Dem Kind zustehende Vermögenswerte dürfen von der Sozialhilfe nur im Rahmen des Kindesrechts angerechnet werden (ZGB 319 ff.). Einnahmen, Erträge des Kindesvermögens (ZGB 319) sowie Abfindungen, Schadenersatz und ähnliche Leistungen (ZGB 320 I) dürfen bis zur Höhe ihres Anteils im Budget berücksichtigt werden.

Überschüsse fallen ins Kindesvermögen und dürfen grundsätzlich nicht berücksichtigt werden.

- Dazu gehören auch jene Vermögenswerte und deren Erträge, die zum «freien Kindesvermögen» gehören. Dieses untersteht alleine der Verwaltung und Nutzung des Kindes, weil sie diesem – mündlich oder schriftlich – mit besonderer Bestimmung zugewendet werden (ZGB 321).

Es dürfen auch jene Beträge nicht angerechnet werden, die dem Kind als Pflichtteil aus einem Erbe zufallen, der gemäss Testament oder Erbvertrag von der Verwaltung der Eltern ausgenommen ist (ZGB 322).

- Das geschützte Kindesvermögen wird in der Bemessung von Vermögensfreibeträgen nicht berücksichtigt. Es ist auf einem separaten Konto, das auf den Namen des Kindes lautet (sogenanntes Sperrkonto), zu verwalten.

10.3.3 Finanzielle Ansprüche gegenüber Dritten

Weil die finanzielle Unterstützung immer subsidiär zu den anderen Hilfsquellen gewährleistet wird, macht die Sozialhilfe grundsätzlich alle zulässigen finanziellen Ansprüche gegenüber Dritten geltend. Dabei müssen im Einzelfall die wohlverstandenen Interessen der Hilfesuchenden, der Steuerzahlenden und der Allgemeinheit sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

10.3.3.1 Eheliche und partnerschaftliche Unterhaltspflicht

Personen in Ehe und eingetragener Partnerschaft sind sich unabhängig von ihrem Wohnort gegenseitig zu Beistand und Unterhalt verpflichtet. Die Eheleute oder eingetragene Partner sorgen gemeinsam für den Unterhalt der Familie, namentlich durch Geldzahlungen, Besorgen des Haushalts, Betreuen der Kinder oder Mithilfe im Beruf oder Gewerbe (ZGB 163, PartG 13).

- ▶ Fehlt eine Vereinbarung zur Leistung angemessenen Unterhalts, kann von der unterstützten Person verlangt werden, dass sie eine Einigung anstrebt. Wo keine oder keine angemessene Einigung erreicht wird, kann verlangt werden, dass die unterstützte Person eine gerichtliche Regelung beantragt. Soweit das Sozialhilfeorgan für den Unterhalt der berechtigten Person aufkommt, geht der Unterhaltsanspruch mit allen Rechten auf das Sozialhilfeorgan über.

Im Sonderfall, dass separate Haushalte geführt werden, ohne dass eine Trennungsabsicht besteht, werden Mehrauslagen für getrenntes Wohnen nur berücksichtigt, wenn wichtige Gründe dafür bestehen.

Verändern sich die finanziellen Verhältnisse der unterhaltspflichtigen Person, kann eine Anpassung der Unterhaltsregelung verlangt werden.

Anrechnung von hypothetischen Unterhaltsbeiträgen

Verzichtet eine unterstützte Person auf Unterhaltsbeiträge, obwohl die unterhaltspflichtige Person solche offensichtlich leisten könnte, so muss sie sich einen angemessenen hypothetischen Betrag anrechnen lassen. Im Umfang dieses Betrags besteht im Sinne des Subsidiaritätsprinzips keine Bedürftigkeit.

- ▶ Hypothetische Unterhaltsbeiträge dürfen nur dann berücksichtigt werden, wenn die unterstützte Person vorher über die Konsequenzen klar informiert und verwarnt wurde und wenn ihr genügend Zeit eingeräumt wurde, um ihre Ansprüche geltend zu machen.

Eine Anrechnung darf dann nicht erfolgen, wenn die unterstützte Person glaubhaft darlegt, dass sie keine Unterhaltsleistungen erhalten kann.

10.3.3.2 Elterliche Unterhaltspflicht

Die Eltern sorgen gemeinsam, ein jeder Elternteil nach seinen Kräften, für den gebührenden Unterhalt des Kindes und tragen insbesondere die Kosten von Betreuung, Erziehung, Ausbildung und Kinderschutzmassnahmen.

Als Eltern im Sinne des Unterhaltsrechts gelten primär jene Personen, die über ein zivilrechtliches Kindesverhältnis verfügen (ZGB 252). Ein Entzug des Sorgerechts oder des Aufenthaltsbestimmungsrechts hat keinen Einfluss auf das Bestehen einer elterlichen Unterhaltspflicht.

- ▶ Stiefeltern haben ihren Ehegatten in der Erfüllung der Unterhaltspflicht gegenüber vorehelichen Kindern in angemessener Weise beizustehen (ZGB 278 II). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Stiefeltern allenfalls eine vorrangige Unterhaltspflicht gegenüber eigenen Kindern haben (ZGB 276a).

Erfüllt der unterhaltspflichtige Elternteil die gerichtlich oder behördlich genehmigte Unterhaltspflicht nicht, besteht ein Anspruch auf Inkassohilfe (ZGB 290) oder Vorschüsse (ZGB 293 II).

Die Unterhaltspflicht der Eltern dauert bis zur Volljährigkeit bzw. bis zum Abschluss einer angemessenen Ausbildung.

- ▶ Die Eltern sind von der Unterhaltspflicht in dem Masse befreit, als dem Kind zugemutet werden kann, den Unterhalt aus seinem Arbeitserwerb oder anderen Mitteln zu bestreiten (ZGB 276; vgl. Absatz 10.3.1, Einnahmen von Minderjährigen).
- ▶ Der Unterhaltsanspruch ist nicht durch den Sozialdienst festzulegen. Nach Möglichkeit ist eine Vereinbarung zur Leistung von Elternbeiträgen zu treffen, die von der KESB zu genehmigen ist. Ist keine Einigung möglich, ist der Anspruch vor dem Zivilgericht geltend zu machen.

Kommt das Sozialhilfeorgan für die Unterstützung eines unterhaltsberechtigten Kindes auf, geht der Unterhaltsanspruch mit allen Rechten auf das Sozialhilfeorgan über.

Verändern sich die finanziellen Verhältnisse der unterhaltspflichtigen Eltern, kann eine Anpassung des Unterhaltsanspruchs verlangt werden.

10.3.3.3 Verwandtenunterstützung

Bedürftige Personen können Anspruch auf Verwandtenunterstützung haben. Unterstützungspflichtig sind Verwandte in auf- und absteigender Linie (primär Eltern gegenüber erwachsenen Kindern und umgekehrt), die in günstigen Verhältnissen leben.

- ▶ Das Recht zum Kindesunterhalt sieht hierbei jedoch eine Ausnahme vor: Alleinerziehende können gegenüber ihren Eltern keine Verwandtenunterstützung geltend machen, wenn die Notlage auf einer Einschränkung der Erwerbstätigkeit zur Betreuung eigener Kinder beruht (ZGB 329 I^{bis}). Diese Ausnahme gilt jedoch nicht zwischen den Eltern und dem Kind der alleinerziehenden Person. Kinder von Alleinerziehenden (bzw. das unterstützende Sozialhilfeorgan) können also Verwandtenunterstützung von ihren Grosseltern beanspruchen.

Die Verwandtenunterstützung ist nachrangig gegenüber anderen zivilrechtlichen Unterhaltsansprüchen.

- ▶ **Weder pflichtig noch unterstützungsberechtigt sind Geschwister, Stiefeltern und Stiefkinder sowie verschwägte Personen.**

Sonderfall: Unterstützung von Eltern/Kinder der Partner

Ehepartner und eingetragene Partner sind sich gegenseitig zur Unterstützung verpflichtet. In der Prüfung der günstigen Verhältnisse und der Bemessung eines Betrags zur Verwandtenunterstützung können daher die Einkommens- und Vermögensverhältnisse von Ehepartnern und eingetragenen Partnerinnen und Partnern indirekt berücksichtigt werden.

- ▶ Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass diese Personen nicht direkt zur Leistung von Verwandtenunterstützung verpflichtet werden. Unterstützte Personen haben keinen direkten Anspruch gegenüber wohlhabenden Partnerinnen oder Partnern von unterstützungspflichtigen Verwandten.

Verwandtenunterstützungsbeitrag

Quelle: SKOS-Empfehlung 2019 zur Berechnung der Verwandtenunterstützung
Zusätzlich zu den Bestimmungen des Bundesrechts kommen kantonalrechtliche Bestimmungen zur Anwendung.

► Kanton Zürich:

- Sozial- und Präventionsgesetz (SPG; § 7) und § 6 der dazugehörigen Verordnung (SPV)
- kantonale Richtlinien über die Geltendmachung von Verwandtenunterstützung (VUR), die sich an die SKOS-Richtlinien anlehnen.

Unterstützungspflichtig sind nur jene Verwandten, die in günstigen Verhältnissen leben (ZGB 328 I). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts lebt eine Person in günstigen Verhältnissen, wenn ihr aufgrund der Einkommens- und Vermögenssituation eine wohlhabende Lebensführung möglich ist. Massgebende Berechnungsgrundlage bildet das steuerbare Einkommen gemäss direkter Bundessteuer zuzüglich Vermögensverzehr.

Die Prüfung der Beitragsfähigkeit sollte deshalb nur erfolgen, wenn die Einkommenszahlen der in Privathaushalten lebenden Verwandten über folgenden Werten liegen:

Prüfung der Unterstützungspflicht Quelle: SKOS-Richtlinien	
Personenstand	Steuerbares Einkommen
Alleinstehende	CHF 120 000.–
Verheiratete	CHF 180 000.–
Zuschlag je minderjähriges oder in Ausbildung befindliches Kind	CHF 20 000.–

Das anrechenbare Einkommen von Pflichtigen **setzt sich zusammen aus dem effektiven Einkommen und einem Vermögensverzehr**. Der Vermögensverzehr ergibt sich aufgrund einer altersabhängigen Quote vom steuerbaren Vermögen, nach Abzug des Freibetrags von CHF 250 000.– für Alleinstehende bzw. CHF 500 000.– für Verheiratete plus CHF 40 000.– pro Kind.

Vom verbleibenden Betrag wird der Vermögensverzehr pro Jahr wie folgt gewichtet:

Quote für Vermögensverzehr Quelle: SKOS-Richtlinien					
Alter der pflichtigen Person	18–30	31–40	41–50	51–60	ab 61
Umwandlungssatz	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{1}{20}$

Als Verwandtenbeitrag ist höchstens die Hälfte der ermittelten Differenz zwischen dem anrechenbaren Einkommen und der Pauschale für gehobene Lebensführung einzufordern.

Die anrechenbare Pauschale für Haushalte von unterstützungspflichtigen Verwandten orientiert sich an einer gehobenen Lebensführung und wird – gestützt auf die Verbrauchserhebung des Bundesamts für Statistik – wie folgt festgelegt:

Pauschale für gehobene Lebensführung	
Quelle: SKOS-Richtlinien, Betrag mtl.	
Einpersonen-Haushalt	CHF 10 000.–
Zweipersonen-Haushalt	CHF 15 000.–
Zuschlag je minderjähriges oder in Ausbildung befindliches Kind	CHF 1 700.–

- ▶ Muss das volljährige Kind einer nicht mit dem anderen Elternteil, sondern mit einem Dritten verheirateten Person (z.B. geschiedener Vater, der wieder geheiratet hat) unterstützt werden, so darf im Rahmen der Verwandtenunterstützung höchstens das vom leiblichen Elternteil erzielte Einkommen beansprucht werden (im Beispiel vom «Kindsvater», nicht aber der Stiefmutter). Im Übrigen wird die Verwandtenunterstützung nach den vorgenannten Kriterien festgesetzt.

Berechnungsformel Verwandtenunterstützung

(Quelle: Petra Müller, Diplomarbeit IVM/ZHAW 2009)

- A Einkommen und Vermögen:
 - A1 effektives Einkommen
 - A2 effektives Vermögen minus Vermögensfreibetrag
(Einzelperson CHF 250 000.–)
= anrechenbares Vermögen
Ermitteln der altersabhängigen Quote
(z.B. für 41- bis 50-Jährige $\frac{1}{40}$).
 - A3 Summe aus effektivem Einkommen und Quote
= total anrechenbares Einkommen
- B anrechenbarer Lebensbedarf
(Einzelperson mtl. CHF 10 000.–)
- C Hälfte der Differenz zwischen A3 und B
= maximal einzufordernder Verwandtenbeitrag

Einvernehmliche Lösung vorziehen

Bevor die Ansprüche auf Verwandtenunterstützungsbeiträge gerichtlich geltend gemacht werden, **sollten die Sozialhilfeorgane mit den Verwandten eine einvernehmliche Lösung suchen** (individuelle Verhältnisse sind genau abzuklären). Solches dürfte auch im Interesse der Hilfe suchenden Person sein, da andernfalls ihr Beziehungsnetz beeinträchtigt würde.

- ▶ **Im Streitfall** hat das unterstützungspflichtige oder kostentragende Gemeinwesen (ZUG 25) eine Zivilklage zu erheben, die sich auf Unterhaltsleistungen für die Zukunft und für höchstens ein Jahr vor Klageerhebung erstrecken kann (ZGB 279).

Üblicherweise wird die Verwandtenunterstützung in Form von Geldzahlungen geleistet. Sie kann aber auch durch Naturalleistungen, durch Aufnahme in den eigenen Haushalt oder in anderer Form geleistet werden. Diesbezüglich haben die Sozialbehörden einen gewissen Ermessensspielraum.

10.3.3.4 Konkubinatsbeitrag

Das Bundesgericht hält mit Verweis auf das geltende Familienrecht fest, dass zwischen Konkubinatspartnern keine gesetzlichen Beistands-, Unterhalts- und Unterstützungspflichten bestehen. Das Gericht anerkennt jedoch, dass Ehepaare und eingetragene Partnerschaften gegenüber Konkubinaten nicht schlechter gestellt werden sollen (BV 14 und 8 II).

- ▶ Den Kantonen ist daher erlaubt, in der Prüfung der sozialhilferechtlichen Bedürftigkeit das Einkommen und Vermögen eines nicht unterstützten Konkubinatspartners oder einer Konkubinatspartnerin angemessen zu berücksichtigen.

In einem stabilen Konkubinats werden Einkommen und Vermögen einer nicht unterstützten Person angemessen berücksichtigt, um den Sozialhilfeanspruch der Partnerin oder des Partners sowie gemeinsamer Kinder zu bestimmen.

- ▶ Ein Konkubinats gilt als stabil, wenn die Partner **seit mindestens zwei Jahren** in einer Beziehung zusammenleben **oder** wenn sie weniger als zwei Jahre zusammenleben aber ein gemeinsames Kind haben. Diese Vermutung kann umgestossen werden.

Einkommen und Vermögen werden in Form eines Konkubinatsbeitrags berücksichtigt. Dieser wird der unterstützten Person als Einnahme angerechnet.

10.3.3.5 Entschädigung für die Haushaltsführung

Von unterstützten Personen in familienähnlichen Wohn- und Lebensgemeinschaften wird erwartet, dass sie im Rahmen ihrer zeitlichen und persönlichen Möglichkeiten den **Haushalt für nicht unterstützte** berufstätige Kinder, Eltern oder Partner im selben Haushalt führen.

Die Haushaltsführung ist von den Mitbewohnern zu entschädigen.

- ▶ Die Höhe der Entschädigung ist von der geleisteten Arbeit der unterstützten Person und dem Einkommen der Mitbewohner abhängig.

Sie beträgt maximal mtl. CHF 950.– für jeden leistungspflichtigen Mitbewohner/Mitbewohnerin und wird der unterstützten Person als Einnahme angerechnet.

Die Entschädigung ist im Rahmen der finanziellen Leistungsfähigkeit mindestens zu verdoppeln, wenn eines oder mehrere Kinder der pflichtigen Person betreut werden.

10.4 Teuerungsanpassung

Die Teuerung wird auf dem Grundbetrag für den Lebensbedarf gleichzeitig mit den AHV/IV-Renten der Teuerung angepasst. Konkret wird auf die prozentuale Erhöhung des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarf der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV abgestellt. Die pro 2021 erfolgte Teuerungsanpassung der AHV/IV-Rente und damit verbundenen Parameter wird von der SKOS ab 01.01.2022 übernommen.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs

Zu bedenken gilt es, dass jeder Mensch in eine Situation gelangen kann, in der er Hilfe von Fachpersonen braucht. Durch das zeitige Aufsuchen einer Beratungsstelle – beispielsweise einer **Budgetberatungsstelle** – können viele Probleme mit relativ kleinem Aufwand und günstigen Prognosen aufgearbeitet werden.

Bedarf jemand der Beratung und/oder Hilfe, kann sich die betreffende Person an der von der Wohngemeinde bezeichneten Stelle melden. Diese prüft ihre Zuständigkeit für öffentliche Sozialhilfe von Amtes wegen. Nach Abklärung der Verhältnisse planen die Sozialhilfeorgane unter Mitwirkung der Hilfesuchenden Person die notwendige Hilfe. Sobald die Verhältnisse genügend geklärt sind, treffen die Sozialhilfeorgane ihren Entscheid.

Den Sozialhilfeorganen wird von der SKOS empfohlen, die allgemeinen Rechte und Pflichten von Sozialhilfesuchenden auf einem Merkblatt festzuhalten und dieses den Hilfesuchenden und ihren Vertretern abzugeben.

Parallel zur öffentlichen Sozialhilfe dienen oft auch **Institutionen der privaten Sozialhilfe** als Anlaufstelle für Hilfesuchende. Im Gegensatz zur öffentlichen Sozialhilfe hat hier die betroffene Person keinen klagbaren Anspruch auf Leistungen.

In den folgenden Abschnitten wird der Vollzug der öffentlichen Sozialhilfe erörtert.

11.1.1 Nachforderung

Sozialhilfeleistungen sind dazu bestimmt, den aktuellen Lebensunterhalt zu sichern, nicht aber um bestehende Schulden zu sanieren. Deshalb können rückwirkend keine Leistungen erbracht oder Schulden aus Sozialhilfegeldern beglichen werden. Das gilt auch für laufende Steuern und Steuerrückstände; hier ist ggf. ein Steuerherabsetzungs- oder -erlassgesuch einzureichen. Im Rahmen des Unterstützungsbudgets ist die Schuldensanierung aber anzusprechen und es sind entsprechende Schritte (oder notfalls der Privatkonkurs) einzuleiten.

11.2 Auszahlung

Das zuständige Sozialhilfeorgan überweist den Unterstützungsbetrag in der Regel monatlich auf ein Konto der unterstützten Person.

In begründeten Fällen, d.h., wenn die Person ihr Geld nicht einteilen kann oder wenn sie mit dem bargeldlosen Zahlungsverkehr überfordert ist, kann die zuständige Dienststelle die Unterstützung ratenweise bar ausbezahlen oder die Rechnungen direkt begleichen (Direktzahlung).

Naturalleistungen haben einen diskriminierenden Charakter. Sie sollen deshalb nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung abgegeben werden.

11.2.1 Leistungsbezug im Ausland

Systembedingt entfällt dies.

11.2.2 Abtretung und Verpfändung

Grundsätzlich ist der Anspruch auf Sozialhilfeleistungen weder abtretbar noch verpfändbar.

Allerdings kann es für Einzelpersonen vorkommen, dass das sozialhilferechtliche Existenzminimum über dem betriebsrechtlichen liegt und das Betriebsamt seine Forderungen geltend macht. In solchen Fällen haben die Sozialhilfeorgane aktiv zu werden.

11.2.2.1 Vorschusszahlungen für Sozialversicherungsleistungen

Aufgrund des Subsidiaritätsprinzips erbringt das Sozialhilfeorgan eine Vorleistung, bis der zuständige Sozialversicherer oder andere Leistungsträger ermittelt sind und diese die gesetzlich bzw. vertraglich geschuldeten Leistungen erbringen.

Das bevorschussende Sozialhilfeorgan kann sich Nachzahlungen von Leistungen des Sozialversicherers gestützt auf ATSG 22 II Bst. a abtreten lassen, wozu für den jeweiligen Sozialversicherer entsprechende Formulare auszufüllen sind.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht

Wer Sozialhilfe beantragt und bezieht, ist verpflichtet, an der Abklärung des Sachverhalts mitzuwirken. Die Hilfe suchende Person hat wahrheitsgetreu über ihre Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse Auskunft zu geben. Unterstützte Personen müssen dem Sozialdienst umfassend Auskunft geben über ihre persönliche und finanzielle Situation. Die Auskunfts- und Meldepflicht erstreckt sich auf sämtliche Informationen und Unterlagen, die zur Feststellung eines Anspruchs und des konkreten Umfangs auf Unterstützung notwendig sind. Dazu gehören Informationen und Unterlagen

- ▶ zu eigenen Einkommens- und Vermögensverhältnissen
- ▶ zur Grösse und Zusammensetzung der Haushaltsgemeinschaft (z.B. Mietvertrag oder Krankenversicherungspolice)
- ▶ zu den Familienverhältnissen sowie
- ▶ zu Verpflichtungen der materiellen Grundsicherung (z.B. Mietvertrag oder Krankenversicherungspolice)

Veränderungen in den finanziellen und persönlichen Verhältnissen müssen unverzüglich und unaufgefordert gemeldet werden. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben müssen schriftlich bestätigt werden.

Nur mit Erfüllen der Auskunfts- und Meldepflicht ist der Sozialdienst in der Lage, die Situation zu prüfen, den Unterstützungsanspruch einer Person festzustellen und einen zielgerichteten Hilfsplan zu entwickeln.

- ▶▶ Das kantonale Recht regelt, inwiefern auch Dritten (z.B. Arbeitgeber oder Vermieter) gegenüber den Sozialdiensten eine Auskunfts- und Meldepflicht zukommt.

PS Der Bezug von Sozialhilfe ist ohne Einfluss auf die Rechts- und Handlungsfähigkeit. Unterstützte Personen können nach wie vor Verträge abschliessen oder kündigen, ein Testament abfassen oder Prozesse führen. Sozialhilfeorgane haben dies zu berücksichtigen und dürfen im Namen der unterstützten Personen ohne Vollmacht keine Rechte und Pflichten begründen.

Pflicht zur Minderung der Bedürftigkeit

Wer Sozialhilfe bezieht, hat nach seinen Kräften zur Verminderung und Behebung der Bedürftigkeit beizutragen. Der Minderung der Bedürftigkeit dienen insbesondere:

- ▶ Suche und Aufnahme einer zumutbaren Erwerbstätigkeit
Zumutbar ist eine Arbeit, die dem Alter, dem Gesundheitszustand und den persönlichen Verhältnissen der bedürftigen Person angemessen ist. Der zumutbaren Erwerbstätigkeit gleichzusetzen, ist die Teilnahme an einer von den Sozialhilfeorganen anerkannten Massnahme. Es kann verlangt werden, dass nicht nur im angestammten Beruf Arbeit gesucht wird.
- ▶ Beitrag zur beruflichen und sozialen Integration;
- ▶ Geltendmachen von Drittansprüchen;
- ▶ Senken von überhöhten Fixkosten.

Da sich die Rechte und Pflichten der Hilfe suchenden Personen in der Regel nach der kantonalen Gesetzgebung richten (oder für Asylsuchende im entsprechenden Bundesrecht), empfiehlt die SKOS den Sozialhilfeorganen, die allgemeinen Rechte und Pflichten von Sozialhilfesuchenden auf einem Merkblatt festzuhalten.

11.3.1 Schwelleneffekte

Um Schwelleneffekte zu vermeiden, können in der materiellen Grundsicherung fördernde situationsbedingte Leistungen (SIL), Integrationszulagen (IZU) und Einkommensfreibeträge (EFB) berücksichtigt werden.

Ein Schwelleneffekt tritt dann ein, wenn sich das frei verfügbare Einkommen eines Haushalts infolge einer geringfügigen Einkommenssteigerung abrupt verringert. Dies kann der Fall sein, wenn das zusätzliche Einkommen dazu führt, dass ein Haushalt den Anspruch auf Sozialhilfe (oder eine andere Transferleistung) verliert oder seine Zwangsausgaben (z.B. Steuern oder Kosten für die familienergänzende Kinderbetreuung) sprunghaft ansteigen.

Solche Effekte können im Rahmen der Sozialhilfe vermieden werden, wenn:

- ▶ in der Bemessung der Eintritts- wie auch der Austrittsschwelle neben der materiellen Grundsicherung auch die ergänzenden Positionen berücksichtigt werden; und
- ▶ die Unterstützungsleistungen so lange gewährt werden, bis das Erwerbs- oder Renteneinkommen über dem verfügbaren Einkommen liegt, das ein Haushalt mit Sozialhilfe erzielt.

Durch die Sozialhilfe alleine lassen sich Schwelleneffekte aber nicht verhindern. Letztlich kann nur ein ganzheitliches Abstimmen aller Systeme (Bedarfsleistungen, Sozialversicherungsleistungen, Steuerrecht usw.) dazu führen, dass Schwelleneffekte beseitigt werden.

Einkommensfreibetrag (EFB) und Schwelleneffekte

In der Festlegung von EFB sind von den einzelnen Kantonen die Auswirkungen der kantonalen Steuergesetzgebung auf niedrige Einkommen zu berücksichtigen.

Den Kantonen wird empfohlen, den Übergang von der Sozialhilfe zur wirtschaftlichen Selbständigkeit derart zu gestalten, dass sich das verfügbare Einkommen von Personen um diese Schwelle möglichst nicht verändert. Haushalte ohne Anspruch auf Sozialhilfe sollen nicht schlechter gestellt sein als erwerbstätige Haushalte mit Sozialhilfe.

- ▶ Um dies zu erreichen und damit den Arbeitsanreiz zu erhalten, ist der Einkommensfreibetrag (EFB) sowohl in der Eintritts- als auch bei der Austrittsberechnung zu berücksichtigen.

11.4 **Leistungskürzung oder -verweigerung durch Verletzung der Obliegenheiten**

Die Unterstützung durch die Sozialhilfe ist an die Mitwirkung der Hilfesuchenden gebunden. Die Sozialhilfeorgane haben unterstützte Personen im Einzelfall umfassend über ihre Rechte und Pflichten sowie über die Rechtsfolgen bei Nichterfüllung der Pflichten zu informieren.

Einzelne Pflichten der unterstützten Personen ergeben sich direkt aus der Gesetzgebung, andere – speziell die Gegenleistungspflicht – müssen im Einzelfall konkretisiert werden. Die Gegenleistung orientiert sich an den individuellen Ressourcen und den persönlichen Verhältnissen der unterstützten Person. Sie wird nach Möglichkeit gemeinsam ausgehandelt.

11.4.1 **Auflagen**

Das Ausrichten wirtschaftlicher Hilfe kann mit einer Auflage verbunden werden. Mit Auflagen kann von unterstützten Personen ein bestimmtes Tun oder Unterlassen verlangt werden. So können konkrete Rechte und Pflichten von unterstützten Personen individuell ausgestaltet werden.

Auflagen müssen sich auf eine rechtliche Grundlage stützen und dem Zweck der Sozialhilfe dienen. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit ist zu beachten.

- ▶ Auflagen sind **schriftlich** zu erlassen und der Rechtsweg hat für deren Überprüfung offen zu stehen. Wichtig ist, dass der Grund, der Bestand und der Umfang von Auflagen für unterstützte Personen klar ersichtlich sind.

11.4.2 **Sanktion**

Befolgt eine unterstützte Person die Auflagen nicht oder verletzt sie ihre gesetzlichen Pflichten, ist eine verhältnismässige Leistungskürzung zu prüfen.

Als Sanktion können gekürzt werden:

- a) der Grundbedarf für den Leistungsbezug (GBL) um 5 bis 30 Prozent
- b) Zulagen für Leistungen Einkommensfreibetrag (EFB) und Integrationszulage (IZU)
- c) fördernde situationsbedingte Leistungen (SIL)

Die Kürzung ist unter Berücksichtigung des Ausmasses des Fehlverhaltens zeitlich auf maximal 12 Monate zu befristen. Eine Kürzung von 20 Prozent und mehr ist auf maximal 6 Monate zu befristen. Nach Ablauf der Fristen können Kürzungen überprüft und gestützt darauf verlängert werden.

- ▶ Die Auswirkungen einer Kürzung auf Kinder und Jugendliche sind zu berücksichtigen.

Nach Erfüllen der Auflagen sind bestehende, auf die betreffenden Auflagen bezogene Sanktionen auf den nachfolgenden Monat wieder aufzuheben.

► **Fallen Sanktion und Rückerstattung zusammen**, darf der maximale Kürzungsumfang von 30 Prozent des Grundbedarfs für den Leistungsbezug (GBL) nicht überschritten werden.

Das aus dem Jahr 2012 stammende Grundlagenpapier Sanktionen wird zurzeit unter Einbezug aller Kommissionen und Landesteile überarbeitet. Die Neuerungen sind auf Anfang 2025 zu erwarten.

11.4.3 Nichteintreten, Ablehnung, Einstellung

Ablehnung von Leistungen/Nichteintretensentscheid

Auf ein Gesuch um Unterstützung wird nicht eingetreten, wenn die Bedürftigkeit nicht ausreichend nachgewiesen ist. Ergibt die Sachverhaltsabklärung **keine Bedürftigkeit**, wird das Gesuch abgewiesen.

Wenn eine gesuchstellende Person sich **weigert, die zum Bemessen des Bedarfs erforderlichen Angaben und Unterlagen beizubringen**, obwohl sie dazu ermahnt und über die Konsequenzen schriftlich informiert wurde, kann ein allfälliger Anspruch auf Sozialhilfeleistungen nicht geprüft werden.

In diesem Fall ist ein Nichteintretensentscheid zu fällen.

(Teil-)Einstellung der Leistungen

Die teilweise oder vollumfängliche Einstellung von Leistungen ist zulässig, wenn:

- a) die Bedürftigkeit während der laufenden Unterstützung nicht mehr nachgewiesen ist;
- b) die unterstützte Person in Kenntnis der Konsequenzen eine ihr mögliche, zumutbare und konkret zur Verfügung stehende Arbeit nicht annimmt;
- c) sich die unterstützte Person weigert, einen ihr zustehenden, bezifferbaren und durchsetzbaren Rechtsanspruch auf Unterhaltsbeiträge oder ein Ersatz-einkommen geltend zu machen; oder sich die unterstützte Person weigert, Vermögenswerte innerhalb einer angemessenen Frist zu verwerten.

Das Einstellen von Leistungen ist nur im Fall einer Verletzung der Subsidiarität zulässig und kann nicht als Sanktion verfügt werden! Die Verhältnismässigkeit und Interessen von Personen einer Unterstützungseinheit – speziell Kinder und Jugendliche – sind zu berücksichtigen.

11.5 Rückerstattung/sozialhilferechtliche Rückerstattungspflicht

Es ist zwischen Rückerstattung von rechtmässigem und von unrechtmässigem Bezug zu unterscheiden. In Bezug auf Rückerstattungsforderung gelten die Bestimmungen der kantonalen Sozialhilfegesetzgebung. Wenn die gesetzlichen Grundlagen dazu vorhanden sind, ist die Rückerstattung von Sozialhilfeleistungen sowohl während der laufenden Unterstützung als auch nach einer Ablösung aus der Sozialhilfe zulässig.

In laufenden Sozialhilfebezugsfällen kann die Rückerstattung ratenweise mit der auszurichtenden Sozialhilfe verrechnet werden. In der Festsetzung der monatlichen Raten ist darauf zu achten, dass die Höhe der Rückerstattung in-

klusive einer allfälligen Sanktion nicht weiter geht als die maximale Kürzungslimite von 30 Prozent. Die Bedürfnisse mitunterstützter Personen (Kinder, Ehegatten) sind zu berücksichtigen.

11.5.1 **Rückerstattung rechtmässiger Bezüge**

Gegebenenfalls von der Rückerstattungspflicht erfasst werden **individuelle wirtschaftliche Unterstützungsleistungen**, die nach den Bedürfnissen unterstützter Personen bemessen werden.

Von der Rückerstattungspflicht **nicht erfasst werden** Leistungen, die:

- a) zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration geleistet wurden (Einkommensfreibetrag, Integrationszulagen, SIL, d.h. situationsbedingte Leistungen im Zusammenhang mit Integrationsmassnahmen);
 - b) zur Deckung der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung zusätzlich zur individuellen Prämienverbilligung (IPV) geleistet wurden;
 - c) aus Gründen einer Behinderung ergänzend zur Gesundheitsversorgung der materiellen Grundsicherung geleistet wurden (SIL, d.h. situationsbedingte Leistungen, im Zusammenhang mit behinderungsbedingten Gesundheitskosten).
- ▶ Diese Leistungen sind dann nicht von der Rückerstattungspflicht ausgenommen, (also zurückzuerstatten), wenn Sozialhilfe nachträglich mit bevorschussten Leistungen verrechnet wird.

Rückerstattungspflichtige Personen

Von der Rückerstattungspflicht erfasst werden Personen, die selber wirtschaftliche Hilfe bezogen haben. Die Rückerstattungspflicht erstreckt sich auch auf Unterstützungsleistungen für Familienangehörige, die zum Zeitpunkt der Unterstützung in der gleichen Unterstützungseinheit gelebt haben (Ehepartner, eingetragene Partner, minderjährige Kinder).

- ▶ **Ehepartner und eingetragene Partner** sind gestützt auf Unterhalts- und Beistandspflichten solidarisch zur Rückerstattung von Unterstützungsleistungen verpflichtet, die während der Ehedauer bzw. der Dauer der eingetragenen Partnerschaft ausgerichtet wurden.
- ▶ **Erben** sind zur Rückerstattung von Unterstützungsleistungen verpflichtet, die zu Lebzeiten an eine verstorbene Person ausgerichtet wurden, soweit sie aus dem Nachlass bereichert sind.
- ▶ **Nicht zur Rückerstattung verpflichtet sind** jene Personen, welche während der Minderjährigkeit oder als junge Erwachsene während einer Erstausbildung rechtmässig unterstützt wurden.
- ▶ **Betreffend Alleinerziehende** greift die Neuregelung des Kindesunterhaltsrechts per 01.01.2017. Das ZUG (Art. 7 II) wurde so revidiert, dass Kinder, die nicht mit beiden Elternteilen zusammenleben, in jedem Fall einen eigenen Unterstützungswohnsitz haben.

Damit sollte eine Grundlage dafür geschaffen werden, um Alleinerziehende von der Pflicht zur Rückerstattung von Sozialhilfeleistungen auszunehmen, die für minderjährige Kinder in ihrem Haushalt geleistet wurden.

- ⇒ Inwiefern diese Ausnahme von der Rückerstattungspflicht aber tatsächlich gilt, ist vom kantonalen Sozialhilferecht abhängig.

11.5.1.1 Günstige Verhältnisse

Rechtmässig bezogene Unterstützungsleistungen müssen rückerstattet werden, wenn eine ehemals unterstützte Person in günstige finanzielle Verhältnisse gelangt.

Massgebend sind die Bestimmungen der kantonalen Sozialhilfegesetzgebung. Die Zuständigkeit und das somit anwendbare Recht ergeben sich aus ZUG 26:

Die Rückerstattungspflicht des Unterstützten und seiner Erben richtet sich nach dem Recht des Kantons, der zurzeit der Unterstützung Wohnkanton war. Solche Ansprüche geltend zu machen und zu beurteilen ist Sache der Behörden und Gerichte dieses Kantons. War die unterstützte Person Ausländer/in ohne Wohnsitz in der Schweiz, gilt das Recht des unterstützenden Kantons, und dessen Behörden und Gerichte sind zuständig.

Freibeträge bei günstigen Verhältnissen

Die Freibeträge orientieren sich an den Vermögensfreibeträgen, wie sie bei der Berechnung von jährlichen Ergänzungsleistungen (ELG 11 I lit. c) berücksichtigt werden.

In günstigen Verhältnissen aufgrund eines Vermögensanfalls sind folgende Freibeträge zu gewähren:

für Einzelpersonen	CHF 30 000.–
für Ehepaare	CHF 50 000.–
für jedes minderjährige Kind	CHF 15 000.–

11.5.1.2 Rückerstattung aus Erwerbseinkommen

Bei günstigen Verhältnissen aufgrund Erwerbseinkommen ist auf eine Geltendmachung der Rückerstattung zu verzichten.

Wo die gesetzlichen Grundlagen eine Rückerstattung aus Erwerbseinkommen vorsehen, ist eine grosszügige Einkommensgrenze zu gewähren und die zeitliche Dauer der Rückerstattung ist zu begrenzen.

In diesen Fällen ist zur Berechnung des monatlichen Rückerstattungsbetrags ein erweitertes Budget nach folgendem Bedarf zu erstellen:

- ▶ Doppelter Ansatz des Grundbedarfs
- ▶ Effektive Wohnkosten
- ▶ Medizinische Grundversorgung
- ▶ übrige Kosten wie Steuern, Versicherungen, Unterhaltsbeiträge, Krankheitskosten, Schuldzinsen und Schuldentilgung sowie weitere begründete Auslagen nach effektivem Aufwand

Als monatliche Rückerstattung ist höchstens die Hälfte der ermittelten Differenz zwischen dem aktuellen Einkommen und dem anrechenbaren Bedarf einzufordern.

Die Rückerstattungszahlungen sollten im Fall einer mehrjähriger Unterstützungsdauer frühestens ein Jahr nach Unterstützungsende geltend gemacht werden. Dadurch soll die soziale und wirtschaftliche Integration nicht gefährdet werden. Weiter sollte die gesamte Rückzahlungsdauer vier Jahre nicht überschreiten und auf die Rückzahlung der nach diesem Zeitraum ungedeckten Auslagen ist zu verzichten.

11.5.1.3 Sicherstellung der Rückerstattung von bevorschussten Leistungen

Zur Sicherstellung einer Rückerstattung von bevorschussten Unterstützungsleistungen (vgl. 10.3.2.1) gibt es verschiedene Instrumente, deren Anwendbarkeit von der jeweiligen Leistung und vom kantonalen Sozialhilferecht abhängig ist.

» Grundpfand

Hat die unterstützte Person Eigentum an einer Liegenschaft, kann das Sozialhilforgan eine Sicherung der erbrachten und künftig zu erbringenden Unterstützungsleistungen mittels Grundpfandverschreibung verlangen.

» Abtretung

Hat die unterstützte Person fällige oder künftige Forderungen, kann das Sozialhilforgan deren Abtretung verlangen, soweit dem nicht Gesetz, Vereinbarung oder Natur des Rechtsverhältnisses entgegenstehen.

Das Gesetz kann die Abtretung von Gesetzes wegen vorsehen (**Legalzession**). In diesen Fällen gehen die Rechte und Pflichten einer Forderung auf das Sozialhilforgan über.

⇒ **Abtretung auf Vertragsbasis** (OR 164 ff.)

Eine Abtretungserklärung muss schriftlich erfolgen und ausserdem umgehend dem betreffenden Schuldner angezeigt werden (Notifikation). Von einem korrekt informierten Schuldner oder einer Schuldnerin kann in diesen Fällen nur noch an das Sozialhilforgan befreiend geleistet werden. Die unterstützte Person (ehemalige Forderungsinhaberin) hat dem Sozialhilforgan alle Unterlagen zur Forderung auszuhändigen (OR 170). Das Sozialhilforgan wird durch die Abtretung Forderungsinhaberin mit allen Rechten und Pflichten.

Eine Abtretung von Sozialversicherungsleistungen ist verboten, ausser es handelt sich um Nachzahlungen (ATSG 22). Auch für die Abtretung künftiger Lohnforderungen gibt es gesetzliche Einschränkungen (OR 325).

In vielen Sozialhilfegesetzen wird die Abtretungserklärung als Pflicht der unterstützten Person aufgeführt, indem der Anspruch auf wirtschaftliche Hilfe von einer solchen Abtretung abhängig gemacht wird.

⇒ **Abtretung von Gesetzes wegen (Legalzession)**. In diesen Fällen gehen die Rechte und Pflichten einer Forderung auf das Sozialhilforgan über.

Enthält **das kantonale Sozialhilfegesetz** eine Bestimmung, die anordnet, dass (bestimmte) Forderungen der unterstützten Person auf das bevorschussende Sozialhilforgan übergehen, dann handelt es sich um eine Abtretung von Gesetzes wegen (sogenannte Legalzession oder Subrogation).

Diese wird gegenüber dem Schuldner ohne Zustimmung der unterstützten Person wirksam (OR 166). Damit der Schuldner Kenntnis erhält, sollte das Sozialhilforgan dem Schuldner die gesetzliche Abtretung umgehend zur Kenntnis bringen.

⇒ **Auf Bundesebene** sind Abtretungen von Gesetzes wegen im Zusammenhang mit dem Ehegatten- und Kindesunterhalt sowie der Verwandtenunterstützung vorgesehen.

Bevorschusst das Sozialhilforgan etwa Alimente, dann geht dieser Anspruch nach ZGB von Gesetzes wegen auf die Sozialhilfe über.

► **Gesetzliches Rückforderungsrecht**

Von leistungspflichtigen Dritten kann verlangt werden, dass Ansprüche auf rückwirkende Leistungen direkt an ein bevorschussendes Sozialhilfeorgan ausgerichtet werden.

► **Zahlungsanweisung**

Eine unterstützte Person kann einen Schuldner anweisen, eine Forderung direkt an das Sozialhilfeorgan zu leisten.

11.5.2 Rückerstattung unrechtmässiger Bezüge

Unrechtmässig bezogene Leistungen müssen rückerstattet werden. Ein unrechtmässiger Bezug liegt vor, wenn Unterstützungsleistungen unter unwahren oder unvollständigen Angaben erwirkt oder wenn unterstützungsrelevante Änderungen nicht oder nicht rechtzeitig gemeldet wurden.

Leistungen müssen rückerstattet werden, wenn sie nicht entsprechend ihrer Zweckbestimmung verwendet und daher doppelt geleistet werden.

11.5.3 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte/Regress

Dieser ist – abgesehen von der Verwandtenunterstützungspflicht, vgl. 10.3.3.3 – den (Sozial-)Versicherern vorbehalten.

11.6 Rechtspflegeverfahren

Gestützt auf das kantonale Prozessrecht gewährt das zuständige Sozialhilfeorgan Unterstützungsleistungen mittels einer Verfügung. Im Gegensatz zu den Sozialversicherungen besteht jedoch kein Anspruch auf einen Geldbetrag, sondern lediglich ein Anspruch auf situationsgerechte Hilfe, die auch im Angebot von Natural- oder Dienstleistungen bestehen kann.

Ist die Hilfe suchende Person mit der Bemessung der Unterstützung bzw. dem ausbezahlten Betrag nicht einverstanden, hat sie Anspruch auf eine schriftlich begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen Sozialhilfe

12.1.1 Sozialhilfe und Sozialhilfeausgaben

Seit rund zwanzig Jahren prägt das Paradigma der Aktivierung die Sozialpolitik. Der aktivierende Sozialstaat basiert auf der Annahme, dass die Menschen ganz im Sinne des «Homo oeconomicus» rational handelnde Wesen sind, die nach Nutzenmaximierung streben.

Um Personen davor zu bewahren, wirtschaftliche Sozialhilfe (Sozialhilfe im engeren Sinn) beziehen zu müssen, richten die Kantone vorgelagerte bedarfsabhängige Sozialleistungen aus. Wirtschaftliche Sozialhilfe und die vorgelagerten bedarfsabhängigen Sozialleistungen bilden zusammen die Sozialhilfe im weiteren Sinn.

Die Finanzstatistik 2021 weist für Bund, Kantone und Gemeinden insgesamt 8,8 Mrd. Franken Nettoausgaben für Leistungen der Sozialhilfe im weiteren Sinn aus. 804 966 Personen oder 9,3 Prozent der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz bezogen mindestens eine bedarfsabhängige Sozialleistung.

5,4 Mrd. Franken (62,1%) der Nettoausgaben für armutsbekämpfende bedarfsabhängige Sozialleistungen entfielen auf die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV; ein knappes Drittel machte die wirtschaftliche Sozialhilfe aus. Die übrigen armutsbekämpfenden bedarfsabhängigen Sozialleistungen, also die Alters- und Invaliditätsbeihilfen, Arbeitslosenhilfen, Familienbeihilfen, Alimentenbevorschussungen und Wohnbeihilfen, umfassten 6,4 Prozent der Ausgaben (559 Mio. Franken). Mit Ausnahme der Alimentenbevorschussungen werden diese übrigen Leistungen nicht in allen Kantonen ausgerichtet.

12.1.1.1 Sozialhilfe im engeren Sinn

2021 haben die Ausgaben für wirtschaftliche Sozialhilfe 2,8 Mrd. Franken betragen (1,2% weniger als im Vorjahr). Damit ist zum dritten Mal in Folge eine leichte Abnahme der Nettoausgaben für wirtschaftliche Sozialhilfe (gegenüber dem entsprechenden Vorjahr) zu verzeichnen.

Insgesamt entsprechen die Nettoausgaben von 2,8 Mrd. Franken für wirtschaftliche Sozialhilfe einem Anteil von 1,3 Prozent an den Gesamtausgaben für alle Sozialleistungen, welche sich gemäss Gesamtrechnung der sozialen Sicherheit (GRSS) 2021 auf 207 Mrd. Franken beliefen. Im Vorjahr (2020) lag dieser Anteil leicht höher (1,4%).

Die Anzahl der mit wirtschaftlicher Sozialhilfe unterstützten Personen nahm 2021 gegenüber dem Vorjahr um 2,5 Prozent ab. Dies führte in der Summe zu einem Anstieg der durchschnittlichen jährlichen Nettoausgaben pro Empfänger/in um nominal 1,4 Prozent auf CHF 10 419.–.

Damit entsprechend die Ausgaben 1,4 Prozent der Gesamtausgaben für alle Sozialleistungen, bzw. 1,5 Prozent pro 2019 (GRSS 2020: 206 Mrd. Franken, 2019 2,815 Mrd.).

Jährliche Sozialhilfe-Ausgaben zu laufenden Preisen				
Quelle: BFS, Finanzstatistik der Sozialhilfe im weiteren Sinn, 22.03.2022 und Vorjahre				
Jahr	Anzahl Einwohner/innen	Anzahl Empfänger/innen	Ausgaben in Mio. CHF	Ausgaben pro Empfängerin CHF
2012	8 327 126	250 333	2 356,1	9 412
2013	8 139 631	257 192	2 429,5	9 446
2014	8 237 666	261 983	2 563,8	9 786
2015	8 327 126	265 626	2 617,5	9 854
2016	8 419 550	273 273	2 772,0	9 961
2017	8 484 130	278 345	2 815,7	10 116
2018	8 544 527	272 052	2 830,7	10 278
2019	8 606 033	271 419	2 815,4	10 373
2020	8 670 300	272 052	2 796,1	10 278
2021	8 738 791	265 100	2 120	10 419
2022	8 815 400	256 800	2 078	8 092

12.1.1.2 Sozialhilfebeziehende 2022

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), 18.12.2023

Im Jahr **2022** wurden in der Schweiz 256 800 Personen (3,1% weniger als 2021) mit wirtschaftlicher Sozialhilfe unterstützt. Die **Sozialhilfequote** (Anzahl Sozialhilfeempfangende gemessen an der Wohnbevölkerung) beläuft sich nun auf **2,9 Prozent** (2021/22 je 3,1%). Befürchtungen, dass sich als Spätfolge der Covid-19-Pandemie insbesondere die Arbeitslosigkeit negativ auf die Sozialhilfe auswirken könnte, bestätigten sich weiterhin nicht.

Im Vergleich zum Vorjahr sank die Sozialhilfequote in 14 Kantonen. Gleichzeitig blieb sie in zehn Kantonen unverändert und stieg in zwei Kantonen. In diesen beiden Kantonen stieg, anders als in Kantonen mit einer abnehmenden oder stagnierenden Quote, 2022 die Anzahl Neueintritte in die Sozialhilfe.

67 000 Personen mit «Schutzstatus S» bezogen Sozialhilfe

2022 bezogen insgesamt 66 700 Personen mit «Schutzstatus S» Sozialhilfe. Davon waren 21 400 Personen minderjährig. Von den 45 300 volljährigen Personen waren 72,8 Prozent weiblich, knapp die Hälfte war zwischen 26- und 45-jährig und ebenfalls knapp die Hälfte war verheiratet (inkl. eingetragene Partnerschaften). Unter den volljährigen Leistungsbeziehenden mit dem «Schutzstatus S» waren rund 5 800 Personen (13%) 65-jährig oder älter. Da sie kein Anrecht auf eine AHV-Rente oder auf Ergänzungsleistungen haben, sind sie im Vergleich zur wirtschaftlichen Sozialhilfe stark übervertreten. Der Anteil der anderen ab 65-jährigen Sozialhilfebeziehenden beträgt 1,7 Prozent. 2022 haben von den 66 700 Personen mit «Schutzstatus S» 89,0 Prozent mindestens eine Leistung der Sozialhilfe in Anspruch genommen.

Zunahme der Asylgesuche sowie der unterstützten Personen im Asylbereich

Im Jahr 2022 ist die Anzahl eingereicherter Asylgesuche (ohne «Schutzstatus S») in der Schweiz im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (+64,2 %, d.h. 24 500 Personen). Aufgrund dieser Zunahme ist die Anzahl der von der Sozialhilfe unterstützten Personen im Asylbereich ebenfalls gestiegen, dies um 6,1 Prozent auf 32 100 Personen. Im Flüchtlingsbereich nahm die Anzahl Sozialhilfebeziehender ab, dies um 2,8 Prozent auf rund 22 500 Personen.

Ausschlaggebend dafür ist, dass viele Personen aus personenreichen Kohorten von Asylsuchenden der Jahre 2014 bis 2016 als Flüchtlinge anerkannt wurden und im Jahr 2022 Aufenthaltsdauern von fünf respektive sieben Jahren und mehr aufwiesen. Ab diesem Zeitpunkt befinden sie sich in der finanziellen Zuständigkeit der Kantone respektive Gemeinden und werden in der Statistik der wirtschaftlichen Sozialhilfe ausgewiesen. Der Anteil Ausländer/innen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe mit einem Asylhintergrund (vorläufig Aufgenommene sowie Flüchtlinge mit Asyl mit mehr als 7 bzw. 5 Jahren Aufenthalt) stieg durch diese Entwicklung auf 26,9 Prozent (Anteil 2019: 17,7%).

Vor dem Hintergrund dieser Verschiebungen stellt sich die Frage nach den längerfristigen Ablösungsprozessen aus der Sozialhilfe. Längsschnittanalysen zeigen, dass in der Kohorte der neuen Asylsuchenden aus dem Jahr 2016 der Anteil Sozialhilfebeziehender im Jahr nach der Einreise rund 89,0 Prozent ausmachte. Im Jahr 2022, d.h. nach sieben Jahren, belief sich die Bezugsquote für diese Kohorte auf 69,5 Prozent. Dies entspricht einer Differenz von rund

20 Prozentpunkten gegenüber der Situation ein Jahr nach der Einreise. Werden erwerbstätige Sozialhilfebeziehende in der Berechnung der Bezugsquote ausgeklammert, machte diese im Jahr 2022 noch 42,0 Prozent aus. Das heisst, für rund 27 Prozent der unterstützten Personen in der Kohorte reichten sieben Jahre nach Einreise die erzielten Einkommen nicht aus, um den Lebensunterhalt zu sichern.

12.1.2 Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten

Quelle: Städteinitiative Sozialpolitik, 24.10.2023

Die Städteinitiative Sozialpolitik vertritt die sozialpolitischen Interessen von rund 60 Schweizer Städten aus allen Regionen. Sie setzt sich für ein kohärentes System der sozialen Sicherung und eine gute Zusammenarbeit von Städten, Bund und Kantonen ein. Die Städteinitiative Sozialpolitik ist eine Sektion des Schweizerischen Städteverbandes.

Der Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe, erarbeitet von der Berner Fachhochschule und der Städteinitiative Sozialpolitik, dokumentiert seit gut 20 Jahren die aktuelle Entwicklung in 14 Städten (Basel, Bern, Biel, Chur, Lausanne, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Schlieren, Uster, Wädenswil, Winterthur, Zug und Zürich). In Städten und Agglomerationen ist die Sozialhilfequote (der Anteil Sozialhilfebeziehender an der Gesamtbevölkerung) höher als im ländlich geprägten Umland. In den 14 Städten leben rund ein Viertel der Sozialhilfebeziehenden der Schweiz.

In 10 von 14 Städten sind 2022 die Sozialhilfequoten gesunken oder gleichgeblieben, teils zum wiederholten Male. Deutlich verringert hat sich auch die durchschnittliche Zahl der neuen Fälle: Sie sank um 11,1 Prozent im Vergleich zu den drei Vorjahren. Das Total der Sozialhilfefälle in den Städten hat ebenfalls abgenommen, um durchschnittlich 2,6 Prozent. Dazu hat unter anderem die gute Arbeitsmarktlage beigetragen.

Geflüchtete sind häufiger Erwerbstätig als andere Sozialhilfebeziehende

Die Städte leisten überdurchschnittlich viel für die Integration von Geflüchteten. In allen grösseren Städten leben anteilmässig mehr geflüchtete als im Durchschnitt des jeweiligen Kantons. Die Sozialhilfe übernimmt zunehmend Integrationsaufgaben im Flüchtlingsbereich.

Der Präsident der Städteinitiative, Nicolas Galladé, betont die Bedeutung der Integrationsagenda Schweiz. «Es sind entscheidende Integrationsprogramme für Flüchtlinge und vorläufig aufgenommene sowie ukrainische Schutzsuchende des Programms S. Für die Städte sei es zentral, dass auch das Programm S weitergeführt wird, um den Ukrainer/innen in der Schweiz eine Perspektive bieten zu können.» Galladé moniert ausserdem die Rechtsungleichheit im Flüchtlingsbereich: «Die finanzielle Unterstützung von Geflüchteten mit Bleiberecht müsste dem sozialen Existenzminimum entsprechen – unabhängig vom Wohnort und Status.» Das sei heute nicht der Fall.

36 Prozent der erwachsenen Geflüchteten, die Sozialhilfe beziehen, sind erwerbstätig. Unter den übrigen Sozialhilfebeziehenden sind es 23 Prozent.

12.2 Wie Armut messen?

In der Schweiz besteht ein engmaschiges Netz von Sozialversicherungen, das den hier lebenden und arbeitenden Menschen und ihren Angehörigen einen weitreichenden Schutz vor Risiken bietet, deren finanzielle Folgen sie nicht allein bewältigen können. Wie eine Gemeinschaft mit ihren schwächsten Gliedern umgeht, ist Teil der politischen Kultur und darüber hinaus ein Wirtschaftsfaktor von beachtlicher Bedeutung. Armut kann als Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen (materiell, kulturell, sozial) verstanden werden. Armut zu bekämpfen, ist ein zentrales Anliegen der Sozialpolitik.

Wer ist arm?

«Arm ist, wer so hungrig ist, dass er vor lauter Durst nicht weiss, wo er nachts schlafen soll.» (Lumpaci Vagabundus von Johann N. Nestroy 1833).

Das Bundesamt für Statistik definiert «Armut» wie folgt:
Armut bedeutet Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen (materiell, kulturell und sozial), so dass die betroffenen Personen nicht den minimalen Lebensstandard erreichen, der im Land, in dem sie leben, als annehmbar empfunden wird.

Zwei Betrachtungsweisen betreffend «Armut»	
Existenzminimum (Schweiz) <ul style="list-style-type: none">▶ Betreibungsrechtliches▶ Sozialhilferechtliches: SKOS-Richtsätze (Sozialhilfequote 2022: 2,9%)▶ Sozialversicherungsrechtliches: Anspruch auf Ergänzungsleistungen	Armutskonzepte <ul style="list-style-type: none">▶ absolute Armut: zum Überleben absolut notwendige Güter fehlen<ul style="list-style-type: none">▶ Armutsquote (CH 2021: 8,7%)▶ relative Armut: Existenzbedarf kann nicht angemessen gedeckt werden<ul style="list-style-type: none">▶ Armutsgefährdungsquote (CH 2021: 14,6%; bzw. 7,4% der Erwerbstätigen)▶ subjektive Armut: Wahrnehmung, Werthaltung<ul style="list-style-type: none">▶ Quote der materiellen Entbehrung (mind. 3 von 9; CH 2021: 18,9%) <p>Quelle der Prozentsätze: BFS 02.05.2023, Hauptindikatoren der Armutsstatistik</p>

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch durchgeführte Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) gibt Auskunft über die Anzahl Armutsbetroffener nach den einzelnen Konzepten.

12.2.1 Armut (absolutes Armutskonzept, soziales Existenzminimum)

Als arm gelten Personen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Die Armutsgrenze orientiert sich an den SKOS-Richtlinien. Sie ergibt sich aus einem Pauschalbetrag für den Lebensunterhalt, den individuellen Wohnkosten sowie für ab 16-Jährige situationsbedingte Ausgaben.

► **Armutsquote:** Laut BFS (Bundesamt für Statistik) waren im Jahr 2021 in der Schweiz **8,7 Prozent** der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten **von Einkommensarmut betroffen**. Dies entspricht rund 745 000 Personen. Zu den am stärksten betroffenen Gruppen zählten Personen, die alleine oder in Einelternhaushalten mit minderjährigen Kindern lebten, Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und solche in Haushalten ohne Arbeitsmarktteilnahme.

Im Vergleich zum Vorjahr (2020 mit 8,5%) hat sich die Armutsquote statistisch nicht merklich verändert. Zwischen den Jahren 2007 und 2013 ging die Armutsquote von 9,3 auf 5,9 Prozent zurück. Seit 2014 (6,7%) steigt sie jedoch wieder an. In der gleichen Zeit ging das verfügbare Einkommen der untersten Einkommensgruppe (unterste 10% der Einkommensverteilung) zurück.

Die Armutsgrenze wird von den SKOS-Richtlinien abgeleitet. 2021 hatte eine armutsbetroffene Einzelperson in der Schweiz monatlich maximal CHF 2289.– zur Verfügung; einer Zweielternfamilie mit zwei Kindern CHF 3989.– Franken. Damit müssen die Wohnkosten sowie Ausgaben für Essen, Kleidung, Kommunikation, Energieverbrauch, laufende Haushaltsführung, Gesundheitspflege, Verkehrsauslagen, Unterhaltung und Bildung, Körperpflege sowie Vereinsbeiträge und Hobbies bezahlt werden. Nicht eingerechnet sind die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung. Sie wird, gleich wie die Sozialversicherungsbeiträge, Steuern und allfällige Alimente vorgängig vom Haushaltseinkommen abgezogen.

Ein von der Caritas mit der Berner Fachhochschule ins Leben gerufenes Armutsmonitoring zeigt, dass sich mit einem Anheben der Armutsgrenze um CHF 500.– die Quote der betroffenen Familien verdoppeln würde. Das beweist, dass in der Schweiz viele Familien knapp über der Armutsgrenze leben. In Schulklassen ausgedrückt heisst dies, dass in jeder Klasse ein Kind von Armut betroffen und mindestens drei weitere gefährdet sind.

Armutsprävention muss in den Familien beginnen. Das erfolgreiche Beispiel des Kantons Waadt zeigt, wie Unterstützung und Coaching von armutsbetroffenen bzw. -gefährdeten Familien nachhaltig wirken. Und doch ist die Aussicht auf Ergänzungsleistungen für Familien in allen Kantonen (zurzeit nur in SO, VD, GE und TI) in weiter Ferne.

12.2.1.1 Sozialtransfers vermindern die Armut

Sozialtransfers im engeren Sinn umfassen alle Sozialtransfers ausser Alters- und Hinterbliebenenleistungen (z.B. Familienzulagen, IV-Renten, Verbilligungen der Krankenkassenprämie, Sozialhilfe oder Taggelder der ALV).

► Für die Armutsquote vor allen Sozialtransfers werden auch Alters- und Hinterbliebenenleistungen zu den Sozialtransfers gezählt.

Sozialtransfers tragen in der Schweiz wesentlich dazu bei, Armut zu verhindern. Ohne alle Sozialtransfers wäre 2020 fast ein Drittel der Schweizer Bevölkerung armutsbetroffen (31,5%). Werden die Alters- und Hinterbliebenenleistungen ans Einkommen angerechnet, sinkt die Armutsquote auf 16,5 Prozent. Nach Berücksichtigung aller Transfers beträgt sie schliesslich noch 8,5 Prozent.

Die Struktur der armen Bevölkerung wird durch die Sozialtransfers kaum verändert. Die wichtigsten Risikofaktoren für Armut in der Schweiz sind sowohl vor als auch nach Sozialtransfers eine geringe Schulbildung sowie eine ungenügende Integration in den Arbeitsmarkt. Für Personen in Einelternhaushalten, Erwerbslose und ausländische Personen aus ost- oder aussereuropäischen Staaten wird die Armutsquote durch die Sozialtransfers stark reduziert. Diese Gruppen sind jedoch auch nach Transfers deutlich häufiger armutsbetroffen als die Gesamtbevölkerung.

12.2.1.2 Armut der Erwerbstätigen (working poor)

Eine besondere Beachtung kommt der Armut von erwerbstätigen Personen zu, da die Ausübung einer Erwerbstätigkeit als Mittel zur Reduktion des Armutsrisikos gilt. Als arme Erwerbstätige werden in der Erhebung des Bundesamts für Statistik (BFS) alle Personen ab 18 Jahren bezeichnet, die während mehr als der Hälfte des Kalenderjahres vor der Erhebung voll- oder teilzeiterwerbstätig waren und in einem armen Haushalt leben.

- ▶ Seit 2014 (3,4%) stieg die Armutsquote der Erwerbstätigen in der Schweiz tendenziell an. Seit 2019 verharrt sie stabil auf 4,2 Prozent. Demnach erzielten 2021 rund 157 000 Personen trotz Erwerbsarbeit kein Einkommen über der Armutsgrenze.

Die Einkommenssituation der Erwerbstätigen wird wesentlich durch die Arbeitsform und -bedingungen bestimmt. Folgende Gruppen waren besonders häufig trotz Erwerbstätigkeit armutsbetroffen

- ▶ Personen, die nicht ganzjährig erwerbstätig waren
- ▶ Selbständigerwerbende
- ▶ Personen mit befristeten Arbeitsverträgen
- ▶ Personen, die in kleinen Betrieben tätig sind

12.2.1.3 Kinderarmut

Quelle: Caritas 19.09.2023

Armut wird in unseren Breitengraden meist als ein Phänomen der Entwicklungsländer angesehen. Was aber Armut in der reichen Schweiz bedeutet, wird nur sehr wenig diskutiert. Zwar erscheinen immer wieder Studien, die darauf aufmerksam machen, dass es Armut auch in der Schweiz gibt. Die Ursachen und Auswirkungen einer Armutslage sind jedoch nur wenig im Bewusstsein der Bevölkerung verankert.

Rund 134 000 Kinder sind in der Schweiz von Armut betroffen; das hat vielfältige Ursachen. Die Kosten belasten besonders Eltern mit tiefen Einkommen. So stammen 70 Prozent aller armutsbetroffenen Kinder aus Working-Poor-Familien. Oft muss mindestens ein Elternteil das Erwerbsspensum reduzieren, um die Kinderbetreuung sicherstellen zu können, denn Kindertagesstätten sind teuer. Auch sonst ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf mangelhaft und stellt vor allem Familien mit flexiblen Arbeitsverhältnissen vor oft unüberwindbare Probleme. Weil das Risiko einer Scheidung schlecht abgesichert ist, sind überdurchschnittlich viele Kinder von Alleinerziehenden armutsbetroffen. Insgesamt liegt die Schweiz betreffend Investitionen in Kinder und Familien deutlich unter dem europäischen Durchschnitt.

Der Bund überlässt das Feld der Armutsbekämpfung den Kantonen, was zu ungleichen Chancen führt. Vier Kantone (Genf, Solothurn, Tessin und Waadt) setzen mit Erfolg das Instrument der Familienergänzungsleistung gegen Kinderarmut ein. Die parlamentarische Initiative «Kinder vor der Armut schützen» fordert eine schweizweite Lösung nach diesem Modell.

► **Ergänzungsleistungen für Familien** fördern die Selbstverantwortung, schaffen Anreize zur Erwerbstätigkeit und sind zudem mit weniger administrativem Aufwand verbunden als die Sozialhilfe.

Sie wirken einer Chronifizierung und Vererbung von Armut entgegen. Anders als bei der Sozialhilfe muss die Familie nicht alle Reserven aufbrauchen. Viele Familien sind nur während zwei, drei Jahren in einer sehr prekären Situation, wenn die Kinder ganz klein sind. Es ist nachhaltiger, sie in diesen wenigen Jahren so zu unterstützen, dass ihr Handlungsspielraum gewahrt bleibt und sie nicht in die Armutsfalle geraten.

12.2.2 **Armutsgefährdung (relatives Armutskonzept)**

Als armutsgefährdet gelten Personen, die ein deutlich tieferes Einkommen als die Gesamtbevölkerung haben und somit dem Risiko des sozialen Ausschlusses ausgesetzt sind. Armut wird somit als Form der Ungleichheit betrachtet.

► **Armutsgefährdungsquote**

Anteil an (Erwerbs-)Bevölkerung; mit Einkommen unter (50 Prozent OECD) 60 Prozent im EU-Raum des Medians des verfügbaren Äquivalenzeinkommens.

Auf 60-Prozent-Basis betrachtet, waren 2021 in der Schweiz 14,6 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet, das sind 1,3 Million Menschen; unter ihnen sind überdurchschnittliche viele Familien mit drei und mehr Kindern. Für einen Einpersonenhaushalt liegt die Armutsgefährdungsgrenze bei Jahreseinkommen von CHF 30 185.–.

Fazit: Armut ist in der Schweiz kein Randphänomen. Mehr als jede sechste Person in der Schweiz ist armutsgefährdet.

Armutsgefährdungsquote im internationalen Vergleich

Um die Situation in der Schweiz mit anderen Ländern zu vergleichen, wird die international gebräuchliche Armutsgefährdungsquote verwendet. Diese lag 2021 in der **Schweiz mit 14,6 Prozent** weiterhin unter dem Durchschnitt der Europäischen Union von 23,8 Prozent.

Die Armutsgefährdungsquote variierte 2020 in Europa zwischen 23,4 Prozent (Lettland) und 8,6 Prozent (Tschechien). Die Schweiz (14,7% ohne fiktive Miete) liegt unter dem europäischen Durchschnitt (EU: 16,8%). Die Armutsgefährdungsquoten unserer Nachbarn betragen in Frankreich 14,3 Prozent, in Österreich 14,7 Prozent sowie in Deutschland und Italien 20,1 Prozent.

Hinsichtlich der materiellen Versorgung gehört die Schweiz zu den bestplatzierten Ländern Europas (vgl. nachstehend 12.3.2).

12.2.2.1 Besondere Risikogruppen schweizweit

Quelle: BFS, Armutsgefährdung pro 2021

Die Armutsgefährdung ist stark von der familiären Situation und vom Ausbildungsniveau abhängig.

- ▶ Alleinlebende Personen unter 65 Jahren ohne Kinder (16,9%)
Paare unter 65 Jahren ohne Kinder (6,4%)
- ▶ Paare mit zwei Kindern (9,0%)
Paare mit drei oder mehr Kindern (20,6%)
- ▶ Einelternhaushalte (26,2%)

Ausserdem sind nur 8,0 Prozent der Personen mit einer tertiären Ausbildung (Hochschulabschluss) armutsgefährdet, aber 21,7 Prozent jener, die ihre Ausbildung mit der obligatorischen Schule abgeschlossen haben (wenn sie allein leben, steigt der Anteil auf 29,0 Prozent).

Personen ab 65 Jahren stellen einen besonderen Fall dar. Sie sind der Armutsgefährdung sehr stark ausgesetzt (21,7%), vor allem wenn sie alleine leben (29,0%). Sie verbrauchen signifikant mehr von ihrem Vermögen, um ihre laufenden Ausgaben zu finanzieren, nämlich 18,2 Prozent. Unter den 18- bis 64-Jährigen sind es 5,8 Prozent bzw. unter den 50- bis 64-Jährigen 7,8 Prozent. Der Rückgriff auf das Vermögen wird im verfügbaren Äquivalenzeinkommen jedoch nicht berücksichtigt und folglich auch nicht in der Schätzung der Armutsgefährdung.

12.2.3 Materielle und soziale Deprivation (subjektive Armut)

Quelle: BFS 2023 (SILC 2021)

(Deprivation = Mangel, Verlust, Entzug von etwas gewünschtem, Liebensentzug; hier nicht Absetzung eines kath. Geistlichen)

Die materielle und soziale Deprivation **ist ein neuer Indikator**, der es erlaubt, den Anteil Personen zu messen, die aus finanziellen Gründen auf wichtige Güter, Dienstleistungen und soziale Aktivitäten verzichten müssen (siehe Kapitel Grundlagen und Erhebungen). Er ist eine **Weiterentwicklung der bisherigen Quote der materiellen Entbehrung** und ersetzt diese sowohl in der Schweiz als auch auf europäischer Ebene.

- ▶ Der Anteil deprivierter Personen bleibt in der Schweiz ähnlich hoch wie bisher. Dennoch sind die neuen Ergebnisse nicht direkt mit der bisherigen Quote der materiellen Entbehrung vergleichbar.

Hauptergebnisse

Im Jahr 2021 befinden sich 5,2 Prozent der in der Schweiz lebenden Bevölkerung in einer Situation materieller und sozialer Deprivation. Unter den Erwerbstätigen waren 3,3 Prozent betroffen, d.h. rund 124 000 Personen. Der Deprivation von erwerbstätigen Personen fällt eine besondere Beachtung zu, da das Ausüben einer Erwerbstätigkeit als Mittel zur Reduktion des Armutsrisikos gilt. Die Schweiz liegt hier deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 7,3 Prozent. Von unseren Nachbarländern wies nur Österreich eine tiefere Quote als die Schweiz auf. In Deutschland, Frankreich und Italien lag sie dagegen deutlich höher.

Wie bisher betrifft die häufigste Art materieller und sozialer Deprivation im Jahr 2021 die Unfähigkeit, eine unerwartete Ausgabe in der Höhe von CHF 2500.– begleichen zu können (18,9% der Bevölkerung). Die beiden nächsthäufigen Deprivationen betrafen den Haushalt als Ganzes. So gaben 10,4 Prozent der Bevölkerung an, nicht genügend finanzielle Mittel zu besitzen, um abgenützte Möbel ersetzen zu können, und 8,7 Prozent konnten nicht jedes Jahr mindestens eine Woche lang in die Ferien fahren.

Die häufigsten Deprivationen auf individueller Ebene waren der Verzicht auf eine regelmässige kostenpflichtige Freizeitaktivität (7,9%) und die Unmöglichkeit jede Woche etwas Geld für sich selbst ausgeben zu können, ohne ein anderes Haushaltsmitglied fragen zu müssen (6,3%).

- ▶ Im Jahr 2021 verzichteten fünfmal mehr Personen ab 16 Jahren in der Schweiz aus finanziellen Gründen auf eine notwendige zahnärztliche Pflegeleistung, inbegriffen Dentalhygieniker und Kieferorthopäden, als auf eine notwendige medizinische Pflegeleistung (2,5% bzw. 0,5%).

Personen mit ausländischer Nationalität, Arbeitslose und Personen mit tiefem Bildungsstand sind am meisten von mindestens einer der beiden Entbehrungen von Pflegeleistungen betroffen. Der Anteil Personen, der eine Pflegeleistung nicht in Anspruch nehmen kann, sinkt insbesondere in Bezug auf den Zahnarzt mit steigendem Einkommen.

Von Armut gefährdete Personen weisen eine deutlich höhere Quote materieller und sozialer Deprivation auf (16,6%) als Personen, die nicht armutsgefährdet sind (3,3%). Personen ab 65 Jahren stellen einen Sonderfall dar: Sie sind einerseits besonders armutsgefährdet, andererseits ist ihre Quote materieller und sozialer Deprivation (2,9%) signifikant tiefer als jene der Gesamtbevölkerung.

Kinderspezifische Deprivation

Die kinderspezifische Deprivation setzt sich aus 17 Bereichen zusammen, von denen fünf auf Haushaltsebene erfragt werden und zwölf, die spezifisch die Kinder unter 16 Jahren betreffen.

- ▶ Ein Kind unter 16 Jahren gilt als depriviert, wenn es mindestens 3 der 17 Bereiche entbehrt.

Im Jahr 2021 waren in der Schweiz 6,4 Prozent der Kinder unter 16 Jahren in mindestens drei von 17 Bereichen depriviert, die für Kinder als besonders wichtig gelten. Dazu gehören neben passenden Kleidern und Schuhen und ausgewogenen Mahlzeiten beispielsweise auch der Besitz von altersgerechten Büchern, Spielsachen für drinnen und draussen, sowie die Möglichkeit, Freunde einzuladen.

So können beispielsweise 6,1 Prozent der Kinder nicht eine Woche Ferien weg von zu Hause machen, und 5,5 Prozent können nicht regelmässig an einer kostenpflichtigen Freizeitbeschäftigung ausser Haus teilnehmen. Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, niedrigem Einkommen sowie Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit und Kinder, die in Haushalten von Alleinerziehenden leben, sind deutlich häufiger von kinderspezifischer Deprivation betroffen. Auch steigt der Anteil deprivierter Kinder mit zunehmendem Urbanisierungsgrad. In dicht besiedelten Gebieten leben Kinder mehr als viermal häufiger in kinderspezifischer Deprivation als in dünn besiedelten Gebieten.

12.2.4 Verfügbares Äquivalenzeinkommen

Das verfügbare Äquivalenzeinkommen ist das Gesamteinkommen eines Haushalts, das nach Steuern und anderen Abzügen für Ausgaben und Sparen zur Verfügung steht. Es wird anhand des verfügbaren Haushaltseinkommens unter Einbezug der Anzahl im Haushalt lebender Personen berechnet.

2021 belief sich das verfügbare Äquivalenzeinkommen in der Schweiz durchschnittlich auf CHF 4534.–, dies ohne fiktive Miete. Der entsprechende Median (die eine Hälfte liegt höher, die andere tiefer) betrug CHF 4068.–.

Die Verteilung der verfügbaren Äquivalenzeinkommen blieb zwischen 2000 und 2021 gesamthaft betrachtet weitgehend stabil. Tendenzielle Veränderungen der Einkommensungleichheit, gemessen am Gini-Koeffizienten, bewegten sich meist innerhalb der statistischen Schwankungsbreite. Die Umverteilung in Form von staatlichen oder staatlich geregelten Transfers trug massgeblich zur Verringerung der Einkommensungleichheit in der Schweiz bei. (BFS 25.01.2024).

Kennzahlen von Armut in der Schweiz 2021	
Anteil Gesamtbevölkerung	Bereich
	Median verfügbares Äquivalenzeinkommen pro Jahr CHF 50376.–
8,7%	Armutsquote (absolut; SKOS-Richtlinien)
4,2%	Armutsquote betreffend Erwerbstätige
14,6%	Armutsgefährdung (Schwelle 60 Prozent vom Median des verfügbaren Äquivalenzeinkommens)
5,2%	Haushalte in einer Situation materieller und sozialer Deprivation (Mangel)
3,3%	Haushalte Erwerbstätiger in einer Situation materieller und sozialer Deprivation (Mangel)
16,6%	Quote materieller und sozialer Deprivation (Mangel) von armutsgefährdeten Personen
18,9%	Personen, die unfähig sind, eine unerwartete Ausgabe in der Höhe von CHF 2500.– begleichen zu können
7,9%	Personen, die auf eine regelmässige kostenpflichtige Freizeitaktivität verzichten müssen
6,4%	Unter 16-jährige Kinder, die in mindestens 3 von 17 Bereichen depriviert (Mangel) sind

Quelle: Erhebungen des BFS 2023/24

12.3 Weiterentwicklung der Sozialhilfe

12.3.1 Revisionszyklus 2024–2027 der SKOS-Richtlinien

Die SKOS-Richtlinien werden regelmässig revidiert und damit den aktuellen Anforderungen angepasst. Die jeweiligen Anpassungen sind breit abgestützt. Der derzeitige Revisionszyklus umfasst drei Etappen:

Die erste Etappe ist auf 2024 in Kraft getreten. Sie enthält Korrekturen; so die Präzisierung des Begriffes Unterstützungseinheit, Gewähren einer Entschädigung für Haushaltsführung, Anspruch auf rückwirkende Auszahlung bei Fehlern des Sozialhilfeorgans. Durch die vom Bundesgericht verneinte Aktivlegitimation der Sozialhilfebehörde, wenn es darum geht, Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, ist der Rechtsweg neu aufzuzeigen.

Zweite Etappe – Hauptteil Inkrafttreten auf 2026

Schwerpunkte sind

- ▶ Anpassung des Grundbedarfs
Abklären, ob die Anpassung wie zurzeit an den Mischindex der AHV/IV oder an den Landesindex der Konsumentenpreise gekoppelt werden soll.
- ▶ Rechtsberatung von Sozialhilfebeziehenden
Prüfen, ob der Anspruch auf Rechtsberatung in die SKOS-Richtlinien aufgenommen werden soll
- ▶ Vermögensfreibetrag
Prüfen, ob die in der Sozialhilfe zu gewährenden Vermögensfreibeträge angepasst werden müssen.
- ▶ (Weiter-)Bildung
Die soll Sprachförderung besser in den SKOS-Richtlinien verankert werden.
- ▶ Rückerstattung
Es wird geprüft, ob der Katalog nicht rückerstattungspflichtiger Leistungen ausgeweitet oder vereinfacht werden soll.
- ▶ Hilfe in Notlagen/Nothilfe
Die Formulierung ist aktuell zu eng und restriktiv. Sie soll entsprechend der Rechtsprechung formuliert werden.

Weitere Themen der 2. Etappe

- ▶ Elternbeiträge/Unterhalt
Die Kommission Rechtsfragen empfiehlt, die SKOS-Richtlinien sollen betreffend Vereinbarung zwischen der Sozialhilfe und den Eltern revidiert und rechtlich korrekt abgebildet werden.
- ▶ Digitale Grundversorgung
Die Inhalte und Erläuterungen des neuen Merkblatts zur digitalen Grundversorgung sollen in die SKOS-Richtlinien einfließen.
- ▶ Soziale und berufliche Integration
Die Inhalte zur beruflichen Integration neu respektive erneut in einem eigenen Unterkapitel des allgemeinen Teils zu bündeln.

► **Persönliche Hilfe**

Die Geschäftsleitung empfiehlt mit Verweis auf die SKOS-Strategie 2025, dass das Thema persönliche Hilfe inhaltlich ausgebaut und als gleichwertiger Teil der Sozialhilfe neben wirtschaftlicher Hilfe dargestellt wird.

► **Kinder und Jugendliche**

Die besonderen Bedürfnisse von Kindern und jungen Erwachsenen (z.B. bei den SIL) sollen expliziter in den SKOS-Richtlinien genannt werden.

► **Junge Erwachsene und Wohnen**

Die im Rahmen der Revision 2015/2016 eingeführte Verschärfung betreffend Finanzierung von WG-Zimmern und eigener Wohnungen für junge Erwachsene soll überprüft und nötigenfalls angepasst werden. Sie können für junge Erwachsene in manchen Fällen kontraproduktive Wirkungen betreffend ihre Ausbildung resp. ihrer beruflichen Integration haben.

Dritte Etappe – Personen in Wohn- und Lebensgemeinschaften

Inkrafttreten auf 2027

Das Thema Konkubinats- und Haushaltsführungsbeitrag beschäftigt die SKOS bereits seit mehreren Jahren. Um das weitere Vorgehen zu dieser kontroversen Frage festlegen zu können, wird die Geschäftsstelle bis im Frühling 2024 einen Bericht erstellen, der die Fragestellung und die bisherigen Arbeiten zusammenfasst und mögliche Szenarien formuliert. Aufgrund dieses Berichts kann die Geschäftsleitung über das weitere Vorgehen entscheiden.

Konkubinats: Die Richtlinien zur Unterstützung von Personen in Lebensgemeinschaften sollen überarbeitet werden auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Haushaltsführung/Care Arbeit: Bestimmungen zum Erfassen von Arbeitstätigkeiten unterstützter Personen für nicht unterstützte Personen im selben Haushalt sollen überarbeitet werden auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse. Gemäss SKOS-Strategie ist dabei ein besonderer Fokus auf der Care Arbeit zu legen.

12.3.2 Reduzierte Sozialhilfe an Ausländer/innen ist kontraproduktiv

Der Bundesrat will Sozialleistungen für Drittstaatsangehörige (Ausländer/innen aus Ländern ausserhalb des EU-/EFTA-Raums) absenken. Vorgesehen ist, bedürftigen Drittstaatsangehörigen während der ersten Jahre nach Erteilung der Aufenthaltsbewilligung nur eine reduzierte Sozialhilfe auszurichten, wobei der Grundbedarf für den Lebensunterhalt gekürzt werden soll. Angeblich sollen so grössere Anreize zur Erwerbsaufnahme gesetzt und die Integration gefördert werden. Zudem sollen die Gemeinden finanziell entlastet werden.

Ein Absenken von Leistungen hat aber kaum Auswirkungen auf die Erwerbsquote; gerade Migrantenfamilien aus Drittstaaten haben längst gelernt, mit grossen Entbehren umzugehen. Was sie brauchen, ist konkrete Unterstützung, um einen Job zu finden oder zu einem besseren Job zu kommen. Coaching und Qualifikation sind entscheidend. Kinder und Jugendliche wiederum sollen möglichst früh gefördert werden und eine Ausbildung erhalten. Ihre Integrationschancen werden nicht erfolgreich sein, wenn Familien auf dem tiefsten Niveau der Existenzsicherung gehalten werden.

Auch die Gemeinden wissen, dass das Absenken des Grundbedarfs kaum zu grossen Einsparungen führt. Viel wichtiger ist es, Menschen gezielt aus der Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Gerade bei den vorläufig Aufgenommenen, von denen viele erwerbslos sind, haben Bund, Kantone und Gemeinden gezeigt, dass es auch anders geht: die sogenannte Integrationsagenda ist ein Massnahmenpaket, um die berufliche Integration von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen frühzeitig zu fördern.

Die geplanten Kürzungen für sozialhilfeabhängige Drittstaatsangehörige steht quer zu dieser erfolgreichen Integrationspolitik. Anbetracht des eben für ukrainische Flüchtlinge geschaffenen «Status S» – der Tausenden einen raschen Weg in die Selbständigkeit ermöglichen will – erscheinen die bundesrätlichen Vorschläge erst recht aus der Zeit gefallen.

Quelle: NZZ 23.03.2022, Gastkommentar (gekürzt) des ehem. SKOS-Präsidenten Prof. Walter Schmid.

Vgl. auch 12.1.1.2: 67 000 Personen mit «Schutzstatus S» bezogen Sozialhilfe.

12.4

Links

www.skos.ch

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe;
Richtsätze für die Bemessung der Sozialhilfe.

www.bfs.admin.ch

Bundesamt für Statistik; insbesondere Themenbereiche 13, 18 und 20 mit interessanten Kennzahlen.

www.staedteinitiative.ch

Die Städteinitiative Sozialpolitik vernetzt rund 50 Mitgliedsstädte. Sie vertreten ihre sozialpolitischen Anliegen gegenüber dem Bund und den Kantonen ⇒ Positionspapiere, aufschlussreiche Jahresberichte.

www.caritas.ch

Caritas Schweiz vermindert, lindert und bekämpft Armut in der Schweiz und weltweit.

www.haelfte.ch

Der «Verein für soziale Gerechtigkeit» fördert mit dieser Internetplattform die Information und Kommunikation zu Erwerbslosigkeit, Ausgrenzung und sozialen Anliegen aus der Öffentlichkeit; dies aus Sicht der Betroffenen.

sozialhilferecht.weblaw.ch

Diese Datenbank zum Sozialhilferecht umfasst alle relevanten Entscheide des Bundesgerichts ab 1975, Entscheide des EJPD zum Zuständigkeitsgesetz (ZUG), kantonale Rechtsprechung, die SKOS-Richtlinien, kantonale Gesetzesgrundlagen und einen Thesaurus für das Sozialhilferecht. Um auf die Datenbank zugreifen zu können, braucht es ein Abonnement.

XV Opferhilfe OH

1.	Zielsetzung	836
2.	Gesetzliche Grundlagen	836
3.	Geschichtliche Daten	836
4.	Organisation	837
5.	Versicherte Personen (OHG 1)	837
6.	Finanzierung (OHG 18)	838
7.	Leistungsübersicht (OHG 2)	838
8.	Anspruchsberechtigte Personen	839
8.1	Information über die Opferhilfe und Meldung (OHG 8, StPO 305)	839
8.1.1	Rechte des Opfers im Strafprozess (StPO 117)	839
8.2	Einkommensabhängiger Anspruch auf Kostenbeiträge und Entschädigungen (OHG 6, OHV 1–3)	840
9.	Sachleistungen (OHG 12–17)	840
9.1	Inhalt der Beratung und Art der Hilfe	841
9.2	Kosten der Beratung und Hilfe (OHG 5, 6+16)	841
10.	Geldleistungen	842
10.1	Entschädigung (OHG 19–21, 45, 46; OR 45+46)	842
10.2	Genugtuung (OHG 22+23, OR 47+49)	843
11.	Vollzug	844
11.1	Geltendmachen des Anspruchs auf Opferhilfe – freie Wahl der Beratungsstelle (OHG 15/III, 24–26)	844
11.1.1	Soforthilfe und längerfristige Hilfe	844
11.1.2	Entschädigung und Genugtuung	844
12.	Aktuell	845
12.1	Kennzahlen	845
12.2	Aus der Opferhilfestatistik 2000–2022	845
12.3	Links	846

1. Zielsetzung

Wer durch eine in der Schweiz begangene Straftat in der körperlichen, der psychischen oder der sexuellen Unversehrtheit unmittelbar beeinträchtigt worden ist, kann Opferhilfe beanspruchen. Die Opferhilfe steht auch Angehörigen offen. Sie umfasst Beratung, Soforthilfe und längerfristige Hilfe (z.B. medizinische, psychologische oder juristische Hilfe, finanzielle Leistungen).

Nach einer Straftat, die im Ausland begangen wurde, bestehen beschränkte Ansprüche.

2. Gesetzliche Grundlagen

Europäisches Übereinkommen

über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten vom 24. November 1983

Bundesverfassung

Art. 124, Opferhilfe

Bundesgesetz

- ▶ über die Hilfe an Opfer von Straftaten (OHG) vom 23. März 2007, in Kraft seit 1. Januar 2009
- ▶ Schweizerische Strafprozessordnung (StPO) vom 5. Oktober 2007, in Kraft seit 1. Januar 2011

Verordnung

- ▶ über die Hilfe an Opfer von Straftaten (OHV) vom 27. Februar 2009, in Kraft seit 1. Januar 2009

3. Geschichtliche Daten

- 1993, als das schweizerische Opferhilfegesetz in Kraft gesetzt wurde, hatten Frauenhäuser und Nottelefone für vergewaltigte Frauen mindestens 15 Jahre Opferhilfearbeit geleistet.
- 1993 Das Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten (Opferhilfegesetz, OHG) tritt in Kraft. Es verpflichtet die Kantone, Beratungsstellen einzurichten, welche den Opfern von Straftaten medizinische, psychologische, soziale, materielle und juristische Hilfe leisten und vermitteln sowie über Hilfe an Opfer informieren.
- 2009 Das revidierte OHG tritt in Kraft. Wie bisher beruht es auf den drei Säulen Beratungshilfe, finanzielle Hilfe und Besserstellung im Strafverfahren. Unverändert übernommen wurde auch der Opferbegriff.
- 2017 Das Bundesgesetz über die Aufarbeitung der fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 (AFZFG) tritt auf den 1. April in Kraft. Es schafft die Rahmenbedingungen für eine umfassende gesellschaftliche und individuelle Aufarbeitung: Unter anderem ein Solidaritätsbeitrags von CHF 25 000.– pro Opfer sowie die Beratung Betroffener durch kantonale Anlaufstellen.
- 2019 Das Bundesamt für Justiz hat den Leitfaden zum Bemessen der Genugtuung nach dem Opferhilfegesetz grundlegend überarbeitet (gestrafft und neu strukturiert) und im Oktober aufgelegt.

- 2020 Die Berechnung von Kostbeiträgen (OHV 3) wird präzisiert.
- 2021 In der Berechnung der Entschädigung von der Opferhilfe wird Bezug auf den «Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf» der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV genommen. Durch die ELG-Revision ändert sich die Berechnung der Opferhilfe-Entschädigung entsprechend.
- 2024 Die SODK (Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren) lanciert Mitte Februar mit einer Online-Kampagne zur Bekanntmachung der Opferhilfe mit Fokus auf ältere Menschen.

4. Organisation

Beratung und Hilfe werden von spezialisierten Opferberatungsstellen angeboten. Für die Hilfe können aussenstehende Fachleute oder Stellen beigezogen werden. Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass fachlich selbständige öffentliche oder private Beratungsstellen zur Verfügung stehen. Dabei haben sie den besonderen Bedürfnissen verschiedener Opferkategorien Rechnung zu tragen (OHG 9). Die Kantone können gemeinsame Beratungsstellen betreiben.

Die Kantone haben ferner dafür zu sorgen, dass das Opfer und seine Angehörigen innert angemessener Frist Soforthilfe erhalten können. Die Leistungen der Beratungsstellen können unabhängig vom Zeitpunkt der Begehung der Straftat in Anspruch genommen werden (OHG 15). **Das Opfer und seine Angehörigen können sich an eine Beratungsstelle ihrer Wahl wenden.**

Das Opferhilfegesetz greift stark in die Rechtsstellung der Angeschuldigten ein, indem das OHG grundsätzlich Gegenüberstellungen sowie eine direkte Konfrontation der Angeschuldigten mit dem Opfer ausschliesst. Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK 6.3, d) garantiert dem Angeschuldigten einen Anspruch auf Konfrontation mit Belastungszeugen, während OHG 5 IV ebendiesen ausschliesst, wenn das Opfer dies verlangt. Eine Konfrontation mit dem Opfer ist nur dann zwingend, wenn seine Aussage den entscheidenden Beweis darstellt und das rechtliche Gehör nicht auf andere Weise gewährleistet werden kann.

5. Versicherte Personen (OHG 1)

Jede Person, die durch eine Straftat in ihrer körperlichen, psychischen oder sexuellen Integrität unmittelbar beeinträchtigt worden ist (Opfer), hat **Anspruch** auf Unterstützung gemäss OHG.

Anspruch auf Opferhilfe haben auch der Ehemann bzw. die Ehefrau des Opfers, die Kinder und Eltern des Opfers sowie andere Personen, die ihm in ähnlicher Weise nahestehen (Angehörige).

Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob der Täter bzw. die Täterin ermittelt worden ist, sich schuldhaft verhalten hat, vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt hat.

6. Finanzierung (OHG 18)

Die Finanzierung der Opferberatungsstellen obliegt der öffentlichen Hand bzw. den betreffenden nicht staatlichen Organisationen (NGO).

OHG 18 hält fest, dass ein Kanton, der Entschädigung und Genugtuung zugunsten einer Person mit Wohnsitz in einem anderen Kanton erbringt, von diesem eine Abgeltung erhält. Sofern die Abgeltungen nicht im Rahmen einer interkantonalen Regelung erfolgen, gelten folgende Grundsätze: der Wohnsitzkanton leistet Pauschalbeiträge an den leistungserbringenden Kanton. Berechnungsbasis ist der gesamte Aufwand der Kantone für Entschädigungen und Genugtuung im Verhältnis zur Zahl Personen, die diese Opferhilfeleistungen erhalten haben.

7. Leistungsübersicht (OHG 2)

Die Opferhilfe umfasst:

- ▶ Beratung und Soforthilfe
- ▶ längerfristige Hilfe der Beratungsstellen
- ▶ Kostenbeiträge für längerfristige Hilfe Dritter
- ▶ Entschädigung
- ▶ Genugtuung
- ▶ Befreiung von Verfahrenskosten.

Die Unterscheidung zwischen Soforthilfe und längerfristiger Hilfe ist für die Kostenrechnung relevant.

Die Opferhilfe hilft zum Beispiel im Fall von	
▶ Drohung	▶ Gewalt in der Familie
▶ Häuslicher Gewalt	▶ Körperverletzung
▶ Menschenhandel	▶ Raubüberfall
▶ Sexuellem Missbrauch	▶ Sexuellem Übergriff
▶ Stalking	▶ Tötung
▶ Vergewaltigung	▶ Strassenverkehrsunfall
▶ Zwangsheirat	und weiteren Situationen

8. Anspruchsberechtigte Personen

Das OHG macht bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen **keine Unterschiede bezüglich der Nationalität** der betroffenen Personen.

Dadurch entfallen detaillierte Beschreibungen betreffend 8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen, 8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) entfallen, bzw. 8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten.

Subsidiarität der Opferhilfe

Wie in der Sozialhilfe gilt die Subsidiarität der Opferhilfe (OHG 4). Das bedeutet, dass Leistungen der Opferhilfe nur endgültig gewährt werden, wenn der Täter bzw. die Täterin oder eine andere verpflichtete Person oder Institution keine oder keine genügende Leistung erbringt.

- ▶ Wer Kostenbeiträge für die langfristige Hilfe Dritter, eine Entschädigung oder eine Genugtuung beansprucht, muss glaubhaft machen, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Ausgenommen sind Fälle, in denen es dem Opfer angesichts der besonderen Umstände nicht zumutbar ist, sich um Leistungen Dritter zu bemühen.

Örtlicher Geltungsbereich

Opferhilfe wird gewährt, wenn die Straftat in der Schweiz begangen worden ist.

Für Straftaten, die im Ausland begangen worden sind, wird Hilfe gemäss OHG noch geleistet, wenn der Staat, in dem die Straftat begangen wurde, keine oder keine genügenden Leistungen erbringt (OHG 17). Zudem muss das Opfer zum Zeitpunkt der Straftat und zum Zeitpunkt der Gesuchstellung den Wohnsitz in der Schweiz haben. Dasselbe gilt für die Angehörigen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können Leistungen von den Beratungsstellen bezogen werden. Hingegen werden weder Entschädigungen noch Genugtuung geleistet.

8.1 Information über die Opferhilfe und Meldung (OHG 8, StPO 305)

Die Polizei informiert das Opfer anlässlich der ersten Einvernahme über die Opferhilfe und orientiert allenfalls die Angehörigen. Sofern das Opfer bzw. die Angehörigen damit einverstanden sind, übermittelt sie Namen und Adresse der betroffenen Person an die ausgewählte Beratungsstelle.

Eine in der Schweiz wohnhafte Person, die im Ausland Opfer einer Straftat geworden ist, kann sich an eine schweizerische Vertretung (Botschaft, Konsulat) oder die mit diesen Aufgaben betraute ausländische Stelle wenden. Sie informieren das Opfer über die Opferhilfe in der Schweiz. Wenn das Opfer damit einverstanden ist, leiten sie dessen Namen und Adresse an eine Beratungsstelle weiter.

8.1.1 Rechte des Opfers im Strafprozess (StPO 117)

Dem Opfer stehen in einem Strafverfahren gegen den Täter bzw. die Täterin verschiedene Rechte zu. Die Behörden informieren das Opfer in allen Verfahrensabschnitten über seine rechtlichen Möglichkeiten. Beispiele:

- ▶ Das Opfer kann sich von einer Vertrauensperson begleiten lassen, wenn es von den Behörden zur Tat befragt wird.

- ▶ Das Opfer eines Sexualdelikts kann verlangen, dass es von einer Person des gleichen Geschlechts einvernommen wird.
 - ▶ Kinder dürfen in der Regel nicht mehr als zweimal einvernommen werden.
- Ausserdem können das Opfer und die Angehörigen im Strafprozess zivilrechtliche Schadenersatz- und Genugtuungsforderungen gegen den Täter bzw. die Täterin geltend machen. Über solche Zivilansprüche muss der Strafrichter mindestens dem Grundsatz nach entscheiden.

Seit dem Inkrafttreten der StPO am 01.01.2011 werden die Rechte der Opfer und Angehörigen nicht mehr im OHG, sondern in der StPO geregelt.

8.2 Einkommensabhängiger Anspruch auf Kostenbeiträge und Entschädigungen (OHG 6, OHV 1–3)

Der Anspruch auf Kostenbeiträge und Entschädigungen im Rahmen der Opferhilfe hängt von der Höhe des Einkommens der Betroffenen ab. Als Basis für die Einkommensgrenze dienen die Bestimmungen des ELG (Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV). Dabei gelten in Bezug auf die anrechenbaren Einnahmen gewisse Erleichterungen (OHV 1).

Ausgegangen wird vom Betrag für allgemeinen Lebensbedarf nach ELG 10 Ia (Angaben pro Kalenderjahr seit 2023).

▶ Alleinstehende	CHF 20 100.–	
▶ Ehepaare	CHF 30 150.–	
▶ plus für Kinder	0–10 Jahre	11–25 Jahre
für erstes	7 380.–	10 515.–
für zweites	6 150.–	10 515.–
für drittes	5 125.–	7 010.–
für viertes	4 270.–	7 010.–
ab fünftem je	3 560.–	3 505.–

Die Genugtuung hingegen wird unabhängig von den Einnahmen der anspruchsberechtigten Person ausgerichtet.

9. Sachleistungen (OHG 12–17)

Die Beratungsstellen unterstützen das Opfer und die Angehörigen durch

- ▶ Beratung,
- ▶ Soforthilfe und längerfristige Hilfe,
- ▶ Vermitteln von Soforthilfe und längerfristiger Hilfe Dritter,
- ▶ Gewähren und Vermitteln von Kostenbeiträgen für die längerfristige Hilfe Dritter.

Soforthilfe

Die Soforthilfe deckt die dringendsten, unaufschiebbaren Hilfsbedürfnisse ab.

Längerfristige Hilfe

Die längerfristige Hilfe dient der Verarbeitung und Bewältigung der Folgen der Tat. Sie ist möglich, bis sich der gesundheitliche Zustand der betroffenen Person stabilisiert hat oder bis die übrigen Folgen der Straftat möglichst beseitigt oder ausgeglichen sind.

9.1 Inhalt der Beratung und Art der Hilfe

Die Beratungsstellen ermöglichen zunächst ein Gespräch mit einer Standortbestimmung. Sie beraten beispielsweise in folgenden Fragestellungen:

- ▶ Soll eine Strafanzeige eingereicht werden?
- ▶ Welche Ansprüche können gegenüber welcher Versicherung geltend gemacht werden?
- ▶ Ist es sinnvoll, einen Entschädigungs- bzw. Genugtuungsgesuch einzureichen?
- ▶ Wie findet sich eine geeignete Psychotherapeutin bzw. ein geeigneter Psychotherapeut?
Wer trägt die Kosten der Psychotherapie?
- ▶ Ist es sinnvoll, eine Anwältin bzw. einen Anwalt beizuziehen?
Wer trägt diese Kosten?

Arten der Hilfe

Die Beratungsstellen leisten oder vermitteln folgende Hilfe

- ▶ medizinische Hilfe
- ▶ psychologische Hilfe
- ▶ soziale Hilfe
- ▶ materielle Hilfe
- ▶ juristische Hilfe

9.2 Kosten der Beratung und Hilfe (OHG 5, 6+16)

Unentgeltlich für das Opfer und die Angehörigen sind die Beratung und die Hilfe durch eine Opferberatungsstelle.

Ebenfalls kostenlos ist die Soforthilfe Dritter. Dies betrifft Aufgaben, welche die Beratungsstelle nicht selbst erfüllt, sondern dazu aussenstehende Fachleute bezieht; beispielsweise erste juristische Hilfestellung durch eine Anwaltsperson.

Hingegen ist die längerfristige Hilfe Dritter kostenpflichtig. Die Beratungsstelle gewährt oder vermittelt Kostenbeiträge für diese Hilfe, wenn die Einnahmen des Opfers bzw. der Angehörigen die Einnahmengrenze nicht übersteigen.

Kostenbeiträge für längerfristige Hilfe Dritter (OHG 16)

Die Kosten für längerfristige Hilfe Dritter werden ganz gedeckt, wenn die Einnahmen der anspruchsberechtigten Person den doppelten Betrag des allgemeinen Lebensbedarfs nach ELG 10 1a nicht übersteigen (vgl. 8.2). Sie werden anteilmässig geleistet, wenn die Einnahmen der anspruchsberechtigten Person zwischen dem doppelten und dem vierfachen Betrag des allgemeinen Lebensbedarfs nach ELG liegen. Sind die Einnahmen höher als dieses Vierfache, werden keine Kostenbeiträge geleistet.

10. Geldleistungen

In Bezug auf Geldleistungen werden Entschädigungen und Genugtuung unterschieden.

- ▶ Eine **Entschädigung** kann für den durch die Straftat erlittenen Schaden beansprucht werden. Wenn das Opfer sofortige finanzielle Hilfe benötigt und die Folgen der Straftat kurzfristig nicht mit hinreichender Sicherheit festzustellen sind, ist auch ein Entschädigungsvorschuss möglich. Ob eine Entschädigung ausgerichtet wird, hängt von den finanziellen Verhältnissen des Opfers ab. Entschädigungen werden nur an Personen ausgerichtet, deren anrechenbares Einkommen und Vermögen unter einer bestimmten Grenze liegt.
- ▶ **Genugtuung** (Schmerzensgeld) wird ausgerichtet, wenn das Opfer von der Tat schwer betroffen ist und wenn es die besonderen Umstände rechtfertigen. Das Einkommen und das Vermögen spielen für die Genugtuung keine Rolle.

10.1 Entschädigung (OHG 19–21, 45, 46; OR 45+46)

Das Opfer und seine Angehörigen haben Anspruch auf eine Entschädigung für den erlittenen Schaden infolge Beeinträchtigung oder Tod des Opfers (Schadenersatz bei Tötung und Schadenersatz bei Körperverletzung ⇒ vgl. OR 45 bzw. 46).

Die Opferhilfe deckt nur Schaden, der anderweitig – z.B. durch Versicherungen – nicht gedeckt wird. Soforthilfe oder längerfristige Hilfe, inkl. Kostenbeiträge gehen der Entschädigung vor. Das bedeutet, dass Opfer und Angehörige zuerst die Leistungen der Soforthilfe und der längerfristigen Hilfe, inkl. Kostenbeiträge, auszuschöpfen haben. Haushaltschaden und Betreuungsschaden werden nur berücksichtigt, wenn sie zu zusätzlichen Kosten oder zur Reduktion der Erwerbstätigkeit führen. Sachschäden werden nicht berücksichtigt.

Leistungen, welche die gesuchstellende Person von Dritten als Schadenersatz erhalten hat, werden für die Berechnung der Entschädigung an den Schaden angerechnet.

Die Entschädigung deckt den Schaden

- ▶ **ganz**, wenn die anrechenbaren Einnahmen der anspruchsberechtigten Person den Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf gemäss ELG 10 Ia (vgl. 8.2) nicht übersteigen;
- ▶ **anteilmässig**, wenn die anrechenbaren Einnahmen diesen Lebensbedarf bis maximal das Vierfache übersteigen.

Das bedeutet, dass für Alleinstehende ab einem entsprechenden Jahreseinkommen von CHF 78 440.– und Ehepaare ab einem solchen von CHF 117 660.– keine Entschädigung der Opferhilfe erhalten können. Sollten sie mit Kindern zusammenleben, würden sich diese Ansätze entsprechend erhöhen (vgl. 8.2).

Die Entschädigung beträgt maximal CHF 120 000.–; keine Entschädigung wird ausgerichtet, wenn sie weniger als CHF 500.– betragen würde.

- ▶ Die kantonale Behörde gewährt einen **Vorschuss**, wenn die anspruchsberechtigte Person sofortige finanzielle Hilfe benötigt und die Folgen der Straftat kurzfristig nicht mit hinreichender Sicherheit festzustellen sind.

10.2 Genugtuung (OHG 22+23, OR 47+49)

Anspruch auf eine Genugtuung haben Opfer und Angehörige, die durch die Straftat besonders **schwer beeinträchtigt** wurden. Die finanzielle Situation spielt keine Rolle. Die opferhilferechtliche Genugtuung ist Ausdruck der Solidarität der Gemeinschaft mit den von einer Straftat schwer betroffenen Personen. Sie ist in der Regel tiefer als die zivilrechtliche Genugtuung des Täters bzw. der Täterin.

Die Genugtuung wird nach der Schwere der Beeinträchtigung bemessen. Dabei sind die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen. Die Genugtuung beträgt höchstens CHF 70 000.– für das Opfer und CHF 35 000.– für Angehörige. Genugtuungsleistungen Dritter werden abgezogen. Die Höchstbeträge sind für schwere Fälle vorgesehen.

Für die Bemessung der Genugtuung stellt das Bundesamt für Justiz (BJ) den **«Leitfaden zur Bemessung der Genugtuung nach Opferhilfegesetz»** (OHG) zur Verfügung. Dieser wurde per 03.10.2019 grundlegend überarbeitet. Die überarbeitete Fassung enthält für die Opfer verschiedene Verbesserungen. Unter anderem wurden die Bandbreiten für die Beeinträchtigung der sexuellen Integrität generell angehoben. Für die Beeinträchtigung der psychischen Integrität wurden erstmals Bandbreiten festgelegt. Insgesamt ermöglicht der neue Leitfaden eine Weiterentwicklung der Praxis.

PS 2020 wurden in 597 Fällen auch eine Genugtuung ausgerichtet. Dafür wurden insgesamt CHF 3 918 391.– (Median CHF 3500.–) ausgegeben.

Entschädigung und Genugtuung nach Straftat zwischen 2000 und 2022				
	Genehmigte Gesuche	Durchschnittlicher Betrag pro genehmigtes Gesuch (CHF)		
		Entschädigung	Genugtuung	Entschädigungsvorschüsse
Körperverletzung und Tötlichkeiten	62%	11 351	4 898	8 686
Tötung	75%	17 991	22 304	9 248
Raub	81%	8 527	8 527	3 911
Sexuelle Handlungen mit Kindern	58%	4 610	4 610	7 708
Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung	61%	9 909	9 909	10 133

Quelle: Opferhilfestatistik (Seite 24), BFS 2024

11. Vollzug

In der Zeitschrift für Sozialhilfe (ZESO) 03/19 wird im Praxisteil auf die Frage nach der Zuständigkeit von Opferhilfe und Sozialhilfe eingegangen, wo es zu Überschneidungen kommen kann. Dabei wird auf das Grundlagenpapier «Opferhilfe und Sozialhilfe» der SKOS eingegangen (www.skos.ch > Publikationen > Merkblätter > 2018). Grundsatz:

- ▶ Leistungen der Opferhilfe gehen den Sozialhilfeleistungen vor, wenn dem Opfer dadurch den Gang zum Sozialamt erspart werden kann.
- ▶ Bezieht das Opfer schon vor der erlittenen Straftat Sozialhilfe, wird die Grundversorgung (insbesondere Grundbedarf und Wohnkosten) weiterhin von der Sozialhilfe erbracht. Dies, weil das Opfer bereits vorher auf finanzielle Hilfe zur Existenzsicherung angewiesen war und dies nicht erst wegen der Straftat der Fall ist.

Die Opferhilfe übernimmt diejenigen Kosten, die eine unmittelbare Folge der Straftat sind (z.B. nicht gedeckte Behandlungskosten, Anwaltskosten für das Strafverfahren).

11.1 Geltendmachen des Anspruchs auf Opferhilfe – freie Wahl der Beratungsstelle (OHG 15/III, 24–26)

11.1.1 Soforthilfe und längerfristige Hilfe

Opfer und Angehörige können auswählen, an welche Opferberatungsstelle in der Schweiz sie sich wenden wollen. Die Beratung erfolgt kostenlos, vertraulich und anonym. Es gibt allgemeine Beratungsstellen und solche, die sich auf die Unterstützung bestimmter Personengruppen spezialisiert haben (z.B. Beratungsstellen für Kinder oder für Opfer von Sexualdelikten). Die Beratungsstelle im Wohnkanton kennt die lokalen Hilfsangebote und Fachleute, die mit den Gegebenheiten des Kantons vertraut sind.

- ▶ Die Adressliste der Beratungsstellen findet sich unter http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Opferhilfe/Adresslisten/Adressen_der_OH-Beratungsstellen.pdf

11.1.2 Entschädigung und Genugtuung

Wer Anspruch auf eine Entschädigung oder Genugtuung geltend machen oder einen Vorschuss auf Entschädigung erhalten will, muss der zuständigen kantonalen Behörde ein Gesuch stellen. **Zuständig ist der Kanton, in dem die Straftat begangen worden ist.** Ist die Straftat an mehreren Orten ausgeführt worden oder ist der Effekt an mehreren Orten eingetreten, ist der Kanton zuständig, in dem die Strafuntersuchung zuerst erhoben wurde. Falls keine Strafuntersuchung erhoben wurde, ist der Wohnsitzkanton der anspruchsberechtigten Person zuständig.

- ▶ Die Adressliste der kantonalen Entschädigungsstellen findet sich unter http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Opferhilfe/Adresslisten/Adressen_der_kantonalen_Entschädigungsstellen.pdf

Fristen (OHG 25)

Das Opfer und seine Angehörigen müssen das Gesuch um Entschädigung und Genugtuung spätestens fünf Jahre nach der Straftat oder Kenntnis der Straftat einreichen; andernfalls verirken die Ansprüche.

- Bis zum 25. Lebensjahr kann das Gesuch einreichen, wer als Kind oder Jugendliche/r Opfer eines schweren Delikts geworden ist.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Gesuch noch im Anschluss an das Strafverfahren gegen den Täter bzw. die Täterin gestellt werden.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

2022 haben die Opferhilfestellen insgesamt 46 542 Beratungen durchgeführt. Das sind rund 4 Prozent mehr als im Vorjahr. Den Opfern oder ihren Angehörigen wurden Entschädigungen und Genugtuungen in Höhe von 5,8 Mio. Franken zugesprochen; ein Fünftel mehr als 2021.

12.2 Aus der Opferhilfestatistik 2000–2022

Beratungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Zahl der Beratungen seit Beginn der Erhebung im Jahr 2000 stetig gestiegen ist. Sie hat sich von 15 521 im Jahr 2000 auf 46 542 im Jahr 2022 erhöht. In den 23 untersuchten Jahren wurden insgesamt 737 975 Beratungen erbracht.

Die Personen mit Anspruch auf Opferhilfe waren mehrheitlich weiblich, zwischen 30- und 64-jährig mit Schweizer Staatsangehörigkeit und Wohnsitz im Beratungskanton. Die Täterschaft war in 90 Prozent der Fälle männlich und volljährig. Das Opfer und die mutmassliche Täterin oder der mutmassliche Täter kannten sich in 73 Prozent der Beratungen. Zwischen ihnen bestand in drei Vierteln der Fälle eine partnerschaftliche, familiäre oder verwandtschaftliche Beziehung.

Die in den Beratungen meistgenannten Straftatengruppen waren «Körperverletzung und Tötlichkeiten». In 45 Prozent der Beratungen lief ein Strafverfahren, das in 61 Prozent der Fälle durch Anzeige des Opfers eingeleitet wurde.

Die Opfer oder Angehörigen wurden am häufigsten durch psychologische, juristische und soziale Hilfe unterstützt. Drei Viertel der Leistungen wurden von den Beratungsstellen selbst erbracht, für den Rest wurden die Personen an Dritte verwiesen. Eine Finanzhilfe wurde durchschnittlich in der Hälfte der Beratungen gewährt, meist für Anwaltskosten, Notunterkunft und nicht-medizinische Therapie.

Entschädigungen und Genugtuungen

Die Entschädigungs- und Genugtuungsgesuche sind bis 2011 angestiegen, anschliessend schrittweise gesunken. Zwischen 2000 und 2022 wurden 26 013 Gesuche verzeichnet, 62 Prozent davon wurden stattgegeben.

Im gleichen Zeitraum haben die Kantone den Opfern und ihren Angehörigen über 181 Mio. Franken ausgerichtet; 134,6 Mio. wurden als Genugtuung und 46,5 Mio. als Entschädigung (inkl. Vorschüsse) zugesprochen. In 62 Prozent der Fälle wurde das Gesuch von einer Anwältin oder einem Anwalt eingereicht.

Die Entschädigungs- und Genugtuungsgesuche standen am häufigsten in Zusammenhang mit «Körperverletzung und Tätlichkeiten» sowie mit «Tötungsdelikten». Je nach Straftatengruppe variieren die zugesprochenen Beträge stark. «Tötungsdelikte» führten zu deutlich höheren Entschädigungen und Genugtuungen als die anderen Straftaten. Schliesslich lief in 80 Prozent der Gesuche ein Strafverfahren. Ihnen wurde häufiger stattgegeben als Gesuchen ohne Strafverfahren.

12.3

Links

www.opferhilfe-schweiz.ch

Was ist passiert? – Es werden Situationen genannt und mit Klick dazu an Beispielen erklärt, was die Opferhilfe tun kann.

Spezieller Link für Kinder und Jugendliche.

(Website der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren) .

Liste der Sozialhilfestellen – Kanton eingeben!

Bei Straftaten im Ausland können Schweizer Staatsangehörige die Helpline des EDA (eidg. Departement für auswärtige Angelegenheiten) kontaktieren, dies rund um die Uhr unter Nr. +41 800 247 365.

www.bj.admin.ch, Opferhilfe,

Bundesamt für Justiz; Informationen für Opfer, rechtliche Grundlagen usw.

www.alterohnegewalt.ch

In der Schweiz sind jährlich mehr als 300 000 über 60-jährige Personen von Gewalt betroffen. Aus Scham oder Angst vor den Konsequenzen suchen sie nur selten Hilfe.

Die drei selbständigen Organisationen alter ego, Westschweiz; Pro Senectute Ticino e Moesan Südschweiz; und die Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA, Deutschschweiz, geben sich mit der Gründung des nationalen Kompetenzzentrums Alter ohne Gewalt ein Dach. Sie intensivieren damit ihre Aufklärungsarbeit zur Verhinderung von Gewalt im Alter.

XVI Selbstvorsorge (Säule 3a/3b)

1.	Zielsetzung	849
2.	Gesetzliche Grundlagen	850
3.	Geschichtliche Daten	850
4.	Organisation (BVG 82, BVV 3)	851
4.1	Die freie Vorsorge (Säule 3b)	851
4.2	Die gebundene Vorsorge (Säule 3a)	851
4.2.1	Die gebundene Vorsorgeversicherung bei einer Versicherungseinrichtung	851
4.2.2	Die gebundene Vorsorgevereinbarung mit einer Bankstiftung	851
5.	Versicherte Personen	852
5.1	Obligatorisch Versicherte	852
5.2	Freiwillig Versicherte	852
5.2.1	Gebundene Vorsorge 3a	852
5.2.2	Freie Vorsorge 3b	852
5.3	Dauer des Versicherungsschutzes	852
5.3.1	Gebundene Vorsorge 3a (BVV 3 3)	852
5.3.2	Freie Vorsorge 3b	853
5.4	Versicherungsausweis	853
6.	Finanzierung	853
6.1	Finanzierungsverfahren und -mittel	853
6.2	«Beitragspflichtige» Personen	853
7.	Leistungsübersicht	854
7.1	Vorsorgesparen über eine Bank oder Bankstiftung	854
7.2	Vorsorge mit einer Lebensversicherung	854
7.2.1	Kapitalbildende Lebensversicherungen	855
7.2.2	Altersrentenversicherungen (Leibrenten)	855
7.2.3	Risikoversicherungen	855
8.	Anspruchsberechtigte Personen	856
8.1	Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	856
8.2	Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen	856
8.3	Angehörige von Nichtvertragsstaaten	856
8.4	Anspruchsvoraussetzungen in Bezug auf die Säulen 3a/3b	856

9.	Sachleistungen	857
10.	Geldleistungen	857
10.1	Grundlage für die Leistungsbemessung	857
10.1.1	Vorsorgesparen über eine Bank oder eine Bankstiftung	857
10.1.2	Vorsorge mittels einer Lebensversicherung	857
10.2	Ausrichten der Leistung in der Säule 3a (BVV 3 3)	858
10.3	Begünstigte Personen	858
10.3.1	Gebundene Vorsorge 3a	858
10.3.2	Freie Vorsorge 3b	859
10.4	Teuerungsanpassung	859
11.	Vollzug	859
11.1	Geltendmachen des Anspruchs	859
11.1.1	Nachforderung	859
11.2	Festsetzen und ggf. auszahlen der Leistung	859
11.2.1	Leistungsbezug im Ausland	860
11.2.2	Abtretung und Verpfändung	860
11.2.2.1	Gebundene Vorsorge 3a (BVV 3 4)	860
11.2.2.2	Freie Vorsorge 3b	860
11.3	Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht	860
11.4	Leistungskürzung oder -verweigerung	860
11.4.1	Unwahre Angaben	861
11.5	Rückerstattung/Verrechnung	861
11.5.1	Rückgriff auf haftpflichtige Dritte	861
11.6	Rechtspflegeverfahren	861
12.	Aktuell	861
12.1	Kennzahlen	861
12.2	Entwicklungstendenzen	862
12.3	Links	862

1. Zielsetzung

Sichern des Wahlbedarfs/der Selbstvorsorge

Aufgrund des Dreisäulenkonzepts soll die Selbstvorsorge die Leistungen der Ersten und der Zweiten Säule so ergänzen, dass die versicherte Person den gewohnten Lebensstandard weiterführen kann und zusätzliche individuelle Bedürfnisse (z.B. vorzeitige Pensionierung) gedeckt sind.

Da die Sozialversicherungen im konkreten Einzelfall kaum all jene Bedürfnisse abdecken, die durch den Eintritt eines Vorsorgefalls entstehen, gilt es in jeder Lebensphase nach der individuell richtigen und angemessenen Lösung in der Dritten Säule zu suchen.

Die persönliche Vorsorgesituation ist von verschiedenen Faktoren im privaten wie auch im beruflichen Bereich abhängig. Änderungen in diesem Umfeld machen in der Regel auch eine umfassende Überprüfung der Vorsorgesituation nötig. Folgende Ereignisse üben einen bedeutenden Einfluss auf die Vorsorge aus:

- ▶ Heirat/Lebenspartnerschaft/Scheidung/Verwitwung
- ▶ Geburt eines Kindes/Beendigung der Ausbildung eines Kindes
- ▶ Kauf/Verkauf von Wohneigentum
- ▶ Schenkung/Erbschaft
- ▶ Antritt/Wechsel/Aufgabe einer Arbeitsstelle/Pensionierung
- ▶ Arbeitslosigkeit
- ▶ Änderung des Beschäftigungsgrades (Teilzeit/Vollzeit)
- ▶ Beförderungen/Lohnanpassungen
- ▶ Änderungen Pensionskasse
- ▶ Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit
- ▶ Gründung einer eigenen Firma
- ▶ usw.

Mit der Dritten Säule kann die Vorsorge optimal auf die individuelle Situation abgestimmt werden.

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 111

Bundesgesetz

- ▶ über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982, in Kraft seit 1. Januar 1985
- ▶ Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- ▶ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
- ▶ Bundesgesetz über Banken und Sparkassen, kurz Bankengesetz (BaG)
- ▶ Bundesgesetz über die kollektiven Kapitalanlagen (KAG)
- ▶ Bundesgesetz über Stempelabgaben (StG)
- ▶ usw.

Verordnungen des Bundesrates

- ▶ Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3) vom 13. November 1985
- ▶ usw.

«Satzung» der Vorsorgeeinrichtungen

- ▶ Stiftungsurkunde
- ▶ Reglement/Statuten
- ▶ Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB)
- ▶ usw.

3. Geschichtliche Daten

- | | |
|------|---|
| 1910 | Versicherungsvertragsgesetz (VVG) tritt in Kraft. |
| 1935 | Bundesgesetz über Banken und Sparkassen, kurz Bankengesetz, tritt in Kraft. |
| 1967 | Bundesgesetz über Anlagefonds und Verordnung treten in Kraft. |
| 1972 | Verankerung des Dreisäulenkonzepts in der Bundesverfassung. |
| 1985 | BVG und Verordnungen treten in Kraft. |
| 1987 | BVV 3 betreffend gebundene Vorsorge in der dritten Säule tritt in Kraft. |
| 2008 | Anpassung BVV 3 – Erwerbstätige Personen können die gebundene Vorsorge maximal fünf Jahre über das ordentliche AHV-Renteneintrittsalter (Referenzalter) hinaus weiterführen. |
| 2022 | Im Rahmen der Erbrechtsrevision wird BVG 82 (die gesetzliche Grundlage für die Säule 3a) revidiert. Die bisher nur in der BVV 3 genannten zulässigen Vorsorgeformen werden nun im Gesetz genannt. Für die Praxis relevant ist BVG 82/IV: Die in der Säule 3a begünstigten Personen haben einen eigenen Anspruch auf die ihnen zugewiesene Leistung. Die zugewiesene Leistung obliegt nicht dem Nachlass (ausser es würden dadurch Pflichtteile verletzt). |

4. Organisation (BVG 82, BVV 3)

Die Selbstvorsorge überlässt es weitgehend den Privatpersonen, sowohl ihr Leistungsziel (inklusive Anspruchsvoraussetzungen) zu bestimmen als auch für die entsprechende Finanzierung zu sorgen. Allerdings haben der Bund und die Kantone den Auftrag, mit den Mitteln der Eigentums- und Fiskalpolitik die Selbstvorsorge der Privaten zu fördern.

Im Rahmen der Selbstvorsorge werden zwei Wege beschriftet:

- ▶ **die freie Vorsorge (Säule 3b) und**
- ▶ **die gebundene Vorsorge (Säule 3a)**

Ob die entsprechende Lösung im Rahmen der gebundenen oder der freien Vorsorge gesucht werden soll, hängt von den persönlichen Verhältnissen ab. Beide Varianten bieten Vor- und Nachteile.

4.1 Die freie Vorsorge (Säule 3b)

Im Rahmen der freien Vorsorge finden sich alle Vorkehrungen, die man kurz-, mittel- oder langfristig im Bereich der Vorsorge treffen kann. Zur freien Vorsorge zählen in erster Linie Lebensversicherungen, Kapitalanlagen und Wohneigentum.

4.2 Die gebundene Vorsorge (Säule 3a)

Erwerbstätige haben die Möglichkeit, mit steuerlichen Erleichterungen Selbstvorsorge zu betreiben. Den steuerlichen Vergünstigungen stehen aber einschränkende Vorschriften in Bezug auf den Abschluss, die Gestaltung und die Verfügbarkeit der Kapitalien und Renten gegenüber.

Zur Wahl stehen hier (BVG 82/I)

- ▶ Die gebundene Vorsorgeversicherung bei einer Versicherungseinrichtung
- ▶ Die gebundene Vorsorgevereinbarung mit einer Bankstiftung

4.2.1 Die gebundene Vorsorgeversicherung bei einer Versicherungseinrichtung

Dabei handelt es sich um Lebensversicherungen, die ausschliesslich und unwiderruflich der Vorsorge dienen: Kapital- und Rentenversicherungen auf den Erlebens-, Invaliditäts- oder Todesfall.

4.2.2 Die gebundene Vorsorgevereinbarung mit einer Bankstiftung

Als gebundene Vorsorgevereinbarungen gelten besondere Sparverträge, die mit Bankstiftungen abgeschlossen werden und ausschliesslich und unwiderruflich der Vorsorge dienen. Sie können durch eine Risikoversicherung ergänzt werden.

5. Versicherte Personen

5.1 Obligatorisch Versicherte

Systembedingt hier keine, die Selbstvorsorge ist freiwillig.

5.2 Freiwillig Versicherte

5.2.1 Gebundene Vorsorge 3a

Diese richtet sich ausschliesslich an erwerbstätige Personen, deren Erwerbseinkommen der AHV-Beitragspflicht unterstellt ist. Ebenso ist sie für Personen, die Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen, offen. Beiträge an die gebundene Vorsorge können in beschränktem Umfang vom steuerbaren Einkommen abgezogen werden.

5.2.2 Freie Vorsorge 3b

Alle natürlichen Personen können freiwillig bei Versicherungsgesellschaften Lebensversicherungsverträge abschliessen oder bei Banken Vermögenanlagen tätigen.

Für Lebensversicherungen macht die Versicherungsgesellschaft den Abschluss eines Vertrages von einer Risikoprüfung abhängig. Sollen Leistungen im Todes- oder Invaliditätsfall versichert werden, spielt der Gesundheitszustand der betreffenden Person eine bedeutende Rolle. Vom Resultat der Risikoprüfung hängt die Aufnahme in die Versichertengemeinschaft und die Höhe der zu entrichtenden Prämien ab.

5.3 Dauer des Versicherungsschutzes

5.3.1 Gebundene Vorsorge 3a (BVV 3 3)

Das Errichten einer Vorsorgelösung Säule 3a ist an ein AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen gebunden. Somit ist dies frühestens ab dem 1. Januar nach Vollen- dung des 17. Altersjahres möglich. Zu vermerken gilt, dass der Bezug von Tag- geldern der Arbeitslosenversicherung einer Erwerbstätigkeit gleichgestellt ist.

Die Altersleistung darf frühestens fünf Jahre vor dem AHV-Referenzalter bezogen werden. Grundsätzlich hat der Bezug der Altersleistung mit Errei- chen des AHV-Referenzalters (Alter 65 unter Berücksichtigung der Über- gangsregelung für Frauen) zu erfolgen.

Der vorzeitige Bezug der Altersleistung ist zulässig (Auflösung des Vorsorge- verhältnisses vor Alter 60):

- ▶ für Betroffene, die eine ganze Rente der Invalidenversicherung (1. Säule) erhalten, wenn das Invaliditätsrisiko in der 3. Säule nicht versichert ist;
- ▶ für den Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum oder die Rückzahlung von Hypotheken;
- ▶ für den Einkauf in eine Vorsorgeeinrichtung (2. Säule);
- ▶ mit dem endgültigen Verlassen der Schweiz, dies unabhängig davon, ob Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat oder anderswo genommen wird;
- ▶ mit der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder dem Wechsel der selbständigen Erwerbstätigkeit.

Wenn die Erwerbstätigkeit über das Referenzalter hinaus fortgesetzt wird, kann die gebundene Vorsorge so lange, maximal aber bis Alter 70, weitergeführt werden.

Wer einer Vorsorgeeinrichtung angehört, darf jährlich maximal CHF 7056.– in die gebundene Vorsorge einzahlen, Erwerbstätige ohne Vorsorgeeinrichtung 20 Prozent des Nettoerwerbseinkommens (maximal CHF 35280.– pro Jahr).

5.3.2 Freie Vorsorge 3b

In der freien Vorsorge bestehen keine gesetzlichen Vorschriften, welche die Dauer des Versicherungsschutzes regeln. Für Lebensversicherungen kann die Vertragsdauer frei gewählt und damit die Dauer des Schutzes bestimmt werden.

Sparversicherungen haben nach Bezahlung von mindestens drei Jahresprämien einen mit zunehmender Vertragsdauer steigenden **Rückkaufswert**. Im Fall einer vorzeitigen Vertragsauflösung werden nicht amortisierte Abschlusskosten (inkl. Provision des Versicherungsvermittlers) vom Sparkapital in Abzug gebracht. Aus diesem Grund ist der Rückkauf einer Sparversicherung mit zum Teil erheblichen Verlusten für den Versicherungsnehmer verbunden.

Als Alternativen zu einem Rückkauf bieten sich folgende Möglichkeiten an: Verzicht auf weitere Prämienzahlungen (Prämienfreistellung), Herabsetzung der Versicherungsleistungen, Antrag auf eine Vorauszahlung oder der Bezug eines Darlehens mit Verpfändung der Versicherungsansprüche.

5.4 Versicherungsausweis

Ein Versicherungsausweis im eigentlichen Sinn wird für die Selbstvorsorge nicht abgegeben. Für Lebensversicherungen erhält der Versicherungsnehmer eine Police, welche die wichtigsten Angaben zum Vertrag (Leistungen, Prämie, Dauer usw.) enthält.

6. Finanzierung

6.1 Finanzierungsverfahren und -mittel

Die Finanzierung der Altersleistungen erfolgt analog der beruflichen Vorsorge im Kapitaldeckungsverfahren durch Prämien der Versicherten bzw. Anlagen der Sparenden sowie Verzinsung der Sparguthaben und Wertzuwachs (Kapitalgewinne) auf Vermögensanlagen.

6.2 «Beitragspflichtige» Personen

Gebundene Vorsorge 3a

Erwerbstätige dürfen ihre Beiträge für die gebundene Vorsorge vom steuerbaren Einkommen abziehen, dies allerdings nicht in unbeschränktem Umfang.

- ▶ **Erwerbstätige, die einer Vorsorgeeinrichtung angehören, dürfen jährlich maximal CHF 7056.–** in die gebundene Vorsorge investieren;
- ▶ **Erwerbstätige ohne Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung können maximal 20% des Nettoerwerbseinkommens** in die gebundene Vorsorge investieren (maximal CHF 35280.– pro Jahr).

Freie Vorsorge 3b

Hier sind die vertraglichen Bestimmungen massgebend. Lebensversicherungen und Vermögensanlagen bei Banken können durch einmalige oder wiederkehrende Zahlungen finanziert werden. Die Höhe der Beträge ist nicht begrenzt.

7. Leistungsübersicht

Art und Umfang der im Vorsorgefall fälligen Leistungen sind sowohl für die gebundene Vorsorge 3a als auch die freie Vorsorge 3b in den dazugehörigen vertraglichen Bestimmungen geregelt.

Grundsätzlich steht (bezüglich der gebundenen Vorsorge 3a mit gewissen Einschränkungen) das ganze Spektrum von Vermögensanlagen und Versicherungslösungen offen. Durch eine optimale Wahl bzw. Kombination von Lebensversicherungen und Vermögensanlagen bei Banken kann die private Vorsorge zur Steueroptimierung beitragen.

7.1 Vorsorgespargen über eine Bank oder Bankstiftung

Das über eine Bankstiftung gebildete Kapital wird mit Fälligkeit ausbezahlt oder im Auftrag des Vorsorgenehmers anderweitig angelegt. Die Leistung besteht aus dem Alterskapital, mit Rückgewähr im Todesfall (Auszahlung an die Erben bzw. Begünstigten).

7.2 Vorsorge mit einer Lebensversicherung

Zum Zweck der Vorsorge werden folgende Versicherungsarten angeboten:

▶ Kapitalbildende Lebensversicherungen

- ▶ Gemischte Versicherung
- ▶ Sparversicherung mit wählbarem Todesfallschutz

Kapitalbildende Versicherungen können durch einmalige (Einmalprämie) oder periodische Beiträge (Jahresprämien) finanziert werden. Wird das Sparkapital in Fonds investiert, spricht man von fondsgebundenen Lebensversicherungen.

▶ Altersrentenversicherungen (Leibrenten)

- ▶ Sofortbeginnende Altersrentenversicherung
- ▶ Aufgeschobene Altersrentenversicherung

Aufgeschobene Altersrentenversicherungen können durch einmalige (Einmalprämie) oder periodische Beiträge (Jahresprämien) finanziert werden, sofort beginnende ausschliesslich durch einmalige Beiträge.

▶ Risikoversicherungen

- ▶ Erwerbsunfähigkeitsversicherung
- ▶ Todesfallversicherung

Risikoversicherungen werden in der Regel durch periodische Beiträge finanziert.

7.2.1 Kapitalbildende Lebensversicherungen

In der klassischen Lebensversicherung wird das Sparkapital mit einem garantierten Satz verzinst (ab 01.03.2022 maximal 0,05 Prozent bei Einmalprämien und periodischen Prämien), dieser Zinssatz wird auch technischer Zinssatz genannt. Im Erlebens- und im Todesfall wird ein garantiertes Kapital ausbezahlt. Mit fondsgebundenen Lebensversicherungen hat der Versicherungsnehmer bzw. die -nehmerin die Möglichkeit, die Anlagestrategie (Asset Allocation) für das Sparkapital selber zu bestimmen. Ein minimales Todesfallkapital muss in fondsgebundenen Lebensversicherungen zwingend mitversichert werden. Eine Garantie für die Verzinsung des Sparkapitals besteht in der Regel nicht.

In der gemischten Versicherung entspricht das Todesfallkapital dem garantierten Sparkapital. Für eine Versicherung mit wählbarem Todesfallsschutz kann die Höhe des Todesfallkapitals unter Berücksichtigung einer Mindestsumme frei gewählt werden.

Die Prämienbefreiung im Fall einer Erwerbsunfähigkeit kann bei allen periodisch finanzierten Versicherungen mitversichert werden, womit nach einer vereinbarten Wartefrist der Versicherungsschutz ohne weitere Prämienzahlungen gewährt wird.

7.2.2 Altersrentenversicherungen (Leibrenten)

Anstelle eines Alterskapitals kann eine Altersrente versichert werden. Mit diesem Versicherungsprodukt wird ein festes und regelmässiges Einkommen bis ans Lebensende garantiert. Mit der Rentenversicherung wird ein vorhandenes Kapital planmässig verzehrt. Die Versicherungsgesellschaft trägt das Risiko, dass eine versicherte Person überdurchschnittlich lange lebt. Dieses Risiko wird auch Langleberisiko genannt. Stirbt die versicherte Person, werden aus einer Altersrentenversicherung mit Rückgewähr die Prämien abzüglich der bereits bezogenen garantierten Renten an die begünstigten Personen ausbezahlt. Für Altersrentenversicherungen ohne Rückgewähr erfolgt keine Auszahlung des vorhandenen Restkapitals. Diese Variante wird von Personen gewählt, die im Todesfall keine Hinterbliebenen haben oder diese nicht begünstigen wollen. Wird eine Altersrente «auf zwei Leben» gewählt, werden die Leistungen so lange erbracht, wie mindestens eine der beiden versicherten Personen lebt.

7.2.3 Risikoversicherungen

Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Wenn die versicherte Person als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles erwerbsunfähig wird, werden Leistungen in Form von Renten (selten Kapital) oder einer Prämienbefreiung erbracht. Die Höhe der Leistung hängt vom Grad der Erwerbsunfähigkeit ab. Liegt dieser unter 25 Prozent, wird in der Regel keine, dafür ab 66,7 (teilweise, wie ab 2004 in der Invalidenversicherung, ab 70) Prozent die ganze Leistung erbracht. Dazwischen liegende Fälle werden anteilmässig, entsprechend dem Grad der Erwerbsunfähigkeit, vergütet. Meist erlischt der Anspruch auf eine «Erwerbsausfallrente» mit Erreichen des AHV-Referenzalters. Es ist aber möglich, ein früheres Enddatum vorzusehen (z.B. für die Dauer einer Weiterbildung oder einer familiär bedingten Erwerbspause).

Arbeitnehmende sind meist gut für die finanziellen Folgen eines Unfalls (UVG) abgesichert. Deshalb kann beim Abschluss einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung in den meisten Produkten die Unfaldeckung ausgeschlossen werden.

Im Privatversicherungsbereich liegt üblicherweise eine Erwerbsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge einer medizinisch objektiv festgestellten Krankheit oder eines Unfalles ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Dies als Abweichung zur sozialversicherungsrechtlichen Definition von Erwerbsunfähigkeit als «Unfähigkeit, die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach allfälligen Eingliederungsmassnahmen auf dem gesamten infrage kommenden Arbeitsmarkt wirtschaftlich zu verwerten».

Die im Einzelfall anzuwendende Definition der Erwerbsunfähigkeit und des Erwerbsunfähigkeitsgrades ist in den Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) festgehalten.

Todesfallversicherung

Wenn die versicherte Person während der Vertragsdauer stirbt, wird das vereinbarte Kapital ausbezahlt. Erlebt sie das Vertragsende, werden keine Versicherungsleistungen fällig! Die Prämienbefreiung im Fall einer Erwerbsunfähigkeit ist in der Regel eingeschlossen, womit nach einer vereinbarten Wartefrist der Versicherungsschutz ohne weitere Prämienzahlungen gewährt wird. Todesfallversicherungen werden mit konstanter oder während der Laufzeit sinkender Versicherungssumme angeboten.

Anstelle eines Todesfallkapitals kann auch eine Rente versichert werden. Diese wird Hinterbliebenen-Zeitrente genannt und während der vereinbarten Vertragsdauer an die begünstigte(n) Person(en) ausbezahlt.

Eine Kombination von Erwerbsunfähigkeits- und Todesfallversicherung ist möglich.

8. Anspruchsberechtigte Personen

In der Selbstvorsorge bestehen bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen keine Unterschiede bezüglich der Nationalität der versicherten Personen. Dadurch entfallen detaillierte Beschriebe zur nachstehenden – aufgrund der Struktur belassenen – Aufzählung der Personenkreise.

8.1 Schweizer/innen und Angehörige von EU-/EFTA-Staaten, die unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.2 Angehörige von Vertragsstaaten, die nicht unter die bilateralen Verträge (FZA) fallen

8.3 Angehörige von Nichtvertragsstaaten

8.4 Anspruchsvoraussetzungen in Bezug auf die Säulen 3a/3b Gebundene Vorsorge 3a

Für Vorsorgeversicherungen sind die Bezugsbedingungen in der Police und den Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) festgehalten. Für Vorsorgekonten können die entsprechenden Bestimmungen im Reglement gefunden

werden. Bezüglich Vertragsdauer, Begünstigung, vorzeitigen Leistungsbezugs usw. sind die gesetzlichen Einschränkungen gemäss BVV 3 zu beachten. Diese sind etwas grosszügiger gestaltet als die entsprechenden Bestimmungen im BVG.

Freie Vorsorge 3b

Für Lebensversicherungen sind die Bezugsbedingungen in der Police und den Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) festgehalten. Bezüglich Vertragsdauer, Begünstigung, vorzeitigen Leistungsbezugs usw. bestehen keine Einschränkungen. Die entsprechenden Bedingungen für Vermögensanlagen bei Banken sind abhängig vom gewählten Anlageinstrument und den dazugehörenden Bestimmungen.

9. Sachleistungen

Die gebundene Vorsorge 3a kennt keine Sachleistungen.

In der Regel beschränkt sich auch die freie Vorsorge 3b auf Geldleistungen.

10. Geldleistungen

Aufgrund des speziellen Status der 3. Säule wird in Bezug auf die Geldleistungen von der herkömmlichen Gliederung (Nummerierung) der Absätze abgewichen.

10.1 Grundlage für die Leistungsbemessung

Auch hier gelten sowohl für die gebundene als auch die freie Vorsorge die vertraglichen Bestimmungen.

10.1.1 Vorsorgesparen über eine Bank oder eine Bankstiftung

Das Vorsorgekapital wird mittels Kapitalanlagen (Vorsorgekonto oder Wertchriftenlösung) und deren Renditen (Zinsen, Dividenden, Gewinnbeteiligungen usw.) gebildet.

10.1.2 Vorsorge mittels einer Lebensversicherung

Durch den Einbau einer Sicherheitsmarge in die Prämie erwirtschaften die Versicherungsgesellschaften üblicherweise Gewinne. Diese entstehen aus folgenden Prämienkomponenten:

- ▶ Kosten (effektive Kosten sind tiefer als bei der Prämienberechnung budgetiert)
- ▶ Risiko (Risikoverlauf ist besser als bei der Prämienberechnung angenommen)
- ▶ Sparen (Kapitalerträge liegen über dem garantierten Zinssatz)

Diese Gewinne werden in Form von Überschussbeteiligungen den Versicherten gutgeschrieben. Überschüsse können auf zwei verschiedene Arten verwendet werden, einerseits zur Erhöhung der Leistungen, andererseits zur Reduktion der Prämie. Werden die Überschüsse zur Erhöhung der Leistungen verwendet, erfolgt die Auszahlung spätestens beim Vertragsablauf oder beim Eintritt des versicherten Ereignisses zusätzlich zur vertraglichen Versicherungssumme.

10.2 Ausrichten der Leistung in der Säule 3a (BVV 3)

Die Altersleistungen dürfen **frühestens fünf Jahre vor Erreichen des Referenzalters** ausgerichtet werden. Sie werden mit Erreichen dieses Alters fällig (d.h., bis dann müssen sie bezogen werden).

- ▶ Weist ein Vorsorgenehmer bzw. eine Vorsorgenehmerin nach, dass er/sie weiterhin erwerbstätig ist, kann der Bezug bis höchstens fünf Jahre nach Erreichen des Referenzalters aufgeschoben werden. Derweilen können weiterhin Beiträge einbezahlt werden. Dabei wird beim Festsetzen der (Steuer-)Abzugsberechtigung der AHV-Freibetrag für Personen im Rentenalter ausser Acht gelassen.

Mit dem Bezug der Säule-3a-Guthaben sind die Kapitalien einmalig zu versteuern (reduzierter Steuersatz, getrennt vom übrigen Einkommen). Da pro Vorsorgekonto/-police jeweils das ganze Guthaben bezogen werden muss, ist das Führen von mehreren Vorsorgelösungen und ein gestaffelter Bezug über mehrere Kalenderjahre prüfenswert. So kann in Kantonen ohne Flatrate Besteuerung die Progression wirksam gebrochen werden.

10.3 Begünstigte Personen

Für die nachfolgenden Ausführungen lehnen wir uns an den privatversicherungsrechtlichen Sprachgebrauch an und sprechen von der Person, welche die Vorsorgevereinbarung (insbesondere den Versicherungsvertrag) abgeschlossen hat als «**Versicherungsnehmer**» und verstehen dies als technischen und somit geschlechtsneutralen Begriff.

In Lebensversicherungen werden die anspruchsberechtigten Personen im Erlebens- und Todesfall durch eine sogenannte Begünstigung unabhängig vom gesetzlichen Erbrecht bestimmt. BVG 82/IV hält fest, dass die aus einem Vorsorgeverhältnis der Säule 3a begünstigten Personen einen eigenen Anspruch auf die zugewiesene Leistung haben.

Ebenfalls im Sinn einer Präzisierung sind die Änderungen im ZGB zu verstehen: Ist ein auf den Tod des Erblassers gestellter Versicherungsanspruch zugunsten eines Dritten begründet, wird der Rückkaufswert im Zeitpunkt des Todes des Erblassers zu dessen Vermögen hinzugezählt. Das gilt nicht nur wie bisher für die freie Vorsorge Säule 3b, sondern neu auch für die gebundene Vorsorge Säule 3a.

10.3.1 Gebundene Vorsorge 3a

Im Rahmen der gebundenen Vorsorge ist die Begünstigungsordnung gesetzlich vorgeschrieben (BVV 3):

- a) Im Erlebensfall stehen die Leistungen dem Versicherungsnehmer zu.
- b) Im Todesfall
 - 1 dem überlebenden Ehegatten bzw. der eingetragenen Partnerin oder dem eingetragenen Partner;
 - 2 den direkten Nachkommen (Kindern) sowie den natürlichen Personen,

- ▶ die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder
- ▶ den Personen, die mit dem Versicherungsnehmer in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt haben oder
- ▶ die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen müssen.

Unter diesen kann der Versicherungsnehmer eine oder mehrere Personen als Begünstigte bestimmen und deren Ansprüche näher bezeichnen.

- 3 den Eltern;
- 4 den Geschwistern;
- 5 den übrigen Erben.

Unter Eltern, Geschwistern und übrigen Erben kann der Versicherungsnehmer die Reihenfolge der Begünstigten ändern und deren Ansprüche näher bezeichnen.

10.3.2 Freie Vorsorge 3b

Der Versicherungsnehmer kann die Begünstigten grundsätzlich frei bestimmen. Es können somit auch mit ihm nicht verwandte Personen oder Institutionen begünstigt werden.

Im Todesfall gelangt die Versicherungsleistung nicht in die Erbmasse. Sie fällt vielmehr der oder den Begünstigten zu. Vorbehalten bleibt im Fall einer Verletzung der erbrechtlichen Pflichtteile die Herabsetzungsklage. In diesem Fall wird der im Zeitpunkt des Todes bestehende Rückkaufswert zur Berechnung der Pflichtteile herangezogen.

Sind erbberechtigte Nachkommen, ein Ehegatte, ein eingetragener Partner bzw. eine eingetragene Partnerin, Eltern, Grosseltern oder Geschwister die Begünstigten, haben sie selbst dann Anspruch auf die Versicherungsleistungen, wenn sie die Erbschaft ausschlagen (weil sie beispielsweise überschuldet ist).

10.4 Teuerungsanpassung

Allfällige diesbezügliche Bestimmungen sind im Rahmen des betreffenden Vertrags zu lösen.

11. Vollzug

11.1 Geltendmachen des Anspruchs

Ansprüche sind mit Eintritt des Vorsorgefalls der betreffenden Bank bzw. dem Versicherer zu melden.

11.1.1 Nachforderung

Vgl. Reglement/Vertrag.

11.2 Festsetzen und ggf. auszahlen der Leistung

Für die Bemessung und Auszahlung der Leistungen gelten die vertraglichen Bestimmungen.

11.2.1 Leistungsbezug im Ausland

Allfällige diesbezügliche Bestimmungen sind im Rahmen des betreffenden Vertrags zu lösen. Mit wenigen Einschränkungen (z.B. für Invalidenrenten) werden Versicherungsleistungen auch im Ausland erbracht.

11.2.2 Abtretung und Verpfändung

11.2.2.1 Gebundene Vorsorge 3a (BVV 3 4)

Anwartschaftliche Leistungen sind nicht abtretbar oder verpfändbar.

Ausgenommen ist der Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum und im Scheidungsfall der Ausgleich der anwartschaftlichen Vorsorgeleistungen, welche während der Ehejahre erworben wurden. Die im Rahmen des BVG, FZG und der WEFV erlassenen Bestimmungen gelten sinngemäss auch für die gebundene Vorsorge 3a.

Erbrecht – Bilden Säule 3a-Guthaben Pflichtteil?

Per 01.01.2023 ist die Erbrechtsreform in Kraft getreten. Dabei wurde auch darüber Klarheit geschaffen, ob Ansprüche aus der gebundenen Vorsorge (Vorsorge bei Bankstiftungen und Versicherungseinrichtungen) in den Nachlass fallen. Mit der Revision des ZGB wurde den begünstigten Personen unabhängig von der Vorsorgeform ein eigener Anspruch auf die Leistung und direkte Auszahlung gegenüber der Bankstiftung oder der Versicherungseinrichtung eingeräumt.

Die Leistungen der Säule 3a fallen demzufolge nicht in den Nachlass, werden aber im Fall einer Pflichtteilsberechnung berücksichtigt und unterliegen somit der Herabsetzung.

11.2.2.2 Freie Vorsorge 3b

Die Ansprüche und Leistungen aus der freien Vorsorge sind abtretbar und verpfändbar.

11.3 Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und Meldepflicht

Die Mitwirkungs-, Schadenminderungs- und insbesondere die Meldepflicht sind in den allgemeinen Vertragsbestimmungen und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt.

11.4 Leistungskürzung oder -verweigerung

Das schuldhafte Herbeiführen eines Vorsorgefalles (Grob-fahrlässigkeit, Absicht) kann zu Leistungskürzungen führen. Seitens Lebensversicherungen wird auf dieses gesetzlich vorgesehene Kürzungsrecht meist verzichtet.

In der Lebensversicherung ist der Suizid in der Regel nach einer Karenzfrist von einigen Jahren (gewöhnlich drei Jahre) gedeckt. Hat eine Person das versicherte Ereignis gemäss einem Gebot der Menschlichkeit absichtlich herbeigeführt, muss der Versicherer die versicherten Leistungen trotzdem in vollem Umfang erbringen (VVG 15).

11.4.1 Unwahre Angaben

Der Antrag für eine Versicherung ist vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Ungenaue und insbesondere unwahre oder unvollständige Angaben bewirken, dass die Versicherungsgesellschaft den Vertrag kündigen kann. Unter Umständen sind bereits ausbezahlte Leistungen zurückzuerstatten.

11.5 Rückerstattung/Verrechnung

Unrechtmässige Bezüge sind zurückzuerstatten.

11.5.1 Rückgriff auf haftpflichtige Dritte

Der Versicherer kann im Rahmen von Schadenversicherungen auf Haftpflichtige Rückgriff nehmen. Da es sich bei Lebensversicherungen meist um Summenversicherungen handelt (garantiertes Kapital im Erlebens- oder Todesfall), findet kein Rückgriff statt. Die Leistungen aus Lebensversicherungen gelangen – anderslautende vertragliche Bestimmungen vorbehalten – zusätzlich zu Leistungen Dritter, auch Sozialversicherungen, zur Auszahlung.

11.6 Rechtspflegeverfahren

Für die gebundene Vorsorge gilt der sozialversicherungsrechtliche, für die freie Vorsorge der privatrechtliche Klageweg.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

Das gesamte Kapital in der gebundenen Vorsorge Säule 3a belief sich 2022 auf ca. 140 Mrd. Franken. Davon waren rund 51 Mrd. Franken an Versicherungsverträge gebunden und 89 Mrd. von Banken verwaltet. Das BSV (Bundesamt für Sozialversicherungen) schätzt, dass ca. 58 Mrd. der von Banken verwalteten Geldern auf Vorsorgekonten liegen und 30 Mrd. Franken in Wertschriftenlösungen.

Ein spezifisches Merkmal der Säule 3a ist die Steuerabzugsfähigkeit der Beiträge. Die Leistungen hingegen, werden wie Gelder aus der 2. Säule besteuert. Der Anteil der Steuerpflichtigen, die einen Säule-3a-Abzug geltend machten, nahm bis 2019 stetig zu und erreichte in diesem Jahr einen Höchststand von 33,3 Prozent. Im durch Covid geprägten Jahr 2022 fiel dieser Anteil leicht auf 32,9 Prozent.

Steuerpflichtige mit einem Säule-3a-Abzug							
Anzahl in Tausend	1995	2000	2010	2015	2018	2019	2020
Steuerpflichtige insgesamt	4081	4252	4745	5068	5194	5242	5489
davon mit 3a-Abzug	543	823	1396	1590	1700	1746	1803

Quelle: Sozialversicherungsstatistik 2023

12.2 Entwicklungstendenzen

Der Bundesrat hat im November 2023 auf Grund einer parlamentarischen Motion einen Vorschlag (Anpassung BVV3) zur Einführung von Einkäufen in die Säule 3a publiziert. Damit sollen Personen, welche in früheren Jahren nicht die Maximalbeiträge in die Säule 3a einzahlen konnten, neu die Möglichkeit erhalten, Beitragslücken durch spätere Einkäufe (3a-Einkauf) zu schliessen. Solche Einkäufe sollen zusätzlich vollumfänglich vom steuerbaren Einkommen abgezogen werden können. Die Inkraftsetzung dieser Änderung ist frühestens per 01.01.2025 geplant.

Im Juni 2024 schlägt der Bundesrat eine Überarbeitung der Begünstigtenordnung der Säule 3a vor. Aktuell werden die überlebende Ehefrau bzw. der überlebende Ehemann gegenüber den Kindern aus einer früheren Beziehung systematisch bevorzugt. Im Bericht werden verschiedene Flexibilisierungsoptionen analysiert, um Vorsorgenehmenden die Möglichkeit zu geben, die Reihenfolge der Begünstigten zu ändern und der Situation von Patchworkfamilien besser Rechnung zu tragen.

12.3 Links

zu den betreffenden Versicherungen und Banken

www.vbv.ch

Berufsbildungsverband der Versicherungswirtschaft

www.svv.ch

Schweizerischer Versicherungsverband

www.svv.ch > medien > Versicherungsratgeber

www.ombudsman-assurance.ch

Die Ombudsstelle der Privatversicherung und der Suva hilft im Fall von Unstimmigkeiten mit der betreffenden Versicherung unentgeltlich und unbürokratisch unter der Wahrung der Vertraulichkeit.

www.finma.ch

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA)

XVII Selbstvorsorge im Rahmen des Erwachsenenschutzrechts

1.	Zielsetzung	865
2.	Gesetzliche Grundlagen	865
3.	Geschichtliche Daten	865
4.	Organisation	866
5.	Versicherte Personen	867
5.1	Das Kinderschutzrecht	867
5.1.1	Sorgerecht und Definition von «Obhut»	868
6.	Finanzierung	869
7.	Leistungsübersicht	869
8.	Anspruchsberechtigte Personen	870
9.	(Sachleistungen) Erwachsenenschutzrecht	870
9.1	Eigene Massnahmen	870
9.1.1	Der Vorsorgeauftrag (ZGB 360 ff.)	871
9.1.1.1	Anordnungen für den Todesfall	872
9.1.2	Die Patientenverfügung (ZGB 370 ff.)	872
9.2	Gesetzliche Massnahmen	873
9.2.1	Die Partnervertretung	873
9.2.2	Vertretungsberechtigung in Bezug auf medizinische Massnahmen	874
9.2.3	Gesetzliche Massnahmen betreffend Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen (ZGB 382–387)	875
10.	(Geldleistungen) Behördliche Massnahmen	875
10.1	Die fürsorgliche Unterbringung (ZGB 426–439)	875
10.2	Beistandschaften	877
10.2.1	Die Begleitbeistandschaft (ZGB 393, leichteste Form einer Beistandschaft)	878
10.2.2	Die Vertretungsbeistandschaft (ZGB 394, wohl die am häufigsten infrage kommende Form)	879
10.2.3	Die Mitwirkungsbeistandschaft (ZGB 396)	880
10.2.4	Die kombinierte Beistandschaft (ZGB 397)	880
10.2.5	Die umfassende Beistandschaft (ZGB 398, bisherige Vormundschaft)	880
10.2.6	Ende der Beistandschaft	881
10.2.7	Die Beistandsperson (Beistandes oder Beiständin)	881

11.	Vollzug	884
11.1	Instrumente der eigenen Vorsorge	884
11.2	Wann kommt die KESB zum Eingreifen?	884
11.3	Ausbau des Melderechts/Meldepflichten an die KESB	885
11.3.1	Gefährdungsmeldungen an die Kinderschutzbehörden	885
11.3.2	Meldungen betreffend hilfsbedürftige Erwachsene (ZGB 443, Melderechte und -pflichten)	886
11.3.3	Meldungen bei ernsthafter Gefahr einer schweren Schädigung (ZGB 453, Zusammenarbeitspflicht)	886
11.3.4	Mitteilungspflicht der KESB an Migrationsbehörden	886
12.	Aktuell	887
12.1	Kennzahlen	887
12.1.1	Die meisten Kinderschutzmassnahmen wegen zerstrittener Eltern	887
12.3	Links	889

1. Zielsetzung

Ziel ist es, das Selbstbestimmungsrecht schwacher, hilfsbedürftiger Personen zu wahren und zu fördern, gleichzeitig aber auch die erforderliche Unterstützung sicherzustellen und gesellschaftliche Stigmatisierungen zu vermeiden. Die ab 2013 geltenden Bestimmungen des ZGB in Bezug auf das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht sollen dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit entsprechen und auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der betroffenen Personen zugeschnitten sein. Dabei gilt der Grundsatz der Subsidiarität.

Ziele des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts

- ▶ Förderung des Selbstbestimmungsrechts
 - ▶ eigene Vorsorge mit Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung,
 - ▶ Beistandschaft mit Einbezug der Mandatsführung
- ▶ Einführung von massgeschneiderten Massnahmen und Beseitigung von stigmatisierenden Begriffen
- ▶ Stärkung der Solidarität in der Familie (gesetzliche Vertretungsrechte)
- ▶ punktuelle Neuerungen im Kinderschutz

2. Gesetzliche Grundlagen

Bundesverfassung

BV 122 Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Zivil- und Zivilprozessrecht; BV 35 Verwirklichung der Grundrechte, BV 36 Einschränkung der Grundrechte; in Verbindung mit BV 10 Recht auf Leben und persönliche Freiheit, BV 26 Eigentumsgarantie, BV 31 Freiheitsentzug und BV 41 Sozialziele

Bundesgesetz

- ▶ ZGB, dritte Abteilung: Der Erwachsenenschutz (Art. 360 ff.)

Kantonale Gesetzgebung

- ▶ Einführungsgesetz zum ZGB der Kantone

3. Geschichtliche Daten

- | | |
|------|--|
| 1912 | Das ZGB mit den Bestimmungen des Vormundschaftsrechts wird in Kraft gesetzt. |
| 2013 | Das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht löst die Bestimmungen von 1907 ab (ZGB 360 ff.). |
| 2014 | Per 1. Juli tritt das neue Sorgerecht in Kraft. Dabei wird die gemeinsame elterliche Sorge für Kinder von geschiedenen oder nicht verheirateten Eltern die Regel. |
| 2017 | Per 1. Januar tritt das neue Kindesunterhaltsrecht in Kraft. Neu haben die Eltern selber untereinander abzumachen, wer in natura erfüllt und wer durch Geldzahlungen für die Betreuung der Kinder sorgt. Neu muss der unterhaltspflichtige Elternteil zusätzlich zum regulären Kindesunterhalt den unterhaltsberechtigten Elternteil mit einem Betreuungsunterhalt für das zu betreuende Kind entschädigen. Dieser Unterhaltsbeitrag dient der Gewährleistung der Betreuung des Kindes durch die Eltern oder durch Dritte. |

- 2018 Per 1. Januar tritt das revidierte Adoptionsrecht in Kraft. Künftig steht die Adoption von Stiefkindern nicht nur Ehepaaren, sondern auch Paaren in eingetragener Partnerschaft offen (fremde Kinder zu adoptieren, ist für Letztere aber nach wie vor nicht möglich). Weiter werden auch die Adoptionsvoraussetzungen flexibilisiert – z.B. das Mindestalter für Adoptiveltern gesenkt – und das Amtsgeheimnis gelockert.
- 2019 Per 1. Januar sind verschiedene Gesetzesrevisionen in Kraft getreten, die Auswirkungen auf die Tätigkeit der KESB oder der Beistände/Beiständinnen haben: Ausbau der Melderechte/Pflichten an die Kinderschutzbehörden; die Übernahme einer Beistandschaft ist künftig nur noch freiwillig; Mitteilungspflicht der KESB an Migrationsbehörden.
- 2021 Am 18. Juni gibt die Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KOKES) Empfehlungen zur Organisation von Beistandschaften heraus. Die vorliegenden Empfehlungen liefern die Grundlagen für die Weiterentwicklung der Organisation von Berufsbeistandschaften, damit den gesteigerten Anforderungen an die Mandatsführung Rechnung getragen werden kann.
- 2023 Vor zehn Jahren ist das damals neue Kinds- und Erwachsenenschutzrecht in Kraft getreten. Die Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES zieht eine positive Bilanz, schlägt aber auch Verbesserungen vor: Beiständinnen und Beistände brauchen mehr Zeit für Gespräche mit Betroffenen, und die Bevölkerung braucht mehr Informationen zu den Aufgaben und Arbeitsweisen der KESB.

4. Organisation

Während hundert Jahren war die Umsetzung des Vormundschaftsrechts kommunalen Milizbehörden überlassen. Seit 01.01.2013 obliegt der Vollzug professionellen Fachbehörden – d.h. Kollegialbehörden mit Jurist, Arzt, Psychologe, Pädagoge und Sozialarbeiter (Männer und Frauen) – auf kantonaler oder Bezirksebene. Wichtige Entscheide der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sind von mindestens drei Mitgliedern zu fällen (ZGB 440).

Zuständigkeit der KESB

Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) sind zuständig für den Schutz von Personen, die nicht selbständig in der Lage sind, die für sie notwendige Unterstützung einzuholen. So beispielsweise, wenn sie noch minderjährig, geistig behindert, psychisch beeinträchtigt oder schwer suchtkrank sind.

Basis für die Abklärungen und ggf. das Ergreifen von geeigneten Massnahmen der KESB ist eine Gefährdungsmeldung. Grundsätzlich besteht ein allgemeines Melderecht. Eine Meldepflicht besteht in Bezug auf Wahrnehmungen in der amtlichen Tätigkeit (insbesondere für Amtsstellen, Sozialversicherer, Behörden und Schulen) sowie der ärztlichen Tätigkeit.

Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES)

Die KOKES ist das Verbindungsorgan zwischen den kantonalen Aufsichtsbehörden im zivilrechtlichen Kindes- und Erwachsenenschutz. Sie fördert die Zusammenarbeit unter den Kantonen und mit dem Bund auf dem Gebiet des zivilen Kindes- und Erwachsenenschutzes. Dazu gehört auch die übergreifende Behandlung von diesbezüglichen Fachfragen und Koordination. Ferner engagiert sie sich in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der in diesem Gebiet tätigen Personen.

Am 18. Juni 2021 hat die KOKES Empfehlungen zur Organisation von Beistandschaften herausgegeben. Sie wurden unter Mitwirkung der Sozialdirektorenkonferenz (SODEK), des schweizerischen Gemeindeverbandes (SGV) und dem schweizerischen Verband der Berufsbeistandspersonen (SVBB) ausgearbeitet. Die vorliegenden Empfehlungen liefern die Grundlagen für die Weiterentwicklung der Organisation von Berufsbeistandschaften, damit den gesteigerten Anforderungen an die Mandatsführung Rechnung getragen werden kann. Formuliert ist ein Soll-Zustand, der innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre in sämtlichen Regionen der Schweiz anvisiert werden soll.

5. Versicherte Personen

Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht ist, wie der Name besagt, keine Versicherung im herkömmlichen Sinn. Es handelt sich um Massnahmen – Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag –, die urteilsfähige Personen selbstbestimmt für den Fall einer (plötzlichen) Urteilsunfähigkeit treffen können. Wo solche fehlen oder nicht ausreichen sowie im Kinderschutzrecht werden sie durch gesetzliche und behördliche Massnahmen ergänzt.

Die weiteren standardgemässen Absätze unter Punkt 5 werden dadurch gegenstandslos. Dafür wird an dieser Stelle auf das Kinderschutzrecht eingegangen.

5.1 Das Kinderschutzrecht

Alle Kinder haben Rechte; egal wie alt sie sind oder wo sie leben. Sie sind in der Konvention der UNO über die Rechte des Kindes festgehalten. Fast alle Länder der Welt – so 1997 auch die Schweiz – haben sich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Kinder zu ihren Rechten kommen.

- ▶ Die wichtigsten Rechte der UN-Kinderrechtskonvention sind: das Recht
 - ▶ auf Gleichbehandlung,
 - ▶ auf Gesundheit,
 - ▶ auf Ausbildung,
 - ▶ auf Spiel und Freizeit,
 - ▶ auf freie Meinungsäusserung, Information und Gehör,
 - ▶ auf gewaltfreie Erziehung,
 - ▶ auf Schutz vor wirtschaftlicher und sexueller Ausbeutung,
 - ▶ auf Schutz im Krieg und auf der Flucht,
 - ▶ auf elterliche Fürsorge und
 - ▶ auf Betreuung bei Behinderung.

Für die Umsetzung der Kinderrechte im Alltag braucht es jedoch vor allem die Erwachsenen. Sie müssen sich in ihrem Handeln an den Rechten der Kinder orientieren. Für eine gute Entwicklung und den Schutz von Kindern und Jugendlichen sind in erster Linie die Eltern verantwortlich. Das ZGB beinhaltet aber für folgende Fälle spezielle Schutzbestimmungen:

- ▶ wenn Kinder oder Jugendliche in ihrer Entwicklung beeinträchtigt oder gefährdet sind und die Eltern nicht Abhilfe schaffen (können),
- ▶ wenn sich die Eltern nicht selber über das gegenseitige Besuchsrecht der Kinder mit dem nicht obhutsberechtigten Elternteil einigen können,
- ▶ wenn die Interessenvertretung von Minderjährigen sonst nicht gewährleistet wäre, z.B. wegen Abwesenheit oder Interessenkonflikten der Eltern. Zur Abklärung kann die KESB Gespräche mit dem betreffenden Kind und (getrennt von) den Eltern führen sowie Informationen bei Dritten einholen.

Die KESB hat dann Massnahmen zu treffen, wenn die Abklärung ergibt, dass das Kindeswohl gefährdet ist; die Eltern nicht von sich aus Abhilfe schaffen oder dazu ausserstande sind und die notwendige Zusammenarbeit mit der KESB oder Dritten auf freiwilliger Basis nicht oder nicht genügend zuverlässig gewährleistet ist.

Die Eltern und – soweit möglich – auch das Kind sind zur Zusammenarbeit mit der KESB verpflichtet.

Gesetzliche Kindesschutzmassnahmen

- ▶ Erziehungsaufsicht & Weisungen ZGB 307
- ▶ Erziehungsbeistandschaft ZGB 308
- ▶ Vertretungsbeistandschaft ZGB 392
- ▶ Aufhebung der elterlichen Obhut ZGB 310
- ▶ Entzug der elterlichen Sorge ZGB 311 f.

andere Kindesschutzmassnahmen

- ▶ Besuchsrecht ZGB 273–275
- ▶ Feststellung der Vaterschaft ZGB 309
- ▶ Unterhaltsvertrag ZGB 285 ff.

5.1.1 Sorgerecht und Definition von «Obhut»

Seit Juli 2014 ist die gemeinsame elterliche Sorge der Regelfall, dies auch für Eltern, die geschieden oder nicht miteinander verheiratet sind. Zuvor musste eine von der Kindesschutzbehörde genehmigte Vereinbarung vorliegen. Nun genügt eine gemeinsame Erklärung der Eltern, dass sie sich über die Obhut und den persönlichen Verkehr oder Betreuungsanteile sowie den Unterhaltsbeitrag verständigt haben. Weitere Angaben sind nicht erforderlich, eine inhaltliche Überprüfung ist nicht vorgesehen.

Mit der Revision wurde der Begriff «Obhut» inhaltlich neu definiert. Die Befugnis, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen, wird ausschliesslich der elterlichen Sorge zugeordnet. Obhut nach neuem Recht ist somit gleichzusetzen mit tatsächlicher (faktischer) Obhut ⇒ vgl. ZGB 301 I^{bis}. Die bisherige Bezeichnung umfasste die rechtliche und die faktische Obhut. Dazu gehörte

das Recht, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen. Das tatsächliche Zusammenleben mit dem Kind in einer Hausgemeinschaft wurde mit faktischer Obhut bezeichnet.

Zuständigkeiten

Über die Belange der elterlichen Sorge zu befinden, ist zwei Behörden vorbehalten: den Gerichten sowie den KESB, wobei im Bereich des strittigen Unterhalts den Gerichten eine ausschliessliche Zuständigkeit zukommt.

Die gemeinsame elterliche Sorge unverheirateter Eltern kann auch durch eine Anerkennungserklärung des Vaters mit gleichzeitiger gemeinsamer Erklärung der Eltern am Zivilstandsamt begründet werden.

Für die **Regelung der Erziehungsgutschriften** ist die KESB am Wohnsitz der Mutter zuständig.

Details vgl. www.kokes.ch, Dokumentation, Empfehlungen zuhanden der KESB (Umsetzung gemeinsame elterliche Sorge als Regelfall 13.06.2014).

6. Finanzierung

Das Verfahren vor der KESB ist grundsätzlich kostenfrei. Für bestimmte Verrichtungen und Verfügungen werden jedoch durch die KESB Gebühren erhoben. So sind die Anordnung, die Aufhebung und die Änderung von Massnahmen durch die KESB gebührenpflichtig. Massgebend ist die vom betreffenden Kanton erlassene Gebührenordnung.

Grundsätzlich ist die Finanzierung der Massnahmen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts in der Verwaltungsrechtspflege des betreffenden Kantons geregelt. Wo Betroffene die erforderlichen Mittel nicht aufbringen können, erfolgt die Finanzierung über die Sozialhilfe.

7. Leistungsübersicht

Es handelt sich im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht nicht um Sach- und Geldleistungen, sondern um Fragen der Wahl und des Umfangs sowie der Angemessenheit von Massnahmen der von Urteilsunfähigkeit betroffenen Personen.

Im Erwachsenenschutzrecht sind folgende Massnahmen vorgesehen

» Eigene Massnahmen

- ▶ Vorsorgeauftrag,
- ▶ Patientenverfügung,
- ▶ Anordnungen für den Todesfall.

» Gesetzliche Massnahmen

- ▶ Partnervertretung,
- ▶ Vertretungsberechtigung betreffend medizinische Massnahmen,
- ▶ gesetzliche Massnahmen betreffend Heimaufenthalt.

» Behördliche Massnahmen

- ▶ fürsorgerische Unterbringung,
- ▶ Beistandschaften.

8. Anspruchsberechtigte Personen

Die Massnahmen richten sich an Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Angesprochen sind speziell junge, dynamische Singles. Sie – wie auch andere urteilsfähige Personen – können mittels Vorsorgeauftrag oder Patientenverfügung für den Fall ihrer vorübergehenden oder dauernden Urteilsunfähigkeit (z.B. durch einen Unfall oder eine Krankheit) die Person bestimmen, die sie dann vertreten kann.

In Bezug auf die Staatsangehörigkeit werden keine Unterschiede gemacht.

Dadurch entfallen detaillierte Beschreibungen der üblicherweise unter 8.1 bis 8.3 genannten Personenkreise.

9. (Sachleistungen) Erwachsenenschutzrecht

Kern des Erwachsenenschutzrechts bilden die eigenen Massnahmen (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung, nachstehend 9.1).

Wo keine eigenen Massnahmen getroffen wurden oder diese ungenügend sind, greifen **gesetzliche Massnahmen**, dies für Urteilsunfähige oder in Bezug auf einen Heimaufenthalt (9.2). Als **behördliche Massnahmen** (10.) vorgesehen sind Beistandschaften, wo angezeigt, die fürsorgerische Unterbringung. Welches der Instrumente der eigenen Vorsorge das richtige sein könnte, kann der Aufstellung unter 11.1 entnommen werden.

Wichtig für die Wahl und den Umfang der Massnahmen ist die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person.

Folgende Fragen helfen zur Klärung der Urteilsfähigkeit einer betagten Person:

- ▶▶ Hat sie verstanden, um was es bei dem betreffenden Geschäft geht?
- ▶▶ Weiss sie, welches die verschiedenen Entscheidungsoptionen sind?
- ▶▶ Weiss sie, was alles vom geplanten Entscheid betroffen sein wird?
- ▶▶ Kann sie sich ein klares Bild machen von den Vor- und den Nachteilen der verschiedenen Entscheidungsoptionen respektive der Folgen der möglichen Entscheide für sich und die anderen Mitbeteiligten?
- ▶▶ Ist sie in der Lage, gemäss ihrer Einsicht zu handeln, oder ist sie nicht in der Lage, sich vor Einflüssen Dritter diesbezüglich zu distanzieren?

9.1 Eigene Massnahmen

Wir haben es in der Hand, unsere Disposition für den Fall zu treffen, dass wir dereinst nicht mehr urteilsfähig sind. Zu denken ist da nicht nur an Probleme im Alter, auch schon viel früher kann es zur vorübergehenden oder dauernden Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit kommen, dies beispielsweise durch einen Unfall oder eine akute Erkrankung. Das neue Erwachsenenschutzrecht hat hier zwei Mittel geschaffen, die spezifisch eingesetzt werden können; dies je nach Fragestellung.

▶▶ **Regelung durch Vorsorgeauftrag**

Eine **handlungsfähige Person** beauftragt (eigenhändig, wie Testament oder öffentliche Beurkundung) für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit eine natürliche oder juristische Person. Sie beantwortet damit die Frage:

Wer soll «meine» rechtliche Vertretung sein, sollte ich aufgrund einer möglichen Unfähigkeit (durch Unfall oder Krankheit) nicht mehr in der Lage sein, meine Dinge selbst zu erledigen?

► **Regelung durch Patientenverfügung (ZGB 370 ff.)**

Für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit legt eine urteilsfähige Person (schriftlich) fest, welchen medizinischen Massnahmen sie zustimmt. Sie beantwortet die Frage:

Wie soll «meine» medizinische Versorgung im Krankheitsfall aussehen?

9.1.1 Der Vorsorgeauftrag (ZGB 360 ff.)

Im Vorsorgeauftrag wird eine Person oder werden mehrere Personen benannt, die später entscheiden sollen, wenn der oder die Auftraggebende einmal nicht mehr dazu in der Lage sein sollte. Der Auftrag kann umfassend oder auch nur für gewisse Bereiche erteilt werden.

► **Personensorge** wie Gesundheitspflege (z.B. Veranlassung von ärztlichen Untersuchungen und ggf. Begleitung), Anstellung von Pflegepersonal/Spitex, Entscheid über Aufenthalt in Klinik/Spital, Heimeinweisung, Aufgabe Wohnung/Haus.

► **Vermögenssorge** wie Prüfung/Bezahlung von Rechnungen, Entgegennahme/Bearbeitung der Post; Verwaltung der Bankvermögen/Liegenschaften, Verfügung über Bankkonti/Schliessfächer; Erledigung der Steuerangelegenheiten, Vornahme von Schenkungen.

► **Vertretung im Rechtsverkehr**

Der Vorsorgeauftrag muss ausgestellt sein, solange «man» noch handlungsfähig ist. Dies vollends schriftlich, mit Ort, Datum und Unterschrift (wie Testament). Alternative: öffentliche Beurkundung durch Notariat.

Damit im Bedarfsfall auf das Dokument zugegriffen werden kann, sollte man das Vorhandensein und den Hinterlegungsort auf dem Zivilstandsamt (Wohnsitz) zuhanden der zentralen Datenbank registrieren lassen.

Dies ist nicht zwingend, aber sinnvoll. Der Vorsorgeauftrag kann auch so mit den Dokumenten aufbewahrt werden. Mit Anzeige einer Urteilsunfähigkeit prüft jedoch die KESB, ob im Zivilstandsregister ein Vorsorgeauftrag aufgeführt ist.

Validierung des Vorsorgeauftrags

Mit Eintritt der Urteilsunfähigkeit der auftraggebenden Person muss der Vorsorgeauftrag der KESB (Wohnort Auftraggeber/in) unterbreitet werden. Sie prüft, ob der Vorsorgeauftrag gültig errichtet wurde, die Voraussetzungen für seine Wirksamkeit gegeben sind, die beauftragte Person geeignet ist und ob weitere Massnahmen des Erwachsenenschutzes erforderlich sind (ZGB 363).

Das Resultat hält die KESB in einer Feststellungsverfügung fest (ZGB 363 II) und stellt, wenn alles in Ordnung ist, eine Urkunde aus.

► Die beauftragte Person muss die Annahme des Amtes bestätigen. Sie kann den Auftrag auch ablehnen, worauf die KESB jemand anderen beauftragen muss. Die Entlöhnung hat durch die zu betreuende Person zu erfolgen.

Die Vorsorgebeauftragten können den Vorsorgeauftrag jederzeit mit einer schriftlichen Mitteilung an die KESB kündigen, dies unter Einhaltung einer zweimonatigen Kündigungsfrist.

Ende des Mandats

Das ZGB kennt drei Gründe für die Beendigung des Vorsorgeauftrags:

- ▶ die Kündigung durch die beauftragte Person (ZGB 367),
- ▶ den Entzug der Befugnisse durch die KESB (ZGB 368 II),
- ▶ das Wiedererlangen der Urteilsfähigkeit der auftraggebenden Person (ZGB 369).

9.1.1.1 Anordnungen für den Todesfall

Es ist nicht einfach, mit Angehörigen über die Wünsche bei ihrem Ableben zu sprechen. Hier helfen schriftliche Anordnungen zu Fragen betreffend Religion/Spiritualität und entsprechende Ritualen. Als wesentliche Anhaltspunkte haben sich folgende Fragen ergeben:

- ▶ Wird eine Sterbebegleitung gewünscht (wenn ja, durch wen)?
- ▶ Wo will er/sie sterben (zu Hause, im Spital, im Hospiz, im Heim)?
- ▶ Welche Bestattungsform wird gewünscht (Kremation oder Erdbestattung)?
- ▶ Soll es ein Familien-, ein Reihengrab, eine Nische in der Urnenwand oder eine Beisetzung im Gemeinschaftsgrab geben; stehen andere Wünsche an – welche?
- ▶ Soll es eine Trauerfeier geben (wenn ja mit wem usw.)?

9.1.2 Die Patientenverfügung (ZGB 370 ff.)

Für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit legt eine urteilsfähige Person (schriftlich) fest, welchen medizinischen Massnahmen sie zustimmt. Sie bezeichnet (schriftlich) eine urteilsfähige natürliche Person, die bezüglich medizinischer Massnahmen für sie entscheiden soll.

Mit der Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder welche sie ablehnt. Sie kann (muss aber nicht) zudem eine natürliche Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der Arztperson die medizinischen Massnahmen besprechen und/oder in ihrem Namen entscheiden soll (ZGB 370). Damit sind auch selbstbestimmte Hinweise betreffend lebensverlängernde Massnahmen und Haltung betreffend Organspende und Autopsie möglich/wünschbar.

Viele Menschen dürften mit dem eigenhändigen Erstellen der Dokumente überfordert sein. Verschiedene Organisationen geben Vorlagen für das Erstellen des Vorsorgeauftrags und speziell der Patientenverfügung in unterschiedlichem Detaillierungsgrad ab (vgl. Links am Schluss des Kapitels).

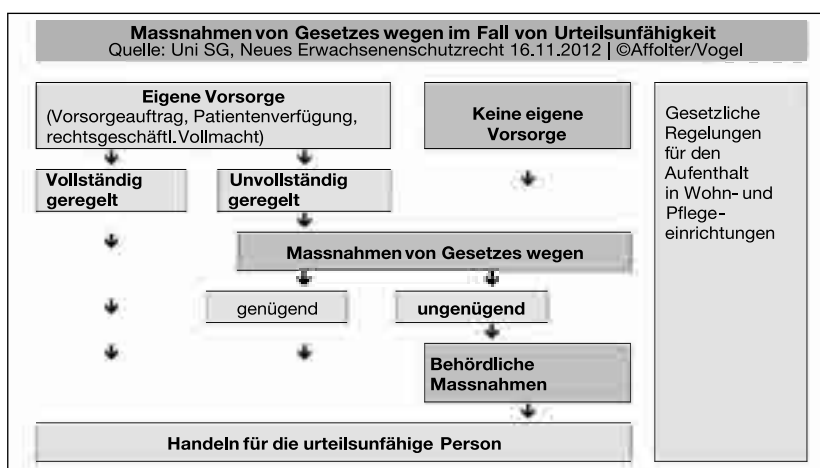
Eintritt der Urteilsunfähigkeit und Verbindlichkeit

Der Eintritt der Urteilsunfähigkeit ist Voraussetzung für die Wirksamkeit der Patientenverfügung! Eine Validierung durch die KESB findet nicht statt. Es ist die behandelnde Arztperson, die feststellt, ob die Urteilsunfähigkeit eingetreten ist.

Die Patientenverfügung ist für die behandelnde Arztperson verbindlich, auch wenn sie den objektiven Interessen der Patientin oder des Patienten widerspricht. Nur in drei Fällen darf von der Patientenverfügung abgewichen werden: wenn sie gegen gesetzliche Bestimmungen verstösst (z.B. Tötung auf Verlangen), wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.

9.2 Gesetzliche Massnahmen

In Bezug auf Urteilsunfähigkeit sieht der Gesetzgeber dreierlei Massnahmen vor: Die Partnervertretung, die Vertretung bei medizinischen Massnahmen sowie das Vertretungsrecht und die Regelung des Aufenthalts in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Diese gesetzlichen Massnahmen greifen dann, wenn kein entsprechender Vorsorgeauftrag erteilt wurde oder dieser ungenügend ist.



9.2.1 Die Partnervertretung

Die Vertretung unter Ehegatten bzw. eingetragenen Partner/innen (nicht aber von anderen Paaren) ist von Gesetzes wegen gegeben, wenn sie im gemeinsamen Haushalt leben oder wenn mit getrenntem Wohnen – z.B. einer im Heim – regelmässig persönlicher Beistand geleistet wird (mindestens einmal die Woche).

So kann der urteilsfähige für den urteilsunfähigen Ehegatten sorgen und entscheiden.

Wenn weder ein Vorsorgeauftrag noch eine Beistandschaft besteht, umfasst diese Partnervertretung (ZGB 374)

- ▶ alle Rechtshandlungen, die zum Decken des Unterhaltsbedarfs üblicherweise erforderlich sind,
- ▶ die ordentliche Verwaltung des Einkommens und der übrigen Vermögenswerte und
- ▶ nötigenfalls die Befugnis, die Post zu öffnen und zu erledigen.

Für Rechtshandlungen der ausserordentlichen Vermögensverwaltung muss der Ehegatte bzw. der/die eingetragene Partner bzw. die eingetragene Partnerin die Zustimmung der KESB einholen. Hat sich eine urteilsunfähige Person zur Behandlung nicht in einer Patientenverfügung geäussert, plant die behandelnde Arztperson **unter Beizug der zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigten Person** die erforderliche Behandlung (ZGB 377).

- ▶ Information des/der Vertretungsberechtigten über alle Umstände, die im Hinblick auf die vorgesehenen medizinischen Massnahmen wesentlich sind.
- ▶ So weit möglich, wird auch die urteilsunfähige Person in die Entscheidungsfindung einbezogen.
- ▶ Der Behandlungsplan wird der laufenden Entwicklung angepasst.

9.2.2 Vertretungsberechtigung in Bezug auf medizinische Massnahmen

Jede Art von medizinischer Behandlung stellt einen Eingriff in die körperliche und psychische Integrität einer Person dar und damit eine Verletzung der Persönlichkeit (ZGB 28). Die medizinische Behandlung ist grundsätzlich nur zulässig, wenn die Person frei und aufgeklärt zustimmt. Diese Zustimmung ist nicht mehr möglich, wenn die betroffene Person in Bezug auf die zur Diskussion stehende Behandlung oder generell urteilsunfähig ist. Da es sich bei der Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung um ein relativ höchstpersönliches Recht handelt, ist die Zustimmung durch eine hierzu legitimierte Person zulässig.

Quelle: Häfeli, SJL Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz. 217

Die vertretungsberechtigte Person ist befugt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern (ZGB 378).

Zur Vertretung sind Personen in folgender Reihenfolge berechtigt

1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand/die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer **als Ehegatte**, eingetragene/r Partner/in einen **gemeinsamen Haushalt** mit der urteilsunfähigen Person führt **oder** ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. **die Person**, die mit der urteilsunfähigen Person einen **gemeinsamen Haushalt** führt und ihr regelmässig **und** persönlich Beistand leistet;
wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten
5. die Nachkommen;
6. die Eltern;
7. die Geschwister.

Artikel 377 und 378 ZGB regeln nicht nur abschliessend die vertretungsberechtigten Personen, sondern verpflichten die Arztperson – auch mit Fehlen einer Patientenverfügung – vor der Behandlung einer urteilsunfähigen Person einen Behandlungsplan zu erstellen und die vertretungsberechtigte Person über alle Umstände aufzuklären und, soweit möglich, auch die urteilsunfähige Person

beizuziehen. Die KESB hat einzuschreiten, wenn keine vertretungsberechtigte Person vorhanden ist, oder sie ihr Vertretungsrecht nicht ausüben will. Das gilt auch, wenn die Interessen der vertretenen Person gefährdet oder nicht mehr gewahrt sind.

Quelle: Häfeli, SJL Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz. 219

9.2.3 **Gesetzliche Massnahmen betreffend Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen (ZGB 382–387)**

Wird eine urteilsunfähige Person für längere Dauer in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung betreut, **muss schriftlich in einem Betreuungsvertrag festgelegt werden**, welche Leistungen die Einrichtung erbringt und welches Entgelt dafür geschuldet ist. In der Festlegung und im Erbringen der Leistungen durch die Einrichtung müssen die Wünsche der urteilsunfähigen Person so weit wie möglich berücksichtigt werden.

- ▶ Die vertretungsberechtigte Person ist zum Abschluss des Betreuungsvertrags befugt; dies analog zu den Bestimmungen über die Vertretung bei medizinischen Massnahmen. Die vertretungsberechtigte Person ist nicht Vertragspartei. Nur das Vermögen der urteilsunfähigen Person wird gebunden. Somit haftet die vertretungsberechtigte Person nicht für den Pensionspreis.

Wehrt sich die urteilsunfähige Person gegen eine Unterbringung, ist die vertretungsberechtigte Person nicht befugt, einen Vertrag abzuschliessen. Wo erforderlich, ist von der KESB eine fürsorgerische Unterbringung (vgl. 6.3.1) anzuordnen.

In der Pflegeeinrichtung ist die **Bewegungsfreiheit garantiert**, ausser es würde dadurch eine ernsthafte Gefahr bestehen (Selbst- oder Fremdgefährdung oder schwerwiegende Störung der Gemeinschaft). Zur Disziplinierung hingegen ist eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit nicht erlaubt.

- ▶ Jede Einschränkung ist zu protokollieren. Die vertretungsberechtigte Person hat diesbezüglich ein Einsichts- und Beschwerderecht. Auch für Personen in Pflegeeinrichtungen besteht die **freie Arztwahl**, soweit nicht wichtige Gründe dagegensprechen.

10. **(Geldleistungen) Behördliche Massnahmen**

Als behördliche Massnahmen kennt das neue Erwachsenenschutzrecht Beistandschaften und die fürsorgerische Unterbringung. Im Kontext zu den vorgängig aufgeführten gesetzlichen Massnahmen betreffend Heimaufenthalt wird zuerst die fürsorgerische Unterbringung thematisiert.

10.1 **Die fürsorgerische Unterbringung (ZGB 426–439)**

Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwarlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Dabei sind die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen. Die betroffene Person ist zu entlassen, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind.

- ▶ Der/die Betroffene oder eine ihm/ihr nahestehende Person kann jederzeit um Entlassung ersuchen. Über dieses Gesuch ist sofort zu entscheiden.

Voraussetzung für eine fürsorgerische Unterbringung

(Quelle: Häfeli, SJL, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, 3. Kapitel)

Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann (ZGB 426 I). Dies gilt nicht ausschliesslich für Erwachsene, sondern auch für Kinder. Eine solche Unterbringung ist durch Beschluss der KESB oder der durch die vom Kanton bezeichnete Arztperson **für maximal sechs Wochen** möglich.

Für eine rechtmässige Unterbringung gegen den Willen der betroffenen Person müssen vier Voraussetzungen erfüllt sein:

- ▶ **Schwächezustand:** (psychische Störung, geistige Behinderung, schwere Verwahrlosung – insbesondere Messies, menschenunwürdige Verhältnisse).

Wenn der Einweisungsgrund eine psychische Störung ist, darf die Einweisung nur gestützt auf das Gutachten einer sachverständigen Person erfolgen (ZGB 450e III).

- ▶ **Behandlungsbedürftigkeit:** Ein Schwächezustand allein genügt nicht für das Unterbringen in einer Einrichtung. Er muss eine Schutz- und Hilfsbedürftigkeit zur Folge haben, die nur mit einer Betreuung und Behandlung in einer stationären Einrichtung geboten werden kann.
- ▶ **Geeignete Einrichtung:** Die Einrichtung ist geeignet, wenn sie das angestrebte Behandlungs- und Betreuungsziel erreichen kann. Sie muss über die Organisation und professionellen Kapazitäten verfügen, um der eingewiesenen Person die Pflege und Fürsorge respektive Behandlung zu erbringen, die diese im Wesentlichen benötigt.
- ▶ **Schutz von Angehörigen und Dritten:** Die fürsorgerische Unterbringung dient primär dem Schutz der betroffenen Person. Dennoch sind die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen. Eine Fremdgefährdung ist demnach weder Unterbringungs Voraussetzung noch hinreichend für eine Unterbringung.

Jede Person, die in einer Einrichtung untergebracht wird, kann eine Person ihres Vertrauens beiziehen, die sie während des Aufenthalts und bis zum Abschluss aller damit zusammenhängenden Verfahren unterstützt.

Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener

Grundsätzlich darf eine Person, die freiwillig in eine Einrichtung eingetreten ist, diese jederzeit wieder verlassen; dies selbst, wenn sie damit ihre Gesundheit gefährdet. Ein Zurückhalten gegen ihren Willen verletzt die Bewegungsfreiheit.

Wenn die an einer psychischen Störung leidende Person durch ihr Verlassen der Einrichtung sich selbst an Leib und Leben gefährdet, oder das Leben oder die Integrität Dritter ernsthaft gefährdet, kann sie für maximal drei Tage zurückbehalten werden (ZGB 427). Die Zurückbehaltung darf nur von der ärztlichen Leitung der Einrichtung schriftlich und mit Rechtsmittelbelehrung angeordnet werden. Wenn nach Ablauf der dreitägigen Frist kein vollstreckbarer Entscheid der zuständigen KESB oder einer dazu ermächtigten Arztperson vorliegt, muss die Person entlassen werden.

Entlassung aus der fürsorgerischen Unterbringung

Sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind, wird die betroffene Person entlassen (ZGB 426 III). In der Prüfung der Voraussetzungen für eine Entlassung darf das Risiko einer Wiedereinweisung berücksichtigt werden. Verlaufprognosen verletzen die Verhältnismässigkeit nicht.

Die betroffene Person oder eine Person ihres Vertrauens kann jederzeit ein Gesuch auf Entlassung stellen. Darüber ist ohne Verzug zu entscheiden (ZGB 426 IV). Im Fall einer Ablehnung, kann schriftlich das Gericht angerufen werden.

Unabhängig davon, ob eine Unterbringung, ein Zurückbehalten oder ein Entlassungsgesuch zu beurteilen ist, darf für psychisch Kranke nur unter Beizug einer sachverständigen Person entschieden werden.

Die den fürsorgerischen Freiheitsentzug ablösenden Bestimmungen neigen zur Überbewertung der Selbstbestimmung, der Autonomie und der Unmittelbarkeit. In der Realität wollen betroffene Personen nicht immer Hilfe. Die Durchsetzungsproblematik wurde teilweise ausgeblendet. Zudem herrscht in der Umsetzung der Bestimmungen über das fürsorgerische Unterbringungsverfahren und die Nachbetreuung bzw. die ambulanten Massnahmen (ZGB 437) eine kantonale Vielfalt. Eine Vereinheitlichung der Bestimmungen konnte nicht erreicht werden.

10.2 Beistandschaften

Die bisherigen standardisierten Massnahmen Beiratschaft, Beistandschaft und Vormundschaft **wurden 2013 durch die für die betreffende Person massgeschneiderte Massnahmen ersetzt**. Die Massnahmen sind so zu umschreiben, wie sie der konkrete Fall erfordert. «Wo klemmt es? Wie klemmt es? Was klappt (noch)?» Massschneidern betrifft nicht nur die Massnahme; dazu gehört auch die Suche nach Anordnungen und Alternativen.

Das ZGB erwähnt vier Arten von Beistandschaften: Begleit-, Vertretungs-, Mitwirkungs- und umfassende Beistandschaft. Diese sind bei Bedarf entsprechend der Intensität des Schwächezustands und des Schutzbedürfnisses der betroffenen Person zu wählen und individuell auszugestalten.

Stufenfolge behördlicher Massnahmen Quelle: Thomas Geiser, das neue Erwachsenenschutzrecht	
umfassende Beistandschaft	grosse Intensität des Eingriffs  geringe Intensität
kombinierte Beistandschaft	
Mitwirkungsbeistandschaft	
Vermögensverwaltungs-Beistandschaft	
Vertretungsbeistandschaft	
Begleitbeistandschaft	
Anordnung der Erwachsenenschutzbehörde ZGB 392	
gesetzliche Vertretungsrechte	
Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung	

PS Die Sozialversicherungsträger (z.B. AHV-Ausgleichskasse, IV-Stelle) können ohne entsprechende Vollmacht der urteilsfähigen Person oder Weisung der KESB nur dem Beistand bzw. der Beiständin einer Person mit umfassender Beistandschaft die Korrespondenz und die Verfügungen direkt zustellen.

Voraussetzungen für die Anordnung einer behördlichen Massnahme

- ▶▶ **Schwächezustand** (ZGB 390)
 - ▶ geistige Behinderung, psychische Störung
 - ▶ fürsorgliche Unterbringung und schwere Verwahrlosung
- ▶▶ **Schutzbedürfnis** (ZGB 390–392)
 - ▶ kann Angelegenheiten nur teilweise oder gar nicht besorgen
 - ▶ Subsidiarität/Alternativen
- ▶▶ **Verhältnismässigkeit** (ZGB 389 II)
- ▶▶ **Antrag/Anzeige**

Arten der Beistandschaft			
(Quelle: Yvo Biderbost, KOKES-Fachtagung 2012)			
Begleitbeistandschaft ZGB 393	Vertretungsbeistandschaft ZGB 394	Mitwirkungsbeistandschaft ZGB 396	umfassende Beistandschaft ZGB 398
<ul style="list-style-type: none"> ▶ vertretungslose, rein begleitende Unterstützung ▶ von Gesetzes wegen keine Einschränkung der Handlungsfähigkeit ▶ Einverständnis der betroffenen Person 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ gesetzlicher Vertreter im Umfang der Aufgaben ▶ Handlungsfähigkeit bleibt grundsätzlich bestehen, kann aber punktuell eingeschränkt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mitwirkung, nicht Vertretung! (also nur für Urteilsfähige) ▶ von Gesetzes wegen entsprechende Einschränkung der Handlungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nachfolgeinstitut der Vormundschaft ▶ vollumfängliche gesetzliche Vertretung ▶ vollumfängliches Entfallen der Handlungsfähigkeit
Kombination möglich ZGB 397			

10.2.1 Die Begleitbeistandschaft (ZGB 393, leichteste Form einer Beistandschaft)

Eingedenk des Subsidiaritätsprinzips ist zuvor zu prüfen, ob die erforderliche Unterstützung nicht als persönliche Hilfe im Sinn der kantonalen Sozialhilfegesetze erbracht werden kann.

Benötigt die betroffene Person für bestimmte Angelegenheiten nur eine begleitende Unterstützung, kann eine Begleitbeistandschaft errichtet werden. Es handelt sich um eine behördliche Massnahme, sodass sich die betroffene Person nicht vollständig entziehen kann. Wirksam ist die Begleitbeistandschaft nur, wenn die betroffene Person bereit ist, mit der Beistandsperson zusammenzuarbeiten.

Die Handlungsfreiheit der verbeiständeten Person wird dabei nicht eingeschränkt. Sie handelt selbständig. Der Beistand übt nur eine gewisse Kontrolle aus und berät die betroffene Person. Um beispielsweise die Wohnung zu betreten, braucht es eine ausdrückliche Bewilligung der KESB.

10.2.2 Die Vertretungsbeistandschaft

(ZGB 394, wohl die am häufigsten infrage kommende Form)

Häufig wird eine reine Begleitbeistandschaft nicht genügen. Der Schwächezustand der betroffenen Person führt häufig dazu, dass sie gewisse Rechtshandlungen nicht mehr vornimmt (z.B. Rechnungen nicht mehr bezahlt). Sie braucht eine Vertretung. Diese könnte sie ohne Weiteres selbst bestimmen und ernennen. Häufig sind sich Betroffene der Notwendigkeit einer Vertretung gar nicht bewusst und sie könnten den Vertreter bzw. die Vertreterin nicht genügend beaufsichtigen und instruieren.

Das Gesetz unterscheidet zwei Arten von Vertretungsbeistandschaften: die allgemeine und die Vermögensverwaltungsbeistandschaft (ZGB 395).

Für die gesetzliche Vertretung der betroffenen Person durch die Beistandsperson gelten die einschlägigen Bestimmungen. In Bezug auf Vertretungsbeistandschaften gilt ein sogenanntes «Zweischlüssel-Modell»: Die Handlungsfähigkeit der verbeiständeten Person ist nur betroffen, wenn die KESB dies ausdrücklich anordnet. So können die gesetzliche Vertretung und betroffene Person selbst Geld von ihrem Konto abheben (es sei dann, die KESB hätte eine Kontensperre verfügt).

Die Vermögensverwaltungsbeistandschaft

Vermögen ist grundsätzlich ein wirtschaftlicher Begriff, der alle Aktiven und Passiven einer Person umfasst sowie Wertgegenstände und Gegenstände zum persönlichen Gebrauch. Im Erwachsenenschutzrecht umfasst der Begriff auch Einkommen jeder Art (ZGB 395 I) einschliesslich Ersparnisse und Erträge aus dem verwalteten Vermögen.

Sie ist eine auf die Vermögensverwaltung beschränkte Beistandschaft. Diese Massnahme ist angezeigt, wenn eine Person mit den alltäglichen Handlungen und Rechtsgeschäften zurechtkommt, aber über grössere Vermögenswerte verfügt, zu deren Verwaltung sie nicht in der Lage ist. Auch hier muss die Massnahme massgeschneidert den konkreten Bedürfnissen angepasst sein. In Bezug auf die Handlungsfähigkeit gelten die Hinweise der Vertretungsbeistandschaft.

Mit einer entsprechenden Aufgabenumschreibung und Beschränkung der Handlungsfähigkeit kann mittels Vermögensverwaltungsbeistandschaft eine **Einkommensverwaltung** angeordnet werden.

Die (allgemeine) Vertretungsbeistandschaft

Der Vertretungsbeistand vertritt die betroffene Person im Rahmen der übertragenen Aufgaben (die genaue Umschreibung der Aufgaben des Beistandes ist hier sehr wichtig!). Die Vertretungsbeistandschaft **berührt die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person** insofern, als sie sich die Handlungen des Bestands gefallen und zurechnen lassen muss. Es kann sich allerdings auch als notwendig erweisen, der betroffenen Person die Handlungsfähigkeit zu entziehen, wenn die Gefahr besteht, dass sie weiterhin Handlungen vornimmt, die sie schädigen.

Häufig ist eine relativ umfassende Vertretungsbeistandschaft erforderlich, die für die Betreuung in allen relevanten Lebensbereichen und die Vermögensverwaltung gilt: der «Standardfall der Altersbeistandschaft». Es geht um hilfs- und schutzbedürftige betagte Personen, die weder einen Vorsorgeauftrag und

eine Patientenverfügung errichtet haben, noch sich durch einen Ehegatten oder eingetragenen Partner (Partnerin) vertreten lassen können. Oft, aber nicht zwingend, leben sie in stationären Einrichtungen.

10.2.3 Die Mitwirkungsbeistandschaft (ZGB 396)

Der Schwächezustand kann zur Folge haben, dass sich die betroffene Person nicht einfach passiv verhält, sondern vielmehr aktiv oder hyperaktiv alle möglichen Rechtsgeschäfte vornimmt, die sie schädigen. Für solche Fälle ist die Mitwirkungsbeistandschaft vorgesehen. Der Mitwirkungsbeistandsperson ist nicht wie in einer Vertretungsbeistandschaft «gesetzlicher Vertreter». Er/sie kann nicht für, sondern nur mit der betroffenen Person handeln. Die Handlungsfähigkeit wird von Gesetzes wegen insofern beschränkt, als die verbeiständete Person **nicht mehr allein gültig handeln** kann. Sie bedarf für die von der Massnahme betroffenen Rechtsgeschäfte (es ist ein möglichst genauer Katalog dieser Rechtsgeschäfte erforderlich) immer der Zustimmung der Beistandsperson.

10.2.4 Die kombinierte Beistandschaft (ZGB 397)

Die kombinierte Beistandschaft ist keine besondere Art der Beistandschaft. Sie ist vielmehr Ausdruck des Konzepts vom Massschneidern. Es gelten die Errichtungsvoraussetzungen für die jeweils angeordneten miteinander kombinierten Einzelmassnahmen. Mit der entsprechenden Bestimmung wird lediglich festgehalten, dass eine Kombination möglich ist. Am häufigsten ist dies eine Begleit- mit einer Vermögensverwaltungs-Beistandschaft.

10.2.5 Die umfassende Beistandschaft (ZGB 398, bisherige Vormundschaft)

Die umfassende Beistandschaft bezieht sich grundsätzlich auf alle Angelegenheiten. Diese Massnahme ist dann gerechtfertigt, wenn eine Person ganz besonders des Beistandes und der Fürsorge bedarf.

Für urteilsunfähige Personen reicht die Vertretungsbeistandschaft nicht, ausser es handelt sich um manisch/depressive, heute bipolar genannte Störungen; da kann eine Vertretungsbeistandschaft in allen Angelegenheiten angeordnet werden. **Mit dem Errichten einer umfassenden Beistandschaft entfällt die Handlungsfähigkeit von Gesetzes wegen;** die betroffene Person verliert auch das Stimm- und Wahlrecht.

Eine umfassende Beistandschaft sollte für Fälle vorbehalten bleiben, in denen kumulativ

- ▶ die betroffene Person unter dauernder Urteilsunfähigkeit leidet
- ▶ ein Bedürfnis nach umfassender Personen- und Vermögenssorge besteht
- ▶ ein ausgedehntes Vertretungsbedürfnis vorhanden ist und
- ▶ die betroffene Person gegen ihre Interessen zu handeln droht und oder der Gefahr ausgesetzt ist, durch Dritte ausgenutzt zu werden.

vgl. Häfeli, SJL, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Rz.413

10.2.6 Ende der Beistandschaft

Die Beistandschaft endet mit dem Tod der verbeiständeten Person (ZGB 399 I). ZGB 554 III sieht zudem vor, dass der Beistandsperson die Erbschaftsverwaltung obliegt; dies, sofern die Beistandschaft die Vermögensverwaltung umfasst hat und sofern nichts anderes angeordnet wird.

Eine Beistandschaft kann auch durch die KESB aufgehoben werden. Als Konsequenz auf die massgeschneiderten Massnahmen – und die übergeordneten Prinzipien der Subsidiarität und der Verhältnismässigkeit – ist jede Massnahme auf Antrag oder von Amtes wegen aufzuheben, sobald kein Grund mehr für die Fortdauer besteht (ZGB 399 II).

10.2.7 Die Beistandsperson (Beistandes oder Beiständin)

Quelle/vgl.: Häfeli, SJL, Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, §21 und 22 und KOKES Empfehlungen zur Organisation von Berufsbeistandschaften vom 18.06.2021

Die Beistandsperson ist für die Umsetzung des von der KESB formell verfügbaren Auftrages zuständig und hat diesen Auftrag im Interesse und unter Wahrung der grösstmöglichen Selbstbestimmung der betroffenen Person auszuführen.

Nur eine natürliche Person kann als Beistand oder Beiständin ernannt werden. Ausländische Staatsangehörige sowie Personen mit Wohnsitz im Ausland sind unter dem Vorbehalt ihrer Eignung (die durch einen ausländischen Wohnsitz im konkreten Fall beeinträchtigt sein könnte), wählbar.

Es können Privatpersonen, Fachpersonen von privaten oder öffentlichen Sozialdiensten oder eine Berufsbeistandsperson ernannt werden. Private Mandatsträger/innen rekrutieren sich aus dem sozialen Umfeld der betroffenen Person und aus aktiv rekrutierten Bürgerinnen und Bürgern. Sie führen in der Regel ein bis zwei, manchmal mehrere Mandate.

- Die Übernahme einer Beistandschaft (Amt als Beistand/Beiständin) ist seit 2019 freiwillig; es besteht keine Amtspflicht mehr (ZGB 400 II «Die Person darf nur mit ihrem Einverständnis ernannt werden»).

Ende des Amtes als Beistandsperson (ZGB 421–425)

Als Folge des Endes der Beistandschaft durch den Tod der verbeiständeten Person, endet auch das Amt des Beistandes oder der Beiständin von Gesetzes wegen (ZGB 421 Ziff. 2).

Eine Entlassung kann aus wichtigen Gründen auch auf Begehren des Beistandes oder der Beiständin erfolgen. Die KESB kann eine Beistandsperson entlassen, wenn die Eignung für die Aufgaben nicht mehr besteht oder anderer wichtiger Grund vorliegt. Auch «Dauerkonflikte» zwischen der Beistandsperson und der verbeiständeten Person können als wichtiger Grund für eine Entlassung der Beistandsperson sein. Dies gilt, wenn die dauernden Konflikte den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses verunmöglichen (oder ein einmal vorhandenes Vertrauensverhältnis zerstören) und damit die Mandatsführung im Interesse der betreuten Person gefährden oder verunmöglichen.

Eingedenk des Selbstbestimmungsrechts räumt der Gesetzgeber der betroffenen Person das Recht ein, eine von der KESB ernannte Beistandsperson anzulehnen. Die KESB hat diesem Wunsch, soweit angebracht, zu entsprechen (ZGB 401 III).

Pflichten, Aufgaben und Kompetenzen von Beistandspersonen

Über die Pflichten, Aufgaben und Kompetenzen von Beistandspersonen haben verschiedene Kantone und KESB Merkblätter erlassen (vgl. KESB Zürich). Die Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz KOKES hat in ihrem Handbuch eine wertvolle Übersicht erstellt:

Übersicht über Pflichten, Aufgaben und Kompetenzen von Beiständinnen und Beiständen			
Quelle: www.kokes.ch, Anhang 16			
Pflichten	Aufgaben/Kompetenzen		
Mandatsführung allgemein	Persönliche Betreuung	Verwaltungsaufgaben	Vertretung
je nach spezieller Situation und gemäss Aufgabenzuweisungen gemäss Entscheid der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB (⇒ vgl. Errichtungsbeschluss)			
<p>Auf unbestimmte Dauer oder auf Amtsdauer (mind. 4 Jahre)</p> <p>Amtsführung & Buchführung gem. ZGB, BVV, kant. Gesetze (EG ZGB) und Weisungen der KESB</p> <p>Inventaraufnahme</p> <p>Bericht & Rechnung an KESB: in der Regel alle 2 Jahre</p> <p>Verantwortlichkeit gegenüber der betreuten Person; Haftung des Kantons</p> <p>Schweigepflicht, Rechtsschutz, Persönlichkeitsschutz, höchstpersönliche Rechte: strikt einhalten und bei Zweifel rückfragen</p> <p>Aufhebung von Massnahmen oder Anpassungen (z.B. andere Aufgaben/Einschränkung der Handlungsfähigkeit) bei KESB beantragen</p>	<p>Beistand, Schutz, Hilfe</p> <p>Mithilfe bei der Suche nach Arbeit/Unterkunft</p> <p>Individuelle Hilfestellungen, Beratung</p> <p>Ambulante od. stationäre Hilfestellungen organisieren (Spitex, Arzt, Spital, Heim, etc.)</p> <p>Eigeninitiative und Ressourcen der betroffenen Person fördern und in die Zusammenarbeit einbeziehen</p> <p>Offenheit und Toleranz gegenüber Wünschen, Werten, Einstellungen, Gewohnheiten</p> <p>Selbstbestimmungsrecht fördern und akzeptieren Freiräume und Entwicklungen zulassen, wo nötig, auch Grenzen setzen & kommunizieren</p> <p>Gemeinsam planen und Ziele setzen – wo möglich hin zur Aufhebung der Massnahme</p>	<p>Einkommensverwaltungen, Überwachung, Kontrolle, Beratung bei Budget, Zahlungen</p> <p>Vermögensverwaltung/Liegenschaftsverwaltung</p> <p>Geltendmachen von Versicherungsleistungen/Überwachen dieser (AHV, IV, BVG, EL, KK, etc.)</p> <p>Steuererklärung, bei Bedarf Erlassgesuch, etc.</p> <p>Schuldensanierung, Budgetberatung</p> <p>Wohnungsauflösung organisieren</p> <p>Vermitteln von Sachhilfen, Beratung</p> <p>Mitwirkung im Falle der Mitwirkungsbeistandschaft evtl. Todesfallregelung</p>	<p>Betreute Person gemäss Aufgabenzuweisung der KESB in rechtlichen Angelegenheiten vertreten und deren Interesse wahren</p> <p>Zustimmung für genehmigungspflichtige Geschäfte einholen (siehe nächste Spalte)</p> <p>unvorteilhafte Verträge in Absprache mit der betreuten Person rückgängig machen</p> <p>Rechtsvorschlag bei Betreibungen</p> <p>Ausdrückliche oder stillschweigende Zustimmung bzw. Verweigerung der Zustimmung zu Verträgen, welche die urteilsfähige betreute Person bei entsprechend eingeschränkter Handlungsfähigkeit</p>

Einschränkung der Kompetenzen

zustimmungspflichtige Geschäfte (ZGB 416)	höchstpersönliche Rechte (hpR)
<p>1) Wohnungskündigung/Haushaltsliquidation</p> <p>2) Vertrag betreff. dauernde Unterbringung</p> <p>3) Ausschlagung einer Erbschaft, ausdrückliche Annahme einer Erbschaft, Abschluss Erbvertrag, Erbteilungsvertrag</p> <p>4) Liegenschaften-/Grundstückgeschäfte inkl. hypothekarische oder andere dingliche Belastung, bauliche Massnahmen (Renovationen), die über die ordentliche Verwaltung hinausgehen</p> <p>5) Vermögensverwaltung ausserhalb ordentlicher Verwaltung und Bewirtschaftung</p> <p>6) Darlehensaufnahme/-gewährung, wechselseitliche Verbindlichkeiten</p> <p>7) Leibrenten-/Verpfändungsverträge, Lebensversicherungsverträge ausserhalb BVG</p> <p>8) Übernahme/Liquidation eines Geschäftes, Eintritt in Gesellschaft mit persönlicher Haftung od. erheblicher Kapitalbeteiligung</p> <p>9) Erklärung Zahlungsunfähigkeit, Prozessführung, Abschluss von Vergleichen, Schiedsvertrag od. Nachlassvertrag</p> <p>10) Verträge zwischen Beistand und verbeiständeter Person (auch wenn letztere durch Kollisionsbeistand vertreten ist)</p> <p>verbotene Geschäfte (ZGB 412)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Eingehen von Bürgschaften, – erhebliche Schenkungen oder – Errichten von Stiftungen <p>zulasten der betreuten Person</p>	<p>Absolut hpR: <i>(sind von der urteilsfähigen Person selber wahrzunehmen/eine urteilsunfähige Person kann nicht vertreten werden/Aufzählung nicht abschliessend):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Testamentserrichtung, – Glaubenszugehörigkeit, – Ehrverletzungsklagen, – Verlöbnis eingehen, – Eheschliessung, – Ehescheidungsklage, – Anerkennung Kind, – Namensänderung. <p>Relativ hpR: <i>(sind von der urteilsfähigen Person selber wahrzunehmen/für urteilsunfähige Person kann der Beistand mit entsprechender Aufgabe die Vertretung wahrnehmen/Aufzählung nicht abschliessend):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Entscheide über Eingriffe in die körperliche Integrität (medizinische und therapeutische Massnahmen) – Klage auf Feststellung und Anfechtung eines Kindesverhältnisses – Ausrichtung kleiner Gelegenheitsgeschenke

11. Vollzug

11.1 Instrumente der eigenen Vorsorge

(Aufstellung aus Referat E. Langenegger, Erwachsenenschutzrechtstagung Uni St. Gallen, 16.11.2012)

Es stehen viele Möglichkeiten offen, um die eigene Vorsorge zu regeln – **wichtig ist, sich darüber Gedanken zu machen** – und wenn Massnahmen getroffen wurden, diese **alle drei bis fünf Jahre auf ihre Richtigkeit zu prüfen**. In Bezug auf die Patientenverfügung wird empfohlen, diese Prüfung jeweils unterschriftlich zu bestätigen (eingesehen und weiterhin für richtig befunden, Name, Ort und Datum).

- ▶ **mündlicher Auftrag** nach OR, ohne oder mit Weitergeltungsklausel und evtl. verbunden mit einer Spezialvollmacht (z.B. Bankvollmacht)
- ▶ **Auftrag und Vollmacht nach OR in einer für den Vorsorgeauftrag gültigen Form**, mit Weitergeltungsklausel und geschützt durch schriftliche Spezialvollmacht mit einer «Umwandlungsklausel» zum Vorsorgeauftrag nach ZGB (Auftrag kann/soll bei Bedarf bzw. mit Eintritt dauernder Urteilsunfähigkeit der auftraggebenden Person der KESB zur Validierung als Vorsorgeauftrag vorgelegt werden)
- ▶ **«reiner» Vorsorgeauftrag** für alle oder einzelne Aufgabenbereiche mit oder ohne Weisung zur Ausübung mit oder ohne Bedingungen, mit oder ohne Kontrollregeln (z.B. Vieraugenprinzip)
- ▶ **«gelten lassen»** (Vermeiden des Ausschlusses) der Vertretung von Gesetzes wegen durch Ehegatten bzw. eingetragene/r Partner/in
- ▶ **Ausweitung der Vertretungsbefugnisse des Ehegatten** bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners mittels Vorsorgeauftrag (kann bei Bedarf der KESB vorgelegt werden)
- ▶ **«gelten lassen» der gesetzlichen Regelung zur Vertretung im Bereich medizinischer Massnahmen**
- ▶ **Patientenverfügung** zur Regelung der Vertretung
 - ▶ Patientenverfügung über Art und Ausmass der medizinischen Behandlung und Pflege
 - ▶ Ausschluss von bestimmten Vertretungsrechten (empfohlen in der Form des Vorsorgeauftrags – eigenhändig schriftlich)
- ▶ **bewusste Herbeiführung der Beistandschaft durch Ausschluss von Vertretungsrechten** bzw. bewusster Verzicht auf die Beistandschaft ausschliessende eigene Vorsorge («Inkaufnahme» behördlich angeordneter Beistandschaften – evtl. Bezeichnung eines Wunschbeistandes; Frau oder Mann)

11.2 Wann kommt die KESB zum Eingreifen?

Basis für die Abklärungen und ggf. das Ergreifen von geeigneten Massnahmen der KESB ist eine Gefährdungsmeldung.

Grundsätzlich besteht ein allgemeines Melderecht. Eine Meldepflicht besteht in Bezug auf Wahrnehmungen in der amtlichen Tätigkeit (insbesondere für Amtsstellen, Sozialversicherer, Behörden und Schulen) sowie der ärztlichen Tätigkeit.

11.3 Ausbau des Melderechts/Meldepflichten an die KESB

Damit die KESB hilfsbedürftige Personen schützen und deren Familien unterstützen kann, ist sie in der Regel auf Meldungen angewiesen, dass eine Person hilfsbedürftig ist. Eine Meldung an die KESB erfolgt **mündlich oder schriftlich**. Je nachdem, ob die Meldung von einer Fachperson oder Privatperson formuliert wird, fällt sie unterschiedlich differenziert aus. Die KESB muss aufgrund ihres staatlichen Schutzauftrags auf alle Meldungen (auch anonyme) reagieren. Gemeldet werden sollen tatsächliche **Wahrnehmungen und Beobachtungen** (ich habe beim Kind blaue Flecken gesehen), nicht Mutmassungen oder Diagnosen (das Kind wird vermutlich geschlagen). Grundsätzlich sind **alle Personen** zu einer Meldung an die KESB **berechtigt**, wenn sie von einer hilfsbedürftigen Person erfahren.

- ▶ Detaillierte Hinweise und Musterschreiben finden sich im Merkblatt «Meldderechte und Meldepflichten an die KESB» der KOKES (www.kokes.ch > Dokumentation > Empfehlungen)

11.3.1 Gefährdungsmeldungen an die Kinderschutzbehörden

Seit dem 1. Januar 2019 gelten neue Regeln für Gefährdungsmeldungen an die Kinderschutzbehörden. Damit wird insbesondere der Schutz von Kleinkindern vor Misshandlung und Missbrauch verbessert. Es wird unterschieden zwischen Melderecht und Meldepflicht:

▶ Melderecht (ZGB 314c)

Jede Person kann der Kinderschutzbehörde Meldung erstatten, wenn die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet erscheint.

Wenn die Meldung im Interesse des Kindes ist, sind auch Personen meldeberechtigt, die dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch unterstehen (etwa Arztpersonen, Psychologen und Anwälte).

Dieses Melderecht gilt aber nicht für Hilfspersonen, die dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch gebunden sind.

▶ Meldepflicht (ZGB 314d)

Folgende Personen (soweit sie nicht dem Berufsgeheimnis nach dem Strafgesetzbuch unterstehen), sind zur Meldung verpflichtet, wenn konkrete Hinweise dafür bestehen, dass die körperliche, psychische oder sexuelle Integrität eines Kindes gefährdet ist und sie der Gefährdung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit Abhilfe schaffen können:

- ▶ Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, Betreuung, Erziehung, Bildung, Sozialberatung, Religion und Sport, die beruflich regelmässig Kontakt zu Kindern haben;
- ▶ Personen, die in amtlicher Tätigkeit von einem solchen Fall erfahren.

Die Meldepflicht erfüllt auch, wer die Meldung an eine vorgesetzte Person richtet.

Die Kantone können weitere Meldepflichten vorsehen.

11.3.2 Meldungen betreffend hilfsbedürftige Erwachsene (ZGB 443, Melderechte und -pflichten)

▶ Melderecht

Jede Person kann der Erwachsenenschutzbehörde Meldung erstatten, wenn eine Person hilfsbedürftig erscheint. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Berufsgeheimnis.

▶ Meldepflicht

Wer in amtlicher Tätigkeit von einer solchen Person erfährt und der Hilfsbedürftigkeit im Rahmen seiner Tätigkeit nicht Abhilfe schaffen kann, ist meldepflichtig. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Berufsgeheimnis.

Die Kantone können weitere Meldepflichten vorsehen.

11.3.3 Meldungen bei ernsthafter Gefahr einer schweren Schädigung (ZGB 453, Zusammenarbeitspflicht)

Besteht die ernsthafte Gefahr, dass eine hilfsbedürftige Person sich selbst gefährdet oder ein Verbrechen oder Vergehen begeht, mit dem sie jemanden körperlich, seelisch oder materiell schwer schädigt, arbeiten die (Kindes- und) Erwachsenenschutzbehörde, die betroffenen Stellen und die Polizei zusammen.

Personen, die dem Amts- oder Berufsgeheimnis unterstehen, sind in einem solchen Fall berechtigt, der (Kindes- und) Erwachsenenschutzbehörde Mitteilung zu machen.

11.3.4 Mitteilungspflicht der KESB an Migrationsbehörden

Seit 1. Januar 2019 muss die KESB den Migrationsbehörden nur noch folgende Massnahmen mitteilen (VZAE. 82f I):

- ▶ Kindesschutzmassnahmen nach Artikel 308 ZGB, soweit sie den persönlichen Verkehr betreffen;
- ▶ Kindesschutzmassnahmen nach ZGB 310–312 und 327a;
- ▶ Erwachsenenschutzmassnahmen nach ZGB 394 II und 398.

Kindesschutzmassnahmen, die von Gerichtsbehörden in einem familienrechtlichen Verfahren angeordnet werden, werden den Migrationsbehörden von den Gerichten gemeldet (VZAE. 82f II). Die KESB muss diesbezüglich keine eigenen Meldungen machen.

12. Aktuell

12.1 Kennzahlen

Erwachsene Personen mit Schutzmassnahmen in der Schweiz per 31.12.			
Massnahmenarten	2018	2020	2022
Verzicht auf Beistandschaft ZGB 392	308	361	404
Eigenes Handeln KESB	82	112	177
Auftrag an Dritte	166	184	174
Person/Stelle mit Einblick	65	73	62
Massgeschneiderte Beistandschaften ZGB 393–396	78 461	83 374	89 532
Begleitbeistandschaft	10 637	10 983	11 275
Vertretungsbeistandschaft	76 766	81 641	87 725
Mitwirkungsbeistandschaft	2 113	2 242	2 245
Umfassende Beistandschaften ZGB 398	15 232	14 050	13 001
neu	3 883	3 938	4 271 ¹
Umwandlung aus altrechtlich	10 371	9 252	7 955 ¹
Verhinderung/Interessenkollision Beistandsperson ZGB 403	431	438	443
Ersatzbeistand	417	429	435
Eigenes Handeln KESB	15	10	8
Verfahrensvertretung ZGB 449a	1 482	1 665	1 836
Total Erwachsene mit Schutzmassnahmen	94 359	98 120	103 330
Wohnbevölkerung Erwachsene	k.A.	7 114 228	7 232 157
Fälle je 1000 Erwachsene	k.A.	13,79	14,29
¹ = ohne Kanton Aargau; k.A. = keine Angabe			

Quelle: KOKES-Statistik Erwachsene 2022

12.1.1 Die meisten Kinderschutzmassnahmen wegen zerstrittener Eltern

Quelle: Medienmitteilung der KOKES
(Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden) vom 27.09.2023

Die KESB-Fallzahlen entwickelten sich im Jahr 2022 weitgehend unauffällig. Per 31.12.2022 bestanden für 149 465 Personen Schutzmassnahmen (103 330 Erwachsene und 46 135 Kinder). Unter den Erwachsenen steht die massgeschneiderte Unterstützung im Alltag im Fokus. Betreffend Kinder bildet die Erziehungsberatung der Eltern den Schwerpunkt (insbesondere die Beratung von zerstrittenen Eltern zum Besuchsrecht). Die Zahlen sind seit Jahren stabil respektive verzeichnen eine leichte Zunahme von rund 2 Prozent pro Jahr.

Immer mildere Massnahmen für Erwachsene

Der langjährige Trend, dass die milderen Massnahmen zunehmen und die stärkeren Massnahmen abnehmen, setzte sich auch 2022 fort. Die umfassende Beistandschaft als die stärkste Massnahme macht per 31.12.2022 schweizweit noch 13 Prozent aller Erwachsenenschutzmassnahmen aus (im Vergleich zu den Vormundschaften im alten Recht, die 2012 noch rund 32 Prozent der Fälle ausmachten, ist das ein deutlicher Rückgang). Der Appell der KOKES, die umfassenden Beistandschaften im Einzelfall zu überprüfen und nach Möglichkeit in massgeschneiderte Beistandschaften umzuwandeln, ist speziell in der Deutschschweiz angekommen. Die KOKES setzt sich weiterhin und mit Blick auf das 10-Jahr-Jubiläum der UN-Behindertenrechtskonvention (2024) noch verstärkt dafür ein, dass die umfassenden Beistandschaften in allen Kantonen weitgehend durch massgeschneiderte Beistandschaften ersetzt werden.

Die KOKES setzt sich für neue Lösungswege bei Elternkonflikten ein

In einem Drittel der Fälle handelt es sich um Kinder in belastenden Lebenssituationen. Per 31.12.2022 bestand für 46 135 Kinder (2,9% mehr als 2021) eine KESB-Schutzmassnahme. Eingedenk des Bevölkerungswachstums von 0,7 Prozent unter den Kindern beträgt die Zunahme noch 2,2 Prozent und ist im langjährigen Vergleich unauffällig.

Die Unterstützung der schutzbedürftigen Kinder und die Beratung der Eltern machen den Grossteil der Schutzmassnahmen aus. In vier Fünfteln der Fälle berät eine Beistandsperson die Eltern in Erziehungsfragen, unterstützt zerstrittene Eltern, wenn es um die Betreuung der Kinder geht, oder vertritt die Interessen des Kindes in einem Vaterschafts- oder Unterhaltsprozess.

20 350 Kinder (d.h. 44% aller Kindesschutzmassnahmen) erhielten Unterstützung in der Umsetzung des Besuchsrechts, weil z.B. ein Elternteil den Kontakt zum anderen Elternteil verhindert oder erschwert oder die Eltern derart zerstritten sind, dass sie nicht miteinander kommunizieren und keine Abmachungen treffen können. Weil die KESB und Beistandspersonen diese Elternkonflikte nicht oder nur bedingt lösen können, sind neue Konzepte gefragt. Deshalb hat sich die KOKES beim Projekt «Zentrum für Familien in Trennung ZFIT» (<https://zfit.ch>) eingesetzt, das am 01.09.2023 in Bern gestartet ist und nach zwei Jahren wissenschaftlich ausgewertet wird. Die Idee ist, die Eltern im Rahmen einer angeordneten Beratung zu befähigen, das Kindeswohl wieder in den Blick zu bekommen und die Kinderbelange als Eltern selber zu lösen.

12.3

Links

www.kokes.ch

Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz;
Verbindungsorgan zwischen den kantonalen Aufsichtsbehörden.

www.kinderschutz.ch

Die gemeinnützige Stiftung Kinderschutz Schweiz setzt sich als Fachstelle schweizweit dafür ein, dass alle Kinder in Schutz und Würde gewaltfrei aufwachsen können, dass ihre Rechte gewahrt und ihre Integrität geschützt wird.

www.uba.ch

Die unabhängige Beschwerdestelle für das Alter ist Ansprechpartnerin bei Konflikten im Alter.

www.curaviva.ch

Erwachsenenschutzrecht, Informationen zum Vorsorgeauftrag und Musterdokumente.

www.pro-senectute.ch

Docupass: Vorsorgedossier, mit Informationsbroschüre, Patientenverfügung, Anordnung für den Todesfall, Vorsorgeauftrag, Anleitung zum Errichten eines Testaments, persönlicher Vorsorgeausweis.

www.fmh.ch

Patientenverfügung, Kurzversion, ausführliche Version und Erläuterungen.

www.patientenverfuegung-srk.ch

Detailliertere Patientenverfügung, in der auf dem herunterzuladenden Formular Optionen angekreuzt und Ergänzungen angebracht werden können.

Zu beachten ist, dass sowohl der Vorsorgeauftrag als auch die Patientenverfügung im Bedarfsfall sofort zugänglich sein sollten. Der Eintrag der Verfügung (mit Angabe, wo sie hinterlegt wurde) im für den Wohnort zuständigen Zivilstandsamt und evtl. die Deponie der Patientenverfügung beim Hausarzt sind dringend zu empfehlen.

XVIII Grenzüberschreitende Sozialversicherungen (FZA usw.)

1.	Sozialversicherungsabkommen der Schweiz – eine Auslegeordnung	893
1.1	Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit einzelnen Staaten	893
1.2	Multinationale Sozialversicherungsabkommen der Schweiz	895
1.3	Die Unterstellung unter das schweizerische Sozialversicherungsrecht	897
2.	Das Abkommen über den freien Personenverkehr (FZA)	897
2.1	Die Grundzüge des FZA	897
2.1.1	Geltungsbereich des Abkommens über die Personenfreizügigkeit (FZA)	897
2.1.1.1	Geltungsbereich – räumlich/persönlich	898
2.1.1.2	Geltungsbereich – zeitlich	898
2.1.1.3	Geltungsbereich – rechtlich: Prinzipien für die Koordination der sozialen Sicherheit (gemäss VO 883/04)	899
2.1.1.31	Zu verwendende Formulare (VO 883/04)	901
2.2	Grundsätze für die Unterstellung Erwerbstätiger laut FZA in permanenten Verhältnissen (z.B. Grenzgänger/innen)	901
2.2.1	Erhebliche Tätigkeit im Wohnsitzstaat im Fall von Teilzeiterwerbstätigkeit	903
2.2.2	Marginale Tätigkeiten werden für die Unterstellung nicht berücksichtigt (VO 987/09 Art. 14 Vb)	903
2.2.3	Tätigkeit in einem Mitgliedsstaat oder der Schweiz (VO 883/04 Art. 11 III)	903
2.2.4	Tätigkeit in mehreren Mitgliedsstaaten und/oder der Schweiz (VO 883/04 Art. 13, VO 465/12)	903
2.2.4.1	Nur ein Arbeitgeber – Arbeit in verschiedenen Mitgliedsstaaten	903
2.2.4.2	Mehrere Arbeitgeber mit unterschiedlichem Sitz, alle nicht im Wohnsitzstaat	904
2.2.4.3	Mehrere Arbeitgeber, wovon einer im Wohnsitz- und ein anderer in einem anderen Mitgliedsstaat	904
2.2.4.4	Spezialkategorien	904
2.2.5	Selbständigerwerbende	905
2.2.5.1	In einem Mitgliedsstaat bzw. der Schweiz unselbständig und im anderen bzw. in der Schweiz selbständig erwerbend	905
2.2.6	Verfahren betr. Feststellung/Mitteilung des zuständigen Trägers (VO 987/09 Art. 16)	905
2.2.6.1	Beitragsabrechnung mit ausländischen Sozialversicherungen	907
2.2.7	«Vierecksverhältnis» Schweiz–Liechtenstein–Deutschland–Österreich	907

3.	Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit einzelnen Staaten (Länderabkommen)	908
3.1	Geltungsbereich der Länderabkommen	908
3.2	Unterstellung unter ein Länderabkommen	908
3.2.1	Nationalität der im Vertragsstaat Erwerbstätigen (für permanente Verhältnisse; d.h. ohne Entsendung)	909
3.2.2	Länderabkommen CH ⇄ UK	909
4.	Entsendung (befristete Einsätze im Ausland)	910
4.1	Auswirkung der Entsendung	910
4.1.1	Eine Entsendung ist an folgende Voraussetzungen geknüpft	911
4.2	Entsendung von Mitarbeitenden in einen Mitgliedsstaat aufgrund des FZA	912
4.2.1	Schweiz/EU (VO 883/04 Art. 12 und 16)	912
4.2.1.1	Formalitäten für die Entsendung aufgrund des FZA	912
4.2.1.2	Sonderfall grenzüberschreitende Telearbeit	914
4.2.1.3	Falsche Versicherungsunterstellung im Verhältnis zur EU oder zur EFTA	915
4.3	Entsendung von Mitarbeitenden aufgrund eines Länderabkommens	916
4.3.1	Formalitäten für Entsendung aus der Schweiz gemäss Länderabkommen	917
4.4	Nichterwerbstätige Ehegatten, die die entsandte Person begleiten	918
4.4.1	Ausnahmen: im Sinn mitentsandter Ehegatte	918
5.	Staaten, mit denen die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat (Nichtvertragsstaaten)	919
6.	Beispiele für die Unterstellung Erwerbstätiger	920
6.1	Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem EU- bzw. EFTA-Staat (z.B. Österreich) und einem Vertragsstaat (Länderabkommen, z.B. Nordmazedonien)	920
6.2	Wohnsitz in der Schweiz; Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem Vertragsstaat (Länderabkommen, z.B. Nordmazedonien) und einem Nichtvertragsstaat (z.B. Monaco)	920
6.3	Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem EU-Mitgliedsstaat (z.B. Italien) und einem Nichtvertragsstaat (z.B. Russland)	920
7.	Grenzüberschreitende AHV/IV-Regelungen aus Schweizer Sicht (auch ohne FZA)	921
7.1	Weiterführen der AHV (AHVG 1a III)	922
7.1.1	Arbeitskräfte, die im Ausland für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz tätig sind und von diesem entlohnt werden (AHVG 1a III Bst. a, AHVV 5–5c)	922
7.1.2	Studierende, die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgeben (AHVG 1a III Bst. b, AHVV 5g–5i, WVP)	923

7.2	Freiwilliger Beitritt zur obligatorischen AHV (AHVG 1a IV)	924
7.2.1	Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und Erwerbort in einem Vertragsstaat (AHVG 1a IV Bst. a, AHVV 5d–5f)	924
7.2.2	Nichterwerbstätige, die ihren Ehegatten ins Ausland begleiten (AHVG 1a IV Bst. c, AHVV 5j und 5k)	924
7.2.3	Internationale Beamte und Beamtinnen mit Schweizer Bürgerrecht (AHVG 1a IV Bst. b)	925
7.3	Die Freiwillige Versicherung (AHVG 2, VFV)	925
8.	Unterstellung unter die übrigen Sozialversicherungen aus Schweizer Sicht	926
8.1	Arbeitslosenversicherung/Arbeitslosenentschädigung (ALE)	926
8.2	Krankenversicherung	928
8.2.1	Aus Blickwinkel des FZA	928
8.2.1.1	Grenzgänger/innen (Schweizer/innen, Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates oder von Island bzw. Norwegen)	929
8.2.1.11	Behandlungskosten in der Schweiz für hier Versicherte ab 2018	931
8.2.1.2	Zuständigkeit betreffend Krankenversicherung für Personen, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind	931
8.2.1.3	Details betreffend Vorgehen (permanente Verhältnisse)	931
8.2.1.4	Erkrankung während Ferien in einem Mitgliedsstaat – Leistungsaushilfe (VO 883/04 Art. 19, vorübergehende Verhältnisse)	934
8.2.2	Krankenversicherung von Personen, die vom Schweizer Arbeitgeber im Ausland beschäftigt werden (KVG 3; KVV 4, 36 IV)	935
8.2.3	Krankenversicherung während Auslandsaufenthalten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums	936
8.3	Unfallversicherung	936
8.3.1	Aus Blickwinkel des FZA	936
8.3.2	Unfallversicherung von Personen, die vom Schweizer Arbeitgeber im Ausland beschäftigt werden (UVG 2, 10, 13; UVV 4, 17, 20)	938
8.3.3	Unfallversicherung während Auslandsaufenthalten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums	938
8.4	Berufliche Vorsorge	938
8.5	Familienzulagen/Kindergeld	940
8.5.1	Anspruchskonkurrenz im Verhältnis zu EU-/EFTA-Staaten (VO 883/04 Art. 68, VO 987/07 Art. 58; FamZWL 433–439)	942
8.5.2	Sonderregelung für Erwerbstätige im Ausland (FamZV 7 II, FamZWL 310–313)	943
8.5.3	Anspruch von Familienzulagen aus der Landwirtschaft (FLG) für Kinder im Ausland	943
9.	Links	944

Nach dem Zweiten Weltkrieg haben die Industriestaaten, so auch die Schweiz, ihre Sozialversicherungen autonom für ihre Bevölkerung auf- und ausgebaut. Seither haben sich die Lebens- und Arbeitsformen grundlegend geändert. Die Wirtschaftsräume machen nicht mehr an den Landesgrenzen halt. Die Grossunternehmen stehen permanent in Umstrukturierung, von den Mitarbeitenden wird Mobilität gefordert.

Man arbeitet eine gewisse Zeit in einem, dann in einem anderen und oft in einem dritten Staat. Immer mehr Erwerbstätige arbeiten grenzüberschreitend oder werden von einem Arbeitgeber aus dem Ausland entlohnt. Damit die soziale Sicherheit gewährt ist und die erforderliche Koordination erfolgen kann, bedarf es internationaler Übereinkommen und Staatsverträge, sogenannter Sozialversicherungsabkommen.

Mit multilateralen Übereinkommen sollen einheitliche Mindeststandards geschaffen werden. Dies einerseits aus sozialen Erwägungen (Vermindern ungerechtfertigter Vorteile im Konkurrenzkampf) und andererseits durch Koordination der nationalen Gesetzgebung, damit «Wanderarbeiter» nicht diskriminiert, sondern möglichst gleich wie die Einheimischen behandelt werden.

1. Sozialversicherungsabkommen der Schweiz – eine Auslegung

Die Schweiz unterhält mit den meisten Industriestaaten und europäischen Ländern Sozialversicherungsabkommen (Staatsverträge, sogenannte Länderabkommen), welche die **Gleichstellung der Angehörigen beider Vertragsstaaten** bezüglich Leistungsansprüchen und das **Vermeiden von Doppelbelastungen** der gleichen beitragspflichtigen Person durch Sozialversicherungsbeiträge garantieren.

1.1 Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit einzelnen Staaten

Diese Staatsverträge, welche die Schweiz mit einzelnen Ländern abgeschlossen hat, sind eigentliche bilaterale, d.h., zweiseitige Sozialversicherungsabkommen. Um eine Verwechslung mit den bilateralen Verträgen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU) zu vermeiden, werden sie in der Folge als «Länderabkommen» bezeichnet.

Diese «Länderabkommen» umfassen die gesetzliche Rentenversicherung und seitens der Schweiz die AHV/IV. Einige Abkommen enthalten auch Regelungen zur Kranken- und/oder Unfallversicherung sowie betreffend Familienzulagen. Massgebend sind die diesbezüglichen Bestimmungen über den Geltungsbereich (Kreis der versicherten Personen), die versicherten Risiken und Leistungen sowie die Zuständigkeit und das formelle Vorgehen.

Liste der Staaten, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen unterhält – Stand Mai 2024

Quelle: gebo Sozialversicherungen, Dübendorf (Basis BSV)

1 Albanien	1 Israel	★ Polen
1 Argentinien	★1 Italien	★1 Portugal
1 Australien	1 Japan	★ Rumänien
★1 Belgien	1 Kanada/Quebec	1 San Marino
1 Bosnien und Herzegowina	# 1 Korea (Südkorea)	★1 Schweden
1 Brasilien	1 Kosovo	1 Serbien
★1 Bulgarien	★1 Kroatien	★1 Slowakei
1 Chile	★ Lettland	★1 Slowenien
# 1 China	◇1 Liechtenstein	★1 Spanien
★1 Dänemark	★ Litauen	★1 Tschechien
★1 Deutschland	★1 Luxemburg	1 Tunesien
★ Estland	★ Malta	1 Türkei
★1 Finnland	1 Montenegro	★1 Ungarn
★1 Frankreich	★1 Niederlande	1 Uruguay
★1 Griechenland	1 Nordmazedonien	1 USA
# 1 Indien	◇1 Norwegen	1 UK (England...)
★1 Irland	★1 Österreich	★1 Zypern
◇ Island	1 Philippinen	

1 Staaten, mit denen die Schweiz ein «Länderabkommen» unterhält (UK = England, Schottland, Wales, Nordirland und hier bezüglich Geltungsbereichs inkl. Gibraltar)
(Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Abkommens mit Argentinien ist mit Drucklegung noch offen)

1 Abkommen «light» bzw. Entsendeabkommen, d.h., ohne Leistungsexport

★ **Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedsstaaten (FZA)**

◇ **EFTA-Staaten** mit Übereinkommen, dessen Bestimmungen, jenen des Abkommens über Personenfreizügigkeit mit der EU (FZA) entsprechen

In Ausarbeitung sind ferner Abkommen mit

Ecuador, Moldau und Peru

Sobald Personen mit Schweizer Bürgerrecht oder einem Bürgerrecht eines EU- bzw. EFTA-Staates grenzüberschreitende Anknüpfungspunkte aufweisen, gehen die Bestimmungen der bilateralen Verträge dem Länderabkommen mit dem betreffenden Staat vor.

EU-/EFTA-Gebietszugehörigkeit

Einige der vorgenannten Staaten haben Territorien im Ausland. Hier stellt sich die Frage, ob die Regelungen des FZA auch für diese Gebiete anwendbar sind.

Das FZA ist anwendbar auf:

- ▶ die Überseedepartemente von Frankreich: Guadeloupe (mit Inseln la Désirade, les Saintes, Marie-Galante, Saint Barthélemy und franz. Saint-Martin), Martinique, Mayotte, Guayana und la Réunion
- ▶ die portugiesische Inselgruppe Azoren und Madeira
- ▶ die spanischen Balearen und kanarischen Inseln
- ▶ die spanischen Städte Ceuta und Melilla (Enklaven auf marokkanischem Gebiet)
- ▶ Alandinsel

Nicht anwendbar ist FZA hingegen auf:

- « die Niederländischen Antillen
(Bonaire, Curaçao, Saba, Sint Eustatius, Sint Maarten)
- « die Färöer-Inseln
- « das Fürstentum Andorra
- « das Fürstentum Monaco
- « San Marino
- « Vatikan
- « Grönland
- « Betr. EFTA-Übereinkommen:
norwegisches Territorium
von Svalbard (Spitzbergen)
- « Neukaledonien und Nebengebiete
- « Aruba
- « St. Pierre und Miquelon
- « Inseln Wallis und Futuna
- « franz. Süd- und Antarktisgebiete
- « franz. Polynesien
- « Nordzypem
(Türkische Republik Nordzypem)

1.2 Multinationale Sozialversicherungsabkommen der Schweiz

Neben diesen «Länderabkommen» bestehen zwei multinationale Sozialversicherungsabkommen, die im entsprechend grösseren Rahmen die soziale Sicherheit der Betroffenen regeln:

- » Das **Vierländerübereinkommen** vom 9. Dezember 1977 zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz; betreffend AHV/IV, Unfall- und Krankenversicherung sowie Familienzulagen.
Leider wurde es bisher versäumt dieses Abkommen so zu erweitern, dass unter diesen Staaten eine übergreifende Koordinationsnorm von FZA und EFTA-Übereinkommen greifen würde.
- » Das **Rheinschifferabkommen** vom 1. Dezember 1987 zwischen Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, den Niederlanden und der Schweiz; betreffend AHV/IV, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Unfall- und Krankenversicherung, Familienzulagen sowie im Verkehr mit Basel-Stadt und Basel-Landschaft die Arbeitslosenversicherung.

Eine Mischform zwischen multinationalen und bilateralen Abkommen nehmen die bilateralen Verträge mit der EU ein. Diese sind einerseits zwischen zwei Partnern – der Schweiz und der Europäischen Union (EU) – abgeschlossen und somit bilateral. Andererseits musste nicht nur die Schweiz, sondern auch jeder EU-Mitgliedsstaat die Verträge genehmigen, womit sie auch einen multinationalen Aspekt haben. Dieser tritt aber in den Hintergrund, da die EU als einziger Ansprechpartner gilt.

Die bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU)

Die bilateralen Verhandlungen der Schweiz mit der EU und ihren Mitgliedsstaaten haben in einer ersten Etappe zu sieben Abkommen geführt, die per 1. Juni 2002 in Kraft gesetzt wurden. Für die Systeme der sozialen Sicherheit ist unter diesen das Abkommen **über die Personenfreizügigkeit (FZA)** von zentraler Bedeutung. Dadurch wurden die Verordnungen 1408/71 (materielle Belange mit Gesetzeswert) und 574/72 (Durchführungsbestimmungen mit Verordnungswert) sowie die Satzungen des Europäischen Gerichtshofes EuGH – mit Stand des Inkrafttretens des Abkommens – im Verkehr mit den EU-Mitgliedsstaaten für die Schweiz wirksam.

Innerhalb der EU wurden diese auf das Jahr 1971 zurückgehenden Verordnungen auf Mai 2010 durch die **Verordnungen 883/04 (materielle Belange mit Gesetzeswert) und 987/09 (Durchführungsbestimmungen mit Verordnungswert)** abgelöst. Damit der Nachvollzug durch die Schweiz möglich wurde, mussten neben dem EU-Parlament wiederum jeder der EU-Mitgliedsstaaten – zustimmen. **Auf April 2012 sind auch im Verkehr mit der Schweiz die neuen Verordnungsbestimmungen in Kraft getreten.**

Per 1. Januar 2015 ist die VO 465/12 in Kraft getreten. Sie gelangt jedoch nicht als eigenständige Verordnung zur Anwendung, sondern führt zu Modifizierungen der bisherigen VO 883/04 und 987/09.

Für mit Inkrafttreten des FZA bereits bestehende Verhältnisse (z.B. Auslandschweizer/innen) gelten maximal zehnjährige Übergangsfristen, bis sie automatisch ins neue Recht übergehen.

- ▶ Betreffend EU-Osterweiterung (Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowenien, Slowakei, Tschechien, Ungarn) und Malta/Zypern sind die Übergangsfristen am 31.03.2022 abgelaufen; d.h., sie zeigen keine Wirkung mehr.
- ▶ Für Bulgarien und Rumänien (Wirkung des FZA ab Januar 2015) laufen die Übergangsfristen am 31.12.2024 aus, bzw. betreffend Kroatien spätestens am 31.12.2026.

Abkommen über die soziale Sicherheit unter den EFTA-Staaten

Zusammen mit Island, Liechtenstein und Norwegen (ohne Spitzbergen) bildet die Schweiz die EFTA, die 1960 durch die Unterzeichnung der Konvention von Stockholm gegründete europäische Freihandelsassoziation (European Free Trade Association). Auch die EFTA kennt Standards zur sozialen Sicherheit.

Gleichzeitig mit dem FZA trat im Juni 2002 das **revidierte Abkommen mit den EFTA-Staaten in Kraft**. Dadurch wurden im Verkehr zwischen der Schweiz und den EFTA-Staaten analoge Bestimmungen zum FZA mit der EU in Kraft gesetzt. Weil die Anpassung an die im Verkehr Schweiz ↔ EU revidierten Bestimmungen erst per 01.01.2016 erfolgte, galten davor im Verkehr innerhalb der EFTA-Staaten die Bestimmungen analog VO 1408/71.

- ▶ Für im Januar 2016 bereits bestehende Verhältnisse gilt eine maximal zehnjährige Übergangsfrist (bis 31.12.2025), bis sie automatisch ins neue Recht übergehen.

Seit 1. Januar 2016 gelten die im Verkehr Schweiz ↔ EU massgebenden Verordnungen 883/04 und 987/09, inkl. Anpassungen gestützt auf die VO 465/12 auch innerhalb der EFTA.

Proaktive Unterstellung unter aktuelles Recht

Eine Person, die nach bisherigem Recht unterstellt ist, kann beantragen, dass auf sie schon vorher das neue Recht angewendet wird; schriftliche Meldung an AHV-Ausgleichskasse. Für Personen, die neu Homeoffice arbeiten oder eine marginale Tätigkeit im Wohnsitzstaat ausüben, wird dies dringend empfohlen.
⇒ Das neue Recht gilt ab dem Folgemonat.

1.3 Die Unterstellung

unter das schweizerische Sozialversicherungsrecht

In der Schweiz ist die AHV die Drehscheibe für die Sozialversicherungen. Es sind die AHV-Ausgleichskassen, die den Entscheid über die Unterstellung – bzw. Nicht-Unterstellung – unter das schweizerische Sozialversicherungssystem zu treffen haben.

Die Unterstellung ergibt sich

- ▶ primär aus dem FZA (Abkommen über die Personenfreizügigkeit) mit den Staaten der Europäischen Union (EU);
- ▶ bzw. den entsprechenden Bestimmungen aus dem FZA für die EFTA-Staaten;
- ▶ wo diese nicht direkt anwendbar sind, dem betreffenden «Länderabkommen»;
- ▶ und zuletzt aus dem **AHV-Gesetz**.

2. Das Abkommen über den freien Personenverkehr (FZA)

2.1 Die Grundzüge des FZA

Für die Systeme der sozialen Sicherheit ist unter den sieben Abkommen, die zusammen die bilateralen Verträge bilden, jenes über die Personenfreizügigkeit (in der Folge als FZA bezeichnet) von zentraler Bedeutung. Dieses besteht aus dem Hauptvertrag und drei Anhängen über

- ▶▶ den grenzüberschreitenden Personenverkehr im engeren Sinn (Arbeits- und Aufenthaltsbewilligungen, liberalisierter Dienstleistungsverkehr)
- ▶▶ **die Koordination der sozialen Sicherheit**
- ▶▶ die gegenseitige Anerkennung der Berufsdiplome

2.1.1 Geltungsbereich des Abkommens über die Personenfreizügigkeit (FZA)

Unter das FZA fallen alle Bereiche der sozialen Sicherheit (VO 883/04 Art. 3)

- a Leistungen bei Krankheit
- b Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft
- c Leistungen bei Invalidität – einschliesslich solcher, die zur Erhaltung oder zur Besserung der Erwerbsfähigkeit bestimmt sind
- d Leistungen bei Alter
- e Leistungen an Hinterbliebene
- f Leistungen bei Arbeitsausfällen und Berufskrankheiten
- g Sterbegeld
- h Leistungen bei Arbeitslosigkeit
- i Vorruhestandsleistungen
- j Familienleistungen

2.1.1.1 Geltungsbereich – räumlich/persönlich

Massgebend für die Unterstellung unter die Regelungen des FZA ist die Staatsangehörigkeit der betreffenden Person. Im Verkehr mit der EU sind dies Schweizer/innen und Angehörige von EU-Mitgliedsstaaten¹ und im Verkehr innerhalb des EFTA-Raums Personen mit Nationalität der Schweiz, Liechtensteins, Norwegens oder Islands.

► Probleme können sich dadurch für Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates ergeben, die für einen Schweizer Arbeitgeber in Liechtenstein, Norwegen oder Island (EFTA-Raum) tätig sein sollen, und umgekehrt für Angehörige eines der anderen EFTA-Staaten, die vom Schweizer Arbeitgeber im EU-Raum eingesetzt werden.

¹ Im Verhältnis der Schweiz zu den EU-Mitgliedsstaaten bezieht sich das FZA nur auf Personen mit entsprechender Staatsangehörigkeit. Innerhalb der EU sind die Koordinationsbestimmungen im Bereich der sozialen Sicherheit auch für Angehörige von Drittstaaten, die in der EU wohnen, anwendbar.

Weil dieser Unterschied den Versicherungsträgern in den EU-Mitgliedsstaaten zuweilen nicht bewusst ist, stellen sie solchen Einwohnerninnen und Einwohnern trotzdem EU-Formulare (A1 usw.) aus.

Mit entsprechender Staatsangehörigkeit gelten die Bestimmungen für

- **Erwerbstätige**, die in einem anderen Mitgliedsstaat wohnen, als sie arbeiten oder entlohnt werden. Ferner finden die Bestimmungen Anwendung, wenn sie von einem Mitgliedsstaat in den anderen ziehen.
- **Nichterwerbstätige**
In der Regel sind dies Rentner/innen, Personen, die Arbeitslosenentschädigung beziehen, und nicht erwerbstätige Ehegatten sowie Kinder (mit entsprechender Nationalität des erwerbstätigen Ehegatten bzw. Elternteils, spielt die Nationalität der nicht erwerbstätigen Angehörigen keine Rolle ⇒ abgeleitete Ansprüche).
- **Staatenlose und Flüchtlinge** (die im Mitgliedsstaat wohnen).

2.1.1.2 Geltungsbereich – zeitlich

Das FZA ist für alle unsere Sozialversicherungen sowohl im Bundes- als auch im kantonalen Recht massgebend. Die Vertragsbestimmungen über die soziale Sicherheit gelten grundsätzlich seit Juni 2002 (damals zählte die EU 15 Mitgliedsstaaten), wobei für die obligatorische berufliche Vorsorge, für die Arbeitslosenversicherung sowie für den Verbleib in der freiwilligen AHV (AHVG 2) Übergangsfristen gegolten haben.

Diese Übergangsfristen haben alle neu von der EU aufgenommenen Mitgliedsstaaten zu bestehen. Im Mai 2004 erfolgte die erste Osterweiterung, womit das FZA mit Wirkung ab April 2006 auch für Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, die Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta und Zypern galt. Heute haben alle EU-Mitgliedsstaaten die Übergangsfristen bestanden. Für Bulgarien und Rumänien, die auf Januar 2007 zur EU gestossen sind (EU-27), ist das FZA seit Juni 2009 anwendbar. Auf 1. Januar 2017 ist das FZA auf Kroatien ausgedehnt worden; dies ohne Übergangsfristen.

Übergangsbestimmungen (ALV, BVG, freiwillige AHV)

▶ **Arbeitslosenentschädigung**

Grundsätzlich können sich in der Schweiz arbeitslos gewordene Angehörige von EU-Mitgliedsstaaten für das Bestehen unserer «Rahmenfrist für die Beitragszeit» im EU-Raum zurückgelegte Beitragszeiten anrechnen lassen. Allerdings galt für Personen mit unterjährigen Arbeitsbewilligungen (Kurzarbeitsbewilligung) eine siebenjährige Übergangsfrist.

Für Staatsangehörige von Kroatien mit Kurzaufenthaltsbewilligung ist die Aufrechnung der Versicherungszeiten erst ab 01.01.2024 möglich.

▶ **Barauszahlung Freizügigkeitsleistung**

Wer die Schweiz endgültig verlässt, kann sich die im Rahmen der beruflichen Vorsorge angesparte Austrittsleistung bar auszahlen lassen. **Seit Juni 2007 bestehen für sämtliche EU-Mitgliedsstaaten** (und aufgrund unserer Gesetzgebung für alle Nationen) **dieselben Einschränkungen**. Wer die Schweiz endgültig verlässt und Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat nimmt, muss den Anteil aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG-Normversicherung) auf einem Freizügigkeitskonto parkieren, wenn er/sie dort in der Alters- und Hinterlassenenversicherung weiterhin pflichtversichert ist (vgl. Ausführungen in Kapitel IX, BVG, 11.2.2).

▶ **Freiwillige Versicherung (AHVG 2)**

Die freiwillige Versicherung ist nur für Personen mit Wohnsitz ausserhalb der EU-/EFTA-Staaten möglich. Wer die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt hatte und der freiwilligen Versicherung beigetreten war, steht vor einem Problem, wenn der betreffende Wohnsitzstaat inzwischen der EU beigetreten ist. Ab entsprechender Ausdehnung des FZA ist ein Verbleib in der freiwilligen Versicherung grundsätzlich nicht mehr möglich; allerdings gelten hier sechsjährige Übergangsfristen.

2.1.1.3 Geltungsbereich – rechtlich: Prinzipien für die Koordination der sozialen Sicherheit (gemäss VO 883/04)

▶ **Vorrang der bilateralen Bestimmungen vor den einzelnen Länderabkommen**

d.h., Sozialversicherungsabkommen, die bereits früher mit dem betreffenden Staat abgeschlossen wurden.

▶ **Unterstellung unter das Recht eines Staates**

Gleichzeitig sollen nur noch die nationalen Rechtsvorschriften eines Mitgliedsstaates massgebend sein.

▶ **Gleichbehandlung/Diskriminierungsverbot – Sachleistungsaushilfe**

In grenzüberschreitenden Beziehungen haben Angehörige eines Mitgliedsstaates im anderen Mitgliedsstaat dieselben Rechte und Pflichten (aufgrund dessen Rechtsvorschriften) wie dessen Angehörige.

▶ **Allgemeine Gleichstellung von Tatbeständen**

Alle rechtlich erheblichen Tatbestände (Leistungen, Einkünfte, Sachverhalte oder Ereignisse) werden gleichgestellt, unabhängig davon, in welchem Mitgliedsstaat diese eingetreten sind.

► **Totalisierung von Versicherungszeiten**

(VO 883/04 Art. 6, VO 987/09 Art. 12)

Wo der Erwerb eines Leistungsanspruchs von Versicherungs- oder Beitragszeiten oder einer Wohnsitzdauer abhängig gemacht wird, sind in der Regel die in anderen Mitgliedsstaaten zurückgelegten Zeiten gleichwertig anzurechnen.

► **Leistungsexport für Geldleistungen**

Durch die Wohnsitznahme in einem anderen Mitgliedsstaat (als in dem, wo der Anspruch auf Geldleistungen entstanden ist) dürfen Taggelder und Renten nicht gekürzt oder verweigert werden.

► **Territorialprinzip für besondere, beitragsunabhängige Leistungen**

Innerhalb der Mitgliedsstaaten ist es grundsätzlich nicht gerechtfertigt, Ansprüche der sozialen Sicherheit vom Wohnort der betreffenden Person abhängig zu machen. In besonderen Fällen aber – vor allem für besondere Leistungen, die an das wirtschaftliche und soziale Umfeld der betreffenden Person gebunden sind – ist eine Abweichung möglich (Ausrichten an Wohnsitz geknüpft, d.h., Territorialprinzip).

Diese Voraussetzungen sind für besondere, beitragsunabhängige Geldleistungen gegeben. Dies sind Leistungen:

- die einen zusätzlichen, ersatzweisen oder ergänzenden Schutz zu den Zweigen der sozialen Sicherheit (vgl. 2.1.1) gewähren und den betreffenden Personen ein Mindesteinkommen zum Bestreiten des Lebensunterhalts garantieren, das in Beziehung zum wirtschaftlichen und sozialen Umfeld im betreffenden Mitgliedsstaat steht;

oder die allein dem besonderen Schutz der behinderten Person dienen, die eng mit ihrem sozialen Umfeld im betreffenden Mitgliedsstaat verknüpft ist,

- **und** deren Finanzierung ausschliesslich durch obligatorische Steuern zur Deckung der allgemeinen öffentlichen Ausgaben erfolgt. Zudem dürfen ihre Gewährung und Berechnung nicht von Beiträgen hinsichtlich der Leistungsempfangenden abhängen. Leistungen, die zusätzlich zu einer beitragsabhängigen Leistung gewährt werden, sind nicht allein aus diesem Grund als beitragsunabhängig zu betrachten.

Nicht zu exportieren sind seitens der Schweiz Geburts- und Adoptionszulagen gemäss FamZG 3 II, Hilflosenentschädigungen, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV; ausserordentliche IV-Renten (dies, obwohl das Koordinationsrecht neu auch Nichterwerbstätige umfasst) und Härtefallrenten der IV oder kantonale Arbeitslosenhilfe.

► **Leistungsaushilfe in Bezug auf Sachleistungen**

Eine versicherte Person oder ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedsstaat medizinische Leistungen, Pflege oder Hilfsmittel benötigen, weil sie beispielsweise während der Ferien in einem anderen Mitgliedsstaat erkrankt oder verunfallt sind, werden dort wie «Inländer» behandelt. Die entsprechenden Kosten werden (über Verbindungsstellen) abgerechnet; Details vgl. Krankenversicherung.

Details über den Leistungsbezug im Ausland finden sich unter der betreffenden Sozialversicherung, dort hauptsächlich unter den Absätzen 8.1.3 und 11.2.

- ▶ **Amtshilfe und Zusammenarbeit der Behörden und Einrichtungen**
Um Forderungen der Sozialversicherer gegenüber Personen mit Wohnsitz im Ausland zu erleichtern, können nationale Forderungen auch in einem anderen Mitgliedsstaat vollstreckt werden. Elektronischer Datenaustausch statt Papierformulare.

2.1.1.31 Zu verwendende Formulare (VO 883/04)

Quelle: strukturierte elektronische Dokumente; ec.europa.eu/social/main

Link: <https://sozialversicherungen.admin.ch> > International > Formulare

Reihe A	Anwendbare Rechtsvorschriften (A1 betr. Unterstellung, z.B. Entsendung)
Reihe P	Renten
Reihe S	Krankheit
Reihe F	Familienleistung
Reihe DA	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
Reihe U	Arbeitslosigkeit
Reihe H	Horizontale Fragen (Koordination)
Reihe R	Betreibung

Nach den neuen Koordinierungsvorschriften hat der Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern elektronisch zu erfolgen (EESSI, Electronic Exchange of Social Security Information). Zwischen Arbeitgebern und ihrer AHV-Ausgleichskasse können die Formalitäten für Entsendungen mittels ALPS (Applicable Legislation Plattform Switzerland) elektronisch erledigt werden.

2.2 Grundsätze für die Unterstellung Erwerbstätiger laut FZA in permanenten Verhältnissen (z.B. Grenzgänger/innen)

Für Personen, die nicht im selben Staat arbeiten, in dem sie auch wohnen, oder gleichzeitig in zwei oder mehreren Staaten (EU- bzw. EFTA-Staaten und Schweiz) erwerbstätig sind, **kommt es nur noch zur sozialversicherungsmässigen Unterstellung in einem Staat** (VO 883/04 Art. 11 I).

Das bedeutet, dass die betroffene Person für den gleichen Zeitraum

- ▶ nur noch in einem Land versicherungspflichtig ist, dort aber für sämtliche Erwerbseinkommen, und
- ▶ unter die Gesetzgebung dieses einen Landes fällt. Nur dessen Regelungen der Versicherungsunterstellung und Beitragspflicht (Art – selbständig/ unselbständig erwerbend – und Umfang), Leistungsarten und Anspruchsvoraussetzung (z.B. Rentenalter, in CH Referenzalter genannt) sind auf sie anwendbar.
- ▶ unter Umständen definitiv aus dem schweizerischen Sozialversicherungssystem ausscheidet.

Für Grenzgänger/innen (Personen, die in einem anderen Mitgliedsstaat wohnen, als sie arbeiten) gilt für die **Beurteilung der sozialversicherungsmässigen Zuständigkeit** primär das **Erwerborts-(Beschäftigungslands-)Prinzip**. Das bedeutet, dass Erwerbstätige in dem Staat der obligatorischen Sozialversicherung unterstellt werden, wo sie arbeiten.

Mehrfachstätigkeiten

Fragen in Bezug auf die sozialversicherungsrechtliche Unterstellung **ergeben sich für Personen, die gewöhnlich in zwei oder mehreren Mitgliedsstaaten erwerbstätig sind**. Sie üben für einen oder mehrere Arbeitgeber gleichzeitig oder abwechselnd eine oder mehrere unselbständige Tätigkeiten aus.

- ▶ Zur Abklärung, ob Tätigkeiten in mehreren EU-/EFTA-Staaten und der Schweiz zu einer Versicherungsunterstellung in der Schweiz führen, steht ein Hilfsformular zur Verfügung ⇒ <https://sozialversicherungs.admin.ch/de/f/5646>

Unterstellung FZA (CH ↔ EU) Quelle: BSV, WVP; Darstellung gebo Sozialversicherungen	
gewöhnliche Erwerbstätigkeit	Unterstellung in
im selben Staat für einen oder mehrere Arbeitgeber	Unterstellung in diesem Staat
in zwei Staaten für denselben Arbeitgeber	am Sitz des Arbeitgebers; ▶ wenn aber im Wohnsitzstaat mit erheblicher Tätigkeit (ab 25%) dort
in zwei Staaten (einer davon Wohnsitzstaat) für verschiedene Arbeitgeber	im Wohnsitzstaat, wenn sie dort eine erhebliche Tätigkeit (ab 25%) ausüben; sonst im anderen Mitgliedsstaat
für mehrere Arbeitgeber, wovon mind. zwei den Sitz in verschiedenen Staaten ausserhalb des Wohnsitzes haben	im Wohnsitzstaat, auch wenn da keine erhebliche Tätigkeit ausgeübt wird
in einen Staat selbständig und im anderen unselbständig erwerbend	im Staat der unselbständigen Tätigkeit
Spezialkategorien	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beamte im Mitgliedsstaat, dem die ihn beschäftigende Verwaltungseinheit angehört ▶ Luftfahrt, Flug- und Kabinenbesatzungsmitglieder, wenn Tätigkeit mit Fluggästen oder Flugfracht, an der «Heimbasis» ▶ Arbeitslose im Staat, der die diesbezüglichen Leistungen ausrichtet ▶ zum Wehr- oder Zivildienst einberufene Personen im betreffenden Mitgliedsstaat ▶ Personal auf Schiffen im Mitgliedsstaat, unter dessen Flagge das Schiff fährt, ausser es erhält das Entgelt von einem Unternehmen im Wohnsitzstaat (dann dort)

2.2.1 Erhebliche Tätigkeit im Wohnsitzstaat im Fall von Teilzeiterwerbstätigkeit

Im Fall von Teilzeiterwerbstätigkeit ist das Kriterium des wesentlichen Teils der Beschäftigung (25 Prozent) im Verhältnis zum Gesamtpensum umzurechnen.

Beispiel: Paulette ist in der Schweiz zu 50% und in Frankreich zu 30%, d.h., insgesamt zu 80%, unselbständig erwerbstätig.

Der wesentliche Teil der Erwerbstätigkeit $\frac{25 \cdot 80}{100} = 20\%$ entspricht dem Verhältnis zum Gesamtpensum **100**

2.2.2 Marginale Tätigkeiten werden für die Unterstellung nicht berücksichtigt (VO 987/09 Art. 14 Vb)

Für die Klärung der sozialversicherungsrechtlichen Unterstellung von Personen, die in zwei oder mehr Staaten eine Erwerbstätigkeit ausüben, fallen geringfügige Tätigkeiten nicht in Betracht. Als marginal kann eine Tätigkeit betrachtet werden, die **weniger als 5 Prozent** der regulären Arbeitszeit und/oder Entlohnung ausmacht.

► Die Sozialversicherungsbeiträge sind aber im beitragsrechtlich zuständigen Staat abzurechnen.

Vorsicht: Die VR-Tätigkeit oder jene im Direktorium ist nie eine marginale. Eine geschäftsleitende Funktion ist immer bedeutend und verlangt grundsätzlich eine Anrechnung in diesem Land. Dies gilt selbst dann, wenn das entsprechende Honorar an eine ausländische Gesellschaft überwiesen oder gar kein Honorar ausbezahlt wird.

2.2.3 Tätigkeit in einem Mitgliedsstaat oder der Schweiz (VO 883/04 Art. 11 III)

Wird die Erwerbstätigkeit nur in einem Staat ausgeübt, so gilt das sogenannte **Erwerborts-**(Beschäftigungslands-)Prinzip. Ungeachtet des Wohnsitzes untersteht die erwerbstätige Person der Gesetzgebung des Staates, in dem sie ihre Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch, wenn jemand im Beschäftigungsland für verschiedene Arbeitgeber tätig ist (verschiedene Teilzeitjobs des Grenzgängers bzw. der Grenzgängerin im Beschäftigungsland).

2.2.4 Tätigkeit in mehreren Mitgliedsstaaten und/oder der Schweiz (VO 883/04 Art. 13, VO 465/12)

Personen, die gewöhnlich in zwei oder mehr Mitgliedsstaaten eine unselbständige Erwerbstätigkeit ausüben, unterliegen den Rechtsvorschriften **des Wohnsitzstaates, wenn sie dort einen erheblichen (d.h., wesentlichen) Teil ihrer Tätigkeit ausüben.**

► Als erheblich gilt eine Tätigkeit, wenn sie mindestens 25 Prozent der Arbeitszeit und/oder des Arbeitsentgelts ausmacht.

2.2.4.1 Nur ein Arbeitgeber – Arbeit in verschiedenen Mitgliedsstaaten

Wer nur für einen Arbeitgeber tätig ist und im Wohnsitzstaat keine wesentliche Tätigkeit ausübt, unterliegt den Rechtsvorschriften am Sitz des Arbeitgebers.

2.2.4.2 Mehrere Arbeitgeber mit unterschiedlichem Sitz, alle nicht im Wohnsitzstaat

Personen, die für mehrere Arbeitgeber tätig sind, von denen mindestens zwei ihren Sitz in verschiedenen Staaten ausserhalb des Wohnsitzstaates haben, sind **im Wohnsitzstaat zu unterstellen**.

2.2.4.3 Mehrere Arbeitgeber, wovon einer im Wohnsitz- und ein anderer in einem anderen Mitgliedsstaat

Für die Unterstellung von Personen, die für mehrere Arbeitgeber tätig sind, die ihren Sitz in zwei verschiedenen Mitgliedsstaaten haben – einer davon im Wohnsitzstaat –, hilft primär die 25-Prozent-Regelung weiter.

- ▶ Übt diese Person im Wohnsitzstaat eine erhebliche Tätigkeit aus, ist sie im Wohnsitzstaat den Sozialversicherungen zu unterstellen.
- ▶ Übt sie aber im Wohnsitzstaat nur eine geringfügige Tätigkeit (weniger als 25 Prozent aus), ist sie im anderen Mitgliedsstaat ausserhalb des Wohnsitzstaates zu unterstellen.

2.2.4.4 Spezialkategorien

Das FZA enthält für bestimmte Personengruppen (Beamte, Flug- und Kabinenbesatzungsmitglieder, Arbeitslose sowie Wehr- und Zivildienstleistende) Sonderregelungen (vgl. vorstehende Tabelle; VO 883/04 Art. 11).

- ▶▶ Diese Sonderregelungen gelten, sofern es sich um Personen mit Staatsangehörigkeit Schweiz oder der eines der EU-Mitgliedsstaaten handelt.

Dieselben Regeln gelten für beamtete Personen mit EFTA-Staatsangehörigkeit, die in EFTA-Staaten tätig sind.

Beamte

Grundsätzlich haben wir in der Schweiz keine «Beamten» mehr. **Ihnen gleichgestellt sind Mitarbeitende in leitender Funktion von Arbeitgebern mit öffentlich-rechtlichem Charakter** (z.B. die Oberärztin eines Uni-Spitals, die Professorin an einer Fachhochschule). Wenn sie in der Schweiz als «Beamten gleichgestellt» sind und zudem in einem EU-Mitgliedsstaat eine unselbständige oder selbständige Tätigkeit ausüben, sind sie für alle Tätigkeiten in der Schweiz den Sozialversicherungen unterstellt.

Wenn solche Beamte oder ihnen gleichgestellte Mitarbeitende sowohl in der Schweiz als auch in einem der EU-Mitgliedsstaaten als «Beamte» gelten, kommt es zu einem Bruch des Grundsatzes, gleichzeitig nur in einem Mitgliedsstaat den Sozialversicherungen unterstellt zu sein: Das Einkommen wird je im Land, wo es unter dessen Beamtenstatus erzielt wurde, den Sozialversicherungen unterstellt.

Personal auf Schiffen

VO 883/04 Art. 11/IV hält fest, dass das Personal (und ggf. der selbständige Skipper) eines Schiffes unter Schweizer Flagge oder der eines der EU-Mitgliedsstaaten den Sozialversicherungen dieses Mitgliedsstaates (Flaggenstaat) unterstehen. Werden sie aber ihr Entgelt für die Schifffahrt von einem Unternehmen mit Sitz in ihrem Wohnsitzstaat erhalten, hat die sozialversicherungsrechtliche Unterstellung im Wohnsitzstaat zu erfolgen.

Gesprochen wird primär von Schiffen auf See; diese Regelungen gelten aber auch für den zwischenstaatlichen Binnenverkehr.

Ob das **FZA oder das Rheinschifferabkommen** zur Anwendung gelangt, kommt auf das Einsatzgebiet an.

- ▶ Auf dem Rhein, d.h., im Verhältnis zu Deutschland, Belgien, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden, haben die Regelungen des Rheinschifferabkommens Vorrang.
- ▶ Auf den übrigen Gewässern im EU-Raum gilt das FZA.

Personen, die für internationale Transportunternehmen arbeiten

Im Gegensatz zu den vorerwähnten Spezialkategorien unterstehen Arbeitnehmende von internationalen Schienen- und Strassentransportunternehmen (Personen oder Gütertransport) **nicht zwingend dem Recht am Firmensitz**. Mit entsprechender Nationalität kommen für sie die vorerwähnten generellen Bestimmungen des FZA zur Anwendung.

Andernfalls enthalten einige Länderabkommen spezielle Bestimmungen zu im internationalen Schienen- und Strassentransport tätigen Personen. Teilweise sind sie nur auf Drittstaatsangehörige anwendbar.

2.2.5 Selbständigerwerbende

Wird die selbständige Tätigkeit in den EU-Mitgliedsstaaten ausgeübt, unterstehen Selbständigerwerbende der Sozialversicherung ihres Wohnsitzstaates, wenn sie dort mindestens 25 Prozent ihrer Tätigkeit (Arbeitszeit und/oder Umsatz bzw. Einkommen) ausüben. Sonst unterstehen sie der Sozialversicherung des Staates, in dem sich der Mittelpunkt ihrer Tätigkeit (der ständige oder feste Geschäftssitz) befindet.

Ob eine Tätigkeit als selbständiger oder unselbständiger Erwerb gilt, beurteilt sich nach den Rechtsvorschriften des Staates, in welchem diese Tätigkeit ausgeübt wird (VO 987/09 Art. 14 IV).

2.2.5.1 In einem Mitgliedsstaat bzw. der Schweiz unselbständig und im anderen bzw. in der Schweiz selbständig erwerbend

Für Personen, die gleichzeitig eine selbständige und eine unselbständige Erwerbstätigkeit in verschiedenen Staaten ausüben, richtet sich die Unterstellung ausnahmslos nach der **unselbständigen Erwerbstätigkeit**. Demnach sind sämtliche Erwerbseinkommen in dem Staat den Sozialversicherungen zu unterstellen, in dem die Unterstellung aufgrund der unselbständigen Tätigkeit erfolgt.

2.2.6 Verfahren betr. Feststellung/Mitteilung des zuständigen Trägers (VO 987/09 Art. 16)

Personen, die gewöhnlich auf dem Gebiet von zwei oder mehreren Mitgliedsstaaten eine Erwerbstätigkeit ausüben, haben die zuständige Behörde ihres Wohnsitzstaates darüber zu informieren (in der Schweiz die AHV-Ausgleichskasse des Arbeitgebers bzw. die für den/die Selbständigerwerbende/n zuständige).

Hat die Person den Wohnsitz in der Schweiz, ist es die AHV-Ausgleichskasse, die prüft, ob sie unter den Anwendungsbereich des FZA fällt. Wenn ja, erfasst die Ausgleichskasse dies in ALPS (Portal für Versicherungspflicht im internationalen Kontext) und stellt die Bescheinigung A1 aus, die besagt, dass die betreffende Person der schweizerischen Gesetzgebung unterstellt ist. Via EESSI informiert sie die zuständige Behörde des anderen Mitgliedsstaates. Wenn der Sozialversicherungsträger im Mitgliedsstaat noch nicht mit EESSI (Plattform für die Mitgliedsstaaten, die Schweiz hat mittels ALPS den Zugang dazu) angeschlossen ist, erfolgt die Mitteilung per Post.

- ▶ Zur Abklärung, der Versicherungsunterstellung steht ein Hilfsblatt zur Verfügung [Hilfsblatt für die Bestimmung des anwendbaren Sozialversicherungsrechts bei Mehrfachstätigkeit nach VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009; vgl. WVP Anhang 10]. Arbeitgeber und Selbständigerwerbende, die nicht über ALPS mit der AHV-Ausgleichskassen verkehren, können dieses von ihr beziehen.

▶ **ALPS (*Applicable Legislation Platform Switzerland*)**

ALPS ist eine vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) entwickelte Webapplikation, die Arbeitgebern ermöglicht, neue Arbeitseinsätze im Ausland effizient abzuwickeln:

Auf der Plattform ALPS melden die Arbeitgebenden der Ausgleichskasse

- ▶ alle ihnen bekannten Mehrfachstätigkeiten (Mitarbeitende, die ihre Erwerbstätigkeit für einen oder mehrere Arbeitgebende regelmässig in verschiedenen Staaten der EU oder EFTA ausüben) und
- ▶ ihre ins Ausland entsandten Mitarbeitenden für eine Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften (Bescheinigung A1, Certificate of Coverage).

Im umgekehrten Fall muss sich jemand, der in der Schweiz arbeiten will, in seinem Wohnsitzstaat von der zuständigen Behörde die Bescheinigung A1 ausstellen lassen. Um zu prüfen, ob diese Person tatsächlich in einem Mitgliedsstaat (EU) versichert ist, verlangt die AHV-Ausgleichskasse von ihr die vom Sozialversicherungsträger im Mitgliedsstaat vorschriftsgemäss ausgefüllte Bescheinigung A1.

- ▶ Kommt die zuständige ausländische Behörde am Wohnsitz zum Schluss, dass eine Person nicht den Rechtsvorschriften des Wohnsitzstaates unterstellt ist, hat sie die Möglichkeit, die Versicherungsunterstellung vorläufig festzustellen.

Die Feststellung der ausländischen Behörde wird nach zwei Monaten endgültig, ausser die AHV-Ausgleichskasse setzt diese vorher davon in Kenntnis, dass sie die Feststellung noch nicht akzeptieren kann oder diesbezüglich eine andere Auffassung vertritt.

Ist die Ausgleichskasse mit der Unterstellung unter das schweizerische Recht einverstanden, bestätigt sie dies, indem sie die Bescheinigung A1 ausstellt.

- ▶ **Ändert sich die Situation einer Person**, die gewöhnlich in mehreren Staaten arbeitet, muss die Ausgleichskasse die betroffenen zuständigen ausländischen Stellen darüber informieren, dass sie nicht mehr dort arbeitet

und das von ihr (Ausgleichskasse) ausgestellte Formular nicht mehr gültig ist.

Analoges gilt im EFTA-Raum; Vorsicht: Keine Mischung von EU-/EFTA-Bestimmungen. Je nach Nationalität sind sonst die Bestimmungen gemäss Länderabkommen anzuwenden (vgl. 2.2.7).

2.2.6.1 Beitragsabrechnung mit ausländischen Sozialversicherungen

Grenzgänger/innen, die im Wohnsitzstaat eine Beschäftigung ab 25 Prozent (Arbeitszeit und/oder Arbeitsentgelt) ausüben, unterstehen für die gesamten Sozialversicherungen und damit der Beitragsabrechnung dem Wohnsitzstaat. Für den Arbeitgeber im Beschäftigungsland stellt sich die Frage, wie er nun vorzugehen hat.

Für die Beitragsabrechnung stehen zwei Wege offen:

- ▶ Grundsätzlich hat in diesen Fällen der Arbeitgeber im Beschäftigungsland die Arbeitnehmerbeiträge nach ausländischem Recht vom Lohn in Abzug zu bringen und mit dem zuständigen Versicherungsträger im Wohnsitzstaat des Grenzgängers bzw. der Grenzgängerin direkt abzurechnen.
- ▶ Der Arbeitgeber im Beschäftigungsland kann aber auch mit der Arbeitskraft vereinbaren, dass sie selbst die Beiträge in ihrem Wohnsitzstaat abrechnet und er der Arbeitskraft die Arbeitgeberbeiträge vergütet.

Vorgehen: Der ausländische Versicherungsträger im Wohnsitzstaat bestätigt die Unterstellung des Grenzgängers bzw. der Grenzgängerin mit dem Formular A1. Diese Bestätigung nimmt der Arbeitgeber im Beschäftigungsland zu seinen Akten bzw. leitet sie dem für ihn zuständigen Sozialversicherer weiter. Zusätzlich wird das Formular Vereinbarung nach Artikel 21 Absatz 2 der VO 987/09 ausgefüllt, womit bestätigt wird, dass die Arbeitskraft im Wohnsitzstaat selbst für die im Beschäftigungsland erzielten Erwerbseinkommen abrechnet und der Arbeitgeber ihr seinen Beitragsanteil rückvergütet.

- ▶ **Vorsicht:** Der Arbeitgeber haftet voll, wenn der/die Mitarbeitende im Wohnsitzstaat nicht korrekt abrechnet!

2.2.7 «Vierecksverhältnis»

Schweiz–Liechtenstein–Deutschland–Österreich

Da das FZA und das EFTA-Übereinkommen zwei eigenständige Regelwerke ohne Passerelle sind, kann es in den Schnittstellen zu anspruchsvollen Unterstellungsfragen kommen. Dies gilt insbesondere im Verkehr mit Liechtenstein, wo einige Belange des EFTA-Übereinkommens im Länderabkommen präzisiert sind.

Beispiel: Eine Schweizerin ist in Österreich wohnhaft. Zwei Tage pro Woche arbeitet sie in der Schweiz für einen Schweizer Arbeitgeber und zwei Tage in Liechtenstein für einen dortigen Arbeitgeber.

Auf das Arbeitsverhältnis in der Schweiz ist das «EU-» (FZA) anwendbar.

Das Arbeitsverhältnis in Liechtenstein hat keinen Bezug zur Schweiz. Die Arbeitnehmerin (Schweizerin) arbeitet in Liechtenstein und wohnt in Österreich, das nicht der EFTA-angehört. Hier wäre das Vierländerabkommen CH/D/A/FL anwendbar.

3. Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit einzelnen Staaten (Länderabkommen)

3.1 Geltungsbereich der Länderabkommen

Die Länderabkommen gelten in der Regel für die Angehörigen der beiden Vertragsstaaten und deren Territorien (Liste der Vertragsstaaten vgl. 1.1).

Die Schweiz hat mit den meisten EU- und EFTA-Staaten Länderabkommen abgeschlossen. Kein Länderabkommen besteht mit Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen und Rumänien sowie seitens der EFTA mit Island. Die Länderabkommen bleiben weiterhin anwendbar, sofern im konkreten Fall das FZA nicht zum Tragen kommt; d.h., in Bezug auf

- ▶ die Entsendung von Mitarbeitenden, die weder das Schweizer Bürgerrecht noch das eines EU- oder EFTA-Staates besitzen;
- ▶ Mitarbeitende in einem internationalen Strassen-, Schienen-, Luft- oder Schifffahrtsunternehmen, die nicht das Bürgerrecht eines EU- oder EFTA-Staates besitzen;
- ▶ nicht erwerbstätige Personen, die weder das Schweizer Bürgerrecht noch das eines EU- oder EFTA-Staates besitzen.

Nach dem Vollzug des «**Brexits**» (Ausscheiden des vereinigten Königreichs aus der EU) gilt somit wieder einzig das Länderabkommen Schweiz ↔ UK (Vereinigtes Königreich, d.h. UK = England, Schottland und Wales sowie Nordirland; vgl. 3.2.2.).

3.2 Unterstellung unter ein Länderabkommen

Arbeitnehmende unterstehen der Gesetzgebung des Staates, in dem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben (Erwerbsortsprinzip).

Sind sie sowohl in der Schweiz als auch im betreffenden Vertragsstaat erwerbstätig, unterstehen sie der Gesetzgebung beider Staaten (für die in der Schweiz erzielten Erwerbseinkommen unserem Sozialversicherungsrecht und für das im anderen Vertragsstaat erzielte dessen Recht).

Das Erwerbsortsprinzip gilt nur für Arbeitnehmende; Selbständigerwerbende werden in der Regel von den Länderabkommen nicht erfasst.

Ausnahme: Für Selbständigerwerbende gilt im Verhältnis zu China und Japan ebenfalls das Erwerbsortsprinzip.

In den Abkommen mit Indien, Kanada/Quebec, den Philippinen, Südkorea und den USA ist das Wohnorts- bzw. Aufenthaltsprinzip vereinbart. Somit wird das gesamte Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit im Wohnsitz-/Aufenthaltsstaat abgerechnet.

Wenn Indien oder die USA bzw. die Schweiz eine Tätigkeit nicht gleich qualifizieren (selbständig/unselbständig), ist die Qualifikation des Wohnsitzstaates massgebend.

Beispiele: **Mrs. White** ist Verwaltungsrätin in den USA, wo sie auch ihren Wohnsitz hat. Zudem übt sie auch in der Schweiz eine

VR-Tätigkeit aus. In der Schweiz gelten Verwaltungsräte als unselbständig, in den USA hingegen als selbständig erwerbend. Sie ist für alle Einkommen in den USA zu versichern.

Mr. James (mit Wohnsitz in der Schweiz) ist ebenfalls Verwaltungsratsmitglied einer Gesellschaft in den USA. Wie erwähnt, gilt in den USA die VR-Tätigkeit (im Gegensatz zur Schweiz) als selbständig(erwerbend). Mr. James ist auch für diese Tätigkeit in der Schweiz unterstellt.

3.2.1 Nationalität der im Vertragsstaat Erwerbstätigen (für permanente Verhältnisse; d.h. ohne Entsendung)

Das Erwerbortsprinzip wird in der Regel nur auf Personen angewendet, welche die Staatsangehörigkeit der Schweiz bzw. des betreffenden Vertragsstaates besitzen.

In Abweichung davon machen 19 Staaten in der Anwendung des Erwerbortsprinzips keine Einschränkung. Das bedeutet, dass diese Staaten das Erwerbortsprinzip auch auf Angehörige von Drittstaaten anwenden.

Keine Einschränkung in der Anwendung des Erwerbortsprinzips kennen		
▶ Albanien	▶ Irland	▶ Slowakei
▶ Australien ¹	▶ Japan ²	▶ Südkorea
▶ Brasilien	▶ Kanada/Quebec	▶ Tunesien
▶ China	▶ Kosovo	▶ UK
▶ Dänemark	▶ Liechtenstein	▶ USA
▶ Deutschland	▶ Philippinen	
▶ Indien	▶ Schweden	

¹ Nur für Unselbständigerwerbende, sofern Einwohner/in
² Sofern Bewilligung für ständigen Aufenthalt

So untersteht ein in der Schweiz wohnhafter und in Deutschland erwerbstätiger Mexikaner der deutschen Gesetzgebung. Im Gegensatz dazu würde er mit Wohnsitz in der Schweiz und Erwerbstätigkeit in Frankreich in beiden Staaten der Sozialversicherung unterstellt (Doppelunterstellung und -belastung).

Vorgehen betreffend Entsendungen, d.h., befristete Einsätze in einem Mitgliedsstaat, vgl. nachstehend unter 4.

3.2.2 Länderabkommen CH ↔ UK

Infolge des Austritts des Vereinigten Königreichs (UK = England, Schottland und Wales sowie Nordirland und betreffend Abkommen inkl. Gibraltar) aus der EU, d.h. des Brexits, hat die Schweiz mit UK am 09.09.2021 ein neues Länderabkommen abgeschlossen. Vom 01.11.2021 bis zum Inkrafttreten am 01.10.2023 wurde es provisorisch angewendet.

Das neue Abkommen mit dem Vereinigten Königreich lehnt sich zu einem grossen Teil an die Unterstellungsbestimmungen des FZA (VO 883/2004) an und kennt namentlich auch die Entsendung von Selbständigerwerbenden sowie Mehrfachfähigkeitsregelungen für Unselbständig- und Selbständigerwerbende,

die zu einer Unterstellung in einem einzigen Staat führen. Dies ist für Länderabkommen einzigartig; weil sie sonst ein Splitting in der Unterstellung vorsehen. Zwei Besonderheiten gilt es zudem hervorzuheben: Zum einen ist das Abkommen in Bezug auf die Unterstellung auch auf Drittstaatsangehörige anwendbar; zum anderen sind britische Arbeitgebende, die in der Schweiz Arbeitnehmende beschäftigen und über keine Betriebsstätte in der Schweiz verfügen, hier beitragspflichtig. Sie können mit ihren Arbeitnehmenden aber eine Vereinbarung abschliessen, wonach sich diese um die Beitragsabrechnung kümmern (analog dem unter 2.2.6.1 beschriebenen Vorgehen). Zu beachten ist zudem, dass das Abkommen nicht alle Sozialversicherungen erfasst: So sind beispielsweise die Familienzulagen nicht Gegenstand des Abkommens.

Das Sozialversicherungsabkommen mit UK (Vereinigtes Königreich) sieht ebenfalls eine Entsendung auch für vorübergehende grenzüberschreitende Telearbeit vor.

4. Entsendung (befristete Einsätze im Ausland)

Wenn der Arbeitgeber Mitarbeitende befristet im Ausland einsetzt, wird im HR-Management (Personalwesen) von «Entsendung» gesprochen. **Während solcher Auslandseinsätze gehören die Mitarbeitenden nicht mehr automatisch der AHV/IV** (und damit unseren Sozialversicherungen) **an**. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Lohn von der Schweiz aus bezahlt und die Beiträge weiter entrichtet werden.

Der Arbeitgeber muss vorgängig mit der für ihn zuständigen AHV-Ausgleichskasse Kontakt aufnehmen und für den befristeten Auslandseinsatz den Verbleib des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin in der AHV/IV regeln.

Im schweizerischen Sozialversicherungsrecht wird unterschieden zwischen

- ▶ **einer Entsendung** (aufgrund des FZA oder Länderabkommens, vgl. nachstehend) und
- ▶ **einer Weiterführung der Versicherung** (aufgrund des AHVG, vgl. 7.1.1).

4.1 Auswirkung der Entsendung

Während der Entsendedauer bleiben alle Rechte und Pflichten der Gesetzgebung des Ursprungslandes massgebend.

Vom Schweizer Arbeitgeber ins Ausland entsandte Mitarbeitende bleiben ab Vorliegen der Entsendung weiterhin unseren Sozialversicherungen unterstellt. Sie und ihr schweizerischer Arbeitgeber bezahlen weiterhin Beiträge an AHV/IV, Erwerbsersatzordnung, Arbeitslosenversicherung, berufliche Vorsorge und Unfallversicherung. Diese Mitarbeitenden und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen bleiben in der Schweiz obligatorisch krankenversichert. Auch der Anspruch auf schweizerische Familienzulagen bleibt bestehen.

Umgekehrt bleiben von Vertragsstaaten in die Schweiz entsandte Mitarbeitende mit Vorliegen der Entsendungsbescheinigung im Entsendeland den Sozialversicherungen unterstellt und begründen in der Schweiz keine Beitragspflicht und keinen Leistungsanspruch.

- ▶ Für nach Länderabkommen entsandte Personen kann allerdings, je nach Staatsvertrag, eine Unterstellung unter die dortige Kranken- und evtl. Arbeitslosenversicherung vorgesehen sein.

Die entsandte Person (bzw. ihr Arbeitgeber) ist **gegenüber den Sozialversicherungen des Aufenthaltslandes zu keinem Beitrag verpflichtet**, kann zu deren Lasten aber auch keine Leistungen beziehen.

4.1.1 Eine Entsendung ist an folgende Voraussetzungen geknüpft

▶ **Sozialversicherungsabkommen**

Eine Entsendung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ist nur möglich in Länder, mit denen die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat. Ohne Staatsvertrag keine Entsendung!

▶ **Vorübergehende Dauer der Entsendung**

Eine Entsendung ist nur für einen begrenzten Zeitraum möglich.

Es muss vorgesehen sein, dass der/die betreffende Arbeitnehmende nach Ablauf der Entsendedauer wieder in der Schweiz und grundsätzlich vom selben Arbeitgeber beschäftigt wird.

- ▶ Ein vorübergehender Unterbruch der Tätigkeit wegen Krankheit, Ferien oder Einsatz im entsendenden Unternehmen stellt keine Unterbrechung der Entsendung dar.

▶ **Vorhergehende Versicherung im Ursprungsland**

Die entsandte Arbeitskraft muss unmittelbar vor der Entsendung im Ursprungsland versichert gewesen sein – es wird von einer Versicherungsdauer von einem Monat grundsätzlich ausgegangen – und eine wirtschaftlich messbare Tätigkeit ausgeübt haben. Der/die Entsandte muss tatsächlich beim entsendenden Arbeitgeber gearbeitet haben. Es genügt also zum Beispiel nicht, jemanden an einem Arbeitsplatz auszubilden.

▶ **Arbeitsrechtliche Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitskraft**

Zwischen dem entsendenden Arbeitgeber und seiner Arbeitskraft muss während der ganzen Entsendedauer nachweisbar eine arbeitsrechtliche Beziehung bestehen. Insbesondere darf nur der entsendende Arbeitgeber, nicht aber der Einsatzbetrieb, berechtigt sein, das Arbeitsverhältnis durch Kündigung aufzulösen.

Dass der Arbeitgeber die Art der Tätigkeit, die die entsandte Arbeitskraft ausüben wird, in den Grundzügen bestimmen kann, spricht auch für das Vorliegen einer arbeitsrechtlichen Bindung. Die Tätigkeit muss im Interesse und für Rechnung des entsendenden Arbeitgebers verrichtet werden. Dass der Lohn direkt durch ihn ausbezahlt wird, ist hingegen nicht erforderlich.

▶ **Arbeitgeber mit erheblichen wirtschaftlichen Aktivitäten im Ursprungsland**

Der entsendende Arbeitgeber muss im Ursprungsland bereits seit einiger Zeit nennenswerte wirtschaftliche Aktivitäten ausüben. Eine Niederlassung, in der nicht nur Verwaltungspersonal tätig ist, und Bilanzen, die den im Ursprungsland erzielten Umsatz verdeutlichen, sind sichtbare Beweise für diese wirtschaftlichen Aktivitäten.

» **Kein Auswechseln von Entsandten**

VO 883/04 hält fest, dass es nicht zulässig ist, Arbeitnehmende zu entsenden, damit diese Personen ersetzen, deren Entsendezeit abgelaufen ist. Länderabkommen können diesbezüglich offenere Bestimmungen enthalten.

» **Staatsangehörigkeit der Entsandten**

Gemäss FZA ist eine Entsendung auf **Angehörige der Mitgliedsstaaten** (EU-Mitgliedsstaaten und Schweiz im entsprechenden Raum bzw. EFTA-Staaten im EFTA-Raum) beschränkt.

Die Länderabkommen hingegen sehen ausnahmslos von einer Bindung der Entsendung an eine bestimmte Nationalität ab. Somit können auch Bürger/innen von Staaten ausserhalb der EU/EFTA und Nichtvertragsstaatsangehörige gemäss Länderabkommen entsandt werden.

4.2 **Entsendung von Mitarbeitenden in einen Mitgliedsstaat aufgrund des FZA**

4.2.1 **Schweiz/EU (VO 883/04 Art. 12 und 16)**

Massgebend ist die Staatsangehörigkeit der zu entsendenden Person

- ▶ für Entsendungen von der Schweiz in den EU-Raum oder umgekehrt von einem EU-Mitgliedsstaat in die Schweiz.

» Die «Entsendungsbescheinigung» muss – wenn irgendwie möglich – bei der Abreise ins Ausland vorliegen.

Ausnahmsweise kann die Bescheinigung auch während oder sogar nach Ablauf der Entsendung noch ausgestellt werden und dann rückwirkend gelten. (Vorsicht mit Entsendungen nach Frankreich und Österreich; wegen der Gesetzgebung zur Schwarzarbeit, ist auch für Kurzeinsätze von wenigen Stunden vorgängig eine Entsendungsbescheinigung zu beschaffen).

PS Für Personen die immer wieder für einen Tag oder etwas länger zur Montage, Meetings usw. in EU-Mitgliedsstaaten eingesetzt werden müssen, empfiehlt sich das A1 betreffend Mehrfachstätigkeiten (Status 3.2) zu beantragen.

Generell ist eine Entsendung für 24 Monate möglich

Eine Entsendung ist sowohl für Arbeitnehmende als auch für Selbständigerwerbende möglich. Ob das im betreffenden Land erzielte Einkommen als solches aus selbständiger Erwerbstätigkeit oder aus unselbständiger (d.h., solches als Arbeitnehmer/in) gilt, entscheidet in der Koordination der Sozialversicherungssysteme jedes Land für sich.

4.2.1.1 **Formalitäten für die Entsendung aufgrund des FZA**

Im Mitgliedsstaat, wo der vorübergehende Arbeitseinsatz geleistet wird, ist der Verbleib unter der Gesetzgebung des Herkunftsstaates nachzuweisen. Dies geschieht mit der **Bescheinigung A1**.

Mit der Bescheinigung A1 bestätigt der Versicherungsträger die Zugehörigkeit der erwerbstätigen Person (Arbeitnehmer/in oder Selbständigerwerbende/r) zum Sozialversicherungssystem des betreffenden Mitgliedsstaates. Mit dem

Verweis auf die Statusbestätigung «3.1 Entsandte/r Arbeitnehmer/in» gilt das Formular A1 als Entsendungsbescheinigung.

- ▶ Für Entsendungen aus der Schweiz in einen EU- bzw. EFTA-Staat, beantragt der Arbeitgeber vor Beginn der vorübergehenden Tätigkeit des/der Mitarbeitenden über ALPS die Entsendungsbescheinigung (A1).

Wenn der Arbeitgeber über keinen ALPS-Zugang verfügt, kann die Ausgleichskasse von ihm verlangen den «Antrag zur Weitergeltung des schweizerischen Sozialversicherungsrechts während einer vorübergehenden Tätigkeit im Ausland» (WVP Anhang 17) zu stellen. Die Entsendung muss dann von der Ausgleichskasse auf ALPS erfasst werden.

Die Ausgleichskasse lässt die Bescheinigung A1 dem Arbeitgeber zukommen.

- ▶ Die entsandte Person hat die Entsendungsbescheinigung (A1) auf Anfrage – z.B. anlässlich von Kontrollen der ausländischen Behörden – im Ausland vorzuweisen.

Die Arbeitgeber haben die Ausgleichskasse über alle Änderungen zu informieren, die während der Entsendung auftreten, wie z.B. dass die Entsendung nicht erfolgt oder frühzeitig beendet worden ist. Die Ausgleichskasse informiert grundsätzlich den zuständigen ausländischen Träger des Staates der Erwerbstätigkeit über ALPS. Wenn eine Entsendung nicht erfolgt ist, ist in das Datum des Beginns der Entsendung als Datum der vorzeitigen Beendigung einzutragen. Dasselbe Vorgehen gilt auch in Bezug auf die Entsendung Selbständigerwerbender.

Eine Verlängerung der Entsendung

Die Entsendungsbescheinigung (A1) ist für maximal 24 Monate gültig und kann innerhalb dieser Dauer wiederholt durch die Ausgleichskasse verlängert werden. Nach Ablauf der 24 Monate kann der Ausgleichskasse erst nach einer Karenzfrist von zwei Monaten ein erneutes Gesuch um Entsendung gestellt werden.

In allen anderen Fällen ist nicht die Ausgleichskasse, sondern das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), für eine Verlängerung der Entsendung zuständig; weil eine Ausnahmevereinbarung erforderlich ist. Mit Zustimmung der ausländischen Behörde kann die Entsendung im Interesse der Arbeitnehmenden bis **insgesamt maximal sechs Jahre** verlängert werden. Nach Ablauf der sechs Jahre kann dieselbe Person erst nach Ablauf einer Karenzfrist von einem Jahr wieder in denselben Staat entsandt werden.

- ▶ Die Verlängerung muss via ALPS beantragt werden. Wenn der Arbeitgeber über keinen ALPS-Zugang verfügt, muss der Antrag um Entsendeverlängerung der Ausgleichskasse schriftlich gestellt werden. Sie gibt ihn dann für den Arbeitgeber in ALPS ein.

Ist bereits zu Beginn der Entsendung damit zu rechnen, dass die Frist von 24 Monaten nicht ausreichen wird, kann gleich zu Beginn via ALPS ein Antrag auf Sondervereinbarung gestellt werden; dies im Interesse des/der Arbeitnehmenden.

PS betreffend **nicht erwerbstätige Ehegatten**, die die entsandte Person begleiten, vgl. 4.4.

Entsendung von einem EU-Mitgliedsstaat in die Schweiz

Umgekehrt ist auch die Entsendung von einem EU-Mitgliedsstaat in die Schweiz möglich. Dieser Staat händigt dem/der entsandten Mitarbeitenden die Bescheinigung A1 aus. Die via EESSI übermittelten Informationen zur Entsendung aus dem Ausland sind in der Schweiz für die Ausgleichskassen in ALPS verfügbar.

- ▶ Mit Vorlage der Bescheinigung A1 gegenüber der Ausgleichskasse, verbleibt der/die entsandte Mitarbeitende im betreffenden EU-Mitgliedsstaat versichert und hat keinerlei Ansprüche gegenüber unserem Sozialversicherungssystem.

Die AHV-Ausgleichskasse ist grundsätzlich an die Angaben in der Bescheinigung A1 gebunden, solange dieses nicht zurückgezogen und für ungültig erklärt wird. Sie kann jedoch begründete Zweifel an der Richtigkeit des Sachverhalts, welcher der Bescheinigung zugrunde liegt, gegenüber der zuständigen ausländischen Behörde geltend machen.

4.2.1.2 Sonderfall grenzüberschreitende Telearbeit

Die Schweiz hat mit mehreren Staaten der EU und EFTA ein multilaterales Abkommen betr. gewöhnliche grenzüberschreitende Telearbeit (Vereinbarung Telearbeit) unterzeichnet. Es ist seit 01.07.2023 gültig.

Die Vereinbarung Telearbeit betrifft Personen, die im Mitgliedsstaat, in dem sich der Sitz ihres Arbeitgebers befindet, arbeiten und zudem im Wohnstaat Telearbeit (d.h. Arbeitsverrichtung unter Verwendung von Informatikmitteln) leisten. Vorausgesetzt ist, dass beide Staaten die Vereinbarung unterzeichnet haben. Stand 01.01.2024 sind dies (vgl. <https://socialsecurity.belgium.be/en/internationally-active/cross-border-telework-eu-eea-and-switzerland>).

Unterzeichnerstaaten Vereinbarung Telearbeit, Stand 01.01.2024

Belgien	Kroatien	Norwegen	Schweiz
Deutschland	Liechtenstein	Österreich	Slowakei
Finnland	Luxemburg	Polen	Slowenien
Frankreich	Malta	Portugal	Spanien
Italien	Niederlande	Schweden	Tschechien

Wird im Wohnsitzstaat gewöhnlich Telearbeit von weniger als 50 Prozent der Arbeitszeit geleistet, kann der/die Arbeitnehmende gestützt auf die Vereinbarung Telearbeit im Staat des Arbeitgebersitzes unterstellt bleiben.

Für die Berechnung der 50 Prozent ist die Situation der kommenden 12 Kalendermonate zu berücksichtigen (die Grenze kann in einem Monat/einer Woche überschritten werden, wenn es sich aufs ganze Jahr ausgleicht). Hat eine Person mehrere Schweizer Arbeitgeber, **gilt die 50 Prozent-Grenze gesamthaft für die Arbeitszeit bei allen Arbeitgebern.**

Der Wechsel zwischen Telearbeit im Wohnsitzstaat und der Arbeitstätigkeit im Staat, in dem der Arbeitgeber seinen Sitz hat, muss mit einer gewissen Regelmässigkeit erfolgen.

Die Vereinbarung Telearbeit gilt nur für Personen, die in den persönlichen Geltungsbereich des FZA oder des EFTA-Übereinkommens fallen.

Sie ist hingegen nicht anwendbar auf Personen, die

- ▶ neben der Telearbeit im Wohnstaat gewöhnlich weitere Tätigkeiten (z.B. regelmässige Kundenbesuche, selbständige Nebenbeschäftigung) ausüben;
- ▶ neben der Telearbeit im Wohnstaat in einem weiteren EU- bzw. EFTA-Staat gewöhnlich einer Tätigkeit nachgehen;
- ▶ neben der Tätigkeit für ihren Schweizer Arbeitgeber noch für einen Arbeitgeber in einem EU- bzw. EFTA-Staat arbeiten;
- ▶ selbständig erwerbend sind.

Damit die Vereinbarung Telearbeit für eine arbeitnehmende Person zur Anwendung gelangt, hat der Schweizer Arbeitgeber bei der Ausgleichskasse eine **Bescheinigung A1 (ggf. via ALPS) zu beantragen. Diese ist maximal drei Jahre gültig und kann erneut beantragt werden.** Die Bescheinigung A1 ist grundsätzlich ab dem Zeitpunkt des Antrags gültig, kann aber bis zu drei Monaten rückwirkend ausgestellt werden.

Das Sozialversicherungsabkommen mit UK (Vereinigtes Königreich) sieht ebenfalls eine Entsendung auch für vorübergehende grenzüberschreitende Telearbeit vor .

Entsendung von Arbeitnehmenden (Staatsangehörige der EU, EFTA oder der Schweiz) im Fall von grenzüberschreitender Telearbeit

Eine Entsendung von der Schweiz in einen EU- resp. EFTA-Staat ist auch dann möglich, wenn vorübergehend und punktuell vollumfänglich (100% der Arbeitszeit) grenzüberschreitende Telearbeit geleistet wird. Nicht von Bedeutung ist, auf wessen Initiative die Telearbeit erfolgt oder ob der Grund privater oder beruflicher Natur ist, solange dies zwischen der arbeitnehmenden Person und dem Arbeitgeber vereinbart worden ist. Die Entsendung für ausschliessliche Telearbeit darf nicht länger als 24 Monate dauern. Sie ist nicht verlängerbar.

4.2.1.3 Falsche Versicherungsunterstellung im Verhältnis zur EU oder zur EFTA

Ist eine Person fälschlicherweise in der Schweiz unterstellt, obwohl sie in einem EU- oder EFTA-Staat unterstellt sein sollte, meldet dies die Ausgleichskasse der zuständigen ausländischen Stelle und schlägt ihr vor, auf eine rückwirkende Unterstellung zu verzichten, d.h. die Bescheinigung A1 nur mit Wirkung für die Zukunft auszustellen.

Ist eine Person fälschlicherweise in einem EU- oder EFTA-Mitgliedsstaat unterstellt, obwohl sie in der Schweiz unterstellt sein sollte, kann die Ausgleichskasse in Übereinstimmung mit der zuständigen ausländischen Stelle auf eine rückwirkende Unterstellung in der Schweiz verzichten. Die Ausgleichskasse nimmt die Person in die AHV auf und händigt ihr eine Bescheinigung A1 aus.

Rückabwicklung

In Missbrauchsfällen nimmt die Ausgleichskasse in jedem Fall eine Rückabwicklung vor, dies zusammen mit der ausländischen Stelle, um Versicherungslücken zu vermeiden (betr. die 10-jährige Verwirkungsfrist für die Rückerstattung der Beiträge).

Sind noch keine Leistungen (z.B. Familienzulagen, Leistungen der Kranken- oder Unfallversicherung, Leistungen der 2. Säule, usw.) ausgerichtet worden, nimmt die Ausgleichskasse eine Rückabwicklung vor, dies zusammen mit der ausländischen Stelle, um Versicherungslücken zu vermeiden.

- ▶ Soll eine Person rückwirkend dem schweizerischen Recht unterstellt werden, stellt die Ausgleichskasse eine Bescheinigung A1 mit rückwirkender Geltung aus und informiert die zuständige ausländische Stelle.
- ◀ Soll – anders herum – eine Person rückwirkend dem Recht eines anderen Mitgliedsstaates unterstellt werden, bittet die Ausgleichskasse die zuständige ausländische Stelle, eine Bescheinigung A1 mit Geltung ab dem entsprechenden Zeitpunkt auszustellen.

Der Entscheid über die rückwirkende Änderung der Versicherungsunterstellung ist allen im Inland betroffenen Sozialversicherern mitzuteilen.

4.3 Entsendung von Mitarbeitenden aufgrund eines Länderabkommens

In allen Länderabkommen ist vorgesehen, dass Arbeitnehmende weiterhin der Gesetzgebung des Ursprungslandes unterstellt bleiben, wenn sie von einem Unternehmen mit Sitz in diesem Staat für bestimmte Zeit (vorübergehend) zur Arbeitsleistung in das Gebiet des anderen Staates entsandt werden.

Dazu müssen folgende Bedingungen erfüllt sein

- ▶ sie müssen von einem Unternehmen mit Sitz in der Schweiz vorübergehend zur Arbeitsleistung in das Gebiet des Vertragsstaates entsandt werden,
- ▶ sie müssen unmittelbar vor der Entsendung versichert gewesen sein; davon wird bei einer Vorversicherungsdauer von einem Monat grundsätzlich ausgegangen und
- ▶ es muss vorgesehen sein, dass der/die Entsandte nach Ablauf der Entsendedauer wieder in der Schweiz beschäftigt wird; grundsätzlich sollten dieselben Arbeitgebenden beabsichtigen, die Arbeitnehmenden weiterhin zu beschäftigen.

Die Möglichkeit der Entsendung beschränkt sich auf Arbeitnehmende. Nur die Abkommen mit Japan, Tunesien und dem vereinigten Königreich (UK) sehen die Möglichkeit einer Entsendung für Selbständigerwerbende vor.

▶ Die Staatsangehörigkeit der nach Länderabkommen zu entsendenden Person spielt keine Rolle.

So kann eine Senegalesin aufgrund des Länderabkommens mit Deutschland vom Schweizer Arbeitgeber nach Berlin entsandt werden (was aufgrund des FZA als Nicht-EU-Mitgliedsstaatsangehörige nicht möglich ist).

Die Entsendedauer variiert je nach Abkommen

- ▶ **12 Monate** für San Marino
 - ▶ **24 Monate** für Albanien, Bosnien und Herzegowina, Israel, Montenegro, Nordmazedonien, die Philippinen, Serbien, die Türkei, Tunesien (Selbständigerwerbende), Uruguay und das vereinigte Königreich (UK)
- sowie die Länderabkommen der übrigen EU-Mitgliedsstaaten in Bezug auf Personen, die nicht unter den Anwendungsbereich des FZA (VO 883/04) fallen

- ▶ **36 Monate** für Chile
- ▶ **60 Monate** für Australien, Brasilien, Japan, Kanada/Quebec, Kosovo, Tunesien (Unselbständigerwerbende) und die USA
- ▶ **72 Monate** für China, Indien und Südkorea (nicht mehr verlängerbar)

Auf Gesuch hin kann das BSV die Entsendedauer in der Regel bis auf maximal sechs Jahre verlängern; massgebend ist das betreffende Sozialversicherungsabkommen.

Nach Ablauf der Entsendedauer kann nach einer Karenzfrist von zwei Monaten erneut eine Entsendung (vom gleichen Arbeitgeber für dieselbe Person) beantragt werden.

4.3.1 **Formalitäten für Entsendung aus der Schweiz gemäss Länderabkommen**

Arbeitgeber, die Mitarbeitende in einen Vertragsstaat – Basis «Länderabkommen» – entsenden, müssen von ihrer AHV-Ausgleichskasse eine Entsendungsbescheinigung, das «Certificate of Coverage» (Posting), verlangen.

Auch dies erfolgt über ALPS. Wenn Arbeitgeber über keinen ALPS-Zugang verfügen, kann die Ausgleichskasse von den Arbeitgebern verlangen, einen Antrag auf Entsendung auszufüllen (Formular der Ausgleichskasse oder gemäss «Antrag zur Weitergeltung des schweizerischen Sozialversicherungsrechts während einer vorübergehenden Tätigkeit im Ausland»; vgl. VVP Anhang 17). Die Entsendung muss dann von der Ausgleichskasse in ALPS erfasst werden.

Die Ausgleichskasse lässt die Entsendungsbescheinigung «Certificate of Coverage» (CoC) dem Arbeitgeber zukommen.

- ▶ Die entsandte Person hat die Entsendungsbescheinigung (CoC) den ausländischen Behörden vorzuweisen, um eine doppelte Unterstellung zu vermeiden.

Ein erneutes Gesuch für dieselbe Person vom gleichen Arbeitgeber für denselben Einsatz (z.B. in das gleiche Unternehmen oder auf die gleiche Baustelle) in denselben Staat ist grundsätzlich möglich. Nach einer Karenzfrist von zwei Monaten kann von der Ausgleichskasse ein erneutes Gesuch um Entsendung zugelassen werden; Antrag via ALPS oder mit Formular an Ausgleichskasse für Erfassung in ALPS.

Verlängerung der Entsendung nach Länderabkommen

Auf Antrag ans BSV hin kann die Entsendung in der Regel bis zu einer Gesamtdauer von maximal sechs Jahren verlängert werden (massgebend ist das betreffende Länderabkommen). Arbeitgebende richten das entsprechende Gesuch an die Ausgleichskasse, die es via ALPS ans BSV weiterleitet.

- ▶▶ Nach Ablauf der verlängerten Entsendung ist für dieselbe Person in demselben Staat erst nach einer Karenzfrist von einem Jahr wieder eine Entsendung möglich.

Entsendung aus einem Vertragsstaat in die Schweiz

Eine Entsendung nach Länderabkommen ist nicht nur von der Schweiz in einen Vertragsstaat, sondern auch umgekehrt von einem Vertragsstaat in die Schweiz möglich. Dieser Vorgang wird von den Ausgleichskassen in ALPS abgebildet.

4.4 Nichterwerbstätige Ehegatten, die die entsandte Person begleiten
 Grundsätzlich sind nicht erwerbstätige Ehegatten nur solange in der Schweiz versichert, wie sie hier ihren Wohnsitz begründen. Verlegen sie aber für die Zeit der Entsendung ihres Ehegatten ihren Wohnsitz ins Ausland, entfällt die Versicherungsunterstellung in der Schweiz.

- ▶ Nicht erwerbstätige Ehegatten **von aus der Schweiz ins Ausland entsandten** Arbeitnehmenden **können den Beitritt zur AHV erklären** (Schreiben an diejenige AHV-Ausgleichskasse, über welche die Entsendung erfolgt), wenn sie den Wohnsitz in der Schweiz aufgeben. Dadurch bleiben sie in der AHV/IV versichert; dies aufgrund der entsprechenden Beitragszahlung durch den erwerbstätigen Ehegatten beitragsfrei (vgl. 7.2.2 und Kapitel III, AHV, Absatz 6.4.5.2).
- ▶ Für den umgekehrten Fall, **in dem ein nicht erwerbstätiger Ehepartner den in die Schweiz entsandten Ehepartner begleitet, bedingt dies die Unterstellung als Nichterwerbstätige unter unsere AHV/IV**. Es müssen die entsprechenden Nichterwerbstätigenbeiträge entrichtet werden, dies auf Basis des halben ehelichen Vermögens und halben kapitalisierten Lohnes der entsandten Person (vgl. 7.2.2 und Kapitel III, AHV, Absatz 6.4.5.1).

4.4.1 Ausnahmen: im Sinn mitentsandter Ehegatte

Unter besonderen Umständen (und entsprechenden Bestimmungen im jeweiligen Sozialversicherungsabkommen) bleiben begleitende nicht erwerbstätige Ehegatten wie der/die Entsandte weiterhin im Ursprungsland versichert.

In unserer AHV/IV verbleiben

nicht erwerbstätige Ehegatten, die ihren von der Schweiz aus entsandten Ehemann bzw. ihre entsandte Ehefrau in einen der folgenden Staaten begleiten:

Entsendung von der Schweiz: In unserer AHV/IV verbleiben ... Nationalität der begleitenden nicht erwerbstätigen Ehegatten			
Quelle: Wegleitung über die Versicherungspflicht (WVP)			
Unabhängig von Nationalität		Nur wenn <i>nicht</i> Angehörige/r eines EU- oder EFTA-Staates	
Albanien	Liechtenstein	Bulgarien	Zypern
Australien	Montenegro	Dänemark	
Bosnien und Herzegowina	Nord-Mazedonien	Irland	
	Norwegen	Island (nur EFTA)	
Brasilien	Philippinen	Kroatien	
Chile	Serbien	Österreich	
China	Südkorea	Portugal	
Indien	Tunesien	Slowakei	
Japan	UK	Slowenien	
Kanada/Quebec	Uruguay	Tschechien	
Kosovo	USA	Ungarn	

Nicht in unserer AHV/IV zu versichern

Nicht erwerbstätige Ehegatten aus einem der folgenden Staaten, die ihren entsandten Ehemann bzw. ihre entsandte Ehefrau **in die Schweiz** begleiten, bleiben im Ursprungsland versichert und sind nicht unserer AHV/IV zu unterstellen («mitentsandte Ehegatten»):

Entsendung in die Schweiz: Nicht in unserer AHV/IV zu versichern... Nationalität der begleitenden nicht erwerbstätigen Ehegatten Quelle: Wegleitung über die Versicherungspflicht (WVP)			
Unabhängig von Nationalität		Nur wenn <i>nicht</i> Angehörige/r eines EU- oder EFTA-Staates	
Albanien	Montenegro	Bulgarien	Zypern
Bosnien und Herzegowina	Nord-Mazedonien	Dänemark	
	Norwegen	Irland	
Brasilien	Philippinen	Island (nur EFTA)	
Chile	Serbien	Kroatien	
China	Südkorea	Österreich	
Indien	Tunesien	Portugal	
Japan	UK	Slowakei	
Kanada/Quebec	Uruguay	Slowenien	
Kosovo	USA	Tschechien	
Liechtenstein		Ungarn	

5. Staaten, mit denen die Schweiz kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat (Nichtvertragsstaaten)

Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und Erwerbort in einem Nichtvertragsstaat unterstehen für das dort erzielte Erwerbseinkommen unserer AHV. Dies kann zu Doppelbelastungen führen.

◀ Entsendungen in Nichtvertragsstaaten sind nicht möglich.

6. Beispiele für die Unterstellung Erwerbstätiger

6.1 **Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem EU- bzw. EFTA-Staat (z.B. Österreich) und einem Vertragsstaat (Länderabkommen, z.B. Nordmazedonien)**

Für Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates oder der Schweiz, die auch in einem Vertragsstaat ausserhalb des EU-Raums eine unselbständige Erwerbstätigkeit ausüben, sind für die sozialversicherungsmässige Unterstellung zweierlei Sachverhalte massgebend. Dies gilt ebenfalls für Staatsangehörige von Liechtenstein, Island, Norwegen oder der Schweiz, die ausserhalb des EFTA-Raums eine unselbständige Erwerbstätigkeit ausüben. Sie sind unter Umständen gleichzeitig in zwei Vertragsstaaten der Sozialversicherung unterstellt.

- ▶ die in EU-/EFTA-Staaten und ggf. der Schweiz ausgeübte Erwerbstätigkeit wird nach den Unterstellungskriterien des FZA geklärt,
- ▶ diejenige im Vertragsstaat aufgrund des betreffenden Länderabkommens.

6.2 **Wohnsitz in der Schweiz; Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem Vertragsstaat (Länderabkommen, z.B. Nordmazedonien) und einem Nichtvertragsstaat (z.B. Monaco)**

- ▶ Für die im Vertragsstaat ausgeübte Tätigkeit ist für die Unterstellung das Länderabkommen massgebend.
- ▶ Für die im Nichtvertragsstaat ausgeübte Tätigkeit ist das Schweizer Recht massgebend (AHVG).

6.3 **Ausübung einer Erwerbstätigkeit in einem EU-Mitgliedsstaat (z.B. Italien) und einem Nichtvertragsstaat (z.B. Russland)**

- ▶ Für Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates oder der Schweiz mit Erwerbstätigkeiten im EU-Raum bestimmt sich die Unterstellung nach dem FZA. Für schweizerische oder norwegische Staatsangehörige mit Erwerbstätigkeit in Island bestimmt sich die Unterstellung nach dem EFTA-Übereinkommen, das zum FZA analoge Bestimmungen enthält.
- ▶ Für die im Nichtvertragsstaat ausgeübte Tätigkeit ist das Schweizer Recht massgebend (AHVG).

7. **Grenzüberschreitende AHV/IV-Regelungen aus Schweizer Sicht (auch ohne FZA)**

Grundlage für die versicherungsmässige Unterstellung in der Schweiz bildet die Gesetzgebung der AHV. Die Detailbestimmungen finden sich in der Wegleitung über die Versicherungspflicht (WVP), die im Internet unter www.sozialversicherungen.admin.ch (AHV, Grundlagen, Beiträge) eingesehen werden kann. Die AHV-rechtliche Stellung ist personenbezogen und greift mit Ausnahme der Krankenversicherung für das gesamte schweizerische Sozialversicherungssystem.

Versicherteneigenschaft in der AHV/IV
<p>obligatorisch (Pflichtversicherung), AHVG 1a I für natürliche Personen, die</p> <ul style="list-style-type: none">➔ in der Schweiz arbeiten oder➔ hier als nicht erwerbstätig wohnen➔ sowie für Schweizer/innen, die im Dienste der Eidgenossenschaft (Bundespersonalgesetz), einer internationalen Organisation mit Sitz-abkommen oder für ein anerkanntes Hilfswerk im Ausland tätig sind.
<p>fakultative Versicherung für Personen, die nicht mehr obligatorisch versichert sind.</p> <p>» Die Versicherung weiterführen können (AHVG 1a III)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Personen, die im Ausland von einem Schweizer Arbeitgeber beschäftigt und mindestens teilweise von der Schweiz aus entlohnt werden,▶ nicht erwerbstätige Studierende bis Ende Dezember des 30. Altersjahrs mit Wohnsitz im Ausland, wenn sie die unmittelbar letzten fünf Jahre in der Schweizer AHV versichert waren und der Antrag innerhalb von sechs Monaten ab Auslandsaktivität gestellt wird. <p>» Der Versicherung beitreten können (AHVG 1a IV)</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Nicht erwerbstätige Ehegatten, die ihren weiter in unserer AHV/IV obligatorisch (Entsendung, Weiterführung oder gemäss AHVG 1a IV lit. c) versicherten Ehegatten ins Ausland begleiten▶ Personen mit Schweizer Wohnsitz und Beitragspflicht in einem Vertragsstaat gemäss Erwerbsortsprinzip (Doppelversicherung)▶ internationale Beamte mit Schweizer Bürgerrecht, wenn sie nicht mehr in der AHV versichert sind.
<p>» Freiwillige Versicherung gemäss AHVG 2</p> <p>Für Schweizer/innen und Personen, die unter das FZA bzw. das EFTA-Übereinkommen fallen, sofern sie die unmittelbar letzten fünf Jahre in der Schweizer AHV versichert waren, den Wohnsitz ausserhalb der EU-/EFTA-Staaten begründen und den Antrag innerhalb eines Jahres nach Aufgabe des Schweizer Wohnsitzes stellen.</p>

Wer infolge Verlegung des Wohnsitzes und/oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit im Ausland aus der schweizerischen AHV/IV ausscheidet, hat unter gewissen Voraussetzungen die Möglichkeit, der AHV/IV und den übrigen Sozialversicherungen (freiwillig) weiter anzugehören.

7.1 Weiterführen der AHV (AHVG 1a III)

Personen, die ihre Aktivitäten ins Ausland verlegen, verlieren in der Regel den Versicherungsschutz der AHV/IV (Ausscheiden aus der Pflichtversicherung). Da sie oftmals im analogen ausländischen System auch keinen Versicherungsschutz geniessen, wird die Möglichkeit geboten, die AHV/IV weiterzuführen.

- ▶ **Das Weiterführen der obligatorischen Versicherung bedingt, dass Betroffene unmittelbar vor Aufnahme der «Auslandsaktivitäten» mindestens die letzten fünf Jahre ununterbrochen in unserer AHV/IV versichert waren.**
- ▶ **Der entsprechende Antrag muss innerhalb von sechs Monaten ab Aufnahme der «Auslandsaktivitäten» in der zuständigen AHV-Ausgleichskasse eingehen (absolute Verwirkungsfrist).**

7.1.1 Arbeitskräfte, die im Ausland für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz tätig sind und von diesem entlöhnt werden (AHVG 1a III Bst. a, AHVV 5–5c)

Wer für längere Zeit in einem Vertragsstaat eingesetzt und von der Schweiz aus entlöhnt wird oder für seinen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz in einem Nichtvertragsstaat tätig ist, hat in der Regel in der Schweiz keinen Sozialversicherungsschutz.

Solche Mitarbeitende können – unabhängig von ihrer Nationalität – die schweizerische AHV/IV weiterführen, wenn die vorerwähnten Bedingungen (vorgängig fünf Jahre in unserer AHV/IV versichert und Meldung innert sechs Monaten ab Aufnahme der Auslandsaktivität) erfüllt sind und:

- ▶ der/die Mitarbeitende im Ausland für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz tätig ist (Unterordnungs-/Abhängigkeitsverhältnis)
- ▶ ein doppeltes Einverständnis vorliegt: Arbeitgeber und Arbeitnehmer/in müssen der Weiterführung zustimmen.

Das bedeutet, dass neben der AHV/IV/EO auch die ALV, berufliche Vorsorge usw. weitergeführt werden müssen.

- ▶ **Zudem muss mindestens ein Teil des Lohns von der Schweiz aus bezahlt werden. Die Weiterführung bewirkt, dass in der Schweiz auf der ganzen im In- und Ausland erzielten Entlohnung Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten sind;** dies zusätzlich zu allfälligen im Beschäftigungsland erhobenen Sozialversicherungsbeiträgen.

Vorsicht: Der begleitende nicht erwerbstätige Ehegatte und die Kinder sind in der Regel nicht automatisch mitversichert. Hierfür ist der freiwillige Beitritt zu erklären (vgl. 7.2.2).

Verfahren:

Die Weiterführung der Versicherung wird vom Arbeitgeber über ALPS beantragt.

Für Entsendungen aus der Schweiz in einen EU- bzw. EFTA-Staat, beantragt der Arbeitgeber vor Beginn der vorübergehenden Tätigkeit des/der Mitarbeitenden über ALPS die Entsendungsbescheinigung (A1).

Wenn der Arbeitgeber über keinen ALPS-Zugang verfügt, kann die Ausgleichskasse von ihm verlangen den «Antrag zur Weitergeltung des schweizerischen Sozialversicherungsrechts während einer vorübergehenden Tätigkeit im Ausland» (WVP Anhang 17) schriftlich zu stellen. Die Weiterführung muss dann von der Ausgleichskasse in ALPS erfasst werden.

► **Das Antragsformular ist der für den Arbeitgeber zuständigen Ausgleichskasse** (innert sechs Monaten ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit im Ausland) **einzureichen**.

Grundsätzlich gibt es keine zeitliche Befristung für Weiterführungen. Die Weiterführung endet mit dem Arbeitsverhältnis oder mit einer Kündigung (doppeltes Einverständnis) nach 30 Tagen auf Ende eines Monats.

7.1.2 Studierende, die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgeben (AHVG 1a III Bst. b, AHVV 5g–5i, WVP)

Durch einen Studienaufenthalt im Ausland wird dort grundsätzlich kein neuer Wohnsitz begründet.

Das bedeutet, dass entsprechende Nichterwerbstätige während ihres Studiums im Ausland den Wohnsitz in der Schweiz beibehalten und hier der obligatorischen Versicherung angehören. Ab dem 21. Altersjahr müssen sie sich auf der kantonalen AHV-Ausgleichskasse am Wohnsitz zur Erfassung als Nichterwerbstätige melden.

Wohnsitzbegründung im Ausland

Damit die Bestimmungen von AHVG 1a/IIIb greifen, muss der/die Studierende den Wohnsitz im Ausland haben; d.h., dass sich dort der Mittelpunkt ihrer Lebensverhältnisse, ihrer persönlichen, wirtschaftlichen, familiären (und künftigen beruflichen) Beziehungen befindet. Nur **wenige Studierende erfüllen diese Voraussetzung**; ein solcher Fall kann jedoch beispielsweise unter verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Studierenden, die mit ihrer Familie wegziehen, vermutet werden.

Wenn die vorerwähnten Fristen (vgl. 7.1) eingehalten werden, können **solche nicht erwerbstätige Studierende** bis 31. Dezember des 30. Altersjahres die AHV/IV weiterführen. Bis zum 31. Dezember nach Vollendung des 25. Altersjahres entrichten die nicht erwerbstätigen Studierenden den jährlichen Mindestbeitrag von CHF 514.–, danach Beiträge wie Nichterwerbstätige aufgrund ihres Ersatz Einkommens und Vermögens.

Entsprechende Personen in Aus- oder Weiterbildung ab dem 30. Altersjahr können ihren Sozialversicherungsschutz nur noch aufrechterhalten, indem sie der «Freiwilligen Versicherung» gemäss AHVG 2 beitreten. Dies ist allerdings nur möglich, wenn sie den Wohnsitz ausserhalb der EU-/EFTA-Staaten verlegen.

Verfahren:

Die Weiterführung für Studierende kann nur auf schriftliches Gesuch hin unter Beilage der Immatrikulationsbescheinigung einer Lehranstalt weitergeführt werden. Das Gesuch ist der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK, Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf), innerhalb von sechs Monaten ab Studienbeginn im Ausland, zuzustellen.

7.2 Freiwilliger Beitritt zur obligatorischen AHV (AHVG 1a IV)

7.2.1 Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und Erwerbort in einem Vertragsstaat (AHVG 1a IV Bst. a, AHVV 5d–5f)

Für Personen, die nicht im selben Staat wohnen und arbeiten, können die Sozialversicherungsabkommen (sowohl das FZA als auch die Länderabkommen) vorsehen, dass Betroffene nur dem Sozialversicherungssystem am Erwerbort (Beschäftigungslandsprinzip) zu unterstellen sind. Somit sind sie im Wohnsitzstaat nicht mehr versichert.

Unabhängig von der Nationalität können sich Betroffene mit Wohnsitz in der Schweiz – **zusätzlich zur staatlichen Versicherung am Erwerbort** – auch in der Schweiz versichern lassen. Das bedeutet, **dass auf der ganzen Entlohnung im Ausland und auch in der Schweiz die vollen Beiträge** an die AHV/IV/EO und auch die ALV, berufliche Vorsorge usw. bezahlt werden müssen (Unterstellung als «unechter ANobAG»).

Diese Option ist von Ehepaaren zu bedenken, da der nicht erwerbstätige Ehegatte in unserer AHV/IV nicht mehr von der Beitragspflicht befreit ist und er/sie sonst Nichterwerbstätigenbeiträge aufgrund des halben ehelichen Vermögens und des halben kapitalisierten Erwerbseinkommens des Ehegatten entrichten müsste.

Verfahren:

Der Beitritt kann jederzeit auf schriftliches Gesuch hin unter Beilage der Bescheinigung A1 an die kantonale Ausgleichskasse im Wohnsitzkanton gestellt werden. Wenn der Beitritt innerhalb von sechs Monaten ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit in einem Vertragsstaat aufgenommen wird, erfolgt der Beitritt rückwirkend, ab der Aufnahme der Erwerbstätigkeit im Vertragsstaat. Andernfalls erfolgt der Beitritt ab Folgemonat nach Eingang des Beitrittsgesuches.

7.2.2 Nichterwerbstätige, die ihren Ehegatten ins Ausland begleiten (AHVG 1a IV Bst. c, AHVV 5j und 5k)

Nur solange sie den Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben, sind nicht erwerbstätige Ehegatten ggf. von der Beitragspflicht befreit, ohne dass etwas vorzukehren wäre!

Nichterwerbstätige, die ihren Ehemann bzw. ihre Ehefrau – bzw. eingetragenen Partner/eingetragene Partnerin (PartG) – auf dem Auslandseinsatz begleiten, verlieren in der Regel den Versicherungsschutz mit Aufgabe des Schweizer Wohnsitzes. Die Beitrittserklärung ist an die Ausgleichskasse des Wohnsitzkantons zu richten.

▶ Der nicht erwerbstätige Ehegatte – bzw. eingetragene Partner/eingetragene Partnerin (PartG) – **ist nach der Beitrittserklärung versichert und von der Beitragspflicht befreit**, wenn der andere in unserer AHV/IV als erwerbstätig (freiwillig oder obligatorisch) unterstellt ist und pro Kalenderjahr aus Erwerbstätigkeit mindestens CHF 1028.– AHV/IV/EO-Beiträge entrichtet.

Die Staatsangehörigkeit des nicht erwerbstätigen Ehegatten spielt für den Beitritt keine Rolle und es ist auch keine vorbestandene Versicherungsdauer erforderlich.

▶ Ist mindestens ein Elternteil in unserer AHV versichert, können die Kinder an allfälligen AHV/IV-Renten partizipieren (Kinder- oder Waisenrente) und in der Regel, wo erforderlich, auch IV-Leistungen für Minderjährige erhalten. Sie erhalten somit Leistungen, ohne selbst versichert zu sein. Selbst versichert ist das Kind, solange es den Wohnsitz und Aufenthalt im Ausland hat, nur wenn es der freiwilligen Versicherung gemäss AHVG 2 beigetreten ist.

7.2.3 Internationale Beamte und Beamtinnen mit Schweizer Bürgerrecht (AHVG 1a IV Bst. b)

Schweizer/innen sind ab ihrem Beitritt zum Vorsorgesystem der internationalen Organisation (z.B. der UNO) nicht mehr in unserer AHV/IV versichert. Dies auch nicht für einen allfälligen Nebenerwerb. Sie haben jedoch innert dreier Monate (absolute Verwirkungsfrist) nach Anschluss an die Vorsorgeeinrichtung der Organisation die Möglichkeit, sich über die kantonale Ausgleichskasse (Wohnsitz) freiwillig auch der AHV/IV/EO/ALV anzuschliessen.

7.3 Die Freiwillige Versicherung (AHVG 2, VFV) Schweizer/innen und Angehörige von EU- oder EFTA-Staaten können nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung in unserer AHV/IV verbleiben (nicht aber in anderen Sozialversicherungen). Dazu muss die betroffene Person sämtliche nachstehenden Bedingungen erfüllen: Sie muss

- ▶ die letzten fünf Jahre ununterbrochen in unserer AHV/IV versichert gewesen sein;
- ▶ den Wohnsitz ausserhalb der EU- und EFTA-Staaten begründen
- ▶ und den Beitritt innert Jahresfrist nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung erklären.

Erwerbstätige haben AHV/IV-Beiträge von 10,1 Prozent (kein Beitrag an EO!) des Erwerbseinkommens (zuzüglich rund 0,5 Prozent Verwaltungskosten) zu entrichten – dies ggf. zusätzlich zu den im betreffenden Wohnsitzstaat zu entrichtenden Beiträgen. Für Nichterwerbstätige richtet sich die Beitragshöhe wie in der Schweiz nach dem Vermögen und dem kapitalisierten Ersatzeinkommen. Allerdings beginnt die Beitragsskala mit CHF 980.– (ab 2023) pro Jahr, dies auch für massgebende Vermögen unter CHF 590 000.– (AHV/IV-, aber kein EO-Beitrag).

Der Antrag auf Unterstellung ist der zuständigen Schweizer Botschaft bzw. dem entsprechenden Konsulat am Wohnort zuhänden der Schweizerischen Ausgleichskasse fristgemäss einzureichen. Die mittels Verfügung geltend gemachten Beiträge sind mit der Schweizerischen Ausgleichskasse in Genf in Schweizer Franken abzurechnen (Zahlungsverzug führt nach Mahnung zum Ausschluss aus der Versicherung).

8. Unterstellung unter die übrigen Sozialversicherungen aus Schweizer Sicht

Die sozialversicherungsrechtliche Unterstellung beschränkt sich nicht nur auf die Rentenversicherung. Neben der AHV/IV sind auch die Kranken- und Unfallversicherung, die berufliche Vorsorge, die Arbeitslosenversicherung und die Familienzulagen betroffen.

In der Schweiz ist es die AHV (d.h., die AHV-Ausgleichskassen), die für alle Sozialversicherungen über die sozialversicherungsrechtliche Zugehörigkeit entscheidet. Nachfolgend sind einige Besonderheiten in Bezug auf den Sozialversicherungsschutz in grenzüberschreitenden Beziehungen aufgezeigt. Details zum Leistungsbezug und zur Auszahlung der Geldleistungen ins Ausland finden sich jeweils im betreffenden Kapitel.

8.1 Arbeitslosenversicherung/Arbeitslosenentschädigung (ALE)

Das FZA zeigt in Bezug auf die Arbeitslosenentschädigung Wirkung: die Regelung für arbeitslos gewordene Kurzaufenthalter/innen, die Totalisierung der Beitragszeiten und die Stellensuche im anderen Vertragsstaat.

Grenzgänger/innen,

die in der Schweiz arbeiten, aber ihren Wohnsitz in einem Nachbarstaat begründen (und dort keine wesentliche Erwerbstätigkeit ausüben), sind im Beschäftigungsland, d.h., in der Schweiz, der ALV-Beitragspflicht unterstellt. Als Arbeitslose aber haben sie im Wohnsitzstaat nach dessen gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung. Eine allfällige Kurzarbeits-/Schlechtwetter- oder Insolvenzenschädigung wird aber von der Schweiz als Beschäftigungsland ausgerichtet.

Mit VO 883/04 wurde für Grenzgänger/innen die Möglichkeit geschaffen, auch der Arbeitsvermittlung im letzten Beschäftigungsland zur Verfügung zu stehen. Dafür unterliegen sie den dortigen Vorschriften. Die Leistungen erhalten sie aber ausschliesslich vom Wohnsitzstaat.

Beispiel: Ein in D-Lörrach wohnhafter Deutscher hat seine Anstellung in einer Basler Bank verloren.

Er untersteht der deutschen Arbeitslosenversicherung, kann aber in der Schweiz nach Arbeit suchen und sich beim CH-RAV melden. Dieses verkehrt dann betreffend Nachweis der Arbeitsbemühungen mit den deutschen Behörden (Agentur für Arbeit).

Kurzaufenthalter/innen,

die ihre Arbeitsstelle verloren haben, können nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses als Arbeitslose (Nichterwerbstätige) in der Schweiz bleiben und den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung geltend machen.

Totalisierung der Beitragszeit

Grundsätzlich können sich in der Schweiz arbeitslos gewordene Angehörige von EU-Mitgliedsstaaten für das Bestehen unserer «Rahmenfrist für die Beitragszeit» im EU-Raum zurückgelegte Beitragszeiten anrechnen lassen. In Vertragsstaaten zurückgelegte **Beitragszeiten** können nur berücksichtigt werden (Totalisierung, Formular PD U1 via RAV), wenn der/die Betroffene in der Schweiz mindestens einen Tag gearbeitet hat. Für Kurzaufenthalter ist die Anrechnung ausländischer Versicherungszeiten allerdings erst nach dem Bestehen einer Übergangsfrist möglich (vgl. 2.1.1.2 Geltungsbereich zeitlich).

Für Staatsangehörige von Bulgarien und Rumänien mit Kurzaufenthaltsbewilligung ist die Anrechnung erst seit Juni 2016 möglich. Auf Kroatien, das seit Juli 2013 EU-Mitgliedsstaat ist, wurde das FZA per 1. Januar 2017 ausgedehnt. Betr. ALV gilt es zu beachten, dass Kurzaufenthalter/innen während sieben Jahren keinen Anspruch auf Totalisierung der Versicherungszeiten haben.

Schweizer Arbeitslosenversicherung für in der Schweiz arbeitslos gewordene EU-/EFTA-Staatsangehörige <small>Quelle: Seco/gebo Sozialversicherungen, Dübendorf</small>				
Status	Zuständige Rechtsordnung	Basis für Entschädigung	Versicherungszeit totalisiert	Stellensuche im Ausland (mit Export ALE)
Dauer-aufenthalt B- (5 J.) oder C-Bewilligung	CH (Wohnsitz)	CH	ja, möglich	ja, maximal 3 Monate
Kurzaufenthalt (bis 354 Tage) L-Bewilligung	CH	CH	ja, ausser Kroatien (Übergangsfrist)	ja, maximal 3 Monate
Grenzgänger	Wohnsitz	CH effektiv ¹	ja	ja
¹ Die Entschädigung im Wohnsitzstaat richtet sich nach dem in der Schweiz effektiv erzielten Einkommen. Das FZA wurde per 01.01.2017 auf Kroatien ausgedehnt, die Totalisierung der Versicherungszeiten für Kurzaufenthalter/innen gilt erst ab 01.01.2023.				

Brexit

Seit 01.02.2021 ist das FZA zwischen der Schweiz und der EU nicht mehr auf UK (Vereinigtes Königreich = England, Schottland und Wales sowie Nordirland) anwendbar.

Ausnahme: Staatsangehörige der Schweiz, des Vereinigten Königreichs sowie der EU-Mitgliedsstaaten, für die das FZA am 31. Dezember 2020 anwendbar war, haben weiterhin Anspruch auf die Zusammenrechnung der Beitragszeiten und auf den Leistungsexport.

Nach dem neuen Abkommen CH↔UK ist eine Totalisierung von Beitragszeiten grundsätzlich möglich (Art. 56; vorläufig ab 01.11.2021 und definitiv ab 01.10.2023 in Kraft).

Stellensuche im anderen Mitgliedsstaat

Quelle: Seco: Leistungen bei Arbeitssuche im Ausland (EU- oder EFTA-Mitgliedsstaat); Ergänzungsinformation zum Info-Service «Arbeitslosigkeit», Stand April 2024.

In der Schweiz arbeitslos gewordene Personen haben das Recht, sich **in einem EU- oder EFTA-Staat um Arbeit** zu bemühen. Allerdings hat die Stellensuche auf dem inländischen Arbeitsmarkt Vorrang. Wer aber während mindestens vier Wochen in der Schweiz vergeblich nach Arbeit gesucht hat, kann sich während längstens dreier Monate (andere Mitgliedsstaaten kennen hierfür teilweise eine sechsmonatige Frist der Mitnahmedauer) in einem Vertragsstaat darum bemühen.

- ▶ Sofern die betroffene Person **im Staat der Arbeitssuche gemeldet ist**, erhält sie die Arbeitslosenentschädigung von der Schweiz ausbezahlt. Dies, sofern sie die Kontrollvorschriften (im Mitgliedsstaat informell und in der Schweiz formell) erfüllt. Auch während des Leistungsexports stehen die versicherte Person und das RAV bzw. die Arbeitslosenkasse im gegenseitigen Kontakt.

Ein solches Ansinnen ist allerdings mit einem grösseren administrativen Aufwand verbunden (Formular PD U2 und AVP, ein speziell für den Leistungsexport kreiertes Formular) und es kann zu zeitlichen Verzögerungen kommen.

8.2 Krankenversicherung

8.2.1 Aus Blickwinkel des FZA

In der Koordination der Krankenversicherungssysteme sieht sich die Schweiz mit systemfremden Elementen konfrontiert:

- ▶ In den EU-Mitgliedsstaaten sowie in Norwegen und Island sind die Krankenversicherungen in der Regel lohnprozentual finanziert und über die erwerbstätige Person sind ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen (Ehegatte und Kinder) mitversichert.
- ▶ Zudem gehen Freizeitunfälle zulasten der Krankenversicherung, weil die Krankentaggeldversicherung obligatorisch (Pflichtversicherung) ist. Die Unterstellung erfolgt generell nach dem Beschäftigungslandsprinzip.

In der Schweiz sind es die AHV-Ausgleichskassen, die über die sozialversicherungsrechtliche Unterstellung entscheiden. In Bezug auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP; Grundversicherung) haben die Kantone für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen; d.h., sie haben zu prüfen, ob sich hier zu versichernde Personen einer entsprechenden Krankenversicherung angeschlossen haben.

- ▶ Wenn die Bescheinigung A1 vorgelegt wird, woraus hervorgeht, welche Rechtsvorschriften für die betreffende Person anwendbar sind, hat sich der Kanton daran zu halten.

Ist in konkreten Einzelfällen die sozialversicherungsrechtliche Unterstellung unklar oder strittig, muss die kantonale Durchführungsstelle (vgl. Liste des BAG) mit der für die betreffende Person zuständigen AHV-Ausgleichskasse Kontakt aufnehmen.

In der Folge wird auf die Krankenversicherung für Personen in bestimmten Lebenslagen eingegangen.

Zum FZA analoge Bestimmungen gelten aufgrund des Sozialversicherungsabkommens CH ⇔ UK (Vereinigtes Königreich).

8.2.1.1 Grenzgänger/innen (Schweizer/innen, Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates oder von Island bzw. Norwegen)

▶ **Solche in der Schweiz wohnhafte Personen, die in einem EU-Mitgliedsstaat erwerbstätig sind** und hier keine wesentliche Tätigkeit (d.h., unter 25 Prozent) ausüben, unterstehen den Sozialversicherungen im entsprechenden Beschäftigungsland. Das gilt auch für die Krankenversicherung (keine Ausnahmen).

▶ Nicht erwerbstätige Ehegatten und Kinder sind mit dem erwerbstätigen Familienangehörigen im Ausland zu versichern (kein Wahlrecht!).

▶ **Solche in einem EU-Mitgliedsstaat wohnhafte Personen, die in der Schweiz erwerbstätig sind**, und im Wohnsitzstaat keine wesentliche Tätigkeit (d.h., unter 25 Prozent) ausüben, unterstehen den schweizerischen Sozialversicherungen. Das bedeutet, dass sie und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in der Schweiz krankenversichert sein müssen.

Allerdings besteht gemäss Anhang IX zur VO 883/04 für gewisse Nationalitäten die Möglichkeit, weiterhin im Wohnsitzstaat krankenversichert zu bleiben, wenn die dortige Versicherungsdeckung im Vergleich zur Schweiz gleichwertig ist. Über die Gleichwertigkeit entscheiden die Kantone (vgl. Liste).

▶ Grundsätzlich sind nicht erwerbstätige Ehegatten und Kinder mit dem erwerbstätigen Familienangehörigen in der Schweiz zu versichern (Sonderregelungen gemäss Zusatzabkommen möglich, vgl. nachstehende Tabelle).

▶ Sie haben innerhalb von drei Monaten ab Aufnahme der entsprechenden Erwerbstätigkeit in der Schweiz der am Erwerbort zuständigen Stelle den Antrag auf Verbleib der Krankenversicherung im Wohnsitzstaat zu stellen. Wird diese Frist verpasst, müssen sie in der Schweiz krankenversichert sein.

Grenzgänger/innen und auch ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen haben die Wahl, ob sie sich im Wohnsitzstaat oder im für die Krankenversicherung zuständigen Mitgliedsstaat behandeln lassen wollen (VO 883/04 Art. 18 I).

Versicherungspflicht und Optionsrecht in der Krankenversicherung

Quelle: Gemeinsame Einrichtung KVG; gemäss Anhang XI zur Verordnung (EG) 883/04
Die folgende Übersicht zeigt auf, wer sich auf Grundlage bilateraler Vereinbarungen in der Schweiz nach KVG versichern muss, wer zwischen der Versicherung in der Schweiz und der Versicherung im Wohnstaat wählen kann (Optionsrecht CH/EU-Mitgliedsstaat) und wer sich im Wohnstaat versichern muss.

Personenkategorie	EU-Code	Grenzgänger	Nicht erwerbstätige Familienangehörige des Grenzgängers	Rentner	Nicht erwerbstätige Familienangehörige des Rentners	Arbeitslose	Nicht erwerbstätige Familienangehörige des Arbeitslosen	Nicht erwerbstätige Familienangehörige eines Arbeitnehmers/Selbstständigen, der in der Schweiz wohnt und versichert ist
Wohnstaat (EU)		Versicherungsstaat						
Belgien	BE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Bulgarien	BG	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Dänemark	DK	CH	DK	CH	DK	CH	DK	DK
Deutschland	DE	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH
Estland	EE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Finnland	FI	CH	FI/CH	CH	FI/CH	CH	FI/CH	FI/CH
Frankreich	FR	FR/CH	FR/CH ¹	FR/CH	FR/CH ¹	FR/CH	FR/CH ¹	FR/CH
Griechenland	EL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Irland	IE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Italien	IT	IT/CH	IT/CH ¹	IT/CH	IT/CH ¹	IT/CH	IT/CH ¹	IT/CH
Kroatien	HR	CH	CH	CH	CH	CH	CH	UK
Lettland	LV	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Litauen	LT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Luxemburg	LU	CH	CH	CH	CH	CH	CH	UK
Malta	MT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Niederlande	NL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Österreich	AT	AT/CH	AT/CH ¹	AT/CH	AT/CH ¹	AT/CH	AT/CH ¹	AT/CH
Polen	PL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Portugal	PT	CH	PT	PT/CH	PT	CH	PT	PT
Rumänien	RO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Schweden	SE	CH	SE	CH	SE	CH	SE	SE
Slowakei	SK	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Slowenien	SI	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Spanien	ES	CH	ES	ES/CH ²	ES/CH ¹	CH	ES	ES
Ungarn	HU	CH	HU	CH	CH	CH	HU	HU
Tschechien	CZ	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Vereinigtes Königreich	UK*	CH	UK	CH	UK	CH	UK	UK
Zypern	CY	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Wohnstaat (EFTA)		Versicherungsstaat						
Island	IS	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Liechtenstein	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI
Norwegen	NO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Quelle: Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen; Anhang XI zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004								
* Quelle: Sozialversicherungsabkommen CH-UK seit 1. November 2021								
¹ Versicherung in demselben Staat wie die Grenzgänger, Rentner, Arbeitslosen								
² Optionsrecht gilt nur für schweizerische und spanische Staatsangehörige (Quelle: «convenio especial de asistencia sanitaria»)								

8.2.1.11 Behandlungskosten in der Schweiz für hier Versicherte ab 2018

Grenzgänger/innen und Rentner/innen sowie ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz OKP-versichert sind (obligatorische Krankenpflegeversicherung der Schweiz), erfahren Verbesserungen. Die Kantone müssen für diese Versicherten rund die Hälfte der Kosten für stationäre Spitalbehandlungen übernehmen, wie es für in der Schweiz wohnhafte Versicherte der Fall ist. Die andere Hälfte der Kosten übernimmt die Krankenversicherung. Diese Versicherten können neuerdings im Fall einer stationären Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen. Für Grenzgänger/innen werden höchstens Leistungen gemäss Tarif des Erwerbskantons übernommen, für Rentner/innen solche gemäss Tarif des Kantons Bern.

8.2.1.2 Zuständigkeit betreffend Krankenversicherung für Personen, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind

- ▶ **Arbeitslose** unterliegen den Rechtsvorschriften des Staates, der die Arbeitslosenentschädigung auszahlt.
- ▶ **Bezüger/innen von Alters- oder Invalidenrenten** bleiben in der Regel im selben Staat krankenversichert, in dem sie zuvor als erwerbstätig versichert waren (VO 883/04 Art. 22).
Ausnahme für Personen mit Renten aus mehreren Mitgliedsstaaten:
 - ▶ wenn eine davon aus dem Wohnsitzstaat, dort krankenversichert (VO 883/04, Art. 23)
 - ▶ andernfalls in dem Staat, wo die längste Versicherungsdauer zurückgelegt wurde (VO 883/04 Art. 24 II Bst. b).

8.2.1.3 Details betreffend Vorgehen (permanente Verhältnisse)

- ▶ Wer nicht im selben Mitgliedsstaat wohnt, wo er/sie versichert ist, muss im Wohnsitzstaat einen aushelfenden Träger wählen. Dazu ist das **Formular S1** auszufüllen und weiterzuleiten.
- ▶ Wer in der Schweiz krankenversichert bleiben will oder muss, hat zuerst abzuklären, ob der gewünschte Krankenversicherer einen Tarif für den betreffenden Vertragsstaat anbietet. Ferner gilt es von den möglichen Versicherern eine Offerte einzuholen und das beste Angebot bezüglich Preis und Service zu ergründen (teilweise erhebliche Unterschiede!).

Vgl. www.bag-admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Im Ausland wohnhafte Versicherte

Zuständige kantonale Stellen für die Abklärung gleichwertiger Versicherungsdeckung (Befreiung vom Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz) Quelle: BAG, Ratgeber obligatorische Krankenversicherung, Stand Januar 2024		
AG	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
AI	Gesundheits- und Sozialdepartement, 9050 Appenzell	www.ai.ch
AR	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
BE	Amt für Sozialversicherungen, 3072 Ostermundigen	www.be.ch/pvo
BL	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
BS	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
FR	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger/innen: Gemeinde des Aufenthaltsorts	
GE	Service de l'assurance-maladie, 1207 Genève	www.ge.ch
GL	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
GR	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger/innen: Gemeinde des Aufenthaltsorts	
JU	Caisse de compensation du canton du Jura, 2350 Saignelégier	www.caisseavjura.ch
LU	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales, Ausgleichskasse Luzern, 6000 Luzern 15	www.was-luzern.ch/ak
NE	Office cantonal de l'assurance-maladie, 2002 Neuchâtel	www.ne.ch
NW	Ausgleichskasse Nidwalden, 6371 Stans	www.aknw.ch
OW	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
SG	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger/innen: Gemeinde des Aufenthaltsorts	
SH	SVA Sozialversicherungsamt Schaffhausen, 8200 Schaffhausen	www.svash.ch
SO	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
SZ	Ausgleichskasse Schwyz, Abteilung Leistungen (KVG), 6431 Schwyz	www.aksz.ch
TG	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger/innen: Gemeinde des Aufenthaltsorts; Amt für Gesundheit, 8510 Frauenfeld	www.gesundheit.tg.ch
TI	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo, 6500 Bellinzona	www.ti.ch
UR	Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
VD	Office vaudoise de l'assurance-maladie (OVAM), 1014 Lausanne	www.vd.ch
VS	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger/innen: Gemeinde des Aufenthaltsorts	
ZG	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger/innen: Gemeinde des Aufenthaltsorts; bzw. Stadt Zug, Steinhausen, Risch Rotkreuz: Gemeinsame Einrichtung KVG, 4600 Olten	www.kvg.org
ZH	Sozialversicherungsamt des Kantons Zürich, Krankenversicherungspflicht, 8087 Zürich	www.svazurich.ch

Zudem entscheidet die Gemeinsame Einrichtung KVG über Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentner/innen und ihren Familienangehörigen mit Wohnsitz in einem Staat mit Optionsrecht.

In welchem Land können Sie sich behandeln lassen?

Alle in der Schweiz krankenversicherten Personen, die in einem EU-Mitgliedsstaat, in Island oder Norwegen wohnen (Grenzgänger/innen, Rentner/innen, Arbeitslose sowie ihre nicht erwerbstätigen Ehegatten und Kinder) **haben das Behandlungswahlrecht**

► d.h., sie können sich wahlweise im Wohnsitzstaat oder in der Schweiz behandeln lassen.

Für die stationäre Behandlung vergüten der Schweizerische Krankenversicherer und Kanton höchstens die Kosten nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Kantons zu dem der Anknüpfungspunkt besteht. Wo kein Anknüpfungspunkt besteht, kommt der Tarif des Kantons Bern zur Anwendung (KVG 41 II^{bis}+II^{ter}, 49a II lit. b; KVV 36b).

Lassen sich Grenzgänger/innen, entsandte oder «weitergeführte» Arbeitnehmende und Personen im öffentlichen Dienst sowie ihre Angehörigen im Ausland behandeln, wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz vergütet würden. Für Entbindungen im Ausland wird höchstens der einfache Betrag übernommen (KVV 36 IV). Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe.

PS Die Kantone bzw. der Bund gewähren den in der Schweiz versicherten Personen, (die in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. in Island oder Norwegen wohnen), in bescheiden wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen (KVG 65a–66a). Details vgl. www.bsv.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > im Ausland wohnhafte Versicherte > Prämien und Prämienverbilligungen.

Personen mit Wohnsitz in der Schweiz dürfen sich aber für Wahlbehandlungen nicht zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) ins Ausland begeben. Die Schweiz hat – wie viele EU-Mitgliedsstaaten – diese Möglichkeit der VO 883/04 wegbedungen.

► Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (KVV 36a)

Das BAG (Bundesamt für Gesundheit) kann Programme zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bewilligen, die eine Kostenübernahme durch Versicherer für Leistungen vorsehen, die in Grenzgebieten für in der Schweiz wohnhafte Versicherte erbracht werden.

Seit 2018 ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich dauerhaft möglich. Die bestehenden Pilotprojekte der Kantone und der Krankenversicherer im Raum Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein können dauernd weitergeführt werden. Die Kantone können neue Zusammenarbeitsprogramme in grenznahen Regionen beantragen.

Keine Kostenvergütung seitens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz von

- ▶ **Transport- und Rettungskosten** für eine in einem EU-/EFTA-Mitgliedsstaat erkrankte oder verunfallte und in der Schweiz versicherte Person. Ob solche Kosten im betreffenden Mitgliedsstaat mitversichert sind, beurteilt sich nach dessen Bestimmungen. Für im übrigen Ausland erkrankte oder verunfallte Personen werden keine Transport- und Rettungskosten übernommen.
- ▶ **Behandlung in Privatspitälern** (erkrankte oder verunfallte Personen aus der Schweiz werden oft in Privatspitäler gebracht).

Der Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung (VVG) wird dringend empfohlen.

8.2.1.4 Erkrankung während Ferien in einem Mitgliedsstaat –

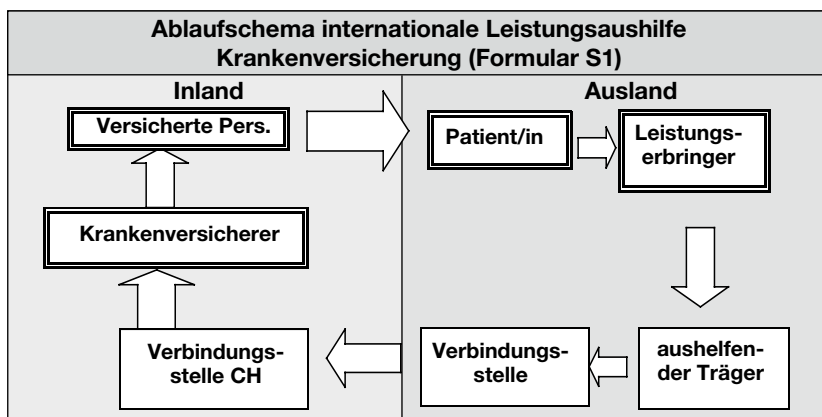
Leistungsaushilfe (VO 883/04 Art. 19, vorübergehende Verhältnisse)

Für den Bezug von medizinischen Leistungen geht das FZA vom Prinzip der Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort aus. Erkrankt oder verunfallt eine versicherte Person in einem **anderen Mitgliedsstaat**, als sie versichert ist, **wird sie im betreffenden Staat zu denselben Konditionen behandelt wie eine Angehörige dieses Staates**. Es gelten auch die im betreffenden Mitgliedsstaat gesetzlich festgelegten Kostenbeteiligungen (Selbstbehalt und Franchise), dies ggf. in Abweichung zu der in der Schweiz getroffenen Krankenversicherungslösung.

Von in der Schweiz versicherten, aber in einem EU-/EFTA-Mitgliedsstaat oder im übrigen Ausland erkrankten oder verunfallten Personen werden keine Transport- und Rettungskosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen.

- ▶▶ Damit die im anderen Mitgliedsstaat erforderlich gewordenen Leistungen abgerechnet werden können, muss die **EKVK** (Europäische Krankenversichertenkarte) vorgelegt und vor Ort ein **aushelfender Träger** gewählt werden, der mit der Verbindungsstelle abrechnet.

Wer selbst bezahlt, muss eine detaillierte Rechnung verlangen, damit der Krankenversicherer zu Hause die entsprechenden Kosten vergüten kann! Dabei erfolgt die Kostenübernahme nach dem Recht des Behandlungsstaates. Sofern die versicherte Person damit einverstanden ist, kann nach schweizerischen Tarifen abgerechnet werden.



8.2.2 Krankenversicherung von Personen, die vom Schweizer Arbeitgeber im Ausland beschäftigt werden (KVG 3; KVV 4, 36 IV)

Der Umfang der Leistungsübernahme durch die soziale Krankenpflegeversicherung fällt je nach Nationalität und Einsatzland des/der betroffenen Mitarbeitenden unterschiedlich aus.

- ▶ Für entsandte Mitarbeitende mit Staatsangehörigkeit eines EU-Mitgliedsstaates, die in einem EU-/EFTA-Staat erkranken, kommt die Leistungsaushilfe **gemäss FZA** zum Tragen (Wahl eines aushelfenden Trägers, der für die ganze Entsendedauer im Bedarfsfall zuständig wird – gilt ggf. auch für begleitende nicht erwerbstätige Ehegatten und Kinder). Analoge Bestimmungen finden sich betreffend Island und Norwegen (EFTA).
- ▶ **Die Sozialversicherungsabkommen zwischen der Schweiz und Indien, Japan, Kroatien, Mazedonien und UK (Vereinigtes Königreich) umfassen auch die soziale Krankenversicherung.** Ungeachtet ihrer Nationalität bleiben vom Schweizer Arbeitgeber in einen dieser fünf Staaten entsandte Mitarbeitende in unserer Krankenversicherung.

Umgekehrt verbleiben vom dortigen Arbeitgeber in die Schweiz entsandte Personen in der Krankenversicherung im betreffenden Staat. Der Kanton darf in einem solchen Fall weder die Gleichwertigkeit der ausländischen Versicherung überprüfen noch eine Bescheinigung des Arbeitgebers über den bestehenden Sozialversicherungsschutz verlangen. Es muss einzig die Entsendungsbescheinigung vorgelegt werden (Certificate of Coverage, COC). Falls die betreffende Person eine ungenügende (oder keine) Krankenversicherung hat, muss sie mit Eintritt des Versicherungsfalls selbst für die ungedeckten Kosten aufkommen.

- ▶ Die Gesetzgebung der **USA** über die Krankenversicherung (Affordable Care Act, «Obama-Care») sieht für alle Personen mit Wohnsitz in den USA eine obligatorische Krankenversicherung vor. Weil für in die USA entsandte Arbeitnehmende die Gefahr einer Doppelversicherung bestand, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) von den USA eine Gleichwertigkeitsanerkennung beantragt, die (rückwirkend ab 1. Januar 2014) gewährt wurde.

- **Für Entsandte nach Länderabkommen und Personen mit Weiterführung der Versicherung** (AHVG 1a III Bst. a) – inklusive begleitenden nicht erwerbstätiger Ehegatten und Kinder – hält unsere Krankenversicherungsgesetzgebung (KVV 4) fest, dass sie noch maximal zwei Jahre in der Schweiz krankenversichert bleiben. In begründeten Fällen kann die Versicherungsunterstellung in der Schweiz bis auf maximal sechs Jahre erweitert werden.

Für Entsandte (im Sinn des AHVG) ist die Weiterversicherungsdauer identisch mit der Entsendedauer.

Betroffenen wird der Abschluss einer Zusatzversicherung – evtl. der Beitritt zu einer Krankenversicherung internationalen Rechts – **empfohlen**, denn die schweizerische «Grundversicherung» ist vor allem in Australien, Kanada und den USA ungenügend. Auch in Tiefpreisstaaten gelangen oft enorm hohe Ausländertarife zur Anwendung.

8.2.3 **Krankenversicherung während Auslandsaufenthalten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums**

Für in der Schweiz versicherte Personen, die sich für kurze Zeit im Ausland aufhalten – Ferien, Geschäftsreisen –, kommt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur für die notfallmässige Behandlung auf. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.

Vergütet werden die erforderlich gewordenen Behandlungskosten, höchstens jedoch der doppelte Betrag, der für die entsprechende Behandlung im Wohnkanton zu entrichten gewesen wäre.

- Der Abschluss einer Ferien-, Reise- und ggf. Assistenzversicherung wird dringend empfohlen. Zu beachten gilt, dass erkrankte oder verunfallte Personen aus der Schweiz im Ausland oft in Privatspitäler gebracht werden, deren Behandlung eh nicht zulasten unserer OKP geht. Der Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung ist auch für einen befristeten Zeitraum möglich (Beratung durch Krankenversicherer, Touring-Club Schweiz usw.)

Wer sich für längere Zeit (Studium, Erwerbstätigkeit, Wohnsitz) im Ausland niederlässt, sollte sich je nach Land dort um eine entsprechende Versicherung bemühen oder eine Krankenversicherung internationalen Rechts mit entsprechendem Repatriierungszusatz abschliessen.

8.3 **Unfallversicherung**

8.3.1 **Aus Blickwinkel des FZA**

und den analogen Bestimmungen aufgrund des Sozialversicherungsabkommens CH ⇔ UK

Während in der Schweiz Arbeitnehmende (die mindestens acht Wochenstunden für ein und denselben Arbeitgeber tätig sind) über die obligatorische Unfallversicherung gegen Berufs- und Freizeitunfälle versichert sind, **gehen die Freizeitunfälle in den EU- und EFTA-Staaten zulasten der Krankenversicherung.**

Die VO 883/04 bezieht sich ausschliesslich auf Leistungen im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Erleidet eine versicherte Person in einem **anderen Mitgliedsstaat**, als sie versichert ist, **einen Berufsunfall, wird sie im betreffenden Staat zu denselben Konditionen behandelt wie eine Angehörige dieses Staates.**

▶ Sachleistungsaushilfe wie im Rahmen der Krankenversicherung.

Der Unfallversicherer im zuständigen Mitgliedsstaat (wo die betroffene Person versichert ist) hat die **Transportkosten** bis zum Wohnort oder ein dort vorgesehenes Spital zu übernehmen, sofern er den Transport unter gebührender Berücksichtigung der hierfür sprechenden Gründe zuvor genehmigt hat (VO 883/04 Art. 37). Eine solche Genehmigung ist für Grenzgänger/innen nicht erforderlich.

Wenn sich ein tödlicher Arbeitsunfall ereignet hat, gelten analoge Bestimmungen für die Kostenübernahme für die Überführung der Leiche.

In der Schweiz eingesetzte Mitarbeitende aus EU-Mitgliedsstaaten

Beschäftigt ein Arbeitgeber mit Sitz im Ausland in der Schweiz Arbeitnehmende, sind diese gemäss UVG zu versichern. Es spielt dabei keine Rolle, ob sie ihren Lohn in der Schweiz oder im Ausland erhalten.

▶ Im Fall einer Entsendung von Mitarbeitenden (FZA, Formular A1) des Arbeitgebers mit Hauptsitz im EU-Mitgliedsstaat, bleibt der/die Mitarbeitende aber im Ursprungsland versichert und schuldet im Einsatzland (Schweiz) keinerlei Beiträge.

Für längere Aufenthalte ist ein aushelfender Träger (zugelassener Unfallversicherer) zu bestimmen.

Berufskrankheiten

In Bezug auf Berufskrankheiten interessiert vor allem das Vorgehen, wenn die betroffene Person **in zwei oder mehr Mitgliedsstaaten** dem gleichen Risiko ausgesetzt war – d.h., wenn die dort ausgeübte Tätigkeit nach den Rechtsvorschriften von zwei oder mehr Mitgliedsstaaten in ihrer Art geeignet ist, eine solche Krankheit auszulösen. In diesem Fall werden die Leistungen, auf die diese Person oder ihre Hinterbliebenen Anspruch haben, ausschliesslich nach den Rechtsvorschriften des letzten dieser Mitgliedsstaaten gewährt, wenn dessen Voraussetzungen erfüllt sind (VO 883/04 Art. 38).

Verschlimmert sich die Berufskrankheit des Leistungsbezügers bzw. der Leistungsbezügerin, gelten unterschiedliche Regeln, je nachdem, ob er/sie weiterhin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, die nach den Rechtsvorschriften des anderen Mitgliedsstaates geeignet war, solche Kosten zu verursachen. Trifft dies nicht zu, gehen die durch die Verschlimmerung der Berufskrankheit verursachten Kosten zulasten des bisherigen Trägers. Andernfalls hat der Träger des zweiten Mitgliedsstaates die durch die Verschlimmerung entstandenen Mehraufwendungen zu tragen (Übernahme der Differenz).

8.3.2 Unfallversicherung von Personen, die vom Schweizer Arbeitgeber im Ausland beschäftigt werden (UVG 2, 10, 13; UVV 4, 17, 20)

Für Entsandte (im Sinn des AHVG) bleibt die obligatorische Unfallversicherung in der Schweiz für die Dauer der Entsendung unverändert bestehen.

Wer im Sinn einer Weiterführung (AHVG 1a III Bst. a) im Ausland eingesetzt ist, kann die Unfallversicherung für zwei Jahre weiterführen und im Bedarfsfall auf insgesamt maximal sechs Jahre verlängern. Die Weiterführung ist nur möglich, wenn die betreffende Arbeitskraft vorher hier obligatorisch versichert war, weiterhin beim Schweizer Arbeitgeber in einem Arbeitsverhältnis steht und einen Lohnanspruch hat.

Für eine im Ausland – ausserhalb EU-/EFTA-Staaten – notwendige Heilbehandlung wird der versicherten Person höchstens der doppelte Betrag der Kosten vergütet, der durch die Behandlung in der Schweiz zu entrichten gewesen wäre.

Die notwendigen Rettungs- und Bergungskosten sowie die medizinisch notwendigen Reise- und Transportkosten werden vergütet, wobei diese seit 2016 auf insgesamt CHF 29 640.– pro Jahr begrenzt sind.

8.3.3 Unfallversicherung während Auslandsaufenthalten ausserhalb des EU-/EFTA-Raums

Personen, die für ein und denselben Arbeitgeber ab acht Wochenstunden tätig sind, sind durch den zuständigen Unfallversicherer auch für Freizeitunfälle gedeckt, dies weltweit. Vergütet wird aber, wie vorstehend für im Ausland beschäftigte Mitarbeitende erwähnt, höchstens das Doppelte der Kosten, die für eine adäquate Behandlung in der Schweiz angefallen wären sowie notwendige Rettungs-, Bergungs-, Reise- und Transportkosten von insgesamt maximal CHF 29 640.– pro Jahr.

Zu beachten gilt, dass das Ausüben von vielen Trendsportarten und anderen Wagnissen nicht durch diese Versicherung gedeckt ist.

- ▶ Abschluss einer eigenen Zusatzversicherung prüfen. Dies wird sehr empfohlen, sofern nicht der Betrieb diesen Ausschluss freiwillig im Rahmen einer Kollektiv-Unfallzusatzversicherung wieder wettgemacht hat.

8.4 Berufliche Vorsorge

Für Versicherte, **unabhängig von ihrer Nationalität**, welche die Schweiz verlassen und **in einen EU- bzw. EFTA-Staat ziehen, kommt** (seit Juni 2007) **unter Umständen das Barauszahlungsverbot** der Freizügigkeitsleistung im Rahmen der bilateralen Verträge mit der EU (FZA, Ablauf der Übergangsfrist) **zum Tragen. Dieses beschränkt sich aber auf das Guthaben der BVG-Normversicherung.**

Es wird zudem nur für jene Personen wirksam, die nach ihrer Ausreise aus der Schweiz in einem Mitgliedsstaat der EU oder der EFTA für die Risiken Alter, Tod und Invalidität weiterhin obligatorisch versichert, d.h., pflichtversichert sind. **Der obligatorische Teil der Austrittsleistung muss in diesem Fall auf eine Freizügigkeitspolice oder ein Freizügigkeitskonto in der Schweiz überwiesen werden.**

Im Zusammenhang mit den Abkommen über die Personenfreizügigkeit wurde der langjährigen Diskussion um die Zugehörigkeit der Zweiten Säule unter das Sozial- oder Privatversicherungsrecht ein Ende bereitet. Die Lösung wurde darin gefunden, dass die obligatorische Minimalvorsorge gemäss BVG (Normversicherung) den Sozialversicherungen zugeordnet wird, ausser- oder überobligatorische Leistungen aber den Privatversicherungen. Somit fällt nur die BVG-Normversicherung unter den Anwendungsbereich des Abkommens und damit ggf. unter das Barauszahlungsverbot.

Die Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung bleibt weiterhin zulässig für

- ▶ Personen, welche die Schweiz verlassen und nicht in einen EU- bzw. EFTA-Staat ausreisen,
- ▶ Guthaben aus der ausser- bzw. überobligatorischen beruflichen Vorsorge,
- ▶ im betreffenden EU- bzw. EFTA-Staat nicht weiterhin pflichtversicherte Personen,
- ▶ Personen, die nach der Ausreise aus der Schweiz nicht mehr erwerbstätig und im betreffenden EU- bzw. EFTA-Mitgliedsstaat nicht einem Sozialversicherungs-Obligatorium (Pflichtversicherung) unterstehen.

Dies dürfte die Regel sein, da die meisten EU- bzw. EFTA-Staaten keine Arbeitnehmersicherungen aufweisen.

Die Staaten sind verpflichtet, für die Durchführung der gemeinschaftsrechtlichen Bestimmungen ein sogenanntes Verbindungsorgan einzusetzen, das als Verbindungsstelle zwischen den Versicherten und den anderen Versicherungsorganen fungiert. In der Schweiz nimmt diese Aufgabe der Sicherheitsfonds BVG wahr.

Nachweis der Pflichtversicherung

Vereinfachtes Verfahren für Personen, die nach Deutschland, Frankreich, Italien, Griechenland, Österreich, Polen, Portugal, Slowenien oder Spanien **ausreisen**. Sie können vom Sicherheitsfonds BVG (www.sfbvg.ch, *Verbindungsstelle, Barauszahlung*) ein Formular beziehen, ausfüllen und retournieren.

- ▶ Die erhobenen Personendaten werden der betreffenden Behörde übermittelt. Sie prüft 90 Tage nach der Ausreise aus der Schweiz, ob die gemeldete Person der obligatorischen Versicherung unterstellt ist.
- ▶ Das Ergebnis ihrer Prüfung übermittelt die ausländische Behörde dem Sicherheitsfonds BVG, worauf dieser sowohl die antragstellende Person als auch die Vorsorgeeinrichtung informiert.

8.5 Familienzulagen/Kindergeld

Nur dort, wo es im Sozialversicherungsabkommen der Schweiz mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist, können Kinder- und Ausbildungszulagen für im Ausland wohnhafte Kinder gewährt werden!

Geburts- und Adoptionszulagen werden nicht ins Ausland ausgerichtet (VO 883/04 Anhang II).

Export von Kinder- und Ausbildungszulagen für (in der Schweiz AHV-pflichtige) **Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende ausserhalb der Landwirtschaft**

- ▶ Schweizer/innen und Angehörige eines der EU-Mitgliedsstaaten, deren Kinder im EU-Raum leben, erhalten die Kinder- und Ausbildungszulagen ungekürzt.

Dasselbe gilt für Schweizer/innen sowie Staatsangehörige von Liechtenstein, Island und Norwegen, die ausserhalb der Schweiz im EFTA-Raum leben.

Formulare: FO01, FO02 und FO03 zum Klären der Situation, wenn in mehreren Staaten gleichzeitig Anspruch auf Familienzulagen besteht; FO26 Ersuchen um weitere Auskünfte (elektronischer Datenaustausch EESSI, FO01-FO27, SED-Formulare genannt).

Staatsangehörige von Slowenien erhalten (aufgrund des Länderabkommens) Kinder- und Ausbildungszulagen unabhängig vom Wohnort des Kindes.

Diese Familienzulagen werden nicht an die Kaufkraft des jeweiligen Landes angepasst.

- ◀ **In allen anderen Fällen besteht kein Anspruch, wenn das Kind im Ausland wohnt.**

Eine Sonderstellung nimmt der Studienaufenthalt eines Kindes im Ausland ein.

- ▶ Für Kinder, welche die Schweiz zu Ausbildungszwecken verlassen, **besteht während maximal fünf Jahren Anspruch auf Ausbildungszulagen** (so lange wird angenommen, dass der Wohnsitz in der Schweiz bleibt). Die Frist beginnt frühestens mit Beginn des Anspruchs auf Ausbildungszulage zu laufen (FamZG 1^{bis}).
- ▶ Betreffend Kinderzulagen (für unter 16-Jährige), welche die Schweiz zu Ausbildungszwecken verlassen, sieht der Gesetzgeber nichts vor; d.h., sie können weiter ausgerichtet werden.

Für Nichterwerbstätige

Schweizer/innen oder Angehörige eines EU-Mitgliedsstaates mit Kindern, die mit dem anderen Elternteil im EU-Raum leben, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen (der Anspruch des dort erwerbstätigen Elternteils geht aber vor).

Übersicht zum Export von Familienzulagen gemäss FamZG für Arbeitnehmende (nicht Landwirtschaft) mit Kindern im Ausland

Quelle: BSV FamZWL, Anhang 1/2022

Kategorie	Staatsangehörigkeit der Arbeitnehmenden	Wohnland der Kinder	Anspruch auf Zulagen	Kaufkraftanpassung
FZA (EU ↔ CH) EFTA-Übereinkommen	Schweiz, EU- oder EFTA-Staat	EU-/EFTA-Staat	ja	nein
	Schweiz, EU- oder EFTA-Staat	sonstiges Ausland	nein (Slowenien ja)	nein
Vertragsstaaten (Sozialversicherungsabkommen mit CH)	Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, San Marino, Türkei	im Heimatstaat der Arbeitnehmenden oder im übrigen Ausland	nein	–
CH/UK/EU für vor 01.01.2021 entstandene Verhältnisse	UK/CH/EU	UK/CH/EU	ja	nein
	UK/CH/EU	andere Staaten	nein	nein
CH/UK-Abkommen ab 01.11.2021	UK/CH/EU	UK/CH/EU	nein	nein
	UK/CH/EU	andere Staaten	nein	nein
Nichtvertragsstaaten	eines Staates, ohne Sozialvers.-Abkommen mit der Schweiz	unbesehen des Wohnlandes der Kinder	nein	–
Für entsandte Arbeitnehmende, solche mit Weiterführung der Versicherung (AHVG 1a III Bst. a) und im Dienste der Eidgenossenschaft oder eines anerkannten Hilfswerks im Ausland Erwerbstätige (AHVG 1a I Bst. c), werden Kinder-/Ausbildungszulagen ins Ausland ausbezahlt, dies allerdings kaufkraftbereinigt.				

8.5.1 **Anspruchskonkurrenz im Verhältnis zu EU-/EFTA-Staaten (VO 883/04 Art. 68, VO 987/07 Art. 58; FamZWL 433–439)**

Hat der in der Schweiz erwerbstätige und hier den Sozialversicherungen unterstellte Elternteil (Nationalität Schweiz bzw. eines Mitgliedsstaates der EU bzw. EFTA) Anspruch auf Familienzulagen, wenn der andere Elternteil mit den Kindern in einem EU- bzw. EFTA-Staat lebt?

Ausschlaggebend ist, ob der Elternteil im EU- bzw. EFTA-Staat dort eine Erwerbstätigkeit ausübt.

- ▶ Mit Erwerbstätigkeit des Elternteils im Mitgliedsstaat liegt der primäre Anspruch auf Zulagen bei dem Elternteil, der im Wohnsitzstaat der Kinder erwerbstätig ist. Falls der Anspruch des in der Schweiz arbeitenden Elternteils höher ist als jener des im Wohnsitzstaat der Kinder erwerbstätigen Elternteils, besteht Anspruch auf Differenzzahlung.

Beispiel: Ein Ehepaar wohnt mit seinem achtjährigen Kind in Österreich. Die Mutter bezieht eine österreichische Familienzulage von umgerechnet mtl. CHF 182.–. Der Vater arbeitet in Buchs SG (Kanton mit Mindestansatz für Kinderzulagen von CHF 200.–). Somit hat er Anspruch auf die Differenzzahlung von mtl. CHF 18.–.

Wenn der Elternteil, der mit den Kindern im EU- bzw. EFTA-Raum lebt, nicht erwerbstätig ist, hat der in der Schweiz erwerbstätige Elternteil Anspruch auf die (ganzen) Familienzulagen. Sollten die Ansätze für Nichterwerbstätige im Mitgliedsstaat höher sein als die Zulagen aus der Schweiz, haben sie im Mitgliedsstaat Anspruch auf Differenzzahlung.

Die detaillierten Angaben zu Familienzulagen im grenzüberschreitenden Personenverkehr finden sich

- ▶ für die EU im Leitfaden für die Durchführung des Freizügigkeitsabkommens Schweiz-EU im Bereich der Familienleistungen
www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/3985/3985_1_de.pdf
- ▶ für die EFTA im Leitfaden für die Durchführung des EFTA-Übereinkommens im Bereich der Familienleistungen
www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/3984/3984_1_de.pdf

8.5.2 **Sonderregelung für Erwerbstätige im Ausland (FamZV 7 II, FamZWL 310–313)**

Vätern oder Müttern (nur wenn Kindsverhältnis im Sinn des ZGB), die

- ▶ im Dienste der Eidgenossenschaft (Bundespersonalgesetz) oder einem anerkannten Hilfswerk im Ausland tätig und in der Schweiz obligatorisch, d.h., pflichtversichert sind (AHVG 1a I Bst. c) oder
- ▶ mittels Entsendebescheinigung im Ausland erwerbstätig sind und in der Schweizer AHV versichert bleiben oder
- ▶ die AHV weiterführen (AHVG 1a III Bst. a),

werden für die Kinder, die mit ihnen im Ausland leben, die Familienzulagen auch in andere als die vorerwähnten Staaten ausgerichtet. Der Bezug von Familienzulagen ist aber nur möglich, wenn für das betreffende Kind im Wohnsitzstaat nicht schon ein entsprechender Anspruch besteht.

Zudem werden die Familienzulagen an die Kaufkraft des jeweiligen Staates angepasst, es sei denn, ein Sozialversicherungsabkommen (z.B. bilaterale Verträge CH-EU) sähen eine günstigere Lösung vor.

Kaufkraftanpassung für ins Ausland ausbezahlte Kinderzulagen (FamZG 4 III, FamZV 8)

Sollte unter diesen Gegebenheiten tatsächlich ein Anspruch bestehen, richtet sich die Höhe der Familienzulage nach der Kaufkraft im Wohnsitzstaat des Kindes.

In Staaten, in denen die Kaufkraft mehr als zwei Drittel derjenigen in der Schweiz beträgt, ist die ganze Familienzulage erhältlich. Beträgt die Kaufkraft unter einem Drittel, wird auch nur ein Drittel der Zulage ausgerichtet. Für Kinder in Ländern mit Kaufkraft im mittleren Drittel werden zwei Drittel unseres Ansatzes gewährt (vgl. Kapitel XIII, Familienzulagen, 10.1.2.21).

8.5.3 **Anspruch von Familienzulagen aus der Landwirtschaft (FLG) für Kinder im Ausland**

Grundsätzlich sind die diesbezüglichen Bestimmungen für Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende ausserhalb der Landwirtschaft (FamZG) sinngemäss anwendbar.

Zudem können Staatsangehörige von Belgien, Frankreich, Italien, Kroatien, Portugal und Spanien auch für ihre Kinder, die nicht in EU-Mitgliedsstaaten lebenden, Kinder- und Ausbildungszulagen (nicht aber Haushaltungszulagen) gemäss FLG beziehen.

Ferner sehen die Sozialversicherungsabkommen mit Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien, San Marino und der Türkei den Bezug für Kinder- und Ausbildungszulagen (nicht aber Haushaltungszulagen) gemäss FLG für die im Heimatstaat lebenden Kinder vor.

9. Links

www.ahv-iv.ch > *Merkblätter & Formulare > International*
Merkblätter, Formulare und Links

www.kvg.org

Informationen und Formulare betreffend Krankenversicherung

www.bag.admin.ch, *Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherte, die im Ausland wohnen, Versicherungspflicht*

Informationen und Formulare betreffend Krankenversicherung

www.auslandkrankenkasse.ch

Informationen für Personen, die auswandern oder für einige Zeit ins Ausland ziehen

www.arbeit.swiss

Informationen und Formulare betreffend Arbeitslosenentschädigung

www.sfbvg.ch

Sicherheitsfonds BVG, Verbindungsstelle berufliche Vorsorge

www.sozialversicherungen.admin.ch > *Vollzug > International > Grundlagen INT*;

Abkommenstexte betr. Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Formulare usw.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=de>

Hier ist das gegenseitige Informationssystem zur sozialen Sicherheit unter den EU- und 4 EFTA-Staaten beschrieben (Sozialschutzsysteme – Missoc)

www.arbeit.swiss

(vormals www.eures.ch, nun unter [arbeit.swiss](http://www.arbeit.swiss)) EURES Schweiz unterstützt die Mobilität in Europa und fördert die Transparenz auf dem Arbeitsmarkt. Die Eures-Berater/innen in der Schweiz unterstützen bei der Personalsuche in der Schweiz oder in EU-/EFTA-Staaten, informieren über die Einreise und den Aufenthalt von Arbeitnehmenden in der Schweiz und die Entsendung von Arbeitnehmenden in EU-/EFTA-Staaten.

www.eures.europa.eu

Eures (European Employment Services) ist das europäische Portal zur beruflichen Mobilität. Es finden sich die relevanten Länderinformationen, europaweite Stellenangebote und Adressen der Eures-Berater/innen.

http://europa.eu/pol/socio/index_de.htm

Tätigkeitsbereiche der Europäischen Union, Beschäftigungs- und Sozialpolitik

www.issa.int

Website der internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit; Nachrichten, Daten und Analysen zur sozialen Sicherheit

XIX Rechtliche Aspekte der Sozialversicherungen

1.	Einführung	948
2.	Allgemeines zu den Sozialversicherungen	949
2.1	Rechtsgrundlagen	949
2.2	Obligatorisch oder freiwillig?	949
2.3	Privatrecht oder öffentliches Recht?	951
2.4	Bundesstaat/Gewaltentrennung	952
3.	Versicherte Risiken	953
3.1	Ziele der Sozialversicherungen; Arten der Risiken	953
3.2	Eintritt der versicherten Risiken	954
3.2.1	Ursachenbedingter Eintritt	955
4.	Anknüpfungspunkte für die Versicherung	955
4.1	Allgemeines	955
4.2	Arbeitsvertrag (OR 319 ff.)	955
4.2.1	Allgemeines	955
4.2.2	Merkmale des Arbeitsvertrags	956
4.2.3	Beginn und Ende des Arbeitsvertrags	956
4.2.4	Arbeitsvertrag und Versicherungsdeckung	958
4.2.5	Arbeitsvertrag und Lohn	959
4.3	Arbeitsvertrag oder Auftrag?	959
4.4	Weitere Anknüpfungspunkte	960
4.5	Was bedeutet «versichert»?	960
5.	Wichtige Begriffe und deren Bedeutung	961
5.1	Alter, Tod, Gewaltverbrechen/Selbsttötung	961
5.1.1	Alter	961
5.1.2	Tod	962
5.1.3	Gewaltverbrechen/Selbsttötung	962
5.2	Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität	963
5.2.1	Arbeitsunfähigkeit (ATSG 6)	963
5.2.2	Erwerbsunfähigkeit (ATSG 7)	963
5.2.3	Invalidität (ATSG 8)	964
5.3	Lohn	964
5.4	Arbeitgeber, Arbeitnehmer	966
5.5	Unfall, Krankheit	966
5.6	Arbeitslosigkeit	967
5.7	Zivilstand, Verwandtschaft	967
5.7.1	Beginn und Ende der Ehe	968
5.7.2	Geschiedene	968
5.7.3	Verwandtschaft	968
5.7.4	Anspruchsberechtigte Personen	969
5.7.5	Konkubinatspaare	969

6.	Leistungen der Sozialversicherungen	970
6.1	Wie sind die Sozialversicherungsleistungen ausgestaltet?	970
6.1.1	Für Unfallfolgen	971
6.1.2	Im Krankheitsfall	971
6.1.3	Gründe für die unterschiedliche Versicherungsdeckung	972
6.2	Wann werden Leistungen fällig?	972
6.3	Wann können Leistungen gekürzt bzw. verweigert werden?	973
6.4	Anpassung von Leistungen	975
6.5	Besondere Sachverhalte: Pfändung, Arrest, Abtretung, Verrechnung, Verpfändung	975
7.	Sozialversicherungsrechtliche Hinterlassenenleistungen und Erbrecht	977
8.	Verfahren: Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren	978
8.1	Allgemeines	978
8.2	Verwaltungsverfahren	978
8.2.1	Allgemeines	978
8.2.2	Pflichten der Verwaltung	979
8.2.2.1	Zuständigkeit	979
8.2.2.2	Offizialmaxime; Aufklärung, Beratung	979
8.2.2.3	Untersuchungsmaxime; Abklärung	980
8.2.2.4	Gewährung des rechtlichen Gehörs (ATSG 42)	980
8.2.2.5	Amts- und Verwaltungshilfe	981
8.2.2.6	Schweigepflicht (ATSG 33)	981
8.2.2.7	Observation (ATSG 43a und 43b; ATSV 7a–9b)	981
8.2.3	In welcher Form werden Entscheide eröffnet?	982
8.2.3.1	Allgemeines	982
8.2.3.2	Verfügung (ATSG 49)	982
8.2.3.3	Vergleich (ATSG 50)	983
8.2.3.4	Formlose Entscheidung (ATSG 51)	983
8.2.4	Wie kann sich die leistungsansprechende Person wehren?	984
8.2.4.1	Rücksprache	984
8.2.4.2	Einsprache (ATSG 52)	984
8.2.4.3	Revision und Wiedererwägung (ATSG 53)	984
8.2.5	Datenschutz (AHVG 49a ff.; UVG 96 ff.; BVG 85a ff.)	985
8.2.6	Pflichten der anspruchsberechtigten Person	985
8.2.6.1	Allgemeines	985
8.2.6.2	Geltendmachen des Leistungsanspruchs (ATSG 29)	985
8.2.6.3	Mitwirkung beim Vollzug (ATSG 28)	986
8.2.6.4	Schadenminderungspflicht	986
8.2.6.5	Meldung bei veränderten Verhältnissen (ATSG 31)	987
8.2.6.6	Beachtung von Formvorschriften und Fristen	987
8.3	Verwaltungsgerichtsverfahren	988
8.3.1	Allgemeines	988
8.3.2	Instanzenzug	988

8.3.3	Fristen	989
8.3.3.1	Berechnung und Stillstand der Fristen (ATSG 38 ff.)	989
8.3.4	Welche Rechte hat die leistungsansprechende Person?	990
8.3.5	Rechtsmittel	990
8.3.6	Legitimation (ATSG 59)	992
8.3.7	Regelung in der beruflichen Vorsorge	992
8.3.8	Inhalt der Prozessschrift	992
8.3.9	Einfaches, rasches und in der Regel öffentliches Verfahren (vgl. ATSG 61 lit. a)	993
8.3.9.1	Einfach	994
8.3.9.2	Raschheit	994
8.3.9.3	Kosten	995
8.3.9.4	Unentgeltlicher Rechtsbeistand	995
8.3.9.5	Urteil	996
8.3.9.6	Verfahren vor Sozialrechtlicher Abteilung des Bundesgerichtes	997
9.	Koordination der Leistungen	997
9.1	Was beabsichtigt die Koordination?	997
9.1.1	Einheitliche Begriffsanwendung	997
9.1.2	Das Verbot der Überentschädigung	998
9.1.3	Der Kongruenzgrundsatz	998
9.2	Welche Grundsätze gibt es?	998
9.2.1	Sachleistungen Heilbehandlung ⇒ Grundsatz ATSG 64	998
9.2.2	Übrige Sachleistungen ⇒ Grundsatz ATSG 65	998
9.2.3	Geldleistungen Hilflosenentschädigungen ⇒ Grundsatz ATSG 66 III	998
9.2.4	Übrige Geldleistungen ⇒ Grundsatz ATSG 66 II	999
9.2.5	Vorleistung und Rückerstattung ⇒ Grundsatz ATSG 70 und 71	999
9.3	Welche Hauptkonstellationen gibt es?	999
9.3.1	Leistungskoordination zwischen AHV/IV, BVG und ggf. UVG	999
9.3.1.1	Renten im Fall des Todes oder der Invalidität durch Krankheit	999
9.3.1.2	Renten im Fall des Todes oder der Invalidität durch Unfall	1000
9.3.1.3	Renten ab Erreichen des Schlussalters	1001
9.3.2	Sichtweise der Leistungskoordination	1001
9.3.3	Koordinationsnormen	1001
9.4	Koordination der Invalidenrente aus Erster und Zweiter Säule	1002
9.4.1	Der Invaliditätsgrad	1002
9.4.2	Beginn des IV-Rentenanspruchs	1003
9.4.2.1	Aufgeschobene BVG-IV-Rente	1003
9.4.2.2	Versicherungsklausel des BVG	1003
9.4.2.3	Der direkte Kausalzusammenhang	1004
9.4.2.4	Relativierte Bindungswirkung	1005

1. Einführung

Die Sozialversicherungen bilden den Kern der sozialen Sicherheit in der Schweiz. Die in den vorstehenden Kapiteln gemachten Ausführungen zeigen insbesondere hinsichtlich der Finanzierung und der versicherten Leistungen deutlich, **dass jede Person**, welche in der Schweiz wohnt oder/und arbeitet, von den Sozialversicherungen in **irgendeiner Weise betroffen ist**. Als Beitragszahler/in sorgen verschiedene Personen (Erwerbstätige, Nichterwerbstätige, Arbeitgeber, Steuerzahlende) und Gemeinwesen (Gemeinde, Kantone, Bund) dafür, dass die Leistungen, auf welche ein Anspruch entstehen kann, finanziert werden können.

Damit in der Sozialversicherung Leistungen verbindlich zugesprochen bzw. die Ansprüche darauf durchgesetzt werden können, müssen vorerst verschiedene **Bedingungen** erfüllt sein: Die rechtliche Grundlage, eine gewisse Organisation, ein entsprechendes Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren.

Diese werden in der Folge dargestellt. Selbstverständlich wird nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Das **Ziel** besteht lediglich darin, eine Unterstützung anzubieten, um die Grundlagen, die Zusammenhänge – oder allgemein gesprochen – das Verständnis für die Vielschichtigkeit der verschiedenen Belange der Sozialversicherungen zu fördern.

Es geht vornehmlich um die Darstellung der verschiedenen rechtlich relevanten Bereiche der wichtigsten Sozialversicherungswerke in der Schweiz: Hierbei richtet sich das Augenmerk vor allem auf die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Invalidenversicherung (IV), die Unfallversicherung (UVG) und die berufliche Vorsorge (BVG). Die Überprüfung beschränkt sich in diesem Sinn schwerpunktmässig auf den **obligatorischen Teil** der entsprechenden Sozialversicherungen, welche in Bundesgesetze gekleidet sind (Stand der Gesetzgebung: 01.01.2024). Ausgeklammert bleiben die Darstellung anderer Bereiche sowie die Zusammenhänge mit anderen relevanten **Personenversicherungen**, namentlich mit denjenigen des Privatversicherungsrechts (Säule 3a und 3b; Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Ferner erfolgt eine Einschränkung, indem nur die Rechtsverhältnisse dargestellt werden, die zwischen der Person, die eine Leistung (in der Regel eine Rente) beansprucht, und der jeweiligen Sozialversicherung entstehen können.

Die **Sozialversicherungen basieren auf einer Rechtsgrundlage**, das bedeutet auch, dass jeder Anspruch eine gesetzliche Grundlage haben muss. Abgeleitet von der Bundesverfassung sind jeweils Bundesgesetze, Sozialversicherungsabkommen (Staatsverträge), Verordnungen, Wegleitungen, Reglemente, Statuten, Allgemeine Versicherungsbedingungen usw. erlassen worden. Zudem gelten entsprechende Bestimmungen auf kantonaler und auf kommunaler Ebene.

Für die Beantwortung einer Frage im Rahmen des Sozialversicherungsrechts ist somit die Konsultation der jeweiligen «richtigen» Rechtsgrundlage von entscheidender Bedeutung. Diese zu kennen und danach zu wissen, wo sich die Antwort findet, wird auch Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen sein.

Nicht speziell erwähnt werden muss, dass die gegenwärtige Situation der Sozialversicherungen von der Vergangenheit, **d.h. von den jeweiligen Kompetenzen der Kantone und des Bundes, den wirtschaftlichen,**

politischen, kulturellen, rechtlichen sowie von den sozialen Verhältnissen geprägt ist. Dass sich die Bedingungen für die Sozialversicherungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten markant verändert haben, ist ebenfalls einleuchtend. Insbesondere die veränderte Rechtsstellung von Mann und Frau sowie die grenzüberschreitenden Sachverhalte haben auch in den Sozialversicherungen zu Anpassungen geführt.

Ob jemand einen Anspruch auf eine Sozialversicherungsleistung besitzt, muss aufgrund der entsprechenden Bestimmungen überprüft werden. Wenn diese Frage danach bejaht werden kann, hat die entsprechende Person einen **rechtlich einklagbaren Anspruch** auf die betreffende Leistung. Dieses Recht nicht nur zu haben, sondern gegebenenfalls auch durchsetzen zu können, ist gegenüber früher, als lediglich Ermessensleistungen ausgerichtet wurden, ein entscheidender Fortschritt in der Verwirklichung des Wohlfahrts- bzw. Sozialstaates.

2. Allgemeines zu den Sozialversicherungen

2.1 Rechtsgrundlagen

Für die Überprüfung einer konkreten Frage innerhalb einer Sozialversicherung ist **die jeweilige massgebende rechtliche Grundlage** zu konsultieren. Bevor **Gesetze, Verordnungen und weitere Ausführungsbestimmungen** von Verwaltungsstellen überprüft werden, ist abzuklären, ob **Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Reglemente, Versicherungsausweise** usw. existieren. Fehlen solche, können die jeweiligen rechtlichen Bestimmungen von Verordnungen bzw. Gesetzen gesucht werden.

Zudem kann auch wichtig sein, die **gerichtliche Praxis** in einer bestimmten Frage zu kennen, deren Antwort in keinem Gesetz oder keiner Verordnung steht. Darüber hinaus muss jedes Bundesgesetz eine Grundlage in der **Bundesverfassung** haben. Im Rahmen der Sozialversicherungen gibt es auch verschiedene **Sozialversicherungsabkommen**; das sind Staatsverträge zwischen der Schweiz und anderen Ländern, in denen gewisse Bereiche der sozialen Sicherheit geregelt werden. Im Übrigen gilt das Völkerrecht auch als Schranke des Landesrechts.

Somit sind für die versicherten bzw. anspruchsberechtigten Personen in einem konkreten Fall primär die **detaillierten Bestimmungen** von Bedeutung. So sind beispielsweise zur Beantwortung einer Frage zur Kranken- oder zur Pensionskasse primär **der Versicherungsausweis bzw. das jeweilige Reglement oder die AVB** relevant. Geht es hingegen um eine Frage der AHV oder der IV, muss das jeweilige Gesetz (AHVG/IVG) konsultiert werden. Warum dieser Unterschied?

2.2 Obligatorisch oder freiwillig?

Die bedeutendsten Sozialversicherungen der Schweiz, d.h. die AHV, die IV, die Unfall- (UVG), die Kranken- (KVG) und die Arbeitslosenversicherung (AVIG) sowie die berufliche Vorsorge (BVG), die Mutterschaftsentschädigung (MSE) usw., **sind obligatorische Versicherungen**. Das bedeutet, dass sie zwingend in der ganzen Schweiz eingehalten werden müssen. Für die einzelne Person hat

dies einerseits zur Folge, dass sie verpflichtet ist, Beiträge zu bezahlen. Andererseits hat sie auch einen Rechtsanspruch auf die entsprechenden Leistungen, wenn sie deren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt. Diese Person ist **zwingend, d.h. von Gesetzes wegen** versichert, mit allen Vor- und Nachteilen.

Einzelne Sozialwerke regeln mit den rechtlichen Bestimmungen ihren Bereich **abschliessend**. Sie lassen keinen Spielraum für spezifische Regelungen zu. Alles ist vorgeschrieben, d.h., normiert: der versicherte Personenkreis, die Beiträge, die Leistungen, die Versicherungsvoraussetzungen, die Organisation usw. Nichts ist abänderbar, auch nicht zugunsten der versicherten Person! Dies gilt beispielsweise für die AHV, die IV und die ALV.

Andere Bereiche der Sozialversicherungen werden gesetzlich, d.h. **zwingend nur in einem Minimalbereich obligatorisch** erklärt. Dazu gehören das UVG, das BVG und das KVG. Diese stellen Rahmenbedingungen bzw. Minimalleistungen fest; sie dürfen nicht verletzt werden. Darüber hinaus können für die versicherte Person bessere Bedingungen formuliert und Leistungen versichert werden. Dieser über- bzw. ausserobligatorische Bereich ist **freiwillig** und deshalb auch nicht so statisch normiert; er untersteht in der Regel auch anderen rechtlichen Bestimmungen.

An der Höhe der Beiträge und Leistungen und an der Ermittlung der entsprechenden Renten ist beispielsweise in der **AHV/IV/ALV** nichts zu ändern. Sie werden in der ganzen Schweiz einheitlich nach den jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmungen berechnet. In der **Unfallversicherung, der beruflichen Vorsorge und der Krankenversicherung** ist die einheitliche Anwendung in der gesamten Schweiz (lediglich) im obligatorischen Bereich sichergestellt. Darüber hinaus kann der Unfallversicherer, die Pensions- oder die Krankenkasse weitere oder/und höhere Leistungen versichern, den Leistungsbezug an günstigere Voraussetzungen knüpfen usw.

Insbesondere für die Prüfung einer Rechtsfrage ist somit entscheidend, ob diese den obligatorischen oder den freiwilligen Bereich betrifft. Je nachdem muss gegebenenfalls eine andere Rechtsgrundlage konsultiert werden. Es ist jedoch auch ohne Weiteres möglich, dass die ganze Versicherung, die aus einem obligatorischen und einem freiwilligen Teil besteht, von der identischen Rechtsgrundlage geregelt wird; man spricht von **umhüllenden Versicherungslösungen** (z.B. in der beruflichen Vorsorge; beruflichen Vorsorge/Pensionskasse). In diesen Konstellationen muss jedoch immer sichergestellt sein, dass der obligatorische Bereich nach Gesetz erfüllt, d.h. nicht verletzt wird.

Selbstverständlich können die zwei Bereiche, d.h. der obligatorische und der freiwillige, auch **«gesplittet werden»** (aufgeteilt werden), sodass für den obligatorischen und ebenso für den freiwilligen Bereich je ein Versicherungsabschluss getätigt wird. Im Rahmen der Kranken- und der Unfallversicherung ist dies die einzige Möglichkeit, eine zusätzliche Deckung im Sinn einer eigentlichen Zusatzversicherung abzuschliessen.

Für den freiwilligen Bereich ist die Regelung durch rechtliche Bestimmungen grundsätzlich nicht so umfassend wie im jeweiligen obligatorischen Bereich.

2.3 Privatrecht oder öffentliches Recht?

Die Rechtsordnung wird unterteilt in Privatrecht und öffentliches Recht. Im Privatrecht sind die Privatrechtssubjekte in der Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen (z.B. Versicherungs-, Kauf-, Miet-, Arbeits-, Leihvertrag usw.) weitgehend frei, autonom. Sie treten als gleichberechtigte Partner einander gegenüber. Die hauptsächlichsten Rechtsbereiche sind **im Zivilgesetzbuch (ZGB), im Obligationenrecht (OR) und im VVG** geregelt. Das VVG wurde per 01.01.2022 total revidiert. Neu wurde beim Abschluss ein Widerrufs- sowie nach Ablauf einer bestimmten Frist ein Kündigungsrecht für alle mehrjährigen Verträge eingeführt. Zudem können Versicherte Zusatzversicherungen zur Krankenkasse kündigen, diese selber jedoch nicht. Die Verjährungsfrist wurde erhöht, und im Haftpflichtfall kann der Geschädigte seine Forderungen direkt beim Haftpflichtversicherer des Schädigers geltend machen. All diese Neuerungen stärken die Rechtsposition der Versicherten und verschaffen diesen Vorteile gegenüber der bisherigen Lösung.

Im öffentlich-rechtlichen Bereich dagegen existiert ein Unter- bzw. ein Überordnungsverhältnis, d.h. der Staat tritt dem Bürger als Träger hoheitlicher Gewalt gegenüber. Beispiele dafür sind das Steuer-, das Straf-, das Aufsichts- oder das Verwaltungsrecht.

Das Sozialversicherungsrecht gehört zum Verwaltungsrecht, stellt somit öffentliches Recht dar.

Der Staat sagt mittels Bestimmungen eines Bundesgesetzes, **wer wie viele Beiträge bezahlen muss; auf der anderen Seite hat die anspruchsberechtigte Person jedoch ein Recht auf Leistungen gegenüber dem Staat** oder dem Versicherungsträger, der für die Durchführung öffentlich-rechtlicher Bestimmungen beauftragt worden ist.

Gegenüberstellung Sozial- und Privatversicherungsrecht		
Sozialversicherungsrecht	Unterscheidungsmerkmal	Privatversicherungsrecht
staatlich (Sozialpolitik)	Aufgabe (Bedarf)	privat (nach Bedarf)
obligatorisch (Ausnahmen)	Vertragsabschluss	freiwillig (Ausnahmen)
kollektiv (Ausnahmen)	Versicherungsart	einzel (Ausnahmen)
staatlich (Ausnahmen)	Organisation (Trägerschaft)	privat
staatliche Erlasse (Verfassung, Bundesgesetz, Verordnung, Reglemente)	Rechtsgrundlagen	privatrechtlicher Versicherungsvertrag (VVG; AVB; BVB)
zwingend vorgegeben	Leistungspaket	frei wählbar
z.B. Alter, Tod, Invalidität, Arbeitslosigkeit	Risikoarten	frei wählbar
staatlich	Aufsicht	privat (staatlich)
Solidaritätsprinzip (Äquivalenzprinzip)	Finanzierung	Äquivalenzprinzip (Prämie ⇔ Leistung)
spezielles Verwaltungs- und Prozessverfahren	Rechtspflege	zivilrechtliches Prozessverfahren
spezifische Strafbestimmungen	Strafnormen	allgemeines Strafrecht
massgeblich privilegiert	Besteuerung	beschränkt privilegiert

Die in der Tabelle aufgelisteten Aussagen in der Gegenüberstellung der Unterscheidungsmerkmale zwischen **Sozial- und Privatversicherungsrecht** zeigen deutlich die Unterschiede auf. Einerseits ergeben sich diese Punkte hinsichtlich der Sozialversicherungen aufgrund des **staatlichen Einflusses**, der sich in der Aufgabenstellung, der Organisation, den Rechtsgrundlagen, der Aufsicht sowie der privilegierten Besteuerung zeigt. Zudem handelt es sich meistens um kollektiv ausgestaltete obligatorische Versicherungen, welche sich auf öffentliches Recht stützen und deshalb auch zwingend bestimmte Leistungen vorsehen, falls gewisse Risiken eintreten. Eine spezielle Rechtspflege und spezifische Straftatbestände sowie eine eher auf Solidarität ausgestaltete Finanzierung vervollständigen das Gebiet des Sozialversicherungsrechts.

Andererseits ist man auf dem Gebiet des **Privatversicherungsrechts freier** in der Ausgestaltung der entsprechenden Versicherungen. Das zeigt sich vor allem an der Freiwilligkeit des Abschlusses, am grundsätzlich frei gestaltbaren Inhalt, an der in der Regel freien Wahl des Trägers (Organisation), an den nicht so zahlreichen Rechtsgrundlagen, am (normalen) Gerichtsverfahren sowie an der beschränkten Privilegierung hinsichtlich der Leistungsbesteuerung.

Somit kann gesagt werden, dass die **Sozialversicherungen bzw. der obligatorische Teil davon von öffentlich-rechtlichen**, die Privatversicherungen grundsätzlich von privatrechtlichen Normen geregelt werden. Als Beispiele sind die ausserobligatorischen Bereiche der Unfall-, der Krankenversicherung oder der beruflichen Vorsorge anzuführen.

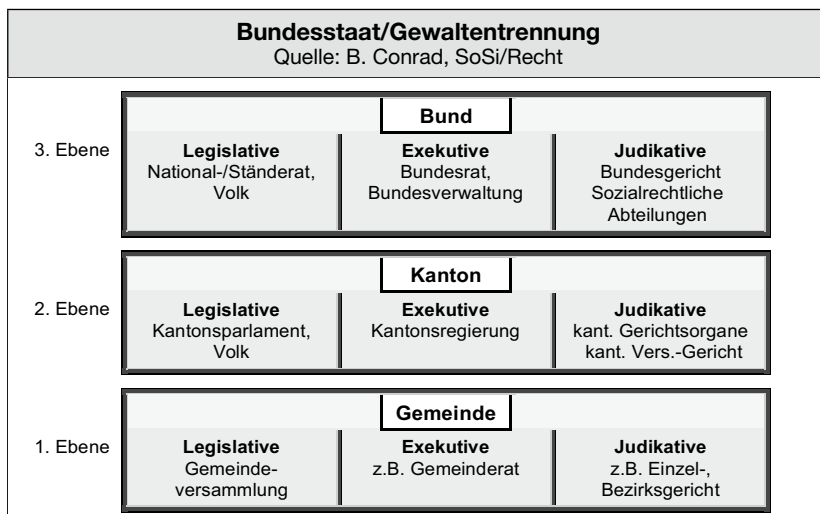
2.4 Bundesstaat/Gewaltentrennung

Wie bereits erwähnt, sind die Sozialversicherungen in **Bundesgesetze** oder Sozialversicherungsabkommen gekleidet. Dies bedeutet, dass diese Bereiche aufgrund der verfassungsmässigen Zuordnung in die **Kompetenz des Bundes** fallen (z.B. AHVG, IVG, ELG, EOG, UVG, BVG, AVIG, KVG, MVG, FLG, FamZG; per 01.07.2021 ist zudem das Bundesgesetz über Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose ÜLG in Kraft getreten). Zum Sozialversicherungsrecht gehört auch das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (**ATSG**). Der Bund allein ist befugt, hier **Gesetze zu erlassen**. Für einen Restbestand der Sozialversicherungen sind die **Kantone** (bzw. die Gemeinden) zuständig, z.B. Ergänzungsleistungen oder die öffentliche Sozialhilfe, obwohl es auch hier in eingeschränktem Rahmen Bundesgesetze gibt (ELG, ZUG).

In der **Durchführung bzw. im Vollzug (Verwaltung)** sowie im Verwaltungsgerichtsverfahren sind sowohl der Bund als auch die Kantone eingebunden. Der Bund ist mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV, dem Departement des Innern angegliedert) verantwortlich für die massgeblichen Aufgaben im Vollzugsbereich der Sozialversicherungen, die Kantone in ihrem Rahmen. Für die **Rechtspflege** gibt es eine kantonale (kantonales Versicherungsgericht) und eine eidgenössische Ebene (Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichtes).

Somit kommt auch hier einerseits der **bundesstaatlichen, d.h. föderalistischen Ordnung** (Aufbau der Schweiz und Kompetenzordnung zwischen den Ebenen Bund, Kanton/Gemeinde) sowie dem rechtsstaatlichen demo-

kratischen Prinzip der **Gewaltentrennung** eine grosse Bedeutung zu (Aufteilung der staatlichen Macht auf drei Organe, d.h. zwischen Legislative, Exekutive und Judikative).



Es lässt sich feststellen, dass sich die Bereichskompetenzen der Sozialversicherungen im Lauf der Jahre und Jahrzehnte **von der kantonalen auf die eidgenössische Ebene** verlagert haben; dies einerseits aus Vereinheitlichungsbemühungen und andererseits, weil der Staat als solcher die soziale Wohlfahrt seiner Bürger/innen zusehends als seine Aufgabe angesehen hat.

3. Versicherte Risiken

3.1 Ziele der Sozialversicherungen; Arten der Risiken

Mit Versicherungen will jemand sich – allgemein gesprochen – gegen die Folgen von gewissen Risiken schützen. In der Personenversicherung bzw. auch im Rahmen der Sozialversicherungen geht es grundsätzlich um die Deckung von folgenden befürchteten Ereignissen; **zwei davon treten sicher ein, das Alter(n) und der Tod; das dritte vielleicht, d.h. eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine Invalidität.**

Es werden somit Vorkehrungen getroffen zur Kompensation der **Erwerbseinbussen bzw. Aufwendungen**, die durch das Alter bzw. das Erreichen eines bestimmten Alters (Pensionierung), den Todesfall, aber auch durch die Arbeitsunfähigkeit bzw. die Invalidität entstehen können. In erster Linie will man mit den Leistungen der Sozialversicherungen den Lohnausfall ersetzen bzw. ausgleichen, der mit dem Eintritt dieser versicherten Ereignisse verursacht wird.

Daneben werden Kosten, die zur Wiederherstellung der Gesundheit benötigt werden, ersetzt (Heilungskosten). Die **AHV sowie das BVG** beispielsweise erbringen mit Erreichen eines bestimmten Alters entsprechende **Altersleistungen** (Altersrenten). Diese zwei **Sozialversicherungen und das UVG** sehen im Todesfall Leistungen vor, das IVG sowie das BVG und das UVG solche im Fall von **Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität.**

Unterschieden werden kann auch nach der Dauer der Leistungserbringung: Für durch **vorübergehende Arbeitsunfähigkeit** Betroffene werden Heilungskosten übernommen bzw. Taggelder ausgerichtet (z.B. UVG, IVG). Für solche mit **länger dauernder Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität** werden im IVG, im UVG und im BVG Invalidenrenten vorgesehen.

Die Deckung der Risiken **Alter, Tod, Invalidität** steht in den Sozialversicherungen im Vordergrund. Zudem wird das Risiko, **arbeitslos** zu werden, im Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG) abgedeckt. Dieses Bundesgesetz sieht noch Leistungen (Entschädigungen) im Fall der Insolvenz des Arbeitgebers sowie bei kurzarbeits- oder witterungsbedingten Arbeitsausfällen vor.

3.2 Eintritt der versicherten Risiken

Das **Risiko Alter** «verwirklicht sich tagtäglich». Leistungen sind jedoch erst versprochen, wenn **ein bestimmtes Alter** erreicht wird. Dies ist für die Sozialversicherungen wichtig, welche Altersleistungen erbringen, z.B. die AHV und das BVG. In den einzelnen Gesetzen bzw. Reglementen der entsprechenden Pensionskassen wird diese Limite festgesetzt; sie kann unterschiedlich ausfallen. Das Referenzalter im BVG entspricht demjenigen der AHV (65 Jahre); im Rahmen der AHV-Reform 21 wurde der Begriff «Rentenalter» in allen Sozialversicherungen durch «Referenzalter» ersetzt. Zugunsten der Versicherten kann jede Pensionskasse ein tieferes Rentenalter vorsehen (z.B. 63, 60). Der Beleg dafür, dass jemand das festgelegte Alter erreicht hat, ist üblicherweise leicht zu erbringen. Mit dem Überbrückungsleistungsgesetz (ÜLG) werden – sofern sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind – neu Leistungen an Personen erbracht, die älter als 60 sind und die keinen Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung mehr haben. Damit soll die Lücke bis zur Pensionierung geschlossen werden. Die Struktur dieses neuen Bundesgesetzes ähnelt stark jener des Ergänzungsleistungsgesetzes (ELG).

Im **Todesfall** ist es in der Regel einfach nachweisbar, wann jemand wo und an welcher Ursache gestorben ist. Auf den entsprechenden Dokumenten ist auch ersichtlich, ob die verstorbene Person verheiratet war oder Kinder hatte. Ebenso erwähnt sind die Umstände, welche für die Zusprache von Sozialversicherungsleistungen von Bedeutung sind. Wird eine Person vermisst bzw. ist sie verschollen, kann nach einem bestimmten Verfahren diese Person als verschollen bzw. tot erklärt werden. Dieser Umstand wird dann einem normalen Todesfall gleichgestellt.

Schwieriger, als die Risiken Alter und Tod festzustellen und zu belegen, ist der **Fall der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit bzw. der Invalidität**.

Zunächst muss unterschieden werden zwischen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität; eine genaue Umschreibung ist deshalb nötig, weil diese Umschreibung massgebend ist, ob und, wenn ja, welche Leistungen von welchen Versicherungen ab wann bezahlt werden.

Ferner ist die Prüfung des **Eintrittes der Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität** bzw. deren Zusammenhang für die Leistungspflicht von grosser Bedeutung. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist auch die Frage, wie lange jemand arbeitsunfähig ist bzw. einen Lohnausfall hat. Hier wird

unterschieden zwischen einer vorübergehenden und einer lang dauernden Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit (Invalidität).

Ein bereits eingetretenes versichertes Ereignis kann durch ein neues abgelöst werden: Der Invaliden- oder der Altersrentner stirbt, die rentenbeziehende Witwe stirbt oder wird invalid, die invalide Person erreicht das Rentenalter.

3.2.1 Ursachenbedingter Eintritt

Der Anspruch auf Altersleistungen entsteht, wenn ein bestimmtes **Alter (Ursache)** erreicht wird, d.h., dieses tritt ein, nachdem eine bestimmte Zeitperiode verstrichen ist.

Ursachen, die zu einem Todesfall oder zu einer **Invalidität** führen können, sind der **Unfall** und die **Krankheit**. Gewisse Sozialversicherungen sind **ursachenabhängig** ausgestaltet, d.h., sie erbringen nur Leistungen, wenn das versicherte Ereignis (Tod, Invalidität) durch eine bestimmte Ursache ausgelöst wurde (z.B. UVG).

Andere wiederum erbringen die versicherten Leistungen **unabhängig** von der Ursache, so z.B. die AHV und die IV. Aufgrund statistischer Angaben werden in der Schweiz rund 90 Prozent der Versicherten durch Krankheitsfolgen invalid oder sterben daran; nur knapp 10 Prozent erleiden Unfälle. Auf diesen Fragenkomplex wird in der Koordination näher eingegangen.

4. Anknüpfungspunkte für die Versicherung

4.1 Allgemeines

Ob eine Person versichert ist, kann – je nach Sozialversicherung – von verschiedenen Komponenten abhängen. In einzelnen Versicherungen genügt es, dass diese Person **den Wohnsitz** begründet oder lediglich **den Aufenthalt** an einem bestimmten Ort hat. Hierzu gehören die AHV, die IV, die Krankenversicherung und die öffentliche Sozialhilfe. In anderen Sozialversicherungen muss zudem **ein Arbeitsverhältnis** vorliegen, um eine Versicherungspflicht zu begründen. Zu diesen gehört neben **der Arbeitslosen- auch die Unfallversicherung und die berufliche Vorsorge**. Für alle unsere Sozialversicherungen muss jedoch eine Beziehung irgendwelcher Art zur Schweiz bzw. zu deren Territorium bestehen. Die Voraussetzung dafür, ob jemand den Schutz einer Sozialversicherung genießt, ist somit je nach Sozialversicherung unterschiedlich.

4.2 Arbeitsvertrag (OR 319 ff.)

4.2.1 Allgemeines

In den sogenannten Arbeitnehmerversicherungen wie der **Unfallversicherung** und der **beruflichen Vorsorge** ist die Versicherungsdeckung grundsätzlich vom Bestand eines Arbeitsverhältnisses, d.h. eines Arbeitsvertrages (oder einer öffentlich-rechtlichen Anstellung), abhängig. In anderen Sozialversicherungen (AHV/IV/EO) löst es die Beitragspflicht von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aus.

4.2.2 Merkmale des Arbeitsvertrags

Wann liegt nun ein Arbeitsvertrag vor, welches sind seine **Merkmale** und worin besteht der Zusammenhang zwischen ihm und dem Umstand, dass jemand versichert ist?

Ein Arbeitsvertrag wird – wie jeder andere Vertrag – durch gegenseitige übereinstimmende Willensäußerungen geschlossen. Mit anderen Worten: Zwei Parteien werden sich über den Inhalt eines Vertrages einig, in dem die Hauptpflichten darin bestehen, dass eine Seite eine **Arbeitsleistung**, die andere dafür eine **Entlohnung** verspricht.

Die Form, wie ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wird, ist **grundsätzlich frei**, d.h., jemand kann einen Arbeitsvertrag mündlich, schriftlich oder durch konkludentes (schlüssiges) Verhalten eingehen. Lehrverträge dagegen müssen zum Schutz der Jugendlichen als Arbeitsverträge von Gesetzes wegen in schriftlicher Form abgefasst werden. Trotz Formfreiheit werden jedoch viele Verträge – aus Beweisgründen – schriftlich festgehalten.

Neben den Hauptpflichten werden oft noch **andere Bestimmungen** aufgenommen, so über den Beginn, die Probezeit, die Arbeitszeit, die Kündigungsfristen, die Ferien und gegebenenfalls über eine Befristung. Ferner kann der Arbeitsvertrag, was die Sozialversicherungen anbelangt, weitere Aussagen enthalten; so beispielsweise über die Pensionskasse, die Unfallversicherung, die Krankentaggeldversicherung usw.

Ein Arbeitsvertrag gilt nur dann als befristet – auch ein Umstand, der über das Vorhandensein einer Versicherungsdeckung entscheiden kann –, wenn er das Ende seiner Wirkungen vorsieht: Man vereinbart beispielsweise zu Beginn, dass der Arbeitsvertrag drei Monate dauern soll. In den meisten Arbeitsverträgen wird eine solche Befristung jedoch nicht vorgesehen, sodass automatisch ein unbefristetes Arbeitsverhältnis vorliegt.

4.2.3 Beginn und Ende des Arbeitsvertrags

Wann beginnt, wann endet der Arbeitsvertrag? Im Vertrag selber wird der Beginn und allenfalls die Beendigung festgehalten. Sehr oft entfaltet ein Arbeitsvertrag ab dem ersten Arbeitstag, in der Regel zu Beginn eines Monats, seine Wirkungen; fällt dieser auf einen Samstag, einen Sonntag oder einen Feiertag, ist er ab dem ersten Arbeitstag, der diesen Tagen folgt, rechtsgültig.

Aufgelöst wird ein Vertrag **durch Zeitablauf, ordentliche oder fristlose Kündigung**, im Rahmen einer **Massenentlassung**, infolge einer **missbräuchlichen oder einer Kündigung zur Unzeit**, durch gegenseitige **Einigung** oder **den Tod des/der Arbeitnehmenden** oder allenfalls **des Arbeitgebers**. Ein befristeter Vertrag wird – ohne Kündigung (!) – durch Ablauf, d.h., sobald die vorgesehene Dauer (z.B. die drei Monate) beendet ist, aufgelöst.

Normalerweise, **d.h. ordentlich**, wird ein (unbefristeter) Arbeitsvertrag – unter Beachtung der vertraglich vorgesehenen Fristen – vom Arbeitgeber oder dem Arbeitnehmer bzw. der Arbeitnehmerin gekündigt. Sehr oft geschieht dies auf Ende eines Monats. Ein Arbeitsvertrag mit zweimonatiger Kündigungsfrist wird z.B. am 20. April per 30. Juni gekündigt. Somit wird dieses Vertragsverhältnis rechtlich Ende Juni aufgelöst.

Sehr oft liegt der letzte Arbeitstag vor diesem Datum, wenn die Arbeitskraft noch einen Feriensaldo oder Überstunden oder aus anderen Gründen Arbeitstage zugute hat. Dieser Umstand – wichtig auch für die Versicherungsdeckung (!) – ändert jedoch nichts daran, dass der **Arbeitsvertrag** (erst) am 30.06. **aufgelöst wird**.

Eine **fristlose Kündigung** liegt vor, wenn der Arbeitsvertrag «unplanmäßig», aus einem wichtigen Grund vorzeitig und mit sofortiger Wirkung aufgelöst wird. Die Anforderungen an einen solchen **wichtigen Grund** sind relativ hoch. Liegt jedoch ein solcher vor, sodass die Kündigung rechtsgültig ist, wird das Arbeitsverhältnis ohne eine Frist, d.h. fristlos, per sofort aufgelöst. Dieses Datum kann ohne Weiteres unter der Woche sein, z.B. an einem Mittwoch. Dann enden die gegenseitigen Hauptpflichten an diesem Mittwoch.

Bei Kündigungen von Arbeitsverträgen infolge einer **Massenentlassung**, bei der die Gründe dafür nicht in Zusammenhang mit der Person der Arbeitnehmenden stehen, gelten besondere Vorschriften; dabei werden Fragen zu den Sozialversicherungen oft in einem sogenannten Sozialplan geregelt.

Auch wenn eine **Kündigung** aufgrund von bestimmten Voraussetzungen **missbräuchlich** ist, wird der Arbeitsvertrag rechtlich aufgelöst; als Sanktionen müssen jedoch entsprechende Entschädigungen bezahlt werden. Erfolgt jedoch eine **Kündigung zur Unzeit**, beispielsweise während des Militärdienstes, zu Beginn einer Krankheit oder während einer Schwangerschaft, ist sie nichtig, d.h. ungültig; um Rechtswirkungen zu entfalten, muss die Kündigung erneuert werden. Ist sie vor den erwähnten Zeitperioden ausgesprochen worden, jedoch die Frist nicht ganz abgelaufen, steht sie während diesen Zeitperioden still und endet danach.

Ein befristeter oder unbefristeter Arbeitsvertrag kann auch ohne Beachtung der Kündigungsfristen vorzeitig aufgelöst werden, sofern beide Parteien damit einverstanden sind (**Einigung**)! Ein befristetes Arbeitsverhältnis kann im Nachhinein auch verlängert werden, und zwar wieder mit einer Befristung oder unbefristet, wenn keine feste Dauer vereinbart ist.

Auch **wer** den Arbeitsvertrag auflöst, Arbeitnehmende oder Arbeitgeber, kann sozialversicherungsrechtliche Folgen zeitigen. So können Einstelltage angeordnet werden, sodass eine gewisse Dauer Arbeitslosen-Taggelder verweigert werden, wenn den/die Arbeitnehmende an der Arbeitslosigkeit ein Verschulden trifft, d.h. wenn er/sie z.B. den Arbeitsvertrag selber gekündigt hat. Dagegen kann die versicherte Person, der älter als 58 ist, nach einem Austritt aus der Pensionskasse, in dieser nur dann weiter versichert bleiben, wenn der Arbeitgeber den Arbeitsvertrag gekündigt hat und nicht sie selber (gesetzliche Möglichkeit seit 01.01.2021).

Durch den **Tod des/der Arbeitnehmenden** endet der Arbeitsvertrag. Stirbt hingegen **der Arbeitgebende**, geht das Arbeitsverhältnis auf die Erben über, es sei denn, es wäre wesentlich mit Rücksicht auf die Person des Arbeitgebers eingegangen worden.

4.2.4 Arbeitsvertrag und Versicherungsdeckung

Dass die obligatorische Versicherungsdeckung mitunter abhängig ist von einem Arbeitsverhältnis, zeigt sich bei den sogenannten klassischen Arbeitnehmersicherungen, d.h. im UVG und im BVG. Unter dem Titel «Versicherte Personen, Obligatorische Versicherung» lautet UVG 1a I (Versicherte) sinngemäss: Obligatorisch versichert sind nach diesem Gesetz die in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmer, einschliesslich der Heimarbeiter, Lernende, Praktikanten, Volontäre sowie der in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätigen Personen **sowie arbeitslose Personen**. Auch das BVG enthält in Art. 2 I die entsprechende Bestimmung: «**Arbeitnehmer**, die das 17. Altersjahr überschritten haben und bei einem Arbeitgeber einen Jahreslohn von mehr als CHF 22 050.– (seit 2023) beziehen (Art. 7), unterstehen der obligatorischen Versicherung.»

Der (rechtliche) Beginn und das Ende eines Arbeitsvertrages sind **massgebend wichtig für die Versicherungsdeckung** im UVG und im BVG. In diesen zwei Versicherungen sind die entsprechenden Arbeitnehmenden obligatorisch ab Beginn des Arbeitsvertrages (bzw. ein bisschen früher) versichert, wenn zusätzlich allenfalls weitere Bedingungen (so im BVG eine bestimmte Lohnhöhe) erfüllt sind.

Dazu wird beispielsweise in BVV2 6 ausgeführt, **dass die Versicherung an dem Tag beginnt, an dem das Arbeitsverhältnis anfängt oder erstmals ein Lohnanspruch besteht, in jedem Falle aber im Zeitpunkt, da die Person sich auf den Weg zur Arbeit begibt** (vgl. auch UVG 3 I).

Versichert bleiben die Personen, solange der Arbeitsvertrag rechtlich besteht, und darüber hinaus allenfalls für eine weitere Frist (Nachdeckung). **Die Festlegung einer Probezeit** in einem Arbeitsvertrag ändert am Versicherungszwang im BVG ab erstem Arbeitstag nichts. Nur für die auf maximal drei Monate befristeten Arbeitsverträge besteht keine BVG-Pflicht. Wird ein solcher befristeter Arbeitsvertrag vor Ablauf über die Dauer von drei Monaten hinaus befristet oder unbefristet verlängert, besteht die obligatorische Aufnahme ins BVG ab diesem Vereinbarungszeitpunkt.

Beendet wird der Versicherungsschutz (abgesehen vom Todesfall und der Pensionierung), wenn der Arbeitsvertrag rechtlich aufgelöst wird bzw. nach Ablauf einer bestimmten Nachfrist. Diese – auch als Nachdeckung bezeichnete – Frist beträgt im UVG 31 Tage (UVG 3 II), im BVG einen Monat (BVG 10 III)!

Wird z.B. ein Arbeitsvertrag mit dreimonatiger Kündigungsfrist am 21. Mai per 31. August gekündigt, sind auch **Versicherungsfälle gedeckt**, die bis 31 Tage bzw. einen Monat danach eintreten (Ende September), sofern kein neues Versicherungsverhältnis eingegangen worden ist.

Für den Beginn der Nachfrist ist nicht (unbedingt) der letzte Arbeitstag massgebend (z.B. 20.07.), sondern dasjenige Datum, **an dem der Arbeitsvertrag rechtlich beendet wird** (31.08.); so beispielsweise für Arbeitskräfte, die nach dem letzten Arbeitstag ihr Ferienguthaben beziehen.

4.2.5 **Arbeitsvertrag und Lohn**

Zum Inhalt eines Arbeitsvertrages gehört im Regelfall auch die Festlegung des **Lohnes**. Dieser Aspekt kann für die Begründung bzw. Beendigung der Versicherungspflicht auch massgebend sein. So ist jemand im BVG nur obligatorisch versichert, wenn er/sie einen Jahreslohn in bestimmter Höhe erreicht (zurzeit mehr als CHF 22 050.-; BVG 7 I).

Im UVG ist die Versicherungspflicht an **keinen Minimallohn** gebunden. Somit kann gesagt werden, dass ein/e Arbeitnehmer/in im UVG – unabhängig von der Lohnhöhe – immer versichert ist, während im BVG nur jene versichert sind, welche die gesetzlich vorgesehene Lohnlimite übertreffen. Ein Teilzeitpensum (z.B. weniger als acht Stunden/Woche) kann zu einer Einschränkung des Versicherungsumfanges führen (UVG 7, 8).

Die **Dauer der Entlöhnung** kann auch einen Einfluss auf den Beginn der Ausrichtung der Sozialversicherungsleistung in einem Versicherungs- bzw. Vorsorgefall haben. Im Fall einer **unfall- bzw. krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit** des/der Arbeitnehmenden ist der Arbeitgeber verpflichtet, dieser Person eine bestimmte Zeit den Lohn weiterzubezahlen (**Lohnfortzahlungspflicht**), sofern diese Pflicht nicht durch eine vertragliche (OR 324a) oder gesetzliche Taggeldversicherung (OR 324b) abgegolten wird. Diese wiederum kann dazu führen, dass der Anspruch auf eine Vorsorgeleistung (z.B. Invalidenrente im BVG) bis zu deren Erschöpfung aufgeschoben wird (BVG 26 II in Verbindung mit BVV2 26).

Im **Fall des Todes** eines/einer Arbeitnehmenden hat der Arbeitgeber unter Umständen die Pflicht, den Lohn für eine gewisse Zeit weiterzuzahlen (**Lohnnachgenuss**). Dieser Umstand kann auch dazu führen, dass die sozialversicherungsrechtlich ausgelösten Hinterlassenenleistungen deswegen aufgeschoben werden können (BVG 22 I).

4.3 **Arbeitsvertrag oder Auftrag?**

Ein Arbeitsvertrag regelt somit die Rechte und die Pflichten zwischen einem/einer Arbeitnehmenden und einem Arbeitgeber. Kann ein Rechtsverhältnis, das auf ein Einkommen ausgerichtet ist, nicht dem Vertragstypus des Arbeitsvertrages zugeordnet werden, handelt es sich oft um einen **Auftrag**. Dieser regelt das Rechtsverhältnis zwischen dem Auftraggeber und dem Beauftragten.

Handelt es sich rechtlich um einen **Arbeitsvertrag**, löst dies für Arbeitgeber und Arbeitnehmende in den entsprechenden Sozialversicherungen die obligatorische Versicherungspflicht aus. **Besteht jedoch ein Auftrag**, wird diese Rechtsfolge des Versicherungszwanges in den Arbeitnehmerversicherungen nicht begründet; die beauftragte Person ist nicht «Arbeitnehmer» des Auftraggebers und dieser ist nicht sein Arbeitgeber. Die Zuordnung einer erwerbstätigen Person als Arbeitnehmende oder Beauftragte erscheint auf den ersten Blick einfach. In der Praxis, und vor allem zunehmend in der heutigen Arbeitswelt mit veränderten Beschäftigungsverhältnissen und -modellen, ist die Qualifikation der konkreten Beschäftigung nicht immer einfach. Sie ist jedoch entscheidend für die Unterstellung unter die entsprechenden Sozialversicherungen.

Die gemachten Ausführungen erhellen die **grosse Bedeutung des Arbeitsvertrages** für die Leistungen der Sozialversicherungen, mithin bezüglich Beginn, Ende und Höhe derselben.

4.4 Weitere Anknüpfungspunkte

Auch Personen, die **im Ausland arbeiten oder/und leben**, werden (allenfalls auch auf freiwilliger Basis) über die schweizerischen Sozialversicherungen versichert. So Personen, die von einem Arbeitgeber in der Schweiz ins Ausland entsandt werden, Auslandschweizer/innen oder Personen, die bereits eine Sozialversicherungsleistung beziehen.

Als weitere Bezugspunkte für die Unterstellung unter eine Sozialversicherung können der **Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt, die Beitragsjahre sowie die Staatsbürgerschaft** bezeichnet werden.

4.5 Was bedeutet «versichert»?

Als versichert gilt jemand, der einer Versicherung untersteht. **Im jeweiligen Bundesgesetz** wird festgehalten, wer ab welchem Zeitpunkt den Versicherungsschutz genießt. Dieser hat grundsätzlich einen Beginn und ein Ende. Je nach Sozialversicherung ist diese Zeitspanne unterschiedlich.

Die erwähnten **Volksversicherungen** der Ersten Säule (AHV/IV) gewähren ab Geburt bis zum Tod, zur Invalidität bzw. bis zur Pensionierung und darüber hinaus gegen die Wechselfälle des Lebens (Alter, Tod, Invalidität) einen Schutz.

Für die sogenannten **Arbeitnehmersicherungen** der Zweiten Säule (UVG, BVG) ist die Versicherungspflicht und damit der Versicherungsschutz vom Bestand eines arbeitsrechtlichen Verhältnisses mit in der Regel einem Lohnanspruch abhängig. Hier sind obligatorisch nur jene Personen versichert, welche in einem Arbeitsverhältnis stehen, sogenannte Unselbständigerwerbende, und einen Lohn (BVG, UVG) bzw. eine bestimmte Lohnhöhe (BVG) erzielen.

«Versichert» bedeutet in der Regel einerseits **Beitragspflicht**, andererseits **Leistungsanspruch**.

Wer Beiträge bezahlt, hat in der Regel auch ein Recht auf Leistungen, wenn der Versicherungsfall eintritt und die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Ausnahmsweise gibt es eine Beitragspflicht ohne Leistungsanspruch (z.B. EO), oder es besteht keine Beitragspflicht, jedoch ein Leistungsanspruch (z.B. ELG, MVG und ÜLG).

In den einzelnen Sozialversicherungen, die auch von Privatrechtssubjekten (Stiftungen, Vereinen, Aktiengesellschaften) durchgeführt werden – wie dies in der beruflichen Vorsorge (BVG), in der Unfallversicherung (ausserhalb der Suva) sowie für die Krankenkassen der Fall sein kann –, sind die Personen, welche die gesetzlichen Voraussetzungen für die obligatorische Versicherung erfüllen, **auch ohne Anschluss an eine solche Institution versichert**. Dies bedeutet beispielsweise, dass die entsprechenden Arbeitnehmenden auch dann versichert sind, wenn deren Arbeitgeber die Anmeldung an die zuständige Stelle unterlassen.

Tritt also ein versichertes Ereignis während der Versicherungszeit ein, und nur dann (!), hat die anspruchsberechtigte Person ein Recht auf die versicherte Leistung, sofern allfällige weitere Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Selbstverständlich besteht auch ein Versicherungsschutz für jene Personen, **welche bereits eine Leistung erhalten**, d.h. mit Eintritt eines zweiten Versicherungsfalles. Solche sind denkbar, wenn

- ▶ ein Altersrentner stirbt und eine rentenberechtigte Witwe und/oder waisenrentenberechtigte Kinder hinterlässt;
- ▶ eine Witwe invalidiert;
- ▶ ein Invalider stirbt oder das Pensionierungsalter erreicht.

«**Versichert**» bedeutet **grundsätzlich** einerseits, dass ein Leistungsanspruch begründet wird, weil das versicherte Ereignis während der Versicherungszeit eintritt und die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, und andererseits, dass in der Regel eine Beitragspflicht dafür besteht.

5. Wichtige Begriffe und deren Bedeutung

Im Bereich der Sozialversicherungen werden verschiedene **Begriffe** immer wieder verwendet. Es genügt nicht, dass man nur den Inhalt allgemein versteht, sondern mitunter ist es wesentlich, zu wissen, was sie genau bedeuten, welche Folgen sie haben bzw. ob in einem konkreten Einzelfall der entsprechende sozialversicherungsrechtliche Begriff zur Anwendung gelangt oder nicht.

Diese Begriffe scheinen – im normalen Sprachgebrauch verwendet – auf den ersten Blick klar und eindeutig. Erst die Prüfung, ob ein Sachverhalt bzw. dessen rechtliche Folgen zutreffen, schafft Klarheit, ob ein Begriff anwendbar ist. Nachfolgend soll mit der Umschreibung von wichtigen Begriffen auch deren Bedeutung in den Sozialversicherungen erläutert werden. **Wichtige Begriffe der Sozialversicherungen werden im ATSG definiert.**

5.1 Alter, Tod, Gewaltverbrechen/Selbsttötung

Zu den Risiken, welche in den Sozialversicherungen versichert werden, gehören dasjenige des **Alter(n)s und des Todes**. Hier wird mit den Leistungen der Sozialversicherungen ein Ausgleich für die Folgen geschaffen, welche mit dem Erreichen eines bestimmten Alters oder mit dem Tod eintreten (Lohnausfall).

5.1.1 Alter

Mit der **Pensionierung** beendet die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit und erzielt somit keinen Lohn mehr; es werden Altersleistungen, z.B. in Renten- oder Kapitalform (z.B. Altersrenten, Kinderrente, Alterskapitalien) fällig. Sowohl in der AHV als auch im BVG ist eine Flexibilisierung der Pensionierung möglich, und zwar hinsichtlich des Zeitpunktes (Vorbezug oder Aufschub) als auch des Umfanges (Voll- oder Teilpensionierung).

Wann das versicherte Ereignis hier eintritt, ist in der Regel aufgrund der jeweils gültigen rechtlichen Grundlagen festzustellen, nachzuweisen und zu belegen. Massgebende Grundlage für diese Feststellung ist somit das **jeweilige Gesetz, z.B. das AHVG, das BVG bzw. das entsprechende Reglement** der Pensionskasse.

Dieses kann von demjenigen des Gesetzes (BVG) abweichen, wenn es Bestimmungen zugunsten der versicherten Person festhält. Somit kann das **reglementarische Rücktrittsalter** einer Pensionskasse nicht nur auf das 64./65. Altersjahr festgelegt werden, sondern auch tiefer, beispielsweise auf 62 oder 60 (das Frauenrentenalter von 64 wird ab 2025 pro Jahr um je drei Monate erhöht, bis auch von Frauen das Referenzalter von 65 erreicht wird). Dagegen ist es nicht zulässig, wenn eine BVG-Pensionskasse ein Pensionierungsalter von 67 oder 70 statuieren würde; dies widerspräche der entsprechenden Bestimmung des obligatorischen Gesetzes (BVG). Besteht jedoch eine Pensionskasse ausserhalb des BVG, ist ein Schlussalter unabhängig von den entsprechenden BVG-Bestimmungen denkbar.

Die **Altersleistung** kann je nach gesetzlichen bzw. reglementarischen Bestimmungen vorbezogen oder aufgeschoben werden. Eine vorzeitige Pensionierung ist im Rahmen der beruflichen Vorsorge ab Alter 58 und in der AHV ein oder zwei Jahre vor Erreichen des Referenzalters möglich. Wer über dieses Alter hinaus arbeitet, kann sowohl in der AHV als auch in der beruflichen Vorsorge den Bezug der Altersleistung um höchstens fünf Jahre aufschieben.

Das **Alter** hat in den Sozialversicherungen nicht nur **eine Bedeutung**, wenn jemand ein bestimmtes Alter erreicht, sondern auch **während des Alterungsprozesses**. So gibt es im BVG unterschiedliche Altersgutschriftssätze, die nach Altersgruppen abgestuft sind (BVG 16). Auch für Versicherungen mit Risikoprämien sind die entsprechenden Tarife vom jeweiligen Alter der versicherten Person abhängig (z.B. Krankentaggeldversicherung).

5.1.2 Tod

Auch mit dem Tod fällt das Einkommen der versicherten Person weg; hier entsteht für die Überlebenden bzw. Nachkommen ein **Versorgerschaden**; deshalb werden Hinterlassenenleistungen (z.B. Witwen-/Witwer-, Waisenrenten; Todesfallkapitalien) fällig.

Wenn jemand **stirbt**, ist der Nachweis des Ablebens in der Regel klar. Entsprechende Belege dokumentieren wann (Zeit), wo (Ort), woran (Krankheit/ Ursache) die versicherte Person gestorben ist und wen sie als anspruchsberechtigte Personen hinterlässt (z.B. Ehegatten, eingetragene Partnerin bzw. eingetragenen Partner, Kinder). Wird sie jedoch längere Zeit vermisst, ist möglicherweise ein spezielles Verfahren einzuleiten, welches zur sogenannten Verschollenerklärung führen kann. Damit gilt die versicherte Person als tot, was die entsprechenden Leistungen auslösen kann.

5.1.3 Gewaltverbrechen/Selbsttötung

Menschen können nicht nur durch eine Krankheit oder einen Unfall (oder aus Altersschwäche) sterben, sondern werden gelegentlich auch Opfer eines **Gewaltverbrechens** (z.B. Mord, Totschlag, vorsätzliche Tötung). Hier entstehen allenfalls auch noch Ansprüche aus dem Opferhilfegesetz. Zudem kann die versicherte Person Selbsttötung (Selbstmord/Suizid) begehen.

Ob **hier die Folgen die gleichen sind**, wie bei einem (natürlichen) Todesfall, d.h., ob identische Leistungen in gleichem Ausmass von den Sozialversicherungen ausgerichtet werden, hängt auch vom konkreten Einzelfall ab.

Allgemein kann gesagt werden, dass ein Todesfall infolge eines Gewaltverbrechens in der Regel als durch **Unfall** ausgelöstes versichertes Ereignis eingestuft werden kann, das die entsprechenden Leistungen auszulösen vermag.

Ausnahme bildet der Fall, in dem die anspruchsberechtigte Person für das Verbrechen selbst verantwortlich ist. So kann beispielsweise die Witwenrente einer Ehefrau, die ihren Ehemann umbringt, verweigert werden (ATSG 21 II).

In der Beurteilung eines **Suizids** kann im Allgemeinen davon ausgegangen werden, dass das versicherte Ereignis eingetreten ist. Grundsätzlich wird definitionsgemäss die Selbsttötung mit Wissen und Willen, also bewusst, in Vollbesitz der geistigen Kräfte ausgeführt. Weil dieser **Versicherungsfall mit Absicht herbeigeführt** wird, scheidet der Unfall als Ursache in der Regel von vornherein aus.

Bringt sich jemand jedoch in einer Phase geistiger Umnachtung, in einem Moment **verminderter Zurechnungs- bzw. Urteilsfähigkeit** um, kann dies dazu führen, dass – weil die Absicht fehlt – dieser Todesfall als Unfall qualifiziert wird. Welche Bedeutung diese Unterscheidung besitzt, zeigen die Ausführungen unten betreffend die Umschreibung und Folgen von Versicherungsfällen, welche durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht werden.

5.2 **Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität**

Gestaltet sich die Leistungsüberprüfung für Alter und Tod relativ einfach, ergeben sich beim **Risiko Invalidität** und verwandten Sachverhalten im Rahmen der Arbeitnehmersicherungen mannigfache Probleme. Die entsprechenden Begriffe sind im ATSG umschrieben.

Der Begriff «Invalidität» stellt in den Sozialversicherungen einen leistungsbegründenden Sachverhalt, evtl. einen Anspruch auf Rente dar. Mit der landläufigen Aussage, jemand sei invalid, ist möglicherweise etwas von dieser Definition Abweichendes gemeint.

Als Vorstufe zur Invalidität besteht oft die **Arbeitsunfähigkeit**.

5.2.1 **Arbeitsunfähigkeit (ATSG 6)**

Unter **Arbeitsunfähigkeit** im Sinn von ATSG 6 versteht man «die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.»

Entscheidend ist also, dass durch **den Gesundheitsschaden die Fähigkeit, tatsächlich arbeiten zu können, eingeschränkt** wird. Während kurzfristiger Arbeitsunterbrüche besteht somit in der Regel eine Arbeitsunfähigkeit (welche jedoch zu einer Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität führen kann).

5.2.2 **Erwerbsunfähigkeit (ATSG 7)**

«Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder der geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.»

Dies bedeutet, dass die Person durch den eingetretenen Gesundheitsschaden nicht nur auf ihrem angestammten Gebiet bzw. in ihrem Beruf eingeschränkt ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, sondern im ganzen für sie – unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten, Bildung, Alter, Neigungen – **möglichen Wirtschaftsbereich**. Das heisst auch, dass die Bemühungen, sie ins allgemeine Erwerbsleben einzugliedern, misslungen sind.

5.2.3 Invalidität (ATSG 8)

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (ATSG 8 I).

Sowohl für eine Arbeitsunfähigkeit als auch für eine Invalidität bzw. Erwerbsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf Rente nur, wenn es **einen direkten Kausalzusammenhang zwischen der gesundheitlichen Störung und der Arbeitsunfähigkeit gibt**.

Nur wenn eine **tatsächliche Leistungs- bzw. Einkommenseinbusse durch die gesundheitliche Beeinträchtigung** direkt verursacht wird, besteht ein Anspruch. Besteht – mit anderen Worten – kein Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Arbeitsunfähigkeit bzw. verursacht die gesundheitliche Beeinträchtigung keine Arbeitsunfähigkeit, liegt kein rentenbegründender Sachverhalt vor.

Die resultierende Invalidität gibt nur dann einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, wenn sie eine **gewisse Schwere** erreicht, d.h. ein gewisser **IV-Grad** erreicht wird. Sowohl im IVG als auch im BVG (beide 40 Prozent) und im UVG (10 Prozent) muss eine massgebende Invalidität in einem bestimmten Grad vorliegen, um einen Rentenanspruch zu begründen. Bis 31.12.2021 gab es folgende Abstufung: ab 40 Prozent eine Viertelsrente, ab 50 Prozent eine halbe Rente, ab 60 Prozent eine Dreiviertelsrente und ab 70 Prozent eine ganze Rente. Ab 01.01.2022 neu ausgerichtete Renten erfahren eine feinere Abstufung: mit einem IV-Grad von 40 Prozent gibt es einen Viertel der ganzen Rente (25%); je zusätzlichen Invaliditätsgrad steigt der Rentenanteil um 2,5 Prozent, dies bis zu 50 Prozent. Für IV-Grade zwischen 50 und 69 Prozent entspricht der Rentenanteil dem prozentgenauen IV-Grad. Ab einem IV-Grad von 70 Prozent gibt es nach wie vor eine ganze Rente.

Die Definition der Invalidität in IVG 4 I verweist auf ATSG 8: **«Die Invalidität (ATSG 8) kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.»**

Die massgebende Arbeitsunfähigkeit ist nur relevant, wenn sie zu einer **Lohn-einbusse** führt. Erst diese rechtfertigt den Ausgleich durch Sozialversicherungsleistungen. Erst der rechtsrelevante Umfang der Arbeitsunfähigkeit, die durch eine gesundheitliche Störung verursacht wurde, führt zu einem Leistungsanspruch.

5.3 Lohn

Der Lohn spielt in den Sozialversicherungen, insbesondere in den Arbeitnehmersicherungen eine zentrale Rolle. Speziell der massgebende Lohn ist entscheidend für die **Ermittlung der Beiträge einerseits und für die Bestimmung der Höhe der Leistungen andererseits**.

Eine wesentliche Berechnungsgrösse ist der **«massgebende Lohn»** bzw. der Jahreslohn. Dieser ist bestimmt durch das **AHVG** und entspricht in der Regel sämtlichen Einkommensteilen, welche jemand während eines Jahres verdient. Es handelt sich um den sogenannten Bruttojahreslohn, d.h. um jenes totale Einkommen, das jemand mit der zuständigen AHV-Ausgleichskasse abrechnet und das dem Betrag ohne Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen entspricht.

Dieser Jahreslohn ist oft auch Grundlage für die Berechnung der **«versicherten Jahreslöhne»** in anderen Bereichen. So ist der AHV-pflichtige Jahreslohn grundsätzlich auch massgebend für die Bestimmung des versicherten bzw. koordinierten Jahreslohnes im BVG: für eine Person, welche einen AHV-Jahreslohn von (brutto) CHF 50 000.– verdient, werden die BVG-Leistungen auf der Grundlage dieses Lohnes abzüglich des jeweils gültigen Koordinationsbetrages berechnet (koordinierter, d.h. versicherter Jahreslohn: Seit 2023 = CHF 50 000.– minus 25 725.– = CHF 24 275.–; BVG 7–8).

Der nach **AHV berechnete Jahreslohn** ist grundsätzlich auch gültig für das UVG (UVG 3 II; UVV 7). Verdient eine versicherte Person einen Jahreslohn von CHF 100 000.–, beträgt – weil das UVG keinen Abzug kennt – der versicherte Jahreslohn nach UVG ebenfalls CHF 100 000.– (maximal jedoch CHF 148 200.–; bis Ende 2015 CHF 126 000.–). Die UVG-Invalidenrente, welche 80 Prozent des versicherten Jahreslohnes entspricht, beträgt somit CHF 80 000.–.

Gegebenenfalls wird auch vom **«anrechenbaren Lohn»** gesprochen. Dieser wird in den entsprechenden Grundlagen definiert und kann massgebend sein für die Bestimmung der Beiträge oder der Leistungen. Er kann vom massgebenden bzw. versicherten Lohn abweichen. Hier ist die Prüfung der entsprechenden Bestimmungen unumgänglich.

Das **«Valideneinkommen»** wird – zusammen mit dem Invalideneinkommen – in der Invalidenversicherung für die Bestimmung des IV-Grades verwendet. Es stellt den theoretischen Lohn dar, welchen der Versicherte hypothetisch **ohne Eintritt** des Ereignisses (Invalidität) erzielen könnte.

Das **«Invalideneinkommen»** hingegen stellt den theoretischen Lohn dar, welchen die versicherte Person **nach Eintritt** des versicherten Ereignisses verdienen könnte (vgl. auch ATSG 16).

Ein weiterer Lohnbegriff ist jener des **«mutmasslich entgangenen Verdienstes»**. Dieser ist massgebend im BVG für die Bestimmung der Koordinationsgrenze, jener Limite, ab welcher die Leistungen «abgeschnitten» werden (BVG 34a in Verbindung mit BVV2 24 ff). Der mutmasslich entgangene Verdienst entspricht gemäss BVV2 24 VI jenem Lohn, welchen die versicherte Person ohne Eintritt des versicherten Ereignisses verdienen könnte (vgl. auch UVV 51 III). Er ist – im Gegensatz zum massgebenden bzw. versicherten Jahreslohn – nicht entscheidend für die Bestimmung der versicherten Leistungen, sondern für die Ermittlung der Überentschädigungsgrenze, wenn mehrere Leistungen zusammenkommen.

5.4 Arbeitgeber, Arbeitnehmer

In engem sachlichem Zusammenhang mit den Ausführungen zum Lohn bzw. zum Arbeitsvertrag (bzw. Auftrag) steht die Umschreibung der Begriffe «Arbeitgeber» und «Arbeitnehmer». Im ATSG wird als **Arbeitgeber** derjenige bezeichnet, der Arbeitnehmende beschäftigt (ATSG 11). Damit ist eine genaue Festlegung jedoch nicht erreicht. In der Praxis haben sich verschiedene Kriterien herausgebildet, mit deren Vorhandensein eine Unterscheidung machbar ist.

- ▶ Der/die Arbeitnehmende ist weisungsgebunden, trägt nicht das unternehmerische Risiko und ist oft in die betriebseigene Organisation eingebunden.
- ▶ Der Arbeitgeber hingegen hat die Kompetenz, Weisungen zu erteilen, trägt das unternehmerische Risiko und stellt den Arbeitsplatz bzw. die Arbeitsinstrumente zur Verfügung.

Können diese Kriterien im konkreten Einzelfall nicht klar und eindeutig zugeordnet werden, wird beurteilt, welche Kriterien signifikant, bezeichnend, vorherrschend, wichtiger sind. Diese Prüfung übernimmt die AHV-Ausgleichskasse durch die Einteilung der entsprechenden Personen (Arbeitnehmende, Selbständigerwerbende, Nichterwerbstätige). **Die Einteilung der AHV ist für alle Sozialversicherungen grundsätzlich verbindlich.**

5.5 Unfall, Krankheit

Durch **Unfall oder Krankheit** (oder aus Altersschwäche) stirbt jemand oder wird arbeitsunfähig bzw. invalid. Diese zwei Begriffe sind deshalb auch die **Ursachen**, wodurch ein Versicherungs- bzw. Vorsorgefall ausgelöst wird. Ob ein Unfall oder eine Krankheit einen Leistungsfall auslöst, ist mitunter entscheidend für die Frage, wer wann welche Leistungen, in welchem Umfang und an wen leisten muss. Somit ist es unerlässlich, dass diese zwei Begriffe definiert werden.

Zunächst in der Rechtsprechung entwickelt, danach in die Verordnung über die Unfallversicherung (aUVV 9 I) aufgenommen, ist heute der **Unfallbegriff** als «plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder der geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat» in **ATSG 4** umschrieben.

In einem konkreten Fall muss zunächst überprüft werden, ob ein Ereignis plötzlich, nicht beabsichtigt, ungewöhnlich, durch äusseren Faktor auf den menschlichen Körper einen Schaden verursacht hat. Sämtliche einzelnen Punkte müssen vorliegen, damit ein Unfall gegeben ist. Fehlt nur eines dieser Elemente, liegt – mit Ausnahme der **unfallähnlichen Körperschädigungen** (hier darf die ungewöhnliche äussere Einwirkung fehlen; UVG 6 II) – kein Unfall vor. Diese Situation führt dazu, dass es sich um eine **Krankheit** handelt. Dies bedeutet, dass der Ausschluss des Unfalls, dessen Vorliegen zunächst geprüft wird, automatisch zur Annahme einer den Versicherungsfall verursachenden Krankheit führt; eine dritte Ursache gibt es nicht.

Dennoch wird die **Krankheit in ATSG 3 I** folgendermassen umschrieben: «Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder des geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Unter-

suchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.» Auch hier schliesst der Unfall somit die Krankheit aus.

Als besondere Form der Krankheiten gelten die **Berufskrankheiten**; sie werden in UVG 9 I definiert als «Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind».

Allgemein kann gesagt werden, dass das **Risiko «Unfall»** als Ursache für einen Versicherungsfall besser versichert ist als die Krankheit.

Die AHV/IV und das UVG (und allenfalls das BVG) erbringen Leistungen für Versicherungsfälle (Tod, Invalidität) infolge **Unfall** (Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle) sowie für **Berufskrankheiten**. Die AHV/IV und das BVG sind leistungspflichtig für Versicherungsfälle (Tod, Invalidität) infolge **Krankheit** (exkl. **Berufskrankheiten**).

5.6 **Arbeitslosigkeit**

Die Arbeitslosenversicherung zahlt unter anderem Leistungen, wenn jemand **arbeitslos** ist. Nach landläufiger Meinung ist arbeitslos, wer die Arbeitsstelle verliert und keine neue Anstellung hat. Dies allein löst noch keine Berechtigung auf entsprechende Entschädigungen aus. Neben den anderen Anspruchsvoraussetzungen (vgl. AVIG 8) muss jemand **im Sinn des Gesetzes** (AVIG) ganz oder teilweise arbeitslos sein, damit er/sie einen Anspruch besitzt. Unter welchen Umständen dieser Sachverhalt vorliegt, erläutert AVIG 10.

5.7 **Zivilstand, Verwandtschaft**

Mitunter ist der Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen abhängig vom **Zivilstand**. Insbesondere der Umstand, ob und wie lange jemand verheiratet oder ledig, verwitwet oder geschieden ist, kann entscheidend sein, ob entsprechende Leistungen fällig werden oder nicht. So lösen beispielsweise Hinterlassenenleistungen an den überlebenden Partner (in der Regel) nur versicherte Personen aus, welche **verheiratet** sind. Deswegen werden Witwen- bzw. Witwerrenten nur ausgelöst, wenn die verstorbene Person verheiratet war.

Mit dem per 01.01.2007 in Kraft getretenen neuen Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare (PartG) werden die entsprechenden Personen (auch) im Sozialversicherungsrecht analog und sinngemäss den verheirateten versicherten Personen, d.h. den Ehegatten, gleichgestellt. Demnach sind diejenigen Personen im Rahmen der obligatorischen Sozialversicherungen zwingend versichert, welche in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben und sich beim zuständigen Zivilstandsamt mit dem neuen Zivilstand «in eingetragener Partnerschaft» registrieren lassen. Die Gleichstellung betrifft vor allem die Rechtsstellung dieser Personen bei der Eintragung, für die Dauer sowie bei der Auflösung der Partnerschaft und danach (analog «geschieden»). Betroffen sind vor allem die Hinterlassenenleistungen sowie bezüglich einer allfälligen Zustimmung für die Auszahlung von bestimmten Leistungen. Im Todesfall haben die gleichgeschlechtlichen Partner die Rechtsstellung eines Witwers.

Nach der Einführung der «Ehe für alle» hat das Partnerschaftsgesetz (PartG) seine Bedeutung weitgehend verloren, sodass alle Personen, die nun heiraten, im Sozialversicherungsrecht entsprechend versichert sind.

Für gemischtgeschlechtliche Konkubinatspaare jedoch kann eine Besserstellung höchstens auf freiwilliger Basis und im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten erfolgen. Im Gegensatz zu den gleichgeschlechtlichen Paaren können diese Personen (normal) heiraten.

Unter welchen Umständen jemand als verheiratet gilt, darüber gibt das entsprechende anwendbare Recht Auskunft. In der Schweiz wird dieser Sachverhalt im ZGB geregelt. Wann der Zivilstand «verheiratet» beginnt – bzw. die Ehe geschlossen wird – und wie lange sie dauert, darüber geben die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen Auskunft. Tritt ein Todesfall **während der Ehedauer** ein, besteht im Rahmen der jeweils anwendbaren rechtlichen Bestimmungen ein Anspruch auf Hinterlassenenleistungen.

5.7.1 **Beginn und Ende der Ehe**

Der Beginn der Ehe wird durch die zivilrechtliche Heirat beurkundet und festgelegt; die Auflösung der Ehe kann durch deren Ungültigerklärung, durch den Tod oder die Scheidung erfolgen. Bis zum Tod bzw. zum rechtskräftigen Gerichtsurteil dauert die Ehe rechtlich somit fort.

Eine Trennung, sei sie tatsächlicher oder/und rechtlicher Natur, hebt die Ehe nicht auf; demnach bestehen die anwartschaftlichen Vorsorgeansprüche auf Hinterlassenenleistungen in einem Todesfall grundsätzlich weiter. Wird die Ehe gerichtlich ungültig erklärt oder geschieden, bleiben die Vorsorgeansprüche aus Sozialversicherungen bis zum **rechtskräftigen Urteil** aufrecht.

Die Rechtskraft bzw. Gültigkeit des Gerichtsurteils tritt ein, wenn die Rechtsmittelfrist unbenutzt verstrichen ist bzw. sie vom Gericht formell bestätigt wird (**Rechtskraftbescheinigung**); bis zu diesem Zeitpunkt dauert die Ehe fort!

5.7.2 **Geschiedene**

Der Zivilstand «verheiratet» zeitigt auch nach Auflösung der Ehe durch Scheidung Folgen. Unter bestimmten Voraussetzungen haben **geschiedene Personen**, welche mit einer versicherten Person verheiratet waren, bei deren Tod Anspruch auf Hinterlassenenleistungen aus Sozialversicherungen. Beispielsweise entsteht für eine geschiedene Person bzw. Frau ein Anspruch in der AHV und im BVG, wenn die Ehe zehn Jahre gedauert hat und (im Fall des BVG) eine Unterhaltszahlung im Scheidungsurteil festgelegt wurde. Die Form der Hinterlassenenleistung, Rente oder Abfindung, kann weiter vom Vorhandensein von Kindern bzw. vom Alter des überlebenden Ehegatten abhängig gemacht werden.

5.7.3 **Verwandtschaft**

Neben dem rechtlichen Institut der Ehe kann die **zivilrechtliche Verwandtschaft** einen Anspruch auf Vorsorgeleistungen auslösen. Im Vordergrund steht der Anspruch von **direkten Nachkommen, d.h. von Kindern**. Anspruchsberechtigte unter diesem Begriff sind leibliche Kinder oder adoptierte Personen; gegebenenfalls haben auch Stiefkinder, für welche Unterhalt gewährt wird, einen Anspruch.

Haben diese **ein bestimmtes Alter nicht überschritten** – in der Regel 18 bzw. 25 Jahre –, besteht im Todesfall (des versicherten Elternteils) ein Anspruch auf Waisenrenten. Solche Leistungen erbringen die AHV, das BVG und das UVG.

Kinder können auch Renten auslösen, wenn der versicherte Elternteil pensioniert oder invalid wird: Pensioniertenkinderrenten existieren in der AHV und im BVG, Invalidenkinderrenten in der IV und im BVG.

5.7.4 Anspruchsberechtigte Personen

Als anspruchsberechtigte Personen gelten in den Sozialversicherungen in erster Linie die versicherte Person selber sowie der überlebende Ehegatte (Witwe/r) und die Kinder (unmündige). Damit wird dem Vorsorge- bzw. Versorgergedanken, der in den Sozialversicherungen vorherrschend ist, Rechnung getragen.

Weitere durch die **Verwandschaft bzw. den Verwandtschaftsgrad** bestimmte Personen werden gesetzlich oder reglementarisch zu anspruchsberechtigten Personen. In diesem Zusammenhang können auch die erwachsenen mündigen Kinder, die Eltern, Geschwister oder andere Personen im Rahmen der einschlägigen rechtlichen Grundlagen begünstigt sein. Beispiele dafür liefern das MVG und allenfalls Pensionskassenreglemente.

5.7.5 Konkubinatspaare

Besondere Probleme ergeben sich mit der Beurteilung von allfälligen Ansprüchen von **Konkubinatspartnern**. Obwohl sich die Lebensformen in den letzten Jahren markant verändert haben, geht die heutige Rechtslage mit den Anspruchsvoraussetzungen bezüglich Sozialversicherungsleistungen in einem Todesfall nach wie vor vom Bestand einer Ehe bzw. einer direkten Verwandschaft (zu Kindern) aus. Mit Ausnahme von anspruchsberechtigten geschiedenen Personen kann nur eine bestehende Ehe in den obligatorischen Bereichen der Sozialversicherungen Witwen- bzw. Witwerrenten auslösen.

Leben zwei Personen dagegen im **Konkubinats**, führen sie beispielsweise eine eheähnliche Beziehung, werden in der Regel in einem Todesfall keine der unter dem «Institut der Ehe» fälligen Folgen ausgelöst. Die Lebensform des (gemischtgeschlechtlichen) Konkubinats ist (noch) nicht – wie die Ehe – als eigenständiges Institut zivilrechtlich geregelt. Nur die zivilrechtlich verankerte Ehe löst – neben dem Erbrecht – gegenüber den Sozialversicherungen die entsprechenden Hinterlassenenleistungen aus.

Bezüglich **der Absicherung des Konkubinats** bzw. der daran beteiligten Personen sind auch im Bereich der freiwilligen Sozialversicherungen in den letzten Jahren gewisse Veränderungen eingetreten. Neben dem Steuerbereich, welcher diesem Umstand bereits teilweise Rechnung trägt, sind auch z.B. im Bereich der ausserobligatorischen, d.h. freiwilligen beruflichen Vorsorge (vgl. Reglement der betreffenden Pensionskasse) entsprechende Bestimmungen zugunsten von Konkubinatspaaren aufgenommen worden.

Ausgehend vom **Versorgergedanken**, von welchem in einer Ehe und mit dem Vorhandensein von Kindern stillschweigend ausgegangen wird, wurden hinsichtlich der Anspruchsberechtigung auf Sozialversicherungsleistungen von Konkubinatspaaren gewisse Bedingungen formuliert.

Es haben sich in der Praxis grundsätzlich folgende Aspekte schwerpunktmässig als **Voraussetzungen** ausgebildet, welche jedoch nur als «Leitplanken» zu betrachten **sind**:

- ▶ Das Verhältnis bzw. die Beziehung muss eine gewisse Dauer aufweisen; als Faustregel, deren Anwendung jedoch im konkreten Einzelfall auf ihre Angemessenheit überprüft werden muss, gilt eine **Dauer von fünf Jahren**.
- ▶ Der überlebende Konkubinatspartner kommt für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder auf.
- ▶ Schliesslich muss der überlebende Konkubinatspartner die Erfüllung dieser Bedingungen **beweisen bzw. belegen** können. Dies ist möglich z.B. mittels Zeugenaussagen, Steuererklärungen, Bankauszügen, Verträgen usw.

Gemäss aktueller Gerichtspraxis ist folgende Entwicklung zu beachten:

- ▶ Die Person, welche beim Tod ihres Partners Ansprüche geltend machen will, muss nicht unbedingt von diesem massgeblich unterstützt worden sein. Dies bedeutet, dass es sich nicht (mehr) um eine **materielle, d.h. wirtschaftliche Unterstützung** handeln muss.
- ▶ Zudem muss der Verstorbene nicht mehr zu rund der **Hälfte für den Lebensunterhalt** des anderen aufgekommen sein.

Im **Bereich der Pensionskasse** sind solche Bemühungen bereits heute sichtbar. Die Berechtigung des Konkubinatspartners kann jedoch – verglichen mit gesetzlichen Anspruchsberechtigten – auch eingeschränkt sein. Sicher können damit primär Begünstigte wie der überlebende Ehegatte oder Kinder von der Anspruchsberechtigung nicht ausgeschlossen werden, sondern der Konkubinatspartner rangiert nach diesen oder in der gleichen Gruppe.

6. Leistungen der Sozialversicherungen

6.1 Wie sind die Sozialversicherungsleistungen ausgestaltet?

Die Sozialversicherungsleistungen sind von vornherein festgesetzt. Dies bedeutet, dass im Zeitpunkt, in dem sich das befürchtete Ereignis verwirklicht, **die Art, die Ermittlung (die Berechnung), die Höhe und die Anspruchsvoraussetzungen der Beiträge und Leistungen bereits festgelegt** sind. Diese Vorgaben liefern die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen. Anhand der entsprechenden Normen kann überprüft werden, wer wann welchen Anspruch auf welche Leistung in welcher Höhe hat.

Die Sozialversicherungsleistungen richten sich also nicht nach dem wirklichen Bedarf bzw. dem eingetretenen «Schaden» in einem konkreten Fall, sondern werden **nach dem Versicherungsprinzip** gleichmässig ausgerichtet. Das heisst, dass alle Personen, unbeschweren anderer Einkünfte und unabhängig von den vorliegenden Vermögensverhältnissen, nach den entsprechenden recht-

lichen Grundlagen gleich behandelt werden. Die Leistungen sind **typisiert**: die Witwenrente in der AHV beträgt 80 Prozent der berechneten Altersrente, die Invalidenkinderrente der IV entspricht 40 Prozent der Invalidenrente bzw. Altersrente, die Invalidenrente des UVG ist 80 Prozent des versicherten Verdienstes, die Waisenrente im BVG beträgt 20 Prozent der BVG-Invalidenrente.

Die Berechnungsweise bzw. die Ermittlung wird in allen Fällen gemäss den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen; dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Leistungen für alle Personen gleich hoch sind. Die Höhe der Leistungen hängt im Weiteren je nach Versicherungszweig z.B. ab von **der Beitragsdauer, der Höhe der Beiträge, vom Geschlecht, vom Alter, vom Lohn, von weiteren gesetzlichen Faktoren** usw.

6.1.1 Für Unfallfolgen

Gegen **Unfall** sind Unselbständigerwerbende obligatorisch für die gesetzlich vorgesehenen **Heilungskosten** versichert; für die vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit erhalten die Versicherten ab dem dritten Tag **Taggelder** in der Höhe von 80 Prozent des versicherten Lohnes, danach – wenn die gesundheitsbedingte vollständige Einschränkung andauert – die **Invalidenrente**, ebenfalls in der Höhe von 80 Prozent des versicherten Lohnes (UVG 20).

Der versicherte Verdienst entspricht dem massgebenden AHV-Lohn; **er ist jedoch nach oben begrenzt** (CHF 148 200.–), sodass überschüssende Löhne im Obligatorium nicht mehr erfasst werden. Sie können mit einer UVG-Zusatzversicherung abgedeckt werden. Wie bereits ausgeführt, ist gegebenenfalls auch das BVG an einem UVG-versicherten Ereignis im Rentenbereich subsidiär leistungspflichtig. Weil im Unfallbereich auch die Heilungskosten über das UVG versichert sind, können diese in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG ausgeschlossen werden (Prämienreduktion).

6.1.2 Im Krankheitsfall

Im **Krankheitsfall** sind Unselbständigerwerbende bzw. deren Hinterlassene für die Folgen eines Versicherungsfalles schlechtergestellt. Im Bereich der **Heilungskosten** sind die Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung des KVG gedeckt.

Als Lohnersatz im Fall einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit besteht (noch) **kein gesetzliches Taggeldobligatorium**. Das Obligationenrecht regelt lediglich einen Minimalanspruch, welcher im ersten Dienstjahr von einer **Lohnfortzahlungspflicht** des Arbeitgebers von drei Wochen ausgeht; danach soll für eine angemessene längere Zeit bezahlt werden. In diesem Zusammenhang haben sich in der Praxis die sogenannten Basler, Berner und Zürcher Skalen entwickelt, welche eine von den Dienstjahren abhängige Anspruchsdauer festlegen. Dies stellt die Minimalregelung für den Taggeldbereich infolge Krankheit dar (OR 324a).

In den einzelnen Arbeitsverträgen sowie gestützt auf einen Gesamtarbeitsvertrag (**GAV**) kann sich – wenn speziell vereinbart – eine Verpflichtung zur längeren Ausrichtung der Lohnzahlung ergeben. Zu diesem Zweck stehen zur Abgeltung der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers auch ausserhalb dieser zwei Möglichkeiten sogenannte kollektive Krankentaggeldversicherungen zur Verfügung.

Obwohl der Abschluss einer solchen Versicherung in der Schweiz nicht obligatorisch ist, **verfügen sehr viele Unternehmen** über eine entsprechende Abdeckung. Damit wird auch erreicht, dass bezüglich Lohnausfall für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfall ein gewisser Schutz vorhanden ist (sehr oft Leistungen in der Höhe von 80 Prozent mit einer Dauer von zwei Jahren). Bleibt die versicherte Person nach Erschöpfung der Krankengelder weiterhin arbeitsunfähig, setzt – nach der **Rente der staatlichen Invalidenversicherung – jene des BVG ein** (vgl. nachfolgend Koordination).

6.1.3 Gründe für die unterschiedliche Versicherungsdeckung

Die Gründe sind historisch bedingt. Zunächst wurde in der **Fabrik die Haftpflicht des Arbeitgebers** eingeführt, bevor die Unfallversicherung für die Arbeitnehmenden etabliert wurde. Der geringe prozentuale Anteil der unfallbedingten Invaliditäts- und Todesfälle kann ein weiterer Grund für die Besserstellung des Unfallbereiches gewesen sein. Er liegt mit ca. 10 Prozent deutlich tiefer als jener zufolge Krankheit (rund 90 Prozent). Dies äussert sich auch in der **Finanzierung**: Weil sich – gemessen am Krankheitsrisiko – relativ selten ein Unfall ereignet, konnten die Arbeitgeber- und die Arbeitnehmerbeiträge hier im Promillebereich gehalten werden.

6.2 Wann werden Leistungen fällig?

Wann werden die **Alters- bzw. die Hinterlassenenleistungen** fällig? Mit dem Ersten des Folgemonats nach Vollendung des entsprechenden Alters erhält die versicherte Person einen Anspruch auf die Leistung. Ein Mann mit Geburtstag 03.04.1956 feiert seinen 65. Geburtstag am 03.04.2021; von der AHV besitzt er somit einen Anspruch auf die entsprechende Leistung ab 01.05.2021 (AHVG 21 II).

Mit dem Tod entsteht in der Regel der Anspruch auf die versicherten Hinterlassenenleistungen. Während die AHV die Hinterlassenenrente ebenfalls ab dem ersten Tag des auf den Tod folgenden Monats ausrichtet (AHVG 23 III), entsteht in der beruflichen Vorsorge der Anspruch auf Hinterlassenenleistungen mit dem Tod des Versicherten; er kann jedoch reglementarisch auf den Ersten des Todesmonats zurückgerechnet werden; z.B. Todestag am 14. März, Berechnung und Anspruch per 1. März. Gegebenenfalls erfolgt eine ununterbrochene Ablösung einer Rente durch eine andere, wenn ein zweites Versicherungsereignis eintritt (z.B., wenn die Witwe das Rentenalter erreicht, ein Invalidenrentner stirbt usw.).

Hinsichtlich der **Entstehung bzw. Fälligkeit des Anspruches auf Invalidenleistungen (Taggelder und Renten)** ist die Frage differenzierter zu betrachten. Auch aufgrund der Definition bzw. Umschreibung der Begriffe Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität wird klar, dass es sich hier sozialversicherungsrechtlich nicht um identische Begriffe handelt. Wann eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist vorgängig erläutert worden. Diese kann – wegen des vorübergehenden Charakters der Einschränkung – die Übernahme von Heilungskosten, die Fälligkeit von Taggeldansprüchen bzw. eine Prämienbefreiung auslösen. So sind hier die Übernahme von Spitalkosten sowie – im Fall von Unfall oder Krankheit gesetzlich bzw. vertraglich – vereinbarte Taggelder als Lohnersatz gegeben.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit fort, sodass nach Ablauf einer gewissen Frist daraus eine Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität resultiert, stellt sich die Frage nach dem entsprechenden **Rentenanspruch**. Bis zum Ablauf dieser Zeitspanne gilt die versicherte Person rechtlich in der Regel als arbeitsunfähig, nicht als erwerbsunfähig bzw. invalid!

In der Invalidenversicherung – und im Grundsatz auch in der beruflichen Vorsorge – gilt in der Regel die **Wartefrist von einem Jahr seit Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit** (IVG 28 I Bst. b). Wird dieser Zeitpunkt erreicht, gilt die versicherte Person als invalid, was die Entstehung eines Anspruches auf eine **Invalidenrente** zur Folge hat. Die Arbeitsunfähigkeit wird von der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität abgelöst; der Taggeldanspruch der Invalidenversicherung (z.B. während der Umschulung) wird durch den Anspruch auf eine Rente abgelöst.

Im UVG gilt in diesem Zusammenhang keine feste, gesetzlich vorgesehene Frist. Vielmehr wird der Anspruch **auf eine Invalidenrente von der Prognose** bestimmt, dass der stabile Arbeitsunfähigkeitszustand nicht mehr zu verbessern sei (UVG 19 I); die Invalidenrente löst das Taggeld ab. Somit begründet erst eine Erwerbsunfähigkeit bzw. eine Invalidität den rechtlichen Anspruch auf eine entsprechende Invalidenrente!

Der Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. die Fälligkeit der entsprechenden Leistung kann im BVG – aus Koordinationsgründen – über den Zeitraum von einem Jahr **aufgeschoben** werden, wenn gewisse Bedingungen der Taggeldversicherung erfüllt sind: Es müssen Versicherungsleistungen in der Höhe von 80 Prozent des entgangenen Lohnes ausgerichtet werden, die mindestens zur Hälfte vom Arbeitgeber finanziert sind. Bis zur Erschöpfung dieser Taggelder kann die Pensionskasse ihren Anspruch aufschieben, d.h., dass so lange der Anspruch auf die Leistung nicht fällig wird (BVV2 26). Fallen diese Voraussetzungen jedoch weg, tritt die Fälligkeit sofort ein, was zur umgehenden Leistungspflicht der Pensionskasse führt (vgl. nachfolgend).

Die Fälligkeit der Leistungen kann auch an den **Nachweis** des Eintrittes des entsprechenden befürchteten Ereignisses geknüpft sein. Für das Geltendmachen von Alters-, Todes- oder Invalidenleistungen sind in der Regel die entsprechenden Belege beizubringen. Hierzu gehören amtliche Belege wie Pass, Geburtsurkunde, Führerschein, Familienbüchlein, Todesschein, Erbenbescheinigung oder auch Arztzeugnisse, Gutachten und dergleichen.

6.3 Wann können Leistungen gekürzt bzw. verweigert werden?

Die versicherten Leistungen der Sozialversicherungen im Alter, im Todes- oder im Invaliditätsfall werden grundsätzlich ungekürzt fällig. Die jeweils rechtlich versicherten Leistungen erfahren jedoch gelegentlich eine Kürzung. Welche Gründe können dafür verantwortlich sein?

Im Rahmen der **Koordination** von Sozialversicherungsleistungen können Leistungen einer Sozialversicherung oder mehrerer Versicherungen gekürzt werden, weil deren Summe die zulässige Limite überschreitet. Das UVG erbringt beispielsweise – nach AHV/IV – die sogenannte Komplementärrente bis 90 Prozent des versicherten Lohnes. Das BVG ergänzt – nach AHV/IV und (allenfalls) UVG – bis zu einer Limite von 90 Prozent des mutmasslich entgangenen Verdienstes.

Gewöhnlich können bei den Sozialversicherungen Leistungen **freiwilliger bzw. privater Versicherungen (Säule 3a/3b)** nicht miteingerechnet werden. Deren Versicherungsbedingungen können jedoch Kürzungsvorschriften vorsehen.

Liegt ein **Verschulden** (Fahrlässigkeit oder Absicht) der versicherten oder der anspruchsberechtigten Person vor, können die Leistungen gekürzt oder sogar verweigert werden.

Eine **fehlerhafte Rechtsgrundlage** (unrichtiger Versicherungsausweis) kann ein weiterer Grund für eine Leistungskürzung bilden. Der Grundsatz von Treu und Glauben kann jedoch unter bestimmten Voraussetzungen dazu führen, dass eine unrichtige Auskunft trotzdem verbindlich ist (vgl. nachfolgend). **Berechnungsfehler** können jederzeit korrigiert werden.

Wenn fünf Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind, ist eine Falschauskunft im konkreten Einzelfall verbindlich:

- ▶ Die Auskunft ist vorbehaltlos und gestützt auf eine vollständige und richtige Sachverhaltsdarstellung erfolgt.
- ▶ Die Auskunft gebende Stelle ist dafür zuständig oder konnte für zuständig betrachtet werden.
- ▶ Die betroffene Person hat den Fehler oder den Mangel nicht erkennen können.
- ▶ Die betroffene Person hat bereits Dispositionen vorgenommen, die nicht bzw. nicht ohne grosse Nachteile rückgängig gemacht werden können.
- ▶ Die Rechtslage hat sich seit der Auskunft nicht geändert.

Veränderte Rechtsgrundlagen, z.B. revidierte Gesetze oder Reglemente, können auch dazu führen, dass die versicherten bzw. versprochenen Leistungen nachträglich eine Änderung erfahren; oft wird hier jedoch im Rahmen einer Besitzstandsgarantie die höhere Leistung erbracht.

Werden Leistungen ohne rechtliche Grundlage ausgerichtet, besteht in der Regel ein Anspruch auf **Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen**. Durch eine zulässige **Verrechnung** von Leistungen mit einer Gegenforderung wird die ursprüngliche Leistung gesenkt.

Unterliegt die fällige Leistung der **Quellensteuer**, weil sich die anspruchsberechtigte Person im Ausland befindet, reduziert sich deren Betrag vor der Überweisung um den entsprechenden Quellensteuerabzug, welcher der zuständigen Steuerverwaltung abzuführen ist.

Ein Gebot des **Rechtsfriedens bzw. der Rechtssicherheit besteht darin**, dass Forderungen bzw. Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen nach Ablauf einer bestimmten Zeit nicht mehr (gerichtlich) durchgesetzt werden können. Es ist dem Leistungsansprecher zumutbar, fällige Ansprüche innert einer angemessenen bzw. nützlichen Frist geltend zu machen. Handelt die betroffene Person nicht, kann ihr **die Verjährung** der entsprechenden Forderungen entgegengehalten werden. Wann tritt nun die Verjährung von Sozialversicherungsleistungen und -beiträgen in der Regel ein?

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge erlischt – vorbehaltlich einer längeren Verjährungsfrist nach Strafrecht – **fünf Jahre** seit Fälligkeit (ATSG 24). Der Beginn der Verjährungsfrist hängt somit von der Fälligkeit der entsprechenden Leistung ab.

Die Verjährungsfrist kann unterbrochen werden, dies etwa durch Schuld-
anerkennung, Einleitung der Betreibung oder Ergreifen eines Rechtsmittels
(Beschwerde oder Klage).

Eine **Sonderstellung** nehmen die **Invalidenrenten im BVG** bezüglich
der Verjährungsfrage ein. Der Anspruch auf die einzelne Rente verjährt – wie
erwähnt – auch nach Ablauf von fünf Jahren. Das sogenannte **Stammrecht**,
d.h. das das Ereignis auslösende Moment, verjährt jedoch nicht, sofern der
Versicherte die Vorsorgeeinrichtung noch nicht verlassen hat.

Der Versicherungsträger kann zudem die Ausrichtung von Leistungen vor-
sorglich einstellen, wenn die versicherte Person die Meldung bei veränderten
Verhältnissen verletzt hat, einer Lebens- oder Zivilstandskontrolle nicht
nachgekommen ist oder wenn der begründete Verdacht besteht, dass sie die
Leistungen unrechtmässig erwirkt.

6.4 **Anpassung von Leistungen**

Der einmal eingetretene Versicherungs- bzw. Vorsorgefall kann durch bestimmte
Umstände eine Änderung erfahren, sodass die laufende Leistung entweder
eingestellt oder durch den Eintritt eines neuen Versicherungsfalls «abgelöst»
wird oder durch eine andere Veränderung eine Anpassung erfährt.

Dazu gehören beispielsweise folgende Sachverhalte:

- ▶ Die Witwe/der Witwer heiratet wieder.
- ▶ Das Kind erreicht das Schlussalter, wodurch die Berechtigung auf eine
Waisenrente entfällt.
- ▶ Der Ehemann, welcher eine Invaliden- oder Altersrente bezieht, stirbt.
- ▶ Die eine Rente beziehende Witwe invalidiert.
- ▶ Der IV-Grad erhöht sich von 67 auf 85 Prozent; es entsteht ein Anspruch
auf eine ganze IV-Rente.

Reglements- oder Gesetzesänderungen können ebenfalls zu einer Änderung
bzw. Anpassung führen, oft nur zugunsten der anspruchsberechtigten Person.

Die entsprechenden Renten werden an die **Teuerung angepasst**, d.h. erhöht;
dies geschieht regelmässig in der AHV/IV, im UVG und im BVG.

Durch einen **Zivilstandswechsel** können Ansprüche entstehen bzw. ver-
loren gehen (Heirat, Scheidung), ebenso durch einen **Wohnsitzwechsel**
(Krankenkassenprämien) oder durch Verlassen der Schweiz. Der **Entscheid
einer anderen Versicherung** kann dazu führen, dass Leistungsansprüche
erst entstehen bzw. in die Koordination mit einbezogen werden.

6.5 **Besondere Sachverhalte:**

Pfändung, Arrest, Abtretung, Verrechnung, Verpfändung

Fällige Sozialversicherungsleistungen können durch besondere Sachver-
halte beeinflusst werden, sodass der Zugriff verhindert, die Leistung gesenkt,
an einen Dritten ausgerichtet bzw. sichergestellt wird.

Hat jemand Schulden, die er nicht begleicht, kann es zu einer **Pfändung** von
Vermögenswerten kommen, d.h., der Betreibungsbeamte überprüft aufgrund
der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen (SchKG 92/93), ob und
welche Vermögenswerte eingezogen und versilbert werden können, um die
Gläubigerforderungen zu befriedigen.

Fällige Sozialversicherungsleistungen, d.h. solche, die bereits ausbezahlt werden, sind – ihrem Zweck und ihrer Bedeutung gemäss – **diesem Zugriff ganz oder teilweise entzogen**. Deswegen sind Leistungen der AHV/IV/EL und der öffentlichen Sozialhilfe auch wegen ihres verfassungsmässig verankerten Zweckes der Existenzsicherung (vgl. Dreisäulenkonzept) dieser Verwertung vollends entzogen. Andere fällige Sozialversicherungsleistungen (z.B. BVG) sind **beschränkt pfändbar**, sodass die Leistungen nur in einem bestimmten Umfang gesenkt werden dürfen (Existenzminimum).

Eine andere Form der Sicherstellung ist der **Arrest**. Damit wird, wenn Arrestgründe vorliegen (SchKG 271), dem/der Berechtigten die Verfügbarkeit über den Vermögenswert entzogen. Auch hier muss die entsprechende Leistung als Gültigkeitsvoraussetzung fällig sein.

Unter dem Titel «Sicherung der Leistung» führt ATSG 22 I aus, dass der **Anspruch auf Leistungen weder abtret- noch verpfändbar** ist und dass solche Rechtsgeschäfte nichtig sind. Ausnahmsweise können bestimmte Nachzahlungen von Leistungen abgetreten werden.

Nach der Fälligkeit jedoch können diese an einen Dritten abgetreten bzw. mit fälligen Gegenforderungen bis zu einer bestimmten Limite verrechnet werden. Eine Abtretung oder Zession bewirkt einen Gläubigerwechsel, d.h., diejenige Person, welche gemäss entsprechender rechtlicher Grundlage (Gesetz, Reglement) einen Anspruch auf eine Sozialversicherungsleistung hat (weil das versicherte Ereignis eingetreten ist), tritt dieses Recht an einen Dritten ab, weil er diesem beispielsweise Geld schuldet. Als Rechtsfolge der Abtretung tritt der Dritte gegenüber dem Schuldner (z.B. Sozialversicherungsanstalt) als Berechtigter auf, sodass dieser an den neuen Gläubiger mit befreiender Wirkung gegenüber der (ursprünglich) anspruchsberechtigten Person leisten kann.

Eine **Verrechnung** von Forderungen bedeutet – vereinfacht ausgedrückt – die gegenseitige Aufrechnung von Geldbeträgen. Zwei Personen schulden einander Geld; damit jeder dem anderen nicht die gesamte von ihm geschuldete Summe ausrichten muss, um vom anderen seine Forderung erfüllt zu erhalten, werden diese zwei Forderungen gegenübergestellt und voneinander in Abzug gebracht.

Im Rahmen der Sozialversicherungsleistungen **kann diese Konstellation** z.B. dann auftreten, wenn die anspruchsberechtigte Person Leistungen bezieht und gleichzeitig Beitragsausstände hat oder weil Leistungen zu Unrecht ausbezahlt worden sind und die Rückforderung nun mit den fälligen Leistungen verrechnet werden.

Das Institut der **Verpfändung** ist gelegentlich ebenfalls geregelt. Dabei handelt es sich grundsätzlich um ein Sicherungsgeschäft. Die Erfüllung einer Forderung wird mit einem Pfand sichergestellt, sodass der Pfandgläubiger bei Nichterfüllung das Pfand verwerten kann. Grundsätzlich sind Vorsorgeansprüche nicht verpfändbar, können somit nicht als Sicherheit für eine Drittforderung verwendet werden. Auch hier lautet somit der **Grundsatz: keine Verpfändung von Vorsorgeansprüchen** (ATSG 22). Der Bereich der **beruflichen Vorsorge** (Pensionskasse), in dem beträchtliche Mittel gebunden sind, kennt auf dem Gebiet der **Wohneigentumsförderung die Form**

der Verpfändung. Damit bietet der Pfandschuldner, d.h. die versicherte Person, dem Pfandgläubiger (oft eine Bank) aufgrund eines Pfandvertrages die Vorsorgeansprüche gegen die Pensionskasse an. Als Pfand dienen das (vorhandene) Alterskapital oder die Anwartschaften auf Alters-, Todes- und Invalidenleistungen. Im Gegensatz zum vorhandenen Kapital (Freizügigkeitsleistung) muss der Pfandgläubiger, wenn die Vorsorgeansprüche verpfändet sind, für eine allfällige Verwertung des Pfandes auf den Eintritt des jeweils versicherten Ereignisses, d.h. auf die Fälligkeit, warten (BVG 30a ff.; OR 331d f.).

7. Sozialversicherungsrechtliche Hinterlassenenleistungen und Erbrecht

Häufig wird auch die Frage gestellt, in welchem **Verhältnis der Anspruch auf Hinterlassenenleistungen von Sozialversicherungen zum erbrechtlichen Anspruch** steht.

Wenn jemand stirbt, können verschiedene **Vermögenswerte** anfallen bzw. Forderungen fällig werden. Neben der Übertragung der Vermögenswerte (Bargeld, Wertschriften, Liegenschaften, Sachwerte usw.), d.h. der Erbschaft vom Verstorbenen auf die Erbgemeinschaft, können sich auch Versicherungs- bzw. Vorsorgeansprüche verwirklichen (Leistungen aus AHV, UVG, BVG, Einzellebensversicherungen usw.).

Eine weitere Einschränkung kann sich z.B. in der beruflichen Vorsorge auch hinsichtlich der Leistungsart ergeben. Gegebenenfalls hat der überlebende Konkubinatspartner (nur) Anspruch auf Rückgewähr des im Zeitpunkt des Todes vorhandenen Alterskapitals; evtl. besitzt er jedoch auch einen Anspruch auf eine **Hinterlassenenrente**.

Auskunft darüber, ob und, wenn ja, welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen an solche Personen ausgerichtet werden, gibt das **jeweils gültige Reglement**. In der Aufnahme und der Formulierung solcher Bestimmungen ist die Pensionskasse jedoch nicht frei; sie unterliegt einer relativ restriktiven Berufsvorsorge- und steuerrechtlichen Aufsicht. Zudem hängt die Einführung solcher Bestimmungen auch von den spezifischen Umständen der jeweiligen Pensionskasse, z.B. von den finanziellen und den versicherungstechnischen Möglichkeiten ab.

Grundsätzlich bestehen die Ansprüche aus Vorsorgerecht (AHV/IV, UVG, BVG usw.) **völlig unabhängig** von jenen aus Erbrecht. Dies hat unter anderem zur Konsequenz, dass die anspruchsberechtigten Personen nur – d.h. unabhängig vom Erbrecht und der erbrechtlichen Stellung – Leistungen aufgrund einer entsprechenden Bestimmung in einem solchen Bundesgesetz gegen den jeweiligen Träger geltend machen können. **Mit anderen Worten fallen die Sozialversicherungsleistungen nicht in die Erbschaft.**

Dies hat auch zur Folge, dass die Vorsorgeansprüche auch dann bestehen, wenn die Erben – welche zum Teil identisch sein können mit den Anspruchsberechtigten nach Vorsorgerecht – **die Erbschaft wegen Überschuldung ausschlagen**. Die Gläubiger der verstorbenen Person haben somit keinen Zugriff auf die Sozialversicherungsleistungen der Hinterlassenen. Weil diese zwei Vermögensmassen grundsätzlich voneinander unabhängig sind, exis-

tiert z.B. auch keine Möglichkeit, Pflichtteilsverletzungen nach Erbrecht wegen Sozialversicherungsleistungen anzufechten.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass das Erbrecht per 01.01.2023 revidiert wird. Wie bisher, wird unterschieden, ob verheiratete Personen mit Kindern oder Alleinstehende/Konkubinatspartner mit Kindern sterben; im ersten Fall werden die Pflichtteile der Nachkommen (von $\frac{3}{8}$ auf $\frac{1}{4}$) zugunsten der freien Quote (von $\frac{3}{8}$ auf $\frac{1}{2}$) reduziert; im zweiten Fall wird der Pflichtteil von Nachkommen von $\frac{3}{4}$ auf $\frac{1}{2}$ reduziert, wobei die freie Quote von $\frac{1}{4}$ auf $\frac{1}{2}$ steigt. Neu ist zudem, dass die erbrechtliche Anspruchsberechtigung des (noch) Ehegatten entfällt, sobald ein Scheidungsverfahren eingeleitet wurde.

8. Verfahren: Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren

8.1 Allgemeines

Im **Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren** geht es um die Behandlung bzw. die Bearbeitung einer Anfrage, einer Anmeldung sowie um die gerichtliche Auseinandersetzung mit einem Entscheid einer Verwaltungsbehörde. **Welche Rechte besitzen die Parteien und welche Pflichten werden ihnen auferlegt?** Hier entsprechen die Pflichten der einen Person den Rechten der anderen und umgekehrt. Dies bedeutet, dass dort, wo die Verwaltung eine Pflicht hat (beispielsweise zur Aufklärung und Beratung), der/die Leistungsansprecher/in ein Recht darauf besitzt. Wo die anspruchsberechtigte Person eine Pflicht trifft (beispielsweise zur Auskunft), hat die Verwaltung einen Anspruch auf entsprechendes Verhalten.

Bevor rechtliche Schritte, d.h. ein Verwaltungsgerichtsverfahren, eingeleitet werden, besteht die Möglichkeit, mit der zuständigen Behörde bzw. der in der **Verwaltung** zuständigen Stelle nochmals Kontakt aufzunehmen, um die Angelegenheit bereinigen zu können. Allenfalls kann man sich zunächst noch an eine für den entsprechenden Bereich zuständige Ombudsstelle oder eine andere Beratungsstelle wenden. Will man ein Gerichtsverfahren anstrengen, stellt sich die Frage nach dem Beiziehen eines Anwaltes.

8.2 Verwaltungsverfahren

8.2.1 Allgemeines

Für die Beurteilung eines konkreten Einzelfalles wird in der Sozialversicherung zunächst das **Verwaltungsverfahren** durchgeführt. Das ATSG (27 ff.) hat vor allem in diesem Bereich allgemeine Verfahrensbestimmungen aufgestellt, welche in den meisten Sozialversicherungen zur Anwendung gelangen. Diese Regelungen sollen einerseits Gewähr dafür bieten, dass die anspruchsberechtigte Person die ihr angemessene Behandlung erfährt. Andererseits ist die gesetzeskonforme Tätigkeit der Verwaltung abhängig von einem bestimmten Verhalten bzw. Mitwirken derjenigen Person/en, welche in den Fall involviert ist bzw. sind.

Die zuständige AHV-Ausgleichskasse (SVA), die IV-Stelle, die Krankenkasse, der UVG-Versicherer beispielsweise

- ▶ kontrollieren ihre Zuständigkeit bzw. leiten Anmeldungen, Gesuche und Eingaben an die zuständige Stelle weiter,
- ▶ stellen die entsprechenden Formulare zur Verfügung,

- ▶ prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt sind,
- ▶ gewähren das rechtliche Gehör,
- ▶ führen Abklärungen durch, geben Gutachten in Auftrag und stellen eine ausreichende Aktenführung sicher,
- ▶ klären auf und beraten,
- ▶ erteilen im Rahmen der Amts- und Verwaltungshilfe Auskunft,
- ▶ beachten die Schweigepflicht und
- ▶ entscheiden dann aufgrund eines vollständigen Sachverhaltes in einer bestimmten Form.

Demgegenüber haben die **anspruchsberechtigte Person** bzw. die sonst involvierten Stellen und Personen auch **gewisse Obliegenheiten** zu beachten bzw. Pflichten zu erfüllen. Dazu gehören insbesondere

- ▶ das Geltendmachen des Leistungsanspruchs,
- ▶ die Meldung bei veränderten Verhältnissen,
- ▶ die Mitwirkung beim Vollzug,
- ▶ die Auskunftserteilung,
- ▶ die Beachtung von Form- und Fristvorschriften,
- ▶ die Schadenminderungspflicht.

8.2.2 Pflichten der Verwaltung

8.2.2.1 Zuständigkeit

Vorerst hat die Verwaltungsstelle zu prüfen, ob sie **für den Fall überhaupt zuständig** ist (ATSG 35).

Eine Beurteilung durch eine **unzuständige Stelle** führt in der Regel zur Nichtigkeit des Entscheides, d.h., dieser ist nicht nur ungültig, sondern gilt als nicht erfolgt. Ist eine fristgebundene Eingabe an eine unzuständige Stelle erfolgt, wird sie an die zuständige weitergeleitet; sie hält das Datum der Einreichung fest (ATSG 30). Die Frist gilt dann als gewahrt, wenn die Eingabe an der ersten Stelle rechtzeitig erfolgt ist (ATSG 39 II). Dies gilt auch für das Verwaltungsgerichtsverfahren (vgl. nachfolgend).

Die Zuständigkeitsfrage ist vor allem auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit von entscheidender Bedeutung, weil dieses wichtige Gebiet durch **die bundesstaatliche Ordnung** (föderalistische Struktur, d.h. Kompetenzaufteilung zwischen den drei Ebenen) sowie durch die **Vielzahl von Sozialversicherungen und Versicherungsträgern** nicht übersichtlich und klar geordnet ist. Für den Bürger, die Bürgerin ist es wichtig zu wissen, welche Stelle für welche Frage bzw. Versicherung zuständig ist.

8.2.2.2 **Offizialmaxime; Aufklärung, Beratung**

Die zuständige Stelle wird nach Eingang des Begehrens/Antrages von sich aus tätig und leitet die notwendigen Schritte ein (**Offizialmaxime**).

Die Offizialmaxime bedeutet auch, **dass das Amt aufgrund der entsprechenden Gesetzesbestimmungen gewisse Handlungen von sich aus vornimmt**. Mit der Anmeldung wird das Amt aktiv und trifft eine

Entscheidung, wenn die Angelegenheit spruchreif ist. Dieser Grundsatz gelangt auch zur Anwendung, wenn eine Anpassung vorzunehmen ist, weil sich beispielsweise die Verhältnisse verändert haben und die Revision einer Rente ansteht; dies veranlasst die Behörde dann von Amtes wegen (ex officio).

Die Verwaltungsstelle **klärt** im Rahmen ihrer Zuständigkeit die interessierten Personen grundsätzlich unentgeltlich **über die Rechte und Pflichten auf**; zudem berät sie die Person in der Regel kostenlos, wenn sie feststellt, dass ein Leistungsanspruch gegenüber anderen Sozialversicherungen besteht (ATSG 27).

8.2.2.3 Untersuchungsmaxime; Abklärung

Die **Untersuchungsmaxime** bedeutet, dass neben der Darstellung des Sachverhaltes durch die betroffene Person zusätzliche Abklärungen durch die **zuständige Verwaltungsstelle** gemacht werden müssen, wenn sich dies als notwendig erweisen sollte. Das bedeutet, dass die staatliche Behörde, sofern notwendig, zur Klärung des Sachverhaltes selbst beitragen muss.

Der Versicherungsträger **prüft somit die Ansprüche, nimmt Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte oder Gutachten** in der Regel auf eigene Kosten ein (ATSG 43 und 44).

Die **Untersuchungs- sowie Officialmaxime** und die weiteren Pflichten der Verwaltungsstelle sind für die unkundige versicherte Person institutionalisiert worden. Den Betroffenen soll im Dickicht der Sozialversicherungen bzw. des einzelnen Bereiches Unterstützung geboten werden, weil es ja zum Teil für sie um ganz existenzielle Massnahmen geht.

8.2.2.4 Gewährung des rechtlichen Gehörs (ATSG 42)

Der **Anspruch auf rechtliches Gehör** im Verwaltungsverfahren gehört zu den wichtigsten Rechten der versicherten Person. Er bedeutet, allgemein gesprochen, dass die Verwaltungsstelle der betroffenen Person die Möglichkeit geben muss, zu dem sie betreffenden Entscheid Stellung nehmen zu können. Dieser Anspruch beinhaltet fünf verschiedene Punkte:

- ▶ **das Anhörungs- und Äusserungsrecht,**
- ▶ **das Akteneinsichtsrecht** (vgl. auch ATSG 47),
- ▶ **das Recht, Beweis zu führen,**
- ▶ **den Anspruch auf Begründung,**
- ▶ **das Verteidigungsrecht.**

Dieses Recht wurde unter der alten Bundesverfassung (aBV) – wie viele andere Rechtsgrundsätze – aus Art. 4 abgeleitet. Heute ist er explizit **in BV 29 II** verankert: «Die Parteien haben **Anspruch auf rechtliches Gehör.**» Auch dies ist ein schönes Beispiel dafür, dass Richterrecht in geschriebenes (Verfassungs-)Recht überführt wurde. Zudem ist dieser Anspruch auch im **ATSG (42)** festgehalten.

Dem Anspruch auf **rechtliches Gehör kommt formelle Bedeutung** in dem Sinn zu, dass mit dessen Verletzung der Entscheid einer Verwaltungs- oder Gerichtsbehörde beispielsweise vom Versicherungsgericht ohne Prüfung der inhaltlichen Richtigkeit abgelehnt, d.h. aufgehoben bzw. zurückgewiesen wird. Die

Verwaltung tut deshalb gut daran, dieser Tatsache Rechnung zu tragen und in jedem Fall die Einräumung dieses Rechts zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere für Entscheide, durch die eine betroffene Person schlechter gestellt würde.

In besonderem Masse **verwirklicht ist dieses Prinzip nun im Einspracheverfahren**. Die versicherte Person hat nun die Möglichkeit, allfällige Einwendungen, Beanstandungen oder Anliegen nochmals vor der zuständigen Stelle anzubringen. Dadurch will man eine langwierige und aufwendige gerichtliche Auseinandersetzung der späteren Verfügung vermeiden, indem allenfalls strittige Punkte oder Missverständnisse erläutert, nochmals erklärt bzw. korrigiert werden können.

8.2.2.5 **Amts- und Verwaltungshilfe**

Die **Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden** des Bundes, der Kantone und der Gemeinden geben den Organen der einzelnen Sozialversicherungen auf schriftliche und begründete Anfrage im Einzelfall kostenlos diejenigen Daten bekannt, die erforderlich sind für einen Entscheid über einen Leistungsanspruch oder bezüglich Beiträgen; zudem leisten auch die **Organe der einzelnen Sozialversicherungen** einander Verwaltungshilfe (ATSG 32).

8.2.2.6 **Schweigepflicht (ATSG 33)**

Die mit der Durchführung eines Bereiches der sozialen Sicherheit tätigen Personen sind verpflichtet, über ihre Tätigkeit **Stillschweigen** zu bewahren. Es geht mithin um ganz **sensible Informationen**, so beispielsweise über den gesundheitlichen Zustand, über allfällige Krankheiten oder über einkommens- (Lohndecklaration) bzw. vermögensmässige Daten einer Person.

Die im Lauf der **Bearbeitung zur Kenntnis genommenen Angaben und Daten des Versicherten sind vertraulich zu behandeln**. Diese Schweigepflicht gilt für alle an der Durchführung der jeweiligen Sozialversicherungen beteiligten Personen. Die einschlägigen Gesetze sehen im Fall einer Verletzung der Schweigepflicht durch diese Personen zum Teil erhebliche Strafen vor (Busse oder Gefängnis).

Gelegentlich wird die Schweigepflicht durch rechtliche **Ausnahmebestimmungen** aufgehoben. Dies ist notwendig, um die korrekte Bearbeitung eines Falles sicherzustellen und den Versicherten zu schützen. Deswegen wird durch Aufnahme von datenschutzrechtlichen Bestimmungen diese Möglichkeit geschaffen.

8.2.2.7 **Observation (ATSG 43a und 43b; ATSV 7a–9b)**

Seit 01.10.2019 sind neue Bestimmungen über die Observation in Kraft getreten. In verschiedenen Artikeln des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie der entsprechenden Verordnung (ATSV) werden die Voraussetzungen, Durchführung und Aktenaufbewahrung der Beobachtung der versicherten Person geregelt.

Wenn aufgrund konkreter Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass die versicherte Person unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu erhalten versucht und die Abklärungen sonst aussichtslos wären oder unverhältnismässig erschwert würden, kann der Versicherungsträger die versicherte Person verdeckt observieren und dabei Bild- und Tonaufzeichnungen machen sowie technische Instrumente zur Standortbestimmung einsetzen.

Auch über die räumliche und zeitliche Anordnung der Observation und deren Zuständigkeit bestehen Vorschriften.

Sowohl der Einsatz von technischen Instrumenten zur Standortbestimmung als auch der Auftrag mit der Observation an externe Spezialistinnen und Spezialisten sind genehmigungs- bzw. bewilligungspflichtig.

Die Handlungen zur Vorbereitung, Durchführung und dem Abschluss des Observationsverfahrens müssen dokumentiert werden. Deshalb gibt es ausdrückliche Bestimmungen zur Aktenführung, -aufbewahrung, -einsicht und -vernichtung sowie zur Zustellung der Urteile.

8.2.3 In welcher Form werden Entscheide eröffnet?

8.2.3.1 Allgemeines

Entscheidungen werden in den Sozialversicherungen gemäss ATSG grundsätzlich in drei Formen getroffen. In für den Leistungsansprecher wichtigen Angelegenheiten werden in den meisten Bereichen – mit Ausnahme der beruflichen Vorsorge – Entscheidungen in Form von **Verfügungen** erlassen. Ferner besteht auch die Möglichkeit, Streitigkeiten durch **Vergleich** oder **formlos** zu erledigen.

8.2.3.2 Verfügung (ATSG 49)

Das Verwaltungsverfahren wird in der Regel durch einen rechtsverbindlichen Entscheid abgeschlossen. Die notwendigen Abklärungen wurden vorgenommen, sodass es nun möglich ist, gestützt auf eine rechtliche Grundlage über einen konkreten Sachverhalt zu entscheiden. Die Verwaltung macht dies – wie oben erwähnt – in der Regel in **Form einer Verfügung**. Sie entscheidet somit hoheitlich, d.h. einseitig, in einem konkreten Einzelfall über Begründung, Bestand, Änderung oder Aufhebung eines Anspruchs.

Die «wichtigen» Entscheidungen bzw. diejenigen, welche für die versicherte Person erheblich sind oder mit denen sie nicht einverstanden ist, werden in Form der Verfügung erlassen. Wird diese innerhalb der Rechtsmittelfrist nicht angefochten, erwächst sie in Rechtskraft, sie wird gültig.

Im Gegensatz zu den Bestimmungen der Verfassung, der Gesetze und der Verordnungen halten **Verfügungen in verbindlicher Weise Rechte und Pflichten im konkreten Einzelfall** fest. Sie formulieren nicht in allgemeinen Ausführungen einen Sachverhalt, sondern sagen konkret aus, wie der Fall X zu beurteilen ist.

Beispiel: Der Sozialversicherungsträger «A» spricht der Person «B» aufgrund eines IV-Grades von 50 Prozent und gestützt auf die entsprechende Gesetzesbestimmung eine halbe Invalidenrente von monatlich CHF (Betrag), ab tt.mm.jjjj (Datum), zu.

Zwingend muss alsdann eine Rechtsmittelbelehrung folgen.

Die **Verfügung ist die wichtigste Form** der Entscheidung im Rahmen des Sozialversicherungsrechts. Erhebliche Rechte und Pflichten werden praktisch im ganzen Bereich der Sozialversicherung in der Form der Verfügung erlassen.

Eine Verfügung wird durch folgende Merkmale kenntlich gemacht:

sie

- ▶ ist als Verfügung gekennzeichnet;
- ▶ ist ein einseitiger, hoheitlicher Akt der Verwaltung in einem konkreten Einzelfall;
- ▶ beinhaltet zunächst die Personalien der betroffenen Person;
- ▶ entscheidet über Entstehung, Bestand, Änderung oder Aufhebung von Rechten und Pflichten;
- ▶ ist mit einer Begründung versehen;
- ▶ wird von der zuständigen Behörde erlassen;
- ▶ ist auf öffentliches Recht gestützt;
- ▶ ist mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen;
- ▶ ist unterschrieben bzw. für Massenverfügungen durch EDV-technische Mittel versehen, welche die Unterschrift ersetzen.

Berührt die Verfügung die Leistungspflicht eines anderen Trägers, muss sie auch diesem eröffnet werden (ATSG 49 IV).

8.2.3.3 Vergleich (ATSG 50)

Neu können im Verwaltungsverfahren Streitigkeiten über **sozialversicherungsrechtliche Leistungen durch Vergleich** erledigt werden. Dies bedeutet, dass man sich einigen kann, wie die Differenzen beseitigt werden können. Der Versicherungsträger muss diesen Vergleich in Form einer anfechtbaren Verfügung eröffnen. Damit ist dem Rechtsschutz Genüge getan, d.h., auch dieser aufgrund einer Einigung zustande gekommene Entscheid ist mit Einsprache und Beschwerde anfechtbar.

Die Möglichkeit, einen Fall durch Vergleich zu lösen, **schränkt zwar das Sozialversicherungsrecht beherrschende Legalitätsprinzip** ein, entspricht jedoch einem grossen Bedürfnis in der Praxis; somit können komplexe, oft nicht mehr nachvollziehbare Sachverhalte gestützt auf einen Konsens bereinigt werden.

8.2.3.4 Formlose Entscheidung (ATSG 51)

Andere Entscheidungen, welche nicht durch Verfügung getroffen werden müssen (vgl. ATSG 49), können formlos erfolgen, so mittels einfachen Schreibens als Brief. Dies trifft unter anderem zu für geringfügige Leistungen im UVG – sofern die betroffene Person mit ihnen einverstanden ist –, generell für die Erwerbsersatzentschädigungen in der EO oder für die Gewährung von Hilfsmitteln, medizinischen oder beruflichen Massnahmen durch die Invalidenversicherung, wenn die versicherte Person damit einverstanden ist.

Aufgrund dieser formlos mitgeteilten Entscheidungen kann die versicherte Person ggf. eine **einsprache- bzw. beschwerdefähige Verfügung** verlangen, damit sie die Möglichkeit hat, sich dagegen verwaltungsintern bzw. gerichtlich zu wehren.

Die auf dem Gebiet der **beruflichen Vorsorge** getroffenen Entscheidungen werden, weil den Pensionskassen die Befugnis, Verfügungen zu erlassen, fehlt, mittels einfacher Schriftlichkeit mitgeteilt.

8.2.4 Wie kann sich die leistungsansprechende Person wehren?

Die zur Verfügung stehenden Mittel sind einerseits abhängig von der **betreffenden Sozialversicherung und von der Form der Entscheidung**. Zunächst gibt es die Möglichkeit, sich mit einem Rechtsbehelf an jene Stelle zu wenden, welche den Entscheid getroffen hat. Kann die Angelegenheit hier nicht gütlich gelöst werden, steht noch der Rechtsweg offen (vgl. unten Verwaltungsgerichtsverfahren).

8.2.4.1 Rücksprache

Für den **formlosen Entscheid** kann sich die betroffene Person an die Stelle wenden, welche diesen Entscheid getroffen hat. Dies gilt für sämtliche Sozialversicherungen betreffend diejenigen Fragen, welche nicht mittels einer Verfügung beantwortet werden und die keine formelle Einsprachemöglichkeit vorsehen. Hier kann jedoch jederzeit eine einsprache- bzw. beschwerdefähige Verfügung verlangt werden, sofern dies rechtlich möglich ist.

Im **Bereich der beruflichen Vorsorge** – in dem allgemein nicht mittels Verfügung entschieden wird – nimmt die betroffene Person mit Vorteil Kontakt mit der Vorsorgeeinrichtung, d.h. in erster Linie mit der Geschäftsstelle oder allenfalls dem paritätischen Organ (Stiftungsrat, Kassenvorstand, Verwaltungskommission), auf. Wird hingegen bei einer anderen Sozialversicherung in Form einer Verfügung entschieden, bestehen gegebenenfalls noch die Möglichkeiten der Einsprache, der Revision oder der Wiedererwägung.

8.2.4.2 Einsprache (ATSG 52)

Im Verwaltungsverfahren besteht praktisch für alle übrigen Sozialversicherungen (Ausnahme: IV) die Möglichkeit, **nach dem Erlass einer Verfügung innert 30 Tagen Einsprache** dagegen zu erheben. Dieses Mittel eröffnet die Möglichkeit, bei der die Verfügung erlassenden Behörde noch einmal vorstellig zu werden. Man verbleibt noch im Verwaltungsverfahren.

Diese Einsprache erfolgt **schriftlich und mit einer Begründung** versehen.

Das Einspracheverfahren, das kostenlos ist, wird mit dem **Einspracheentscheid** abgeschlossen, der innert angemessener Frist getroffen werden muss, begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen ist.

Das seit 01.01.2003 mit dem ATSG auch für die IV gültige Einspracheverfahren wurde per 01.07.2006 wieder durch den früheren **IV-Vorbescheid**, gegen welchen innert 30 Tagen Einwände vorgebracht werden können, abgelöst; dadurch wird der Aufwand für die Verwaltung wieder geringer.

8.2.4.3 Revision und Wiedererwägung (ATSG 53)

Eine einmal getroffene Entscheidung in Form einer Verfügung erwächst – wie vorgängig erwähnt – nach Ablauf der Rechtsmittelfrist, oft innerhalb von 30 Tagen, in **formelle Rechtskraft**.

Grundsätzlich liegt auch eine materielle, d.h. den Inhalt betreffende Rechtskraft vor. Dies bedeutet, dass auch die inhaltliche Aussage (z.B. die Zusprache oder die Nichtzusprache einer Rente) rechtsgültig ist und bleiben soll.

Wenn nachträglich **erhebliche neue Tatsachen bzw. Fakten oder neue Beweismittel** entdeckt werden, deren Beibringung zuvor nicht möglich war, muss eine formell rechtskräftige Verfügung in **Revision** gezogen werden können.

Es kann auch vorkommen, dass der **Sachverhalt unrichtig** ermittelt bzw. gewürdigt worden ist oder dass die Rechtsanwendung fehlerhaft war. Die Verwaltung kann dann eine rechtskräftige Verfügung **in Wiedererwägung ziehen**, wenn sie zweifellos unrichtig und von erheblicher Bedeutung ist. Der Versicherungsträger kann so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt.

Von diesen Fällen ist jener zu unterscheiden, der ursprünglich richtig war, durch **veränderte Verhältnisse** jedoch nachträglich korrigiert werden muss. Ein Halbinvalider wird im Umfang von 100 Prozent erwerbsunfähig, was ihn berechtigt, eine ganze Invalidenrente zu verlangen. Hier erhöhte sich der IV-Grad im Lauf der Zeit von 50 auf 100 Prozent, was zu einer ganzen Rente führt (Anpassung/Revision).

8.2.5 **Datenschutz (AHVG 49a ff.; UVG 96 ff.; BVG 85a ff.)**

Aufgrund des Datenschutzgesetzes (seit 1993 in Kraft) sind in der Folge zum Schutz der Versicherten und ihrer Angehörigen neue Bestimmungen in die entsprechenden Bundesgesetze der Sozialversicherungen aufgenommen worden. Sie regeln den **Umgang mit Daten, das Einsichtsrecht sowie die Datenbekanntgabe**. Mit der zunehmenden Fallbearbeitung auf elektronischer Basis, mit der Möglichkeit der Verbreitung, der Verknüpfung und der Bearbeitung der verschiedenen Daten ist die Notwendigkeit, dafür bestimmte Bestimmungen zu erlassen, erkannt worden. Diese legen fest, welche Daten geschützt, welche unter welchen Bedingungen an wen und in welchem Zeitpunkt weitergegeben werden müssen bzw. können.

8.2.6 **Pflichten der anspruchsberechtigten Person**

8.2.6.1 **Allgemeines**

Obwohl das Verwaltungsverfahren durch die Untersuchungs- und Officialmaxime, die Aufklärungs-, die Abklärungs- und die Beratungspflichten charakterisiert ist – womit der Verwaltung massgebende Auflagen gemacht werden –, hat der **Leistungsansprecher**, also diejenige Person, welche einen Anspruch geltend macht, **gewisse Regeln** zu befolgen. In der Folge werden diese aufgelistet. Sie gelten für das Verwaltungsverfahren und analog sowie sinngemäss im Verwaltungsgerichtsverfahren.

8.2.6.2 **Geltendmachen des Leistungsanspruchs (ATSG 29)**

Am Anfang der Bearbeitung eines Falles steht in der Regel das Begehren, der Antrag des Leistungsansprechers, die Anmeldung. Die betroffene Person entscheidet bzw. **«disponiert»** darüber (Dispositionsmaxime), das Verwaltungsverfahren in Gang zu setzen; sie beabsichtigt, eine Leistungszusprache zu erwirken; der Versicherungsträger gibt unentgeltlich die entsprechenden Formulare ab.

Erfolgt die Anmeldung **nicht formgerecht oder bei einer unzuständigen Stelle**, erwachsen dem Leistungsansprecher (in der Regel) keine Nachteile.

Eine Person, welche die Arbeitsstelle verliert und keine neue findet, gilt – umgangssprachlich gesprochen – als arbeitslos. Unternimmt sie nichts, wird ihr nicht etwa automatisch eine Arbeitslosenentschädigung zugesprochen; **sie**

muss die entsprechenden Massnahmen treffen. Erst wenn die betroffene Person im Sinn des AVIG arbeitslos ist, die Anmeldung vorgenommen und sämtliche Leistungsvoraussetzungen erfüllt, hat sie einen einklagbaren Rechtsanspruch.

8.2.6.3 Mitwirkung beim Vollzug (ATSG 28)

Obwohl die Verwaltung mit der Abklärung des Sachverhaltes im konkreten Einzelfall betraut ist, **hat auch die versicherte Person ihren Beitrag** hierzu zu leisten. Ihr Anliegen stützt sich darauf ab, dass sie ihre «Geschichte», d.h. den Sachverhalt, offen und wahrheitsgemäss erklärt, sodass mit den allfälligen Abklärungen der Behörde ein vollständiges Bild der Hintergründe entsteht, welches als Grundlage für die Entscheidungsfindung genügt.

Die Versicherten haben **unentgeltlich bei der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze mitzuwirken** und gratis Auskünfte zu erteilen, welche für die Abklärung des Anspruches erforderlich sind. Der Leistungsansprecher hat andere involvierte Personen und Stellen (so Arbeitgeber, Ärzte, Versicherungen, Ämter/Behörden) im Einzelfall zu **ermächtigen, Auskünfte zu erteilen**, die für die Abklärung notwendig sind; diese Drittstellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Verweigert die versicherte Person diese Mitwirkung und Auskunftserteilung, wird – nach entsprechender Mahnung mit Hinweisen auf die Rechtsfolgen – **nicht auf die Angelegenheit eingetreten bzw. auf den von der Behörde ermittelten Sachverhalt abgestellt** (ATSG 43 III). Die versicherte Person hat in der Regel, hauptsächlich im Leistungsbereich, ein Interesse an der sorgfältigen Abklärung.

8.2.6.4 Schadenminderungspflicht

Ist das versicherte Ereignis (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit) eingetreten, hat die betroffene Person die **Pflicht, den eingetretenen Schaden möglichst gering zu halten bzw. diesen zu mindern.** Dieser Grundsatz gilt auch im Haftpflicht- und Privatversicherungsbereich, stellt somit einen allgemeinen Rechtsgrundsatz bei diesen Versicherungen dar.

Unternimmt die betroffene Person nicht **das ihr Zumutbare**, können die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt bzw. verweigert werden. Sie muss gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr muss eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt werden (ATSG 21 IV).

Im Sozialversicherungsbereich finden sich gesetzliche Formen der Konkretisierung dieses Grundsatzes. In der staatlichen Invalidenversicherung (IV) herrscht der **«Grundsatz der Eingliederung vor Rente»** vor. Es wird versucht, die arbeitsunfähige Person durch Umschulung wieder ins Erwerbsleben zu integrieren. Leistet die betroffene Person ihren Beitrag dazu, dass die Umschulung mit Erfolg abgeschlossen werden kann, richtet die Invalidenversicherung für die Dauer der Umschulung volle Taggelder aus. Verweigert die betroffene Person dagegen die Teilnahme an diesen beruflichen Massnahmen, können die entsprechenden Leistungen (sowohl Taggelder als auch Renten) gekürzt oder sogar verweigert werden. Diese Haltung kann auch Auswirkungen auf andere Sozialversicherungen haben. So kann beispielsweise das BVG seine

Leistungen ebenfalls verweigern, wenn die Invalidenversicherung dies aus den genannten Gründen vorher verfügt hat (BVG 35).

Ein zweites Beispiel stammt aus der Arbeitslosenversicherung. Eine der Voraussetzungen, die zu einem Leistungsanspruch führen, ist der **Nachweis der persönlichen Bemühungen** um einen neuen Arbeitsplatz durch die arbeitslose Person. Zeigt sie hierzu kein oder nur ein geringes Interesse, kann die Auszahlung der Taggelder durch die sogenannten Einstelltage verzögert werden.

8.2.6.5 Meldung bei veränderten Verhältnissen (ATSG 31)

Sehr oft gehören dazu **Meldungen über Änderungen** des Lohnes, des IV-Grades, des Zivilstandes, in der Unterstützungspflicht, des Arbeitsverhältnisses, der Gesundheit, übriger Einkünfte usw.

Im Übrigen hat der Leistungsansprecher auch die Pflicht, Meldung zu erstatten, wenn die Verhältnisse sich so geändert haben, dass sie Auswirkungen auf den seinerzeitigen Entscheid haben. Dies betrifft vor allem die Dauerleistungen, d.h. die Renten.

Sobald sich die **Umstände in anspruchsbegründendem Umfang ändern**, beispielsweise wenn ein Anspruch aufgrund der einschlägigen Rechtsgrundlagen nicht mehr bzw. nicht mehr im ursprünglichen Umfang besteht, hat die betroffene Person dies zu melden.

Beispiele:

- ▶ Eine Witwe, die eine Hinterlassenenrente bezieht, heiratet wieder oder der Bezüger einer ganzen IV-Rente ist wieder zu 50 Prozent erwerbstätig bzw. arbeitsfähig. In beiden Fällen besteht gemäss Gesetz kein Anspruch (mehr) auf die ursprünglich zugesprochene Leistung.
- ▶ Die IV-Kinderrente fällt wegen Erreichen des Schlussalters (18/25) weg. Auch hier besteht gegenüber den anderen Versicherern eine Meldepflicht, da dies zu einer neuen Koordinationsberechnung führen kann (vgl. nachstehend).

Eine Verletzung der Meldepflicht kann auch straf- und zivilrechtliche Folgen nach sich ziehen.

8.2.6.6 Beachtung von Formvorschriften und Fristen

Mit dem Geltendmachen von Ansprüchen hat die entsprechende Person die für das konkrete Vorgehen geltenden **Formvorschriften** zu beachten. Dies zeigt sich etwa darin, dass bestimmte Formulare verwendet werden müssen.

Zudem ist es wichtig, dass **Fristen** eingehalten werden, mit denen Rechtswirkungen verbunden sind. Beispielsweise hat eine betroffene Person – will sie sich gegen einen Entscheid wehren – **innert einer bestimmten Frist** (30 Tage) gegen eine Verfügung bzw. einen Einspracheentscheid Einsprache bzw. Beschwerde einzureichen. Ferner kann der Zeitpunkt einer Leistungsanmeldung für das Entstehen eines Anspruchs massgebend sein.

8.3 Verwaltungsgerichtsverfahren

8.3.1 Allgemeines

Kann sich der Leistungsansprecher im Rahmen des Verwaltungsverfahrens auch nach einer Rückfrage bzw. nachdem er sich mit einer Einsprache oder mittels Revision oder Widererwägung an die entsprechende zuständige Verwaltungsstelle gewandt hat, nicht einigen, steht ihm noch der gerichtliche Weg offen. Jeder Kanton hat dafür zu sorgen, dass ein **entsprechendes Gericht** eingerichtet wird, das für die Streitfälle im Rahmen der Sozialversicherungen zuständig ist (ATSG 57).

Dieses **Gerichtsverfahren** ist – auch wegen der föderalistischen Struktur der Schweiz – grundsätzlich kantonal geregelt. Weil jedoch in erster Linie Bundesrecht (z.B. AHVG, IVG, UVG, BVG, AVIG, KVG usw.) angewendet wird, gelangen gelegentlich, allenfalls analogieweise, auch die Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (**VwVG**) zur Anwendung. Ferner sehen insbesondere auch die einschlägigen **Bundesgesetze**, welche die Sozialversicherungen regeln, entsprechende Bestimmungen vor, die vor kantonalen Gerichten beachtet werden müssen (vgl. unten). Auf eidgenössischer Ebene regelt das neue, per 01.01.2007 in Kraft getretene Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG) das Verfahren vor Bundesgericht, d.h. vor den sozialrechtlichen Abteilungen desselben.

Als **einheitliche Verfahrensregeln** gelten gemäss ATSG 61 folgende (Kurzfassung):

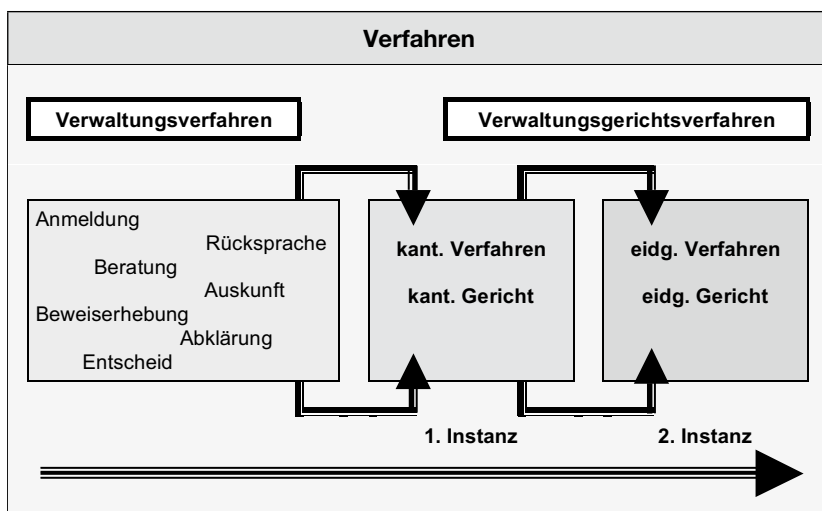
- ▶ Das Verfahren muss einfach, rasch, in der Regel öffentlich und grundsätzlich kostenlos sein.
- ▶ Die Beschwerde muss eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes, ein Rechtsbegehren und eine Begründung enthalten.
- ▶ Das Versicherungsgericht unterliegt der *Offizialmaxime* und würdigt frei.
- ▶ Das Versicherungsgericht ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden.
- ▶ Die Parteien können vorgeladen werden.
- ▶ Gegebenenfalls kann ein unentgeltlicher Rechtsbeistand beigezogen werden.
- ▶ Der obsiegenden Partei werden Parteikosten zugesprochen.
- ▶ Die Urteile werden mit einer Begründung, einer Rechtsmittelbelehrung sowie den Namen der Mitglieder des Versicherungsgerichtes schriftlich eröffnet.

8.3.2 Instanzenzug

Im Rahmen der Sozialversicherungen gibt es in der Regel **zwei Instanzen des Gerichtsweges**. Die erste wird vom jeweiligen Kanton zur Verfügung gestellt (Kant. Versicherungsgericht), die zweite befindet sich auf Bundesebene (Bundesgericht).

Ist die versicherte Person mit einer Entscheidung der Verwaltung nicht einverstanden, kann sie mit dem entsprechenden Rechtsmittel zunächst an die kantonale Instanz (z.B. an das kantonale Versicherungsgericht) und danach an die eidgenössische, d.h. an die betreffende sozialrechtliche Abteilung des

Bundesgerichtes in Luzern, gelangen. **Dieses zweistufige Gerichtsverfahren** soll der anspruchsberechtigten Person eine rechtskonforme gerichtliche Beurteilung des durch die Verwaltung gefällten Entscheides gewährleisten.



Gegebenenfalls kann eine Streitsache noch am Europäischen Gerichtshof in Strassburg überprüft werden, wenn beispielsweise Bestimmungen der durch die Schweiz ratifizierten **EMRK** (Europäische Menschenrechtskonvention) verletzt worden sind. Gegebenenfalls würde dieses Urteil, weil Völkerrecht angewendet würde, dem Entscheid der inländischen Gerichtsinstanzen vorgehen (vgl. neue Bundesverfassung/BV 5 IV: «**Bund und Kantone beachten das Völkerrecht**»).

8.3.3 Fristen

Es ist ein Gebot der Rechtssicherheit, dass Entscheidungen von Verwaltungs- bzw. Gerichtsbehörden irgendwann gültig sind bzw. werden, deren Rechtswirksamkeit also nicht mehr infrage gestellt werden kann. Dazu dienen die sogenannten **Rechtsmittelfristen**, die zum Ziel haben, dass nach Ablauf einer bestimmten Frist die Entscheidung bzw. das Urteil in formelle Rechtskraft erwächst.

Im Rahmen der Verfügungskompetenz besteht im Leistungsfall in den meisten Fällen die Möglichkeit, **innert 30 Tagen** seit Zustellung des Entscheides an die zuständige Gerichtsinstanz zu gelangen.

8.3.3.1 Berechnung und Stillstand der Fristen (ATSG 38 ff.)

Erfolgt die **Zustellung** mittels eingeschriebenen Briefes, steht das Empfangsdatum fest. Der Tag des Zuganges wird für den Fristablauf nicht gerechnet. Wird am letzten Tag der Rechtsmittelfrist die entsprechende Eingabe in der Post gemacht, gilt die Frist als gewahrt.

Die **Zustellung an eine unzuständige Instanz** wirkt sich nicht nachteilig aus, wenn hier die Frist eingehalten wurde; die entsprechende Eingabe wird dann an die zuständige Stelle weitergeleitet.

Kann das Eingangsdatum nicht mittels eingeschriebener Sendung festgestellt werden, stellt man auf die **üblichen Zustellfristen** (A- bzw. B-Post) ab; im Bestreitungsfall ist der Absender, d.h. die Verwaltung, beweispflichtig.

Kann die Sendung nicht zugestellt werden, wird der Empfänger mittels Abholungseinladung aufgefordert, **innert sieben Tagen das Schreiben in der Post** in Empfang zu nehmen. Erfolgt dies nicht, gilt die Sendung als nach Ablauf dieser Frist zugestellt, es sei denn, dass die versicherte Person nicht mit der Zustellung rechnen musste.

Für die Berechnung der Fristen spielen ferner noch die sogenannten **Gerichtsferien** eine Rolle. Diese sind eidgenössisch und kantonal geregelt. Sie unterbrechen bzw. schieben die Rechtsmittelfristen um den entsprechenden Zeitraum auf. Oft ist das die Zeit vom 15. Juli bis 15. August bzw. vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar sowie je sieben Tage vor und nach Ostern (vgl. auch ATSG 38 IV).

8.3.4 Welche Rechte hat die leistungsansprechende Person?

Die Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung eines Entscheides der Verwaltung wird in den Gesetzen oft unter dem Titel **«Rechtspflege»** bzw. **«Rechtspflegeverfahren»** geregelt.

Der Leistungsansprecher besitzt aufgrund der jeweils gültigen Rechtsgrundlagen ein **gerichtlich einklagbares Recht auf Durchsetzung seines Anspruches**, wenn er die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt. Es genügt nicht, dass jemand **recht hat**, sondern es muss gewährleistet sein, dass die betroffene Person dieses Recht in einem entsprechenden Verfahren geltend machen kann. Solange die entsprechenden Sozialversicherungsleistungen nicht als **Rechtsansprüche** ausgestaltet waren, besass der Bürger/die Bürgerin keine Möglichkeit, einen Anspruch **gerichtlich** durchzusetzen.

Die Verwaltung schliesst das entsprechende Verfahren mit einem (vorläufig) **definitiven Entscheid** ab. Ist die betroffene Person damit nicht einverstanden, kann sie den Rechtsweg beschreiten. Im Gegensatz zur Möglichkeit der Intervention an der entscheidenden Stelle – beispielsweise mittels Einsprache – gelangt die versicherte Person mit der Anfechtung des Verwaltungsentscheides an die dafür zuständige gerichtliche Behörde.

Dies bedeutet, dass der zuvor von einer Verwaltungsstelle getroffene Entscheid nun im **Verwaltungsgerichtsverfahren von einem von der Verwaltung unabhängigen Gericht** überprüft wird. Gestützt auf BV 30 «hat jede Person, deren Sache in einem gerichtlichen Verfahren beurteilt werden muss, Anspruch auf ein durch Gesetz geschaffenes, zuständiges, unabhängiges und unparteiisches Gericht...».

8.3.5 Rechtsmittel

Um einen Entscheid der Verwaltung beim zuständigen Gericht anfechten zu können, wird ein entsprechendes **Rechtsmittel** benötigt. Dieses ist abhängig davon, welche Verwaltungsstelle auf welchem Gebiet entschieden hat und auf welcher Ebene man sich befindet (vgl. vorstehend Instanzenzug).

Wird eine **Verfügung erlassen bzw. liegt ein Einspracheentscheid** vor, ist das Rechtsmittel in diesem Entscheid aufgeführt.

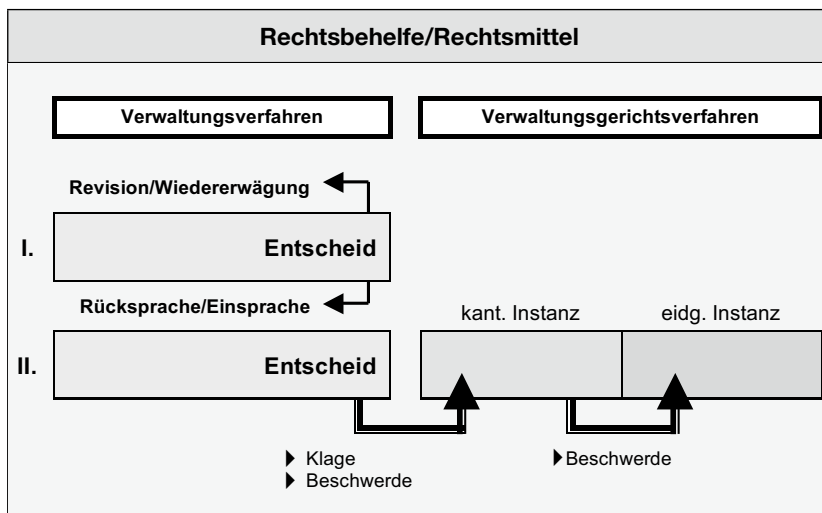
In den meisten Fällen wird das Rechtsmittel, mit dem eine Verfügung der Verwaltung an die kantonale Gerichtsinstanz weitergezogen werden kann, **Beschwerde** genannt (ATSG 56 I).

Obwohl die Pensionskasse in der beruflichen Vorsorge keine Verfügung erlassen kann, besteht für die Versicherten einer Vorsorgeeinrichtung selbstverständlich auch die Möglichkeit, sich zu wehren, wenn sie mit einem Entscheid nicht einverstanden sind. Dies geschieht mittels einer **Klage** am zuständigen Gericht; das Ziel ist das gleiche wie mit den vorerwähnten Rechtsmitteln.

Wird keine Verfügung erlassen bzw. über eine Einsprache nicht entschieden, hat die versicherte Person auch die Möglichkeit, am zuständigen kantonalen Versicherungsgericht **Beschwerde** zu erheben (ATSG 56 II). Auch die BV hält diesbezüglich in Art. 29 I Folgendes fest: «Jede Person hat in Verfahren vor Gerichts- und Verwaltungsinstanzen Anspruch auf gleiche und gerechte Behandlung sowie auf **Beurteilung innert angemessener Frist.**»

Diese Rechtsmittel müssen beim zuständigen Gericht eingereicht werden. **Erachtet es sich als unzuständig**, überweist es die Prozessschrift ohne Verzug an das zuständige Gericht (ATSG 58 III).

Im Gegensatz zur kantonalen Ebene, auf der es – wie eben ausgeführt – zwei verschiedene Rechtsmittel gibt, besteht mit Weiterzug eines Entscheides der kantonalen Gerichtsinstanz an das Bundesgericht **ein** Rechtsmittel, welches für alle Gebiete gilt: **die Beschwerde (ATSG 62)**. In diesem Verfahren kann sich auch die entsprechende Aufsichtsbehörde (Bundesamt für Sozialversicherungen/BSV) äussern; häufig ist sie sogar selber befugt, Beschwerde gegen einen kantonalen Gerichtsentscheid zu erheben.



Die Einleitung eines Gerichtsverfahrens hat auch zur Folge, dass allfällige **Verjährungsfristen** unterbrochen werden und allenfalls der Zeitpunkt des Beginns zur **Verzugszinspflicht** (für Renten) festgelegt wird.

8.3.6 Legitimation (ATSG 59)

Zur **Beschwerde ist berechtigt**, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung hat. Dies ist in erster Linie die anspruchsberechtigte Person, so der Invalide oder die Witwe. Ferner kann das natürlich auch eine andere Sozialversicherung sein, wenn sie im Rahmen der Koordinationsregeln für den gleichen Versicherungsfall auch leistungspflichtig werden kann.

In den oben erwähnten Fristen handelt es sich um **gesetzliche Fristen**, d.h., sie sind im einschlägigen Gesetz festgelegt und können nicht erstreckt werden (ATSG 40 I). Werden sie nicht eingehalten, besteht keine Möglichkeit mehr, den Entscheid mit einem ordentlichen Rechtsmittel anzufechten (formelle Rechtskraft). Ausnahmsweise kann der Entscheid in Revision bzw. Wiedererwägung gezogen werden. **Die von den Gerichten** im Rahmen des Schriftenwechsels im Prozessverfahren **angeordneten bzw. auferlegten Fristen** dagegen können, wie nachstehend erwähnt, verlängert werden (ATSG 40 II, III).

Für den Weiterzug eines Urteils einer kantonalen Gerichtsinstanz an das Bundesgericht mittels Beschwerde ist in den meisten Fällen **eine gesetzliche Frist von 30 Tagen** zu beachten.

8.3.7 Regelung in der beruflichen Vorsorge

Im **Rahmen der beruflichen Vorsorge**, in der es keine Verfügung gibt und auch keine Rechtsmittelbelehrung mit Angabe der Rechtsmittelfrist festgelegt ist, steht die versicherte Person vor einer anderen Ausgangslage. Sie hat hier nicht eine 30-tägige Frist einzuhalten, innerhalb der sie die Klage am zuständigen kantonalen Versicherungsgericht anhängig machen muss.

Es gibt somit keine eigentliche Rechtsmittelfrist auf diesem Gebiet. Zu empfehlen ist jedoch die Beachtung der **Verjährungsfristen** der einzelnen Ansprüche. Sie betragen im Rahmen des BVG fünf Jahre für die periodischen Beiträge und Leistungen (Renten) bzw. zehn Jahre für die übrigen Ansprüche; allenfalls sind die Ansprüche sogar unverjährbar.

Klage erheben kann die versicherte Person jederzeit, auch wenn die Verjährung eingetreten ist. Sie läuft jedoch Gefahr, mit ihrem Begehren nicht durchzudringen, wenn die Gegenseite im Prozessverfahren die Einrede der Verjährung geltend macht.

Wird auf kantonaler Ebene ein Urteil gefällt, besteht für den Weiterzug ans Bundesgericht mit Beschwerde **auch für die berufliche Vorsorge** die gesetzliche Frist von 30 Tagen.

8.3.8 Inhalt der Prozessschrift

Die Verfahren sind in der Regel **schriftlich**; gelegentlich werden die Parteien zu mündlichen Verhandlungen vorgeladen. Ergreift die versicherte Person gegen einen Entscheid der Verwaltung das entsprechende Rechtsmittel (Beschwerde oder Klage), ist es wichtig, dass sie einige Regeln beachtet.

Obwohl der Zugang zu den gerichtlichen Instanzen wegen der besonderen Bedeutung, der Ausgestaltung und der Natur des Sozialversicherungsrechts für die einzelne versicherte Person – wie bereits an anderer Stelle vermerkt

– **nicht durch unnötige Hürden beeinträchtigt** werden und möglichst einfach sein soll, ist das Wissen um das konkrete Vorgehen von Vorteil.

In Bezug auf den Inhalt der Prozessschrift wird verlangt, dass die entsprechenden **Rechtsbegehren bzw. Anträge** gestellt, **der Sachverhalt** in gedrängter Form dargestellt und eine **Begründung** geliefert wird.

Die Forderung muss kurz formuliert werden, beispielsweise folgendermassen:

1. Die Beschwerdegegerin <A> sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab tt.mm.jjjj (Datum) eine Invalidenrente in der Höhe von CHF (Betrag) gestützt auf einem Invaliditätsgrad von xx Prozent zu bezahlen.
2. Die Leistung sei seit Beschwerdeerhebung mit 5 Prozent zu verzinsen.
3. Dem Beschwerdeführer sei eine Parteikostenentschädigung zuzusprechen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegerin.

Mit dem **Sachverhalt** soll der Leistungsansprecher den Hintergrund, die Darstellung der massgebenden Ereignisse seiner Forderung, d.h. «seine Geschichte», darlegen. Er/sie soll nicht sämtliche Details darlegen, sondern in gedrängter Form die relevanten Punkte aufführen.

Die **Begründung** ist der wichtigste Teil seiner Prozessschrift. Sie legt dar, **warum** die eingangs gestellten Rechtsbegehren bzw. Anträge aus der Sicht des Leistungsansprechers zu Recht bestehen.

Die beschwerdeführende bzw. klagende Person sollte sich auf die Rechtsgrundlagen stützen (vgl. oben), welche nach ihrer Überzeugung einen Rechtsanspruch auf die entsprechende Leistung ergeben. Dabei stützen sich Betroffene mit Vorteil auf Bestimmungen – beispielsweise eines Bundesgesetzes, einer Verordnung, eines Reglements – oder machen direkt einen verfassungsmässig verankerten Rechtsgrundsatz geltend.

Genügt die Prozessschrift diesen Anforderungen nicht, wird **eine Nachfrist** zur Behebung des Mangels unter Androhung der Versäumnisfolgen angesetzt. Gründe dafür sind das nicht oder unklar gestellte Rechtsbegehren, das Fehlen des Sachverhalts oder der Begründung bzw. deren ungenügende Formulierung. Am Grundsatz der Einfachheit sollen diese formalen Erfordernisse jedoch nichts ändern.

Geprüft wird, ob in Zukunft auch die Eingabe der Prozessschriften per **elektronischen Mitteln** (E-Mail) zugelassen werden soll.

8.3.9 **Einfaches, rasches und in der Regel öffentliches Verfahren** (vgl. ATSG 61 lit. a)

In Bezug auf das **Verfahren** haben sich Regeln und Institute ausgebildet, welche sich aus der Gerichtspraxis entwickelt und in die neue Bundesverfassung bzw. in die einzelnen Gesetze Aufnahme gefunden haben. Dazu gehört die Forderung, dass das **Verfahren einfach, rasch und in der Regel öffentlich** sein muss.

8.3.9.1 Einfach

Wie oben bereits ausgeführt, wird der Zugang zu den entsprechenden Gerichten nicht unnötig durch prozessrechtliche Hemmnisse erschwert. Die Beachtung gewisser Regeln ist dennoch von Vorteil. Entspricht die Beschwerde oder die Klage nicht den elementaren Anforderungen, erhält der Leistungsansprecher eine Nachfrist, das Versäumte nachzuholen.

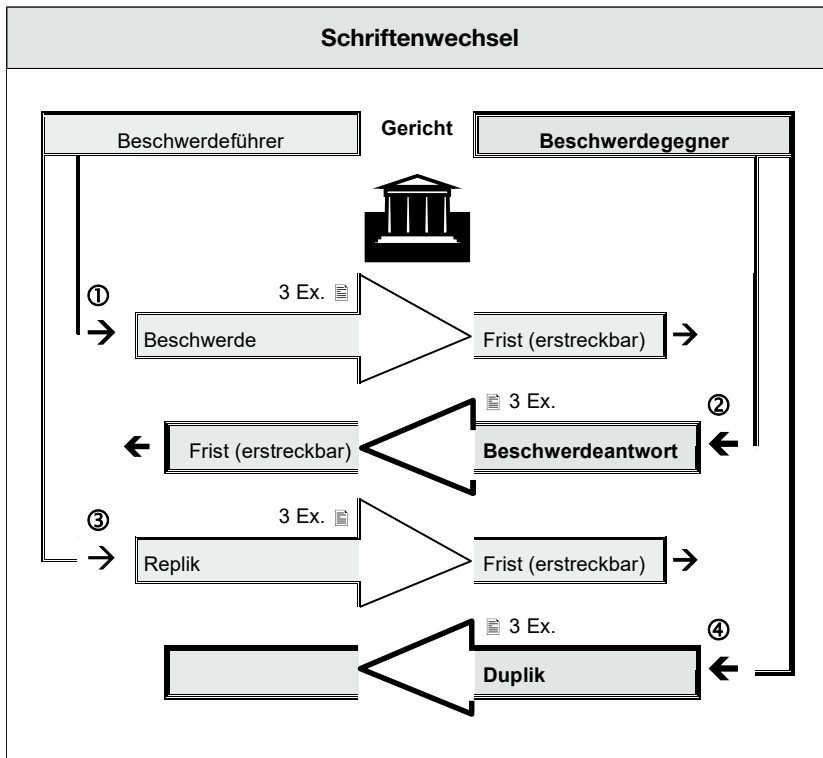
8.3.9.2 Raschheit

Das Erfordernis der **Raschheit** des Verfahrens wird durch verschiedene Punkte zuweilen arg strapaziert:

Erstens sind viele Versicherungsgerichte vollends überlastet und leiden an personeller Unterdotierung.

Zweitens kann das Verfahren durch bewilligte **Fristverlängerungsgesuche** der Prozessparteien stark verzögert werden. Wenn beispielsweise je ein zweifacher Schriftenwechsel (1. Schrift: Beschwerde oder Klage; 2. Schrift: Beschwerde bzw. Klageantwort; 3. Schrift: Replik; 4. Schrift: Duplik) durchgeführt wird und jede Partei die vom Gericht angeordneten Fristen für eine Stellungnahme bis zu dreimal verlängern kann, können viele Monate, oft Jahre vergehen. Wird das kantonale Urteil alsdann ans Bundesgericht weitergezogen, lässt der definitive Entscheid noch länger auf sich warten.

Selbstverständlich hängt diese Dauer von der momentanen **Belastung** des jeweiligen Gerichtes sowie von der Komplexität der Streitfrage ab.



Dennoch wird in BV 29 I Folgendes festgehalten: «Jede Person hat in Verfahren vor Gerichts- und Verwaltungsinstanzen Anspruch auf gleiche und gerechte Behandlung sowie auf Beurteilung **innert angemessener Frist.**»

8.3.9.3 Kosten

Um eine versicherte Person, die ein Gerichtsverfahren anstrengen will, nicht durch finanzielle Mehrbelastung abzuschrecken, ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht **in der Regel kostenlos** ausgestaltet; darüber entscheidet das Einzelgesetz. Ausnahme bilden IV-Verfahren, in welchen im Rahmen der Verfahrensstraffung per 01.07.2006 Kosten nach Aufwand zwischen CHF 200.– und CHF 1000.– eingeführt wurden.

Die in der Regel Unentgeltlichkeit betrifft in erster Linie die Verfahrens- und Gerichtskosten; die entsprechenden Aufwendungen werden von der Gerichtskasse bzw. vom Staat übernommen.

Wenn Prozesse **jedoch leichtsinnig bzw. mutwillig** eingeleitet und geführt werden, kann das Gericht dem Fehlbaren die entsprechenden Kosten auferlegen; dies auch dann, wenn das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vorsieht. Beauftragt eine versicherte Person hingegen einen Rechtsbeistand (Anwalt) mit der Prozessführung, hat sie diese Kosten in der Regel selbst zu übernehmen.

Vor dem Bundesgericht sind sämtliche Prozesse kostenpflichtig.

Zur Frage der Kostenfolge hält BV 29 III Folgendes fest: «Jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, hat Anspruch auf **unentgeltliche Rechtspflege**, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint ...».

8.3.9.4 Unentgeltlicher Rechtsbeistand

Nicht nur ist das Verwaltungsgerichtsverfahren in der Regel kostenlos. Unter bestimmten Umständen wird dem Leistungsansprecher auch der sogenannte **unentgeltliche Rechtsbeistand** gewährt. Dies bedeutet, dass ebenfalls der versicherten Person erwachsene Anwaltskosten übernommen werden.

In den oft komplexen Fällen, welche vor Gericht kommen, ist eine rechtskundige **Verbeiständung** empfehlenswert. Wenn nun die Auftragserteilung an eine rechtskundige Person an den finanziellen Möglichkeiten der hilfesuchenden Person scheitern sollte, verlöre der Zweck der Sozialversicherungen, zum Teil existenzsichernde Leistungen zu erbringen, seinen Sinn.

Sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, hat die versicherte Person einen verfassungsmässig verankerten Anspruch auf einen unentgeltlichen Rechtsbeistand (BV 29 III, 2. Satz: «... Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem **Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand**»).

Die Voraussetzungen für eine unentgeltliche Prozessführung sind grundsätzlich gegeben, wenn

- ▶ das Begehren nicht aussichtslos ist,
- ▶ der Gesuchsteller bzw. die Gesuchstellerin bedürftig ist,
- ▶ es sich um schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen handelt und
- ▶ die Angelegenheit von erheblicher Tragweite ist.

Wann diese Bedingungen erfüllt sind, wird vom zuständigen Gericht im konkreten Einzelfall entschieden.

Insbesondere **die Frage der Bedürftigkeit** wird nicht einheitlich geregelt. Welche Massstäbe hier angelegt werden, hängt auch von der Praxis des jeweiligen Gerichtes ab. Eine gesamtschweizerische Richtlinie existiert hier nicht, es gibt lediglich Empfehlungen.

Dieser **Rechtsgrundsatz der unentgeltlichen Prozessführung** ist von der bundesgerichtlichen Praxis entwickelt, von aBV 4 (alte Bundesverfassung) abgeleitet und als allgemeiner Rechtsgrundsatz in der neuen Bundesverfassung verankert worden. Dies bietet ein weiteres Beispiel dafür, dass (ungeschriebenes) Richterrecht ins geschriebene Recht Aufnahme gefunden hat.

Obwohl die Anforderungen an die Verfahren (Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren) im Rahmen der Sozialversicherungen nicht so formell ausgestaltet sind, ist im Einzelfall zu prüfen, ob es sich lohnt, einen **Anwalt** beizuziehen. Für rechtlich komplexe Fragestellungen mit für den Leistungsansprecher grosser Tragweite ist es mitunter unerlässlich, eine rechtskundige Person mit der Angelegenheit zu beauftragen; gegebenenfalls erscheint dies bereits im Verwaltungsverfahren angezeigt.

Viel Aufwand, Zeit und Kosten können jedoch gespart werden, wenn zunächst beide Seiten die ernsthafte Bereitschaft zeigen, **eine gemeinsame Lösung** zu suchen, und versuchen, zu einer Einigung zu gelangen. Sehr oft kann die Angelegenheit bereinigt werden, indem beide Seiten ihre Positionen darlegen und ihre Auffassung begründen. Ein weiterer Grund für Missverständnisse besteht darin, dass die Kenntnisse eines Sozialversicherungsgebietes beim Leistungsansprecher mangelhaft sind. Die Erklärung und die Erläuterung der Hintergründe tragen beidseitig dazu bei, dass eine Entscheidung akzeptiert werden kann, damit kein langwieriger und aufwendiger Prozess geführt werden muss.

8.3.9.5 Urteil

Hat das kantonale Gericht die notwendigen Abklärungen und Beratungen abgeschlossen, ist die Streitsache spruchreif; es fällt ein Urteil.

Das Gericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der **Beweiswürdigung frei**. Das heisst, dass das Gericht an die Rechtsbegehren bzw. die Anträge der Parteien nicht gebunden ist; es kann mehr oder weniger zusprechen bzw. zu einer anderen Schlussfolgerung gelangen.

So wird im Leistungsrecht im Urteil das Begehren (Beschwerde, Klage) der versicherten Person ganz oder teilweise gutgeheissen oder ganz oder teilweise abgewiesen (**Dispositiv**). Gegebenenfalls wird es an die kantonale Instanz zurückgewiesen.

Das Urteil wird den Parteien und allfälligen Dritten schriftlich eröffnet, beinhaltet neben dem Dispositiv (inhaltliche Hauptaussage) auch eine Rechtsmittelbelehrung mit der Angabe, innerhalb welcher Frist das Urteil bei der nächsten Instanz (dem Bundesgericht) angefochten werden kann.

8.3.9.6 Verfahren vor Sozialrechtlicher Abteilung des Bundesgerichtes

Das Verfahren auf Bundesebene vor **den Sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichtes in Luzern** wird im seit 01.01.2007 gültigen Bundesgerichtsgesetz (BGG) geregelt. Durch dieses wurde das alte Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in die Organisation des Bundesgerichtes eingegliedert. Zudem wurde dadurch auch die Überprüfbarkeit (Kognition) eingeschränkt.

Das Verfahren vor Bundesgericht wird durch die Beschwerde als Rechtsmittel eingeleitet; bezüglich Fristen, Inhalt und Ausgestaltung des Verfahrens gibt es Parallelen bzw. Übereinstimmungen mit dem kantonalen Verfahren, jedoch auch Abweichungen davon. Ferner kommen auch die erwähnten Rechtsgrundsätze zum Zuge.

Vielfach gibt es auf Bundesebene nur einen Schriftenwechsel. Ist das Verwaltungsgerichtsverfahren abgeschlossen, fällt es (vorbehältlich eines Weiterzugs nach Strassburg, z.B. wegen Verletzung der EMRK) als letzte Gerichtsinstanz ein **definitives Urteil**, das nicht mehr angefochten werden kann.

9. Koordination der Leistungen

Eine besondere Herausforderung im Rahmen der Sozialversicherungen stellen die **Koordination** bzw. die entsprechenden Normen dar. Weil die einzelnen Sozialversicherungen sich **unterschiedlich, nach- bzw. nebeneinander entwickelt haben sowie verschiedene Risiken decken und auch andersartige Leistungen versichern**, ist die Abstimmung der verschiedenen Leistungen der einzelnen Versicherungen aufeinander auch mangelhaft. Mit der Einführung des ATSG kommt man einen wesentlichen Schritt weiter.

9.1 Was beabsichtigt die Koordination?

Die Koordination bezweckt – allgemein gesprochen – die harmonische **Abstimmung, das Ineinandergreifen** der einzelnen verschiedenen Sozialversicherungen. Sie will einerseits **Lücken** schliessen, andererseits **Doppelversicherungen** vermeiden.

Konkret sollen mittels Koordination eine Übereinstimmung der **Begriffe** sowie eine **Überentschädigungsvermeidung** unter Beachtung des **Kongruenzgrundsatzes** erreicht werden.

9.1.1 Einheitliche Begriffsanwendung

Bezüglich der häufig vorkommenden **Begriffe** in den Sozialversicherungen wie die der «Arbeitsunfähigkeit», «Erwerbsunfähigkeit», «Invalidität», «Unfall», «Krankheit», «Arbeitnehmer», «Arbeitgeber» usw. ist eine einheitliche, harmonisierende Anwendung derselben wesentlich. Diese und weitere wichtige Begriffe werden nun in **ATSG 3–13a** umschrieben. Sie finden dann Anwendung im Einzelgesetz, wenn dieses sie als anwendbar erklärt; dies geschieht oft durch Verweise. Beispiel IVG 4 I: «Die **Invalidität (ATSG 8)** kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein», oder UVG 7 I: «Als Berufsunfälle gelten **Unfälle (ATSG 4)**, die dem Versicherten ...».

9.1.2 Das Verbot der Überentschädigung

Das **Überentschädigungsverbot** sagt, vereinfacht ausgedrückt, dass die anspruchsberechtigte Person nach Eintritt des Vorsorgefalles von den Sozialversicherungen nicht mehr erhalten soll, als vorher als Einkommen erzielt worden ist. Die Formulierung des Überentschädigungsverbot ist in **ATSG 69** festgehalten; es gilt nicht generell, sondern nur dort, wo das Einzelgesetz es als anwendbar erklärt.

9.1.3 Der Kongruenzgrundsatz

Dieses Prinzip bildet die Grundlage für jede Koordination, ist sogar deren Voraussetzung. Der **Kongruenzgrundsatz** bedeutet, dass nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung (vgl. BVG 34a I in Verbindung mit BVV2 24 II), die sich auf das gleiche Ereignis beziehen und die gleiche Person betreffen, miteinander koordiniert werden können. Dies bedeutet in der Regel, dass die Leistungen addiert werden dürfen, um anschliessend allenfalls gekürzt zu werden. **Ausschlaggebend ist der Zweck** einer Leistung, welcher darüber bestimmt, ob sie mit anderen Leistungen koordiniert wird.

Beispiel: Die Invalidenrenten sind als Lohnersatz konzipiert, während die Integritätsentschädigung nach UVG 24–25 eine einmalige Abgeltung für nicht mehr wiedergutzumachenden körperlichen Schaden (eine Art «Schmerzensgeld») darstellt. Weil diese zwei Leistungen somit nicht den gleichen Zweck verfolgen, dürfen sie nicht miteinander koordiniert werden.

9.2 Welche Grundsätze gibt es?

Das ATSG hat in Bezug auf die Koordination verschiedene Regeln aufgestellt. So bestimmt es, welche Sozialversicherung in welcher Reihenfolge (und allenfalls in welchem Ausmass) zu leisten hat bzw. vorleistungspflichtig ist. Der vorleistungspflichtige Sozialversicherer hat einen Rückerstattungsanspruch, falls er letztlich die Leistungen nicht zu übernehmen hat. Je nach Leistungsarten gibt es auch **verschiedene Grundsätze**: Ob Heilbehandlungsmassnahmen, Hilfsmittel, Hilflosenentschädigungen, Heilungskosten oder Geldleistungen (Taggelder, Renten) miteinander in Konkurrenz treten bzw. miteinander koordiniert werden sollen, ist bezüglich der Koordination unterschiedlich zu behandeln.

9.2.1 Sachleistungen Heilbehandlung ⇒ Grundsatz ATSG 64

Die **Heilbehandlung** wird von einem Versicherungsträger allein nach dessen Bestimmungen erbracht in der Reihenfolge: MV vor UV vor IV vor KV.

9.2.2 Übrige Sachleistungen ⇒ Grundsatz ATSG 65

Hilfsmittel oder **Eingliederungsmassnahmen** werden in nachstehender Reihenfolge zulasten von MV oder UV vor IV oder AHV vor KV erbracht.

9.2.3 Geldleistungen Hilflosenentschädigungen ⇒ Grundsatz ATSG 66 III

Die **Hilflosenentschädigungen** werden von einem Versicherungsträger allein nach dessen Bestimmungen erbracht in der Reihenfolge: MV oder UV vor IV vor AHV.

9.2.4 **Übrige Geldleistungen** ⇒ **Grundsatz ATSG 66 II**

Renten und Abfindungen werden nach den Bestimmungen des jeweiligen Einzelgesetzes und in nachstehender Reihenfolge gewährt: AHV oder IV vor MV oder UV vor BVG.

9.2.5 **Vorleistung und Rückerstattung** ⇒ **Grundsatz ATSG 70 und 71**

In gewissen Fällen sind Sozialversicherungen gegenüber anderen **vorleistungspflichtig**; mussten sie zu Unrecht Leistungen erbringen, haben sie einen **Rückerstattungsanspruch**.

Darüber hinaus gibt es in Bezug auf Geldleistungen noch weitere systemleitende Grundsätze:

- ▶ Taggelder werden von einer einzigen Sozialversicherung erbracht.
- ▶ Renten der AHV/IV werden ungekürzt erbracht, jene des BVG unter dem Vorbehalt der Überentschädigung.
- ▶ Renten lösen Taggelder ab; so beispielsweise während der beruflichen Wiedereingliederung solche der Invalidenversicherung und jene des Unfallversicherers.
- ▶ Renten der 1. Säule werden prioritär, in der Regel ungekürzt und ursachenunabhängig bezahlt; z.B. Hinterlassenen- und Invalidenrenten der AHV/IV.
- ▶ Renten der 2. Säule werden subsidiär, komplementär, d.h. ergänzend und bezüglich des UVG ursachenabhängig erbracht. Die Hinterlassenen- und Invalidenrenten gemäss UVG und BVG werden nach den Renten der 1. Säule bis zu einer gewissen Grenze erbracht (90 Prozent): Hier handelt es sich um die Koordination zwischen den einzelnen Säulen (intersystemische Koordination). Das UVG jedoch begrenzt seine eigenen Hinterlassenenrenten intrasystemisch (70%).

Tritt ein Vorsorgefall (z.B. Alter, Tod, Invalidität) ein, **sind oft mehrere Sozialversicherungen betroffen**. Dies bedeutet, dass Leistungen verschiedener Versicherungsträger fällig werden und vernünftig miteinander koordiniert werden sollen.

9.3 **Welche Hauptkonstellationen gibt es?**

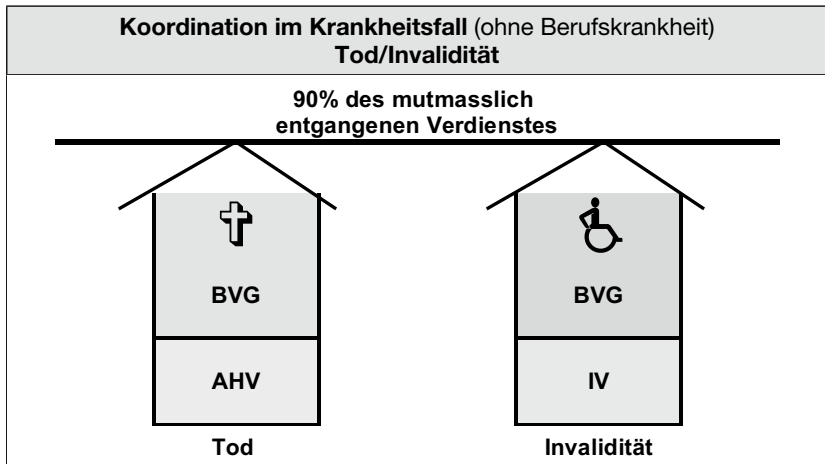
9.3.1 **Leistungskoordination zwischen AHV/IV, BVG und ggf. UVG**

Im Rentenbereich gibt es oft die folgenden Hauptkonstellationen, welche zwischen der Ersten und der Zweiten Säule zur Anwendung gelangen.

9.3.1.1 **Renten im Fall des Todes oder der Invalidität durch Krankheit**

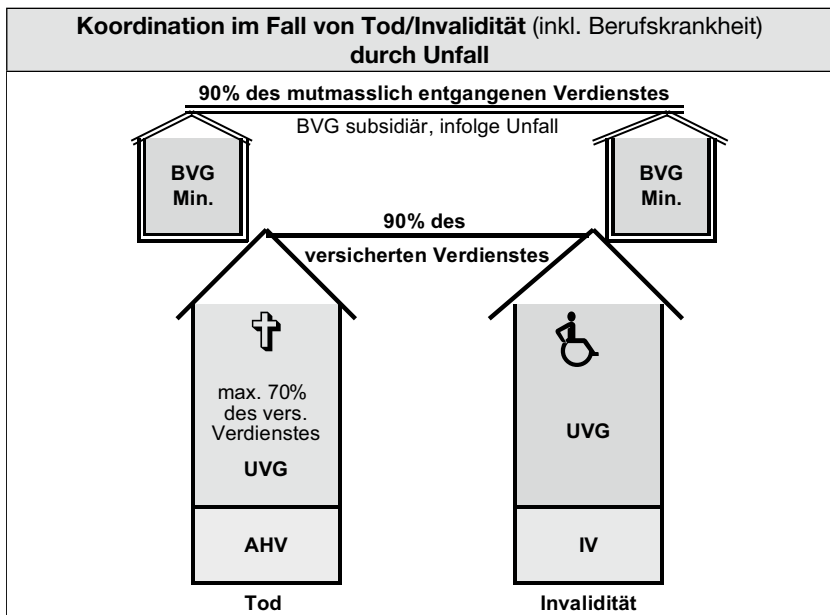
Leistungen der AHV (Tod) bzw. der Invalidenversicherung (Invalidität) werden ergänzt durch jene des BVG (Tod, Invalidität) auf 90 Prozent des mutmasslich entgangenen Verdienstes (BVG 34a).

Ausnahme: Für einen Vorsorgefall infolge einer **Berufskrankheit** ist der Unfallversicherer nach UVG zuständig.



9.3.1.2 Renten im Fall des Todes oder der Invalidität durch Unfall

Leistungen der AHV (Tod) bzw. der IV (Invalidität) werden primär ergänzt durch jene des UVG (Tod, Invalidität), begrenzt auf 90 Prozent des versicherten Verdienstes (UVG 31 IV; 20 II), wobei das UVG im Todesfall intrasystemisch seine Leistungen auf 70 Prozent des versicherten Verdienstes limitiert (UVG 31 I). Ferner ist das BVG mit seinen Minimalleistungen im Rahmen der subsidiären Unfalldeckung leistungspflichtig, wenn nach den Leistungen der AHV/IV und des UVG noch eine Lücke bis 90 Prozent des mutmasslich entgangenen Verdienstes besteht (BVG 34a I in Verbindung mit BVV2 24 ff).



9.3.1.3 Renten ab Erreichen des Schlusalters

Altersrenten der AHV werden ungekürzt, jene des BVG allenfalls gekürzt erbracht, weil hier neu Altersleistungen von in- und von ausländischen Sozialversicherungen und Vorsorgeeinrichtungen als anrechenbare Einkünfte berücksichtigt werden können.

9.3.2 Sichtweise der Leistungskoordination

Die Koordination unter den einzelnen Sozialversicherungen erfolgt also **trotz ATSG immer noch aus der Sicht des einzelnen Gesetzes**. Nur dort, wo beispielsweise das ATSG allgemein als anwendbar erklärt wird und keine Abweichung vorgesehen ist, gilt auch der Überentschädigungsartikel nach ATSG 69.

Betreffend die Komplementärrente nach UVG wird eine Abweichung vom ATSG explizit festgeschrieben, sodass es bei der massgebenden Koordinationsgrenze von **90 Prozent des versicherten Verdienstes** bleibt (UVG 3 IV). Zum gleichen Resultat gelangt BVG (BVG 34a in Verbindung mit BVV2 24 ff), weil dieses Einzelgesetz weder eine allgemeine Anwendbarkeit des ATSG vorsieht (kein neuer Artikel 1) noch ATSG 69 sonst als anwendbar erklärt.

Koordination der Leistungen innerhalb der betreffenden Sozialversicherung

(z.B. AHV: Hinterlassenen- mit der Altersleistung)

» die intra-systemische Koordination

Koordination der Leistungen unter den Sozialversicherungen

(z.B. der Invalidenrente der Invaliden- mit jener der Unfallversicherung)

» die inter-systemische Koordination

Koordination von Sozialversicherungsleistungen mit jenen aus Haftpflicht- und Privatversicherungsrecht

(z.B. Hinterlassenenleistungen eines Strassenverkehrsofopfers)

» die extra-systemische Koordination

9.3.3 Koordinationsnormen

Wie vorgängig ausgeführt, gibt es hinsichtlich des Zusammenspiels der einzelnen Sozialversicherungsleistungen eine **verfassungsmässig** begründete Koordination. Zudem sind durch das ATSG neue Grundsätze eingeführt worden.

Daneben existieren in den **einzelnen Gesetzen** eigene Koordinationsnormen, welche jeweils aus der spezifischen Sicht dieses Bundesgesetzes die gegenseitige Abstimmung regeln. So werden die **Leistungen der Ersten Säule in der Regel ungekürzt und ursachenunabhängig, jene der Zweiten Säule aber subsidiär, ursachenabhängig und bis zu einer gewissen Limite** erbracht.

9.4 Koordination der Invalidenrente aus Erster und Zweiter Säule

Ein besonderer Zusammenhang besteht **hinsichtlich der Invalidenrenten** zwischen der **IV und dem BVG**. Wenn von den Minimalbestimmungen des BVG ausgegangen wird, ergibt sich folgender Konnex:

Für die Beurteilung des Anspruches auf Invalidenrenten unter Berücksichtigung des «Zusammenspiels» zwischen der IV und dem BVG ist **BVG 23 massgebend: «Anspruch auf Invalidenleistungen haben Personen, die: a) im Sinn der IV zu mindestens 40 Prozent invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren ...».**

Bereits aufgrund des Wortlautes ist der Zusammenhang zwischen der IV und dem BVG ersichtlich. Nur Personen, welche im Sinn der Invalidenversicherung zu mindestens 40 Prozent invalid sind, haben einen entsprechenden Anspruch. Somit setzt eine Invalidenrente des BVG grundsätzlich eine solche der IV voraus. Diese Abhängigkeit besteht somit nicht nur hinsichtlich des **Begriffs der Invalidität**, sondern – ab einem bestimmten IV-Grad – auch hinsichtlich der **Höhe der Leistung**.

9.4.1 Der Invaliditätsgrad

Der durch Einkommensvergleich (Validen-, Invalideneinkommen) ermittelte IV-Grad, also die **Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gemäss Verfügung der IV** (ATSG 16), ist auch für die Pensionskasse im Rahmen des BVG relevant. Ein Abweichen von dieser Grundlage durch die Pensionskasse ist nur zulässig, wenn sich die IV-Verfügung als offensichtlich falsch bzw. als qualifiziert unrichtig erweisen würde.

Sowohl in der IV als auch im BVG (allenfalls unter Vorbehalt einer Übergangsfrist) besteht ein Anspruch auf eine Rente ab **40 Prozent Invalidität**. Weil die IV in der Eigenschaft als Volksversicherung alle Personen in der Schweiz – unabhängig davon, ob erwerbstätig oder nicht – erfasst, ergeben sich verschiedene Methoden zur Ermittlung des IV-Grades (z.B. Einkommensvergleich, gemischte Methode, Einschränkung im Aufgabenbereich).

Das BVG als Arbeitnehmersversicherung hingegen versichert obligatorisch nur jene (unselbständig erwerbenden) Personen, welche einer Erwerbstätigkeit nachgehen und eine bestimmte Lohnhöhe erzielen. Deshalb ist für die Pensionskasse einzig der durch die IV-Stelle ermittelte Invaliditätsgrad aufgrund des Einkommensvergleichs massgebend (erwerblicher Bereich).

Dies bedeutet, dass der von der IV ermittelte IV-Grad, je nach Bemessungsmethode auf die Auswirkung der Einschränkung im erwerblichen Bereich zu hinterfragen ist. Der nach der «wirtschaftlichen» Methode des **Lohnvergleichs** ermittelte Invaliditätsgrad ist vom BVG zu übernehmen. Für IV-Fälle, die nach der «gemischten» Methode beurteilt werden mussten, ist einzig diejenige Einschränkung relevant, welche sich auf den erwerblichen Bereich bezieht, und diese Komponente des Lohnvergleichs ist zu übernehmen. Die dritte Methode des «Betätigungsvergleichs» ist für die Pensionskasse nicht massgebend, weil hier nicht erwerbstätige Personen, welche sowieso nicht im BVG versichert sind, erfasst und beurteilt werden.

9.4.2 Beginn des IV-Rentenanspruchs

Nicht nur die aufgrund des IV-Grades ermittelte Rentenhöhe, sondern auch der **Beginn der BVG-IV-Rente** ist – vorbehaltlich eines Aufschubes des Anspruches aufgrund einer Kollektivkrankentaggeldversicherung – **von jenem der Invalidenversicherung abhängig** (BVG 26 in Verbindung mit IVG 29).

Die IV **eröffnet die Wartefrist von einem Jahr** ab dem Zeitpunkt, seit dem die versicherte Person durchschnittlich 40 Prozent arbeitsunfähig ist. Nach den Abklärungen durch die IV entsteht ein Jahr nach Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf eine entsprechende Rente.

Dieser Zeitpunkt ist grundsätzlich auch wesentlich für den Anspruchsbeginn der BVG-IV-Rente! Befindet sich **der Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit**, welche zur Invalidität geführt hat, **innerhalb der Versicherungszeit**, wird die Pensionskasse leistungspflichtig. Die Arbeitsunfähigkeit gilt dann als massgebend, wenn die gesundheitsbedingte Einschränkung mindestens 20 Prozent beträgt.

9.4.2.1 Aufgeschobene BVG-IV-Rente

Der Anspruch auf Invalidenleistungen gemäss BVG kann in der Zweiten Säule gemäss Reglement **aufgeschoben** werden, d.h., über die Zeitspanne eines Jahres nach Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit hinaus verlegt werden, sofern

- ▶ eine Krankentaggeldversicherung besteht, welche Leistungen in der Höhe von 80 Prozent des entgangenen Lohnes erbringt und
- ▶ mindestens zur Hälfte vom Arbeitgeber finanziert wurde (BVV2 26).

Solange solche Krankengelder ausgerichtet werden, kann die Pensionskasse ihre Leistungen aufschieben. Fallen jedoch eine oder beide Voraussetzungen weg, hat die Pensionskasse ab diesem Zeitpunkt die Leistungen (mindestens im Minimalbereich) zu erbringen. Obwohl ein Taggeld im Fall von Krankheit in der Schweiz nicht obligatorisch ist, besteht bei vielen Arbeitgebern eine solche Versicherung. **Diese erbringen – nach einer gewissen Wartefrist – oft ein vom Arbeitgeber mindestens zu 50 Prozent finanziertes Taggeld in der Höhe von 80 Prozent während 720/730 Tagen (2 Jahre)**, sodass die Pensionskasse bis zu diesem Zeitpunkt den Anspruch aufschieben kann.

9.4.2.2 Versicherungsklausel des BVG

In der Abgrenzung, welche Pensionskasse leistungspflichtig ist, wenn die versicherte Person den Arbeitgeber und somit auch die Pensionskasse gewechselt hat, ist die Versicherungsklausel wichtig.

Spricht beispielsweise die IV der versicherten Person ab 1. Mai 2015 eine IV-Rente zu, weil die zur Invalidität massgebende Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit im Mai 2014 (konkret am 18. Mai 2014) eingetreten ist, **wird diejenige Pensionskasse leistungspflichtig**, in der diese Person am Datum der massgebenden Arbeitsunfähigkeit, die später zur Invalidität geführt hat (hier 18. Mai 2014), versichert war.

Gelingt somit der Nachweis, dass die betroffene Person in diesem Zeitpunkt bei der Pensionskasse versichert war, hat diese die entsprechenden Leistungen zu erbringen, wenn ein **direkter Zusammenhang** (adäquater Kausalzusammenhang) zwischen dieser Arbeitsunfähigkeit und der Invalidität besteht!

9.4.2.3 Der direkte Kausalzusammenhang

Der **direkte Kausalzusammenhang** zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der daraus resultierenden Invalidität ist gekennzeichnet durch ein **sachliches und ein zeitliches Erfordernis**.

Ein **sachlicher Zusammenhang** besteht dann, wenn zwischen der Ursache der Arbeitsunfähigkeit, z.B. einer bestimmten Krankheit, und der Ursache, welche zur Invalidität geführt hat, Identität besteht.

Anspruch auf eine IV-Rente aus der 2. Säule besteht in der Regel nur dann, wenn die Ursache der massgebenden Arbeitsunfähigkeit direkt zur Invalidität geführt hat.

Wurde beispielsweise die später eingetretene Invalidität durch eine andere Krankheit als jene, welche vormals die Arbeitsunfähigkeit verursacht hat, ausgelöst, besteht kein sachlicher Zusammenhang, d.h., die Leistungspflicht dieser Pensionskasse entfällt.

Um die Leistungspflicht der Pensionskasse zu begründen, muss neben dem sachlichen der **zeitliche Zusammenhang** vorliegen. Dies bedeutet, dass zwischen dem Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit und dem Eintritt der Invalidität die Zeitspanne nicht übermässig gross sein darf.

In welchem Fall die Zeitspanne als rentenauslösendes Kriterium vorliegt oder nicht, **muss im konkreten Einzelfall eruiert werden**. Ein Unterbruch der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit von einer kurzen Zeit trennt grundsätzlich den zeitlichen Zusammenhang nicht, sodass ein Anspruch entsteht, wenn die gleiche Arbeitsunfähigkeit nach dieser Zeitspanne wieder eintritt (Rückfall). Für **länger dauernde Arbeitsfähigkeitsperioden** muss eine eingehendere Abklärung stattfinden, um den zeitlichen Zusammenhang zu überprüfen.

Entscheidend für die Begründung des Anspruches auf Invalidenleistungen im BVG ist also, dass

1. die betroffene Person auch im Sinn der IV invalid ist und
2. im Umfang von mindestens 40 Prozent invalid ist und
3. zwischen dem Beginn der massgebenden Arbeitsunfähigkeit und dem Eintritt der Invalidität ein sachlicher und ein zeitlicher Zusammenhang liegt und
4. die betroffene Person im Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit, welche schliesslich zur Invalidität geführt hat, versichert war.

Versichert sind – wie vorerwähnt – Personen zwischen dem Beginn und dem Ende (inkl. Nachdeckung) der Versicherung.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht eine provisorische Weiterversicherung und Aufrechterhaltung des Leistungsanspruches in der Pensionskasse bei Herabsetzung oder Aufhebung der Rente der Invalidenversicherung (BVG 26a).

9.4.2.4 Relativierte Bindungswirkung

Die oben beschriebene Bindungswirkung der IV-Verfügungen für die Pensionskassen ist in zweierlei Hinsicht eingeschränkt worden: Kurz vor Inkrafttreten des ATSG per 1. Januar 2003 hat das **EVG (heute Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) in einem Urteil** festgehalten, dass die Pensionskassen nicht an die Feststellungen der IV-Stelle in der Verfügung gebunden sind, wenn sie am entsprechenden IV-rechtlichen Verfahren nicht haben teilnehmen können; dies war früher immer der Fall.

Zudem hat das **ATSG** explizit eine Bestimmung eingeführt, welche die Versicherungsträger, die eine Verfügung erlassen, verpflichtet, diese Entscheidung anderen Trägern zu eröffnen, **wenn deren Leistungspflicht berührt ist**; somit erhalten auch die Pensionskassen die Legitimation, die gleichen Rechtsmittel zu ergreifen, wie die versicherte Person (ATSG 49 IV in Verbindung mit ATSG 59). Die Pensionskassen können deshalb nach Zustellung des Vorbescheides bzw. der Verfügung durch die IV-Stelle (vgl. IVV 76 I Bst. i) Einwände anbringen und allenfalls später Beschwerde erheben (ATSG 49 IV in Verbindung mit ATSG 52, 56, 62). Wird der Vorbescheid bzw. die Verfügung der IV-Stelle der zuständigen Pensionskasse nicht eröffnet, ist diese nicht an den Entscheid jener gebunden.

**Übersichtstabelle
vgl. folgende Seiten**

	AHV	Invalidenversicherung	Erwerbsersatzordnung	Arbeitslosenversicherung	BVG	Familienzulagen
Zweck	Ersatz des durch Alter oder Tod des Ernährers bzw. der Ernährerin wegfallenden Erwerbseinkommens; Sichern des Existenzgrundbedarfs	(Wieder-)Eingliederung in die Erwerbstätigkeit, wo nicht möglich oder dennoch grosse Invaliditätsbedingte Einkommenseinbussen; Sichern des Existenzgrundbedarfs, Beitragen zu eigenverantwortlicher, selbst bestimmter Lebensführung Betroffener	Ersatz eines Teils des infolge Dienstleistung für Schweizer Militär, Zivildienst oder Zwischschutz entstandenen Einkommensausfalls sowie desjenigen erwerbstätiger Mütter während 14 Wochen nach der Niederkunft	Vermieden oder Verkürzen der Arbeitslosigkeit, Ggf. Ersatz (eines Teils) des durch Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, witterungsbedingte Einflüsse oder Insolvenz des Arbeitgebers verminderten Erwerbseinkommens	Mit Eintritt des Versicherungsfalls (Alter, Tod oder Invalidität) zusammen mit der AHV/IV-Renten die Fortsetzung der gewöhnlichen Lebenshaltung in angemessener Weise sichern	Teilweiser finanzieller Ausgleich der Familienlasten
obligatorisch versicherte Personen (Pflichtversicherung)	In der Schweiz erwerbstätige Personen sowie nicht erwerbstätige Personen mit Wohnsitz in der Schweiz	analog AHV	Grundsätzlich wie AHV: bezugsberechtigt sind Personen, die in der Schweizer Armee bzw. Zwischschutz Dienst leisten, bzw. an Stelle davon zivilen Ersatzdienst leisten und erwerbstätige Mütter	Alle in der AHV vers. Arbeitnehmernden (Grenzgänger/innen entrichten die Beiträge im Beschäftigungsland, erhalten aber die Leistungen im Wohnland gem. dessen Gesetz)	Alle AHV-pflichtigen Arbeitnehmernden mit einem Jahreslohn ab CHF 21 150.– entsprechende Arbeitslosenentschädigung beziehen	Erwerbstätige (ausserhalb Landwirtschaft) und für Nichterwerbstätige
freiwillige Versicherung für	Möglichkeit, die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung weiterzuführen, unter gewissen Voraussetzungen freiwilliger Beitritt möglich	analog AHV	analog AHV	Selbständigenwerbende können sich nicht versichern	Selbständigenwerbende und Arbeitnehmende ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber sowie solche, die die Voraussetzungen aus mehreren Teilzeistellen insgesamt erfüllen	laut FamZG und FLG nicht möglich
Gesetz	BV 111/112 ATSG/ATSV AHV/AHW	BV 111/112 ATSG/ATSV IVG/IVV	BV 59 Militär-/Zivildienst BV 61 Zwischschutz sowie BV 116 Mutterschaftsentschädigung ATSG/ATSV EOG/EOV	BV 114 ATSG/ATSV AVG/AVV	BV 111/113 nicht aber ATSG/ATSV BV/G/BMZ (Rahmengesetz) FZG/FZV, WEF	BV 116 ATSG/ATSV FamZG/FamZV betr. Landwirtschaft/FLG/FLV
Träger	Bund, Kantone, Verbände	Bund, Kantone, Verbände	Bund, Kantone, Verbände	Bund, Kantone, Verbände	Vorsorgeeinrichtungen autonome Pensionskassen oder Anschluss an Sammel-Gemeinschaftsversicherung	Arbeitgeber, Verbände, Bund und Kantone
Vollzug	AHV-Ausgleichskassen	IV-Stellen, betr. Taggeld/ Renten AHV-Ausgleichskassen	Ausgleichskassen unter Mitwirkung der Rechnungsführer von Militär- und Zwischschutz	RAV (regionale Arbeitsvermittlungszentren), Kant. Amtsstelle (AWA/KIGA); Geldleistungen via Arbeitslosenkassen	Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse)	Familienausgleichskassen (FAK), in Zusammenarbeit mit der AHV-Ausgleichskasse
Versicherungsausweis	Versicherungsausweis AHV	Versicherungsausweis AHV	Versicherungsausweis AHV, Dienstbüchlein, Geburtschein	(Versicherungsausweis AHV)	Kein eigenständiger administrativer Ausweis	Vertilgung/ Zuspracheentscheid der FAK

Finanzierung	Ausgaben-Umlageverfahren / Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Zinsen Ausgleichsfonds, Bund, MWST, Regresseinnahmen	Ausgaben-Umlageverfahren / Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Zinsen Regresseinnahmen	Ausgaben-Umlageverfahren / Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Zinsen Ausgleichsfonds	Ausgaben-Umlageverfahren / Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Zinsen Ausgleichsfonds	Kapitaldeckungsverfahren / Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Zinsen	Ausgaben-Umlageverfahren / Beiträge Arbeitgeber, teilweise Mittel der öffentlichen Hand
Beitragspflicht	Ab 1. Jan. des 18. Altersjahres für Erwerbstätige (inkl. Beiträge des Arbeitgebers) für NE ab 1. Jan. des 21. Altersjahres. Ende mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit (Freibetrag im Rentenalter) bzw. mit Erreichen des ordentlichen Rentennalters	analog AHV	analog AHV	analog AHV	Für Arbeitnehmende ab 1. Jan. des 18. Altersjahr und ihre Arbeitgeber für Invalidität und Tod ab 1. Jan. des 25. Altersjahrs zusätzlich fürs Alter; Ende mit Eintritt des Leistungsfalls	Für Arbeitgeber betr. Arbeitnehmende während Dauer der Anstellung und für Selbständigerwerbende ausserhalb der Landwirtschaft
Anspruchsvoraussetzungen	Mindestbeitragsdauer (Ausländer/innen z.T. Wohnsitz in der Schweiz)	Mindestbeitragsdauer von 3 Jahren vor Eintritt des «Schadenfalls» (z.T. Wohnsitz in der Schweiz)	Dienst in Schweizer Armee, Zwischenschutz oder Ersatzdienst/ Mütter; Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Geburt	Mind. 12 Beitragsmonate in letzten zwei Jahren vor Arbeitslosigkeit oder davon betreit + Wohnsitz in der Schweiz	Gemäss BVG/Details in Statuten/Reglement der betr. Vorsorgeeinrichtung verbindlich geregelt	AHV-pflichtiges Erwerbseink., Nichterwerbstätige mit Wohnsitz in der Schweiz, Familienzulageerhöhte nach Erwerbskanton
Sachleistungen/ Kostenvergütungen	Hilfsmittel	Behandlung von Geburtsgebrechen (Wieder-)Engliederung Hilfsmittel	keine	Arbeitsmarktliche Massnahmen	keine	keine
Geldleistungen	Altersrente, ggf. mit Kinderrente; Witwen-, z.T. Waisenrente; Waisenrente; Hilflosenentschädigung	Taggelder während Engliederung; Invalidenrente, ggf. mit Kinderrente; Hilflosenentschädigung	Tagesentschädigung	Arbeitslosen-, Kurzarbeits-, Schlechtwetter-, oder Insolvenzentschädigung	Invalidenrente; ¹ Witwen-/Waisenrente o. -abfindung, Waisenrente; Altersrente; ¹ ggf. mit Kinderrente	Kinder-/Ausbildungszulage (kantonal: Geburts-/Adoptions-Zulage) plus Haushaltungszulage für Arbeitnehmende in Landwirtschaft
Geldtendmachen des Anspruches (wie/wo)	Amntliches Formular (von/an) Gemeinde oder AHV-Ausgleichskasse	Amntliches Formular (von/an) Gemeinde oder AHV-Ausgleichskasse	EO-Meldekarte – Anmeldeformular MSE – an Arbeitgeber, bzw. für Selbständigerwerbende und nicht Erwerbstätige direkt an zuständige AHV-Ausgleichskasse	Für Arbeitslosenentschäd. Gemeindeformular/RAV am Wohnort; Insolvenzentsch. kant. ALV-Kasse Geschäftssitz; KAE/SWE kant. Amtsstelle Geschäftsört	Gemäss Statuten/Reglement	Über Arbeitgeber mittels amtlichem Formular der betr. FAK
Rechtsmittel, wenn mit Leistung nicht einverstanden	1. Einsprache, 30 Tage, verfügende Stelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht Sitz Ausgleichskasse 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	Vorbescheid, Stellungnahme innert 30 Tagen 1. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht Sitz IV-Stelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	Verfügung verlangen; 1. Einsprache, 30 Tage, verfügende Stelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht Sitz Ausgleichskasse 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	z.T. Verfügung verlangen 1. Einsprache, 30 Tage, gem. kant. Bestimmung 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht am Wohnsitz 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	Rücksprache mit PK 1. kant. Vers.gericht 2. bet. Rente in der Regel 5 Jahre bzw. betr. Kapital 10 Jahre 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	1. Einsprache, 30 Tage, verfügende FAK 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht Sitz FAK 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern

	Unfallversicherung	Krankenversicherung	Militärversicherung	Überbrückungsleistungen	Ergänzungsleistungen	Sozialhilfe
Zweck	Beheben oder Mindern der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und immateriellen Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten sowie Unfallverhütung	Beheben oder Mindern der gesundheitlichen Folgen von Krankheiten und subsidiär von Unfällen. Übernahme von mutterschaftsspezifischen Leistungen	Beheben/Mindern der Gesundheit, wirtschaftl. und immateriellen Folgen von Unfällen und Krankheiten, die durch Einwirkung des Dienstes entstanden/verschlimmert wurden	Überbrückungsleistungen bis zum AHV-Rentenbezug für ab dem 60. Altersjahr ausgesteuerte Arbeitslose in einfachen wirtschaftlichen Verhältnissen	Garantierter Existenzgrundbedarf für Personen, die Renten der AHV/IV beziehen	Bekämpfen und Vermeiden von Armut sowie Lindern und Überwinden von Notlagen
obligatorisch versicherte Personen (Pflichtversicherung)	Arbeitnehmende in der Schweiz und Arbeitslose mit Arbeitslosenentschädigung	Obligatorische Krankopferversicherung OKP für alle Personen, die sich länger als drei Monate in der Schweiz aufhalten (Wohnbevölkerung)	Keine (Sozial-)Versicherung im engeren Sinn; Dienstleistende	Keine (Sozial-)Versicherung im engeren Sinn; ab 60-jährige ausgesteuerte Arbeitslose	Keine (Sozial-)Versicherung im engeren Sinn; AHV/IV-Rentner/innen	Keine (Sozial-)Versicherung; Wohnbevölkerung
freiwillige Versicherung für	Selbständigerwerbende	Kranken-Taggeld	Für pensionierte Berufsversicherte betr. KV	keine	keine	keine
Gesetz	BV 117 ATSG/ATSV UVG/UVV/UV	BV 117/118 und betr. Mutterschaft 116 ATSG/ATSV KVG/KW/KLV	BV 59/5, 61/5 ATSG/ATSV MVG/MVV	BV 114/5	BV 112a ATSG/ATSV ELG/ELV; Kantonale und Kommunale Gesetzgebung	EMRK usw. BV 12 Recht auf Hilfe in Notlagen; BV 115 Unterstützung Bedürftiger, BV 41 Sozialziele ZUG; Kant./Kommunale Gesetzgebung
Träger	Bund und Kantone, Versicherungswirtschaft	Krankenversicherer mit entspr. Bewilligung	Bund (Staatshaftung)	Bund	Bund und Kantone, teilweise Gemeinden	Kantone, Gemeinden und privatrechtl. Träger
Vollzug	Suva für industrielle Betriebe, übrige UVG-Versicherer, Ersatzkasse	«Krankenkassen»	Die MV ist eine Abteilung im SUVA-Department «Versicherungsleistungen und Rehabilitation»	Durchführungsstellen für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	Kantonale Ausgleichskassen (Sonderregelung für BS, GE, ZH)	Sozialhilfeargane
Versicherungs-Ausweis	Kein eigentlicher Vers.-Ausweis (Police oder Unfallschein)	Versicherungsausweis des Krankenversicherers	Kein eigenständiger Versicherungsausweis (Dienstbüchlein)	Kein eigentlicher Vers.-Ausweis (Zuspracheentscheid)	Keiner, da keine (Sozial-)Versicherung im engeren Sinn	Keiner da keine (Sozial-)Versicherung
Finanzierung	Bedarfsdeckungsverfahren; bzw. für langfristige Leistungen Rentenwert-Umlageverfahren; Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Zinsen, Regressmaßnahmen	Bedarfsdeckungsverfahren; Beiträge der Versicherten (Kopfpfämien), Kostenbeteiligungen, Zinsen, Regressmaßnahmen, Bund/Kantone	Staatshaftung (Steuerelder)	Steuerelder (Bund); die Kantone tragen die Vollzugskosten	Steuerelder der Gemeinden, Kantone (für Asylsuchende auch Bund), Anteil je nach deren Finanzkraft	Steuerelder der Gemeinden, Kantone (für Asylsuchende auch Bund), Anteil je nach deren Finanzkraft; privatrechtliche Träger individuell

Beitragspflicht	BU-Arbeitgeber für Arbeitnehmende NBÜ: Arbeitnehmende/über Arbeitgeber; je für Dauer der Erwerbstätigkeit	Krankenpflege: Wohnbevölkerung (Geburt bis Tod); freiw. Taggeldversicherung evtl. mit Arbeitgeber (ab 15. Altersjahr)	Staatshaftung, keine	Versorgung, keine	Fürsorge, keine
Anspruchsvoraussetzungen	Unfall oder Berufskrankheit (Versichereigenschaft erfüllt)	Unter Aspekt der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit + Wirtschaftlichkeit erbrachte, verordnete, tariferte Krankenpflege- /Taggelderleistungen	Gesundheitsschädigung während Dienst entstanden oder verschlimmert	Wohnsitz in der Schweiz; Vermögen unter CHF 50'000.- (Ehepaare CHF 100'000.-); 20 AHV-Beitragsjahre mit Mindesteinkommen, letzte 5 ab Alter 50	Hilfsbedürftigkeit/Notlage
Sachleistungen / Kostenvergütungen	Heilbehandlung; Hilfsmittel; Transport-/Rettenkosten (Prävention)	Heilbehandlung; Hilfsmittel; Transport-/Rettenkosten (Prävention)	Heilbehandlung; Hilfsmittel; Transport-/Rettenkosten Präventivmassnahmen	Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten, die nicht Dritte übernehmen müssen	Hilfe zur Selbsthilfe; Situationsgerechte Beratung, Betreuung; Vorschüsse
Geldleistungen	Taggelder; Invalidentrente; Witwen- bzw. Witwerrente; Waisenrente; Hilflosenentschädigung Integritätsentschädigung	Falls freiwillig versichert, Taggelder	Taggelder; Invalidentrente; Witwen- bzw. Witwerrente; Waisenrente; Hilflosenentschädigung Integritätsentschädigung/Integritätschadenrente	Zusatzrente zur AHV/IV	Decken des Existenzgrundbedarfs
Geltendmachen des Anspruches (wie/wo)	Schadenmeldung an Arbeitgeber, Weiterleitung an zuständigen Unfallversicherer	Gemäss zuständigem Krankenversicherer	Meldung bei sanitärischer Austrittsmusterung an Militärarzt; später eido, dipl. Arzt (Beweispflicht des Patienten)	Kant. AHV-Ausgleichskasse; im Kanton Zürich; Durchführungsstelle für Zusatzleistungen am Wohnort (Gemeinde)	Sozialdienst am Wohnort evtl. bei privater Organisation (d.h. Hilfswerk, Selbsthilfegruppe)
Rechtsmittel, wenn mit Leistung nicht einverstanden	1. Einsprache, 30 Tage, verfügbare Stelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht am Wohnsitz der betr. Person 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	ggf. Verfügung verlangen 1. Einsprache, 30 Tage, verfügbare Stelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht Sitz Krankenversicherer 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	1. Einsprache, 30 Tage, Durchführungsstelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht am Wohnsitz der betr. Person 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	1. Einsprache, 30 Tage, Durchführungsstelle 2. Beschwerde, 30 Tage, Kant. Vers.gericht am Wohnsitz der betr. Person 3. Beschwerde, 30 Tage, Bundesgericht Luzern	Der Rechtsweg ist im kantonalen Sozialhilfegesetz geregelt; (Kein Klagbarer Rechtsanspruch gegenüber privaten Organisationen)

