



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung

Grundlagenstudie 2010–2012

EXECUTIVE SUMMARY

Sonia Pellegrini, Sacha Roth
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Bericht im Auftrag des Bundesamtes
für Gesundheit (BAG)

März 2015

Vertragsnummer:	13.004266
Laufzeit:	April/Mai 2013 – November 2014
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer I
Begleitgruppe:	<ul style="list-style-type: none"> – Pascal Besson, H+ Die Spitäler der Schweiz (H+) – Andrea Bumbacher, Christin Probst, tarifsuisse ag (Vertreter von santésuisse) – Carsten Colombier, Michael Egger, Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) – Wolfgang Guetg, Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) – Guido Klaus, Riccarda Schaller, curafutura – Stefan Leutwyler, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – Michael Lindner, Giovanni Teotino, Bundesamt für Statistik (BFS) – Beatrix Meyer, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) – Erika Ziltener, Dachverband Schweizerischer Patientestellen (DVSP)
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle E+F des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Resultat der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Quelle:	Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). Evolution des cots et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. (Obsan Rapport 61). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
Bezug:	<p>Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)</p> <p>Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern</p> <p>www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier</p>
Übersetzung:	Sprachdienste BFS
Korrespondenzadresse:	<p>Sonia Pellegrini, Dr. rer. oec.</p> <p>Leiterin Kompetenzbereiche</p> <p>Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)</p> <p>Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchtel</p> <p>Tel. +41 58 463 68 02</p> <p>E-Mail: sonia.pellegrini@bfs.admin.ch</p> <p>www.obsan.ch</p>

Zusammenfassung

Abstract

In diesem Bericht wird die Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Spitäler seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 untersucht. Der Bericht basiert auf den Daten der Kostenträgerrechnung der Krankenhausstatistik (BFS) und, für die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), auf dem Datenpool der SASIS AG. Die Analysen zeigen für das Jahr 2012 folgende Hauptergebnisse: ein stärkerer Anstieg der Spitalausgaben, eine Verringerung des Beitrages der Zusatzversicherungen und parallel dazu ein Anstieg des KVG-Anteils (Kantone und OKP zusammen) sowie letztendlich eine transparentere Finanzierungspraxis. Der Bericht legt die Grundlagen für eine systematische Aufdatierung der Datenreihen und identifiziert diejenigen Bereiche, in denen ohne eine deutliche Verbesserung der Datengrundlagen auch künftig keine Analyse möglich ist.

Schlüsselwörter

Spitäler, Kosten, Finanzierung, KVG-Revision, Spitalfinanzierung → Hôpitaux, coûts, financement, Révision LAMal, financement hospitalier → Hospitals, costs, finance, Reform of the Swiss Federal Health Insurance Act (KVG/LAMal), hospital financing

Einleitung

Neuordnung der Spitalfinanzierung

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Die Revision trat am 1. Januar 2009 in Kraft und besteht aus zwei Vorlagen: der neuen Spitalfinanzierung und der Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern.

Die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung werden hauptsächlich seit Anfang 2012 umgesetzt. Die wichtigsten Massnahmen sind die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen, die kantonalen Spitalplanungen nach den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit, die freie Spitalwahl sowie die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Das neue System gibt den Spitälern Anreize zu mehr Wettbewerb, zur Erhöhung ihrer Effizienz und zur Kontrolle ihrer Kosten. Zudem verändert es grundlegend die Finanzierungsregeln und den Verteilungsschlüssel zwischen den Finanzierungsträgern.

Um die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu evaluieren, hat das BAG Studien in den folgenden sechs Themenbereichen vorgesehen (BAG 2014, S.2):

- 1) Anteil der pauschalen Vergütungssysteme vor 2012 (Grundlagenstudie)
- 2) Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems
- 3) Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen
- 4) Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung
- 5) Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler
- 6) Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion

Grundlagenstudie im Hinblick auf ein Monitoring

Im Rahmen dieses Evaluationsprogramms hat das Obsan den Auftrag erhalten, den Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems (Themenbereich 2) zu untersuchen. Die vorliegende Studie ist eine erste Etappe, die das erste Jahr seit der Umsetzung des neuen Systems analysiert.

Sie hat zum Ziel, einerseits die Analysemöglichkeiten anhand der verfügbaren Daten zu klären und andererseits die kurzzeitige Entwicklung in diesem Bereich zu

beschreiben. Im Hinblick auf eine systematische Aufdatierung von Datenreihen (Monitoring) bereitet diese Studie die methodischen Grundlagen vor. Das Monitoring seinerseits soll Kenngrößen weiter beobachten und die künftig zur Verfügung stehenden Daten nutzen, um weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Leitfragen

Bei den Kosten wird mittelfristig von der Revision, eine Kosteneindämmung im stationären Spitalbereich erwartet. Bei der Finanzierung wird eine Veränderung des Finanzierungsanteils der verschiedenen Finanzierungsträger, insbesondere eine Stabilisierung der Kosten zulasten der OKP, erwartet (BAG 2014).

Folgende zwei Hauptfragen leiten die Analysen:

- 1) Wie entwickeln sich die Kosten im stationären Spitalbereich?
- 2) Wie entwickelt sich die Spitalfinanzierung, insbesondere die Verteilung der Ausgaben auf die wichtigsten Finanzierungsträger (Kantone, obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherungen)? Stabilisieren sich die Ausgaben zulasten der OKP?

Diese beiden Fragen werden unter verschiedenen Blickwinkeln untersucht. Es wird insbesondere analysiert, ob die Entwicklungen je nach Spitaltyp, in der Akutso-matik und der Psychiatrie bzw. der Rehabilitation, sowie zwischen den Kantonen dieselben sind.

Methode

Daten der Krankenhausstatistik

Die Analyse basiert hauptsächlich auf der Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und insbesondere auf den Zahlen der Kostenträgerrechnung. Die Kostenträgerrechnung gibt Auskunft über die Kosten und die Erträge der Spitäler. Mit anderen Worten liefert sie einerseits Informationen über die Mittel, die für die Erbringung von Leistungen verwendet werden, und andererseits Informationen über die Erträge aus diesen Leistungen. Diese Daten stehen seit 2010, dem Jahr der Revision der Krankenhausstatistik, zur Verfügung. Die auf der Basis der KS durchgeführten Analysen beziehen sich demzufolge auf den Zeitraum 2010 bis 2012.

Daten des Datenpools der SASIS AG

Die Analyse des Datenpools der SASIS AG ergänzt die Studie in Bezug auf die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Diese Datenquelle ist qualitativ gut und wird seit langem für statistische Zwecke verwendet. Die Analysen basieren auf dem *Behandlungsjahr* (und nicht auf dem Abrechnungsjahr), um den Einfluss der verspäteten Rechnungsstellung, die das Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung geprägt hat, möglichst gering zu halten. Es gilt zu beachten, dass die Abrechnung anhand von provisorischen Tarifen, die rückwirkend noch korrigiert werden können, erfolgte. Es handelt sich jedoch um die Beträge, die für die KVG-Leistungen 2012 effektiv bezahlt wurden. Die auf der Basis des Datenpools durchgeführten Analysen beziehen sich auf den Zeitraum 2005 bis 2012.

Vorgehen

Da die Kostenträgerrechnung der KS bisher kaum ausgewertet wurde, bestand der erste Arbeitsschritt darin, die Qualität der Daten zu evaluieren und die Resultate zu plausibilisieren. Diese Aufgabe wurde in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen im BFS (Sektion Gesundheit) durchgeführt, die das Projekt tatkräftig unterstützt haben. In einem zweiten Schritt wurden die Produktionskosten, die Erträge und die Finanzierung der Spitäler deskriptiv analysiert. Während der verschiedenen Projektschritte wurden verschiedene Akteure – Datenproduzenten und Fachleute – beigezogen, damit sie die Ergebnisse plausibilisieren und mit ihrem Wissen zur Interpretation der Zahlen beitragen konnten.

Ergebnisse und Diskussion

Qualität der Kostenträgerrechnungsdaten

Fehlende Werte und uneinheitliche Datenqualität

Die Analyse der Datenqualität zeigt, dass das neue Kostenträgerrechnungsmodul noch an Kinderkrankheiten leidet, wie dies bei jeder Erhebung zu Beginn der Fall ist. Obschon die Erhebung obligatorisch ist, sind noch nicht alle Spitäler in der Lage, die erforderlichen Daten zu liefern. Der Anteil fehlender Werte liegt für die Kosten und die Erträge bei 10 Prozent. Die Verteilung der Erträge unter den Finanzierungsakteuren ist mit 25 Prozent fehlender Werte im Jahr 2010 weniger gut dokumentiert. Ausserdem ist die Qualität der gelieferten Daten noch

kaum einheitlich. Grundsätzlich werden die Beträge gemäss den Rechnungslegungsstandards REKOLE® angegeben. Diese Standards werden jedoch noch nicht einheitlich angewendet und gewisse Beträge werden teilweise noch fehlerhaft verbucht. Die beiden Hauptprobleme betreffen die Kosten für Aufträge der Kantone und die Verteilung der Finanzierung aus den Kantonen.

Noch keine Angaben zu den Kosten für Aufträge der Kantone

Für eine statistische Auswertung werden die Kosten für Aufträge der Kantone (Kosten für universitäre Lehre und Forschung sowie für andere gemeinwirtschaftliche Leistungen) noch nicht von einer ausreichenden Zahl an Spitälern dokumentiert. Schwierigkeiten bei der Definition und bei der Schätzungsmethode dieser Leistungen tragen zu dieser Situation bei. Es sind Verbesserungen im Gange, insbesondere dank der Konsolidierung der Schätzungsmethode in der vierten Ausgabe des REKOLE-Handbuchs 2013.

Erträge aus Spitalleistungen und andere Beiträge sind noch nicht separierbar

Die von den Kantonen bezahlten Beträge betreffen sowohl die Spitalleistungen als auch die anderen Leistungsaufträge (universitäre Lehre und Forschung, gemeinwirtschaftliche Leistungen). Im Jahr 2010 konnte rund die Hälfte der öffentlichen/subventionierten Spitäler¹ noch nicht zwischen diesen beiden Kategorien unterscheiden und wiesen den Gesamtbetrag demselben Konto zu (Spitäler mit kantonalem Globalbudget). Die Folge davon ist, dass keine verwendbare Schätzung der Erträge aus den stationären Spitalleistungen sowie von der Auftragsfinanzierung vorgenommen werden kann.

Verbesserungen bei der Datenqualität auf gutem Weg

Die Datenqualität entwickelt sich aber rasch und positiv. Das BFS arbeitet aktiv an dieser Verbesserung und steht zurzeit mit verschiedenen involvierten Akteuren in Kontakt, um die Zahlen zu konsolidieren und Massnahmen für die Lösung der noch offenen Probleme zu definieren. Grundsätzlich war der Anteil fehlender Werte im Jahr 2012 rückläufig und es wird eine weitere Verbesserung für 2013 erwartet.

¹ Die privaten Spitäler sind von dieser Problematik nicht betroffen.

Deutliche Erhöhung der stationären Kosten im Jahr 2012

Alle Indikatoren steigen

- Die Produktionskosten der stationären Spitalleistungen nahmen zwischen 2011 und 2012 um 4,6 Prozent zu, während es ein Jahr zuvor 2,8 Prozent waren.
- Die Gesamteinnahmen² des stationären Spitalbereichs erhöhten sich sowohl 2011 als auch 2012 um 7 Prozent.
- Die Ausgaben der OKP³ für die stationären Spitalleistungen nahmen im Jahr 2012 um 9,4 Prozent zu (gegenüber 2,6% im Vorjahr). In den anderen Sektoren (z. B. Pflegeheime, praxisambulanter Bereich) gab es keine derart hohen Anstiege.
- Die Ausgaben der Kantone erhöhten sich im Jahr 2012 auf der Basis der Statistik der öffentlichen Haushalte (EFV) schätzungsweise um 14 Prozent, während es im Vorjahr 5,8 Prozent waren.

Konsistente Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit den von anderen Akteuren gelieferten Ergebnissen überein. Das BFS meldet in seiner Medienmitteilung vom 13. Mai 2014 einen Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Spitälern um 9,8 Prozent (9,2% alleine für den stationären Bereich). Eine weitere Schätzung, die mit einer anderen Methode und für die OECD durchgeführt wurde, bewegt sich in derselben Grössenordnung wie jene, die für die Erhöhung des Gesamteinkommens der Spitäler errechnet wird. Sie schätzt die Zunahme der Gesundheitsausgaben der Spitäler⁴ im Jahr 2012 auf 7,8 Prozent (<http://www.oecd.org/statistics>). Zusammengefasst neigen alle Schätzungen dazu, aufzuzeigen, dass die Spitalausgaben im Jahr 2012 deutlich angestiegen sind.

Die Zahl der Fälle bleibt stabil

Die Entwicklung ist nicht auf die Zunahme der Anzahl Fälle zurückzuführen, denn diese bleibt stabil (+1%). Folglich sind die Kosten pro Fall angestiegen. Es werden verschiedene Faktoren als Erklärung ins Feld geführt, sowohl auf der Seite der Produktionskosten als auch auf der Einkommensseite: bessere Verbuchung der Investitionen und der für die Behandlungen erforderlichen Mittel, Verbesserung der medizinischen Kodierung, Tarifstruktur und Höhe der Basispreise sowie Budgets für die

² Die Einkommen der Spitäler setzen sich aus den Erträgen aus den stationären Spitalleistungen und aus den Beiträgen und Subventionen, einschliesslich der Defizitdeckungen, zusammen.

³ Analyse nach Behandlungsjahr.

⁴ Damit sind die Spitalleistungen sowie andere Aufträge gemeint. Sie sind demnach mit der im Rahmen dieses Berichts geschätzten Entwicklung des Gesamteinkommens der Spitäler (+7%) zu vergleichen.

Aufträge der Kantone, die auf der Basis von historischen Beträgen erteilt wurden. So gesehen kann die beobachtete Entwicklung sowohl eine Entwicklung der Buchhaltungspraxis als auch eine tatsächliche Erhöhung der Kosten pro Fall widerspiegeln. Die Daten ermöglichen keine genauere Analyse.

Zunahme der Kosten im KVG-Bereich, Rückgang bei den Zusatzversicherungen

Im Jahr 2012 erhöhten sich die Ausgaben in Franken für alle Akteure ausser für die Krankenzusatzversicherungen. Proportional hat sich der KVG-Anteil (OKP und Kantone zusammen) an der Finanzierung der Spitalleistungen erhöht und dies sowohl bei den Grundversicherten als auch bei den Privat- und Halbprivatversicherten. Der Anteil der Krankenzusatzversicherungen ist parallel dazu zurückgegangen. Der Anteil der anderen Sozialversicherungssysteme (UVG, IVG, MVG) blieb stabil.

Diese Kostenverlagerung von den Zusatzversicherungen hin zum KVG-Bereich hat ihren Ursprung einerseits in der dual-fixen Finanzierung der Leistungen, bei welcher der Kanton bei KVG-Leistungen von Privatspitälern an die Stelle der Zusatzversicherung tritt, und andererseits in der erweiterten freien Spitalwahl, bei welcher der Kanton bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten ohne medizinische Indikation oder Notfall an die Stelle der Zusatzversicherung tritt.

Annäherung öffentlicher und privater Spitäler bei der Finanzierung der stationären Leistungen

Die Finanzierung der Spitalleistungen von Privatspitälern nähert sich der Finanzierung von öffentlichen/subventionierten Spitälern an. Die Kantone, die sich zuvor nicht an der Finanzierung der Spitalleistungen von Privatspitälern beteiligt haben, leisteten im Jahr 2012 einen Beitrag von 46 Prozent. Die Finanzierung entwickelt sich somit in die vom Gesetzgeber gewünschte Richtung.

Entwicklung hin zu mehr Transparenz

Die Zahl der Spitäler mit einem Globalbudget der Kantone, das heisst ohne Möglichkeit, den Beitrag der Kantone in einen Betrag für Spitalleistungen und einen Betrag für andere Leistungen aufzuteilen, ist innerhalb zweier Jahre deutlich zurückgegangen. Parallel dazu sind die Beträge, die in der Buchhaltung unter Beiträge und Subventionen sowie als Defizitdeckungen verbucht werden, im Jahr 2012 rückläufig. Diese Änderungen zeigen, dass die Finanzierungspraxis sich den neuen Regeln anpasst und transparenter wird.

Kantonal unterschiedliche Entwicklung bei den OKP-Ausgaben

Die Entwicklung der OKP-Ausgaben verläuft je nach Kanton sehr verschieden. Die Unterschiede reichen von +40 Prozent (NW) bis –18 Prozent (TI). Die vom Kanton verfolgte Strategie bei der Finanzierungsbeteiligung erklärt einen Teil dieser Entwicklungen. Einige Kantone erhöhten ihren Anteil auf die vom Gesetz vorgesehenen mindestens 55 Prozent, während andere ihren Anteil – wie vom Gesetz erlaubt – zunächst kürzten, um ihn danach bis 2017 schrittweise zu erhöhen. Gemäss GDK spielen hier auch andere Elemente, die die vorherige Situation in den Kantonen charakterisieren, eine Rolle: beispielsweise die Anzahl Spitäler, die neu in der Spitalliste erscheinen, oder die Höhe der Investitionen des Kantons im Vorjahr.

Schlussfolgerungen

Im ersten Jahr nach der Umsetzung sind die Kosten für den gesamten stationären Spitalbereich markant gestiegen. Eine Phase des Herantastens ist bei solch grundlegenden Reformen wohl unausweichlich und im Einführungsjahr eines neuen Systems nichts Aussergewöhnliches. Das Tarifsysteem Tarmed scheint bei seiner Einführung im Jahr 2004 eine ähnliche Reaktion ausgelöst zu haben. Aus politischer Sicht wichtig ist die Fähigkeit des Systems, sich selber zu regulieren. Die Zahlen 2013 (verfügbar ab März 2015) werden Hinweise zur Beantwortung dieser Frage liefern.

In Bezug auf die Ausgabenverteilung bewirkte die Revision eine Erhöhung des Anteils des KVG-Bereichs und parallel dazu einen Rückgang des von den Zusatzversicherungen bezahlten Anteils. Wird eine Kostenneutralität angestrebt, muss die Kostenverlagerung aus makroökonomischer Sicht von einer entsprechenden Finanzierungsverlagerung begleitet sein. Die FINMA hat im Jahr 2013 durch eine erneute Überprüfung der Tarife bei der Spitalzuzusatzversicherung zu einer Anpassung in diese Richtung beigetragen.

Hinsichtlich Finanzierung kann allgemein festgehalten werden, dass sich das System noch in der Übergangsphase befindet. Die Entwicklungen weisen zwar in die erwartete Richtung, die Umgestaltung zeigt jedoch noch keine vollständige Wirkung. Grundsätzlich gehen die Entwicklungen im Bereich der Spitalfinanzierung in Richtung mehr Transparenz.

Aus Sicht der Autoren ist es zu früh, sich über die Auswirkungen der Revision zu äussern und demnach auch auf zentrale Fragen der Gesamtevaluation (BAG 2014, S. 9) zu

antworten. Der Bericht beschreibt die beobachteten Entwicklungen während des Einführungsjahres des neuen Finanzierungssystems. Die Frage bleibt offen, ob die Beobachtungen im Jahr 2012 eine einmalige Situation darstellen oder den Beginn einer neuen Tendenz bedeuten. Die aktuelle Situation im Jahr 2015 kann bereits anders aussehen. Die Daten 2013 werden einen zusätzlichen Hinweis geben, wie sich die Kosten und die Finanzierung im zweiten Jahr nach der Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung entwickelt haben.

Empfehlungen für die weiteren Arbeiten

Aufdatierung der Datenreihen (Monitoring)

Die bisher umgesetzten Arbeiten zeigen, dass sich die Zahlen 2012 teilweise überraschend entwickelt haben und schwierig zu interpretieren sind. Die etwas unübersichtlichen Entwicklungen sind typisch für ein Jahr des Übergangs hin zu einem neuen System. Wichtig ist, die Entwicklung in den folgenden Jahren zu beobachten, insbesondere dahingehend, ob sich das System in die erwartete Richtung hin reguliert. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, die im Rahmen dieses Berichts initiierten Arbeiten weiterzuverfolgen und eine regelmäßige Beobachtung der Kosten- und Finanzierungsentwicklung einzuführen. Ein solches Monitoring ermöglicht eine bessere Wahrnehmung der Tendenzen.

Verbesserung der Datenqualität

Gleichzeitig ist es wichtig, die Anstrengungen im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der offiziellen Statistiken fortzusetzen. Das BFS setzt sich aktiv dafür ein und steht in Kontakt mit den verschiedenen Akteuren, um die aktuelle Situation zu verbessern. Der Schlüssel zum Erfolg für ein solches Vorgehen bleibt jedoch die Unterstützung durch alle betroffenen Akteure.

Ergänzende Analysen

Eine Grundlagenstudie zeigt die groben Tendenzen, ohne diese immer erklären zu können, und sie ist stark abhängig von der Qualität der an die öffentliche Statistik gelieferten Daten. Deshalb empfehlen wir, diese Studie mit spezifischeren Studien, die ein besonders wichtiges Thema behandeln oder ein Thema, bei dem die offiziellen Statistiken noch Lücken aufweisen, zu ergänzen. Verschiedene Aspekte, auf die der vorliegende Bericht keine Antwort geben konnte, werden am Ende des Berichts erwähnt.