



Bern, 8. Dezember 2017

Bürokratieabbau. Weniger Aufwand bei der Erfassung der Statistik der sozial- medizinischen Institutionen

Bericht des Bundesrats in Erfüllung des
Postulates 15.3463 Cassis vom 6. Mai 2015

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Mandat	5
1.1 Postulat Cassis (15.3463)	5
1.2 Ziel des Berichts	5
2 Einleitung	6
2.1 Die Gesundheitsversorgungsstatistik	6
2.2 Charakterisierung der Erhebung SOMED.....	6
2.3 Statistischer vs. administrativer Zweck in der SOMED	7
2.3.1 Der statistische Zweck	8
2.3.2 Der administrative Zweck	9
2.4 Nutzen und hauptsächliche Nutzer von SOMED.....	9
2.5 Belastung der Befragten.....	12
2.5.1 Reduktion der Belastung der Befragten als Aufgabe der Statistik.....	12
2.5.2 Interpellation 06.3217 Baader. Statistischer Mehraufwand durch Somed.....	12
3 Optimierung der Erhebung der kantonalen und nationalen Daten	14
3.1 Daten und Informationen für Bundesaufgaben.....	14
3.2 Daten und Informationen für Kantonsaufgaben	14
3.2.1 KVG-Bereiche im Zuständigkeitsbereich der Kantone	15
3.2.2 Spezifische kantonale Bedürfnisse.....	16
3.3 Konvergenz zwischen Bund und Kantonen bei der Organisation der Erhebungen	17
3.4 Zwischenfazit	18
4 Vereinfachung des Fragebogens und Verwendung bestehender Daten	19
4.1 Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit durch eine Vereinfachung der Definitionen und Fehlermeldungen	19
4.2 Wiederverwendung von bereits durch Krankenversicherungen oder Steuerverwaltungen erhobenen Informationen	20
4.2.1 Krankenversicherungen	20
4.2.2 Steuerverwaltungen	20
4.2.3 Zwischenfazit	21
5 Fazit des Bundesrats	22
6 Literaturverzeichnis	23
Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen	24
Anhang 2: Studien auf der Grundlage der SOMED-Daten	26

Zusammenfassung

In seiner Antwort auf das Postulat 15.3463 Cassis «Bürokratieabbau. Weniger Aufwand bei der Erfassung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen» vom 6. Mai 2015 erklärte sich der Bundesrat am 1. Juli 2015 bereit, in Zusammenarbeit mit den Partnern zu untersuchen, wie die möglichen Redundanzen bei den Erhebungen für die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) vermieden und der Arbeitsaufwand für die Datenlieferanten reduziert werden könnte. Er zeigte sich zudem gewillt, über dieses Anliegen einen Bericht zu schreiben und zu prüfen, welche Massnahmen geeignet wären, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Mit dem vorliegenden Bericht wird diesem Auftrag entsprochen.

Die Datenerhebung für die SOMED ist Teil der Gesundheitsversorgungsstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS). Sie soll möglichst vollständige, schweizweit vergleichbare Daten zur stationären Betreuung in Heimen und sozialmedizinischen Institutionen¹ liefern. Erhoben werden Informationen über die erbrachten Leistungen, die betreuten Personen, das Personal und die Finanzen. Die SOMED besteht in ihrer aktuellen Form seit 2006 und wird in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Partnern, namentlich dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), den Kantonen sowie dem Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA, durchgeführt.

Die Erhebung erfüllt zwei gesetzliche Aufträge: einen administrativen (KVG) und einen statistischen (Bundesstatistikgesetz, BStatG). Diese rechtlichen Grundlagen legen den Inhalt der Erhebung, die zu verwendenden Definitionen sowie die Spezifikationen der Erhebung wie beispielsweise die Grundgesamtheit oder die Periodizität fest.

Der erste Teil des Postulats fordert die Prüfung von Möglichkeiten, wie sich der Aufwand bei der Beschaffung der kantonalen und nationalen Daten optimieren lässt. Einige Kantone erheben selbst ergänzende Daten zur SOMED. Doppelerhebungen sind nicht nur auf die unterschiedlichen Ziele gemäss den gesetzlichen Grundlagen auf Kantons- und Bundesebene zurückzuführen, sondern auch auf die Tatsache, dass für die Steuerung, die Planung sowie einen Teil der Finanzierung der Alters- und Pflegeheime die Kantone zuständig sind. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die SOMED-Daten für einige Kantone nicht ausreichend. Darüber hinaus können diese mitunter die Veröffentlichung der SOMED-Ergebnisse nicht abwarten, da die Daten in manchen Fällen früher benötigt werden. Der Aufwand für die Erhebung der kantonalen und nationalen Daten im Rahmen der SOMED kann letztlich nur optimiert werden, sofern die Bedürfnisse der Kantone mit dem gesetzlichen Auftrag des BFS vereinbar sind. Provisorische und nicht konsolidierte Daten, die die Kantone zu Steuerungszwecken sammeln, können in der eidgenössischen Erhebung nicht verwendet werden, die definitive und qualitativ hochstehende Daten erfordert. Auch Informationen, die nur in einzelnen Kantonen vorhanden sind, können gemäss gesetzlichem Auftrag des BFS nicht integriert werden.

Der zweite Teil des Postulats fordert eine benutzerfreundlichere Gestaltung der aktuellen Webapplikation sowie die Verwendung von bereits vorhandenen Informationen, die anderwärtig erhoben werden (Krankenversicherungs-/Steuerdaten). Die vom BFS entwickelte Informatiklösung entspricht den aktuellen Standards einer statistischen Erhebung. Die Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit durch eine Vereinfachung der Definitionen und Fehlermeldungen gehört zu den grundlegenden Aktivitäten des BFS, setzt jedoch eine Zusammenarbeit mit den betroffenen Partnern voraus. Das BFS prüft derzeit gemeinsam mit den Kantonen und Datenlieferanten das Verbesserungspotenzial der Informatikanwendung und ihrer Benutzerfreundlichkeit.

¹ Insbesondere Alters- und Pflegeheime, die im Teil A der SOMED-Erhebung erfasst werden; Teil B der SOMED-Erhebung, der die Institutionen für die Betreuung von Personen mit Behinderungen oder Suchtproblemen betrifft, wird im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt.

Was die Verwendung von Krankenversicherungs- oder Steuerdaten betrifft, ist anzumerken, dass die verschiedenen Datenerhebungen zu unterschiedliche Informationsbedürfnisse abdecken und die Daten der Krankenversicherungen und Steuerverwaltungen für die SOMED zu lückenhaft sind, um sinnvolle Synergien zu ermöglichen. Eine auf unvollständigen Informationen basierende technische Lösung würde somit die Datenerhebung angesichts der kostspieligen Koordination und des Datenschutzes eher erschweren als vereinfachen.

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass der Bund bereits über ein Erhebungssystem verfügt, das das Postulat erfüllt. Es bietet gleichzeitig den Kantonen günstige Bedingungen für die Koordination ihrer eigenen Erhebungen mit jenen des BFS und hält den Aufwand für die Betriebe gering.

1 Mandat

1.1 Postulat Cassis (15.3463)

Das Postulat 15.3463 Cassis «Bürokratieabbau. Weniger Aufwand bei der Erfassung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen» wurde am 6. Mai 2015 eingereicht und am 25. September 2015 vom Nationalrat angenommen. Es hat folgenden Wortlaut:

«Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie der Aufwand bei der Datenerhebung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) reduziert werden kann. Insbesondere soll der Bundesrat:

1. die Möglichkeit prüfen, Leistungserbringer von den parallel laufenden kantonalen Datenerhebungen zu befreien, diese zu kombinieren oder Letztere vollständig in die SOMED zu integrieren;

2. Möglichkeiten aufzeigen, wie das webbasierte Formular benutzerfreundlicher gestaltet werden könnte, um den Aufwand auch für KMU in diesem Bereich zu reduzieren. Insbesondere ist eine Vereinfachung der Definitionen zu prüfen und ob Daten, welche bereits bei Krankenversicherungen oder Steuerbehörden einzureichen sind, automatisch in das Formular übertragen werden könnten.»

1.2 Ziel des Berichts

Mit dem vorliegenden Bericht wird dem obengenannten Mandat entsprochen. Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) gibt es bereits seit einigen Jahren. Es geht also nicht darum, eine neue Erhebung zu entwickeln, sondern vielmehr darum, zu prüfen, wie eine seit über zehn Jahren funktionierende Erhebung angepasst werden könnte. Der technische, soziale und politische Kontext hat sich seit der letzten Revision im Jahr 2005 wesentlich verändert. Es ist also sinnvoll, die aktuelle Funktionsweise sowie allfällige Möglichkeiten zur Verringerung des Aufwands für die Betriebe neu zu beurteilen, um die Akzeptanz der Erhebung erhöhen zu können.

Das Postulat fordert die Prüfung von zwei Massnahmen: einerseits die Optimierung der Erhebung von kantonalen und nationalen Daten, andererseits die Verringerung des Aufwands insbesondere für die kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). Diese Massnahmen sollen umgesetzt werden, indem der Fragebogen verbessert, die Definitionen vereinfacht oder bereits bei Krankenversicherungen oder Steuerverwaltungen eingereichte Daten wiederverwendet werden. Der vorliegende Bericht geht darauf ein und weist gleichzeitig auf den gesetzlichen Auftrag der Erhebung und die damit verbundenen Verflechtungen zwischen den Kompetenzen des Bundes und der Kantone hin. Zudem untersucht er anhand von konkreten Fällen, inwiefern die im Postulat vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt werden könnten.

2 Einleitung

2.1 Die Gesundheitsversorgungsstatistik

Die SOMED ist Teil der Gesundheitsversorgungsstatistik. Darunter wird die Beschreibung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen verstanden. Unterschieden werden dabei die drei Ebenen Betriebe (Spitäler, Heime, Tageskliniken, Arztpraxen u.a.), leistungserbringende Personen (als Leistungserbringer und Betriebszugehörige) und Leistungsempfänger (Patientinnen und Patienten). Diese drei Ebenen werden anhand von Strukturdaten (Betriebs-, Finanz- und Personaldaten) und von Patientendaten (personenbezogene, hauptsächlich medizinische Informationen wie z.B. erhaltene Leistungen) beschrieben.²

Die Gesundheitsversorgungsstatistik verfolgt das Ziel, Informationen der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, die ein umfassendes Bild über die Tätigkeiten der verschiedenen Leistungserbringer sowie über die Leistungsbezüger ermöglichen.³ Wichtig ist dabei die Einheitlichkeit aller Erhebungen, damit Verknüpfungen von Daten und Vergleiche zwischen verschiedenen Institutionen möglich sind und Behandlungspfade und Übergänge (z.B. von der ambulanten in die stationäre Versorgung) nachvollzogen werden können.

2.2 Charakterisierung der Erhebung SOMED

Die obligatorische Vollerhebung erfasst sämtliche sozialmedizinischen Institutionen, d.h. Institutionen mit 24-Stunden-Betrieb, in denen Personen zur stationären Behandlung oder Betreuung aufgenommen werden. Die Einweisung kann aus medizinischen und/oder sozialen Gründen erfolgen und ist auf einen längeren Zeitraum angelegt. Zu diesen Institutionen gehören Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Behinderte, Einrichtungen für Suchtkranke, Betriebe zur Behandlung von psychosozialen Fällen sowie Kur- und Erholungsheime.

Diese erstatten jährlich Bericht über die erbrachten Leistungen, die betreuten Personen, das Betreuungspersonal sowie über ihre Betriebsrechnung. Grundsätzlich ist das Bundesamt für Statistik (BFS) für die Erhebung zuständig. Die Kantone sorgen für die Durchführung bei den Betrieben, die Qualitätskontrolle der ermittelten Informationen sowie deren Übermittlung an das BFS. Letztlich basiert die SOMED auf der Zusammenarbeit zwischen den Datenlieferanten (die sozialmedizinischen Institutionen oder ihre Vertreter wie CURAVIVA⁴), den Kantonen und dem Bund.

Infolge der neuen Anforderungen im Zusammenhang mit dem KVG im Jahr 2003 wurde die Erhebung angepasst, was zur Schaffung und Einführung von SOMED im Jahr 2006 führte. Diese besteht aus zwei Teilen:

- Der Fragebogen A richtet sich an Betriebe, die zu Lasten der Krankenversicherung (KVG) praktizieren, sowie generell an Institutionen zur Betreuung älterer Menschen (SOMED A).

² BFS 2017, S. 3.

³ BFS 2017, S. 5.

⁴ Verband Heime und Institutionen Schweiz

- Der Fragebogen B richtet sich an Betriebe zur Aufnahme und Betreuung von Menschen mit Behinderungen bzw. Suchtproblemen (SOMED B).

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG)⁵ sowie der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) am 1. Januar 2008 wurde die Verantwortung für Menschen mit Behinderungen bzw. Suchtproblemen auf die Kantone übertragen. Der aufsichtsrechtliche Auftrag des Bundes im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung (IV) wurde aufgehoben. Angesichts dieser neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen wurde eine Neubeurteilung der Erhebung SOMED B notwendig. Diese fällt nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich des Bundes. Das Parlament teilt diese Einschätzung und hat am 7. Juni 2017 die Motion 16.4020 Eder «Statistische Angaben im Behindertenbereich», die die Beibehaltung des Fragebogens B der SOMED forderte, abgelehnt.⁶ Im Weiteren bezieht sich dieser Postulatsbericht deshalb nur auf SOMED A.

Gemäss KVG, KVV und Statistikerhebungsverordnung ist ebenfalls vorgesehen, medizinische Qualitätsindikatoren im Bereich von sozialmedizinischen Institutionen zu erheben. Zu diesem Zweck führt CURAVIVA ein Projekt durch, das vom BAG, vom BFS und von der GDK unterstützt wird. Nach Evaluation der noch laufenden Piloterhebung werden die Inhalte und Modalitäten spezifiziert. Da das weitere Vorgehen sowie die konkrete Umsetzung aber noch nicht festgelegt sind, wird diese Thematik hier nicht weiter vertieft.

2.3 Statistischer vs. administrativer Zweck in der SOMED

Die Erhebung SOMED A hat einen *doppelten gesetzlichen Auftrag*. Sie verfolgt sowohl statistische als auch administrative Zwecke.⁷ Der Vorteil dieses doppelten Auftrags liegt darin, «... dass der Aufwand für die Leistungserbringer so weit als möglich reduziert wird. Doppelspurigkeiten werden somit vermieden».⁸ Bei Änderungen der SOMED ist dieser doppelte Auftrag als wichtige Rahmenbedingung zu berücksichtigen und zu prüfen, ob Daten, die von Gesetzes wegen erhoben werden müssen, davon betroffen sind.

Die nachstehende Abbildung zeigt das Umfeld, in das die SOMED eingebettet ist

⁵ Leistungen, die im Voraus von der IV an Institutionen und Werkstätten für invalide Personen bezahlt werden, die in den Zuständigkeitsbereich der Kantone fallen.

⁶ Mehr Informationen dazu finden sich unter: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20164020>

⁷ Gemäss Artikel 14 Abs. 1 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) muss die Leistungsstatistik der Pflegeheime in Abstimmung mit der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes erstellten Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erstellt werden.

⁸ BFS 2017, S. 7.

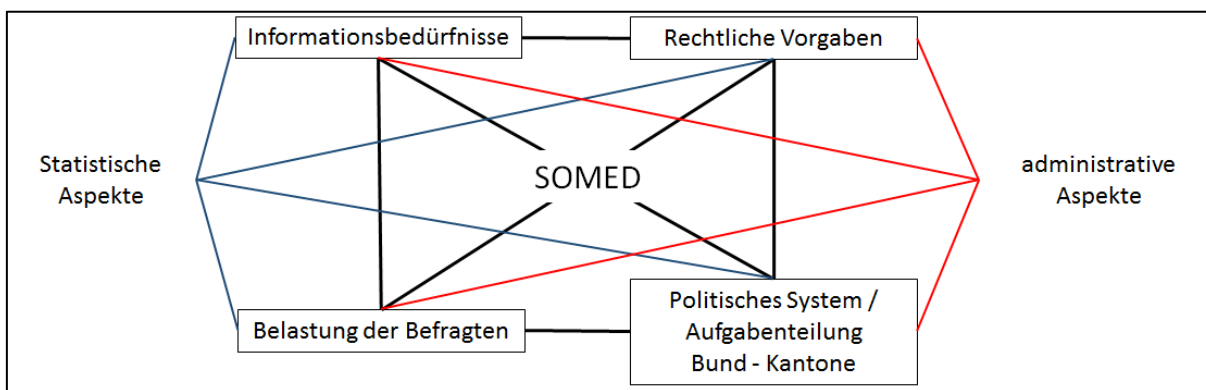


Abbildung 1: Rahmenbedingungen der Erhebung SOMED

2.3.1 Der statistische Zweck

Allgemein hat die Statistik die Aufgabe, den Zustand der Realität neutral abzubilden und in verdichteter Form quantitativ darzustellen (vgl. auch Botschaft vom 30. Oktober 1991 zu einem Bundesstatistikgesetz, S. 375).⁹ Statistik steht also mit der Realität in enger Beziehung. Auch wenn sie die Vielfalt der Wirklichkeit reduziert, kann und darf sie deren Komplexität nicht vollständig beseitigen. Dies bedeutet unter anderem auch, dass eine Statistik aufwändiger wird, wenn sich die Komplexität der Realität erhöht. Wenn also beispielsweise die Vorgaben und Auflagen für die sozialmedizinischen Institutionen vielfältiger werden und neue, zusätzliche Informationsbedürfnisse entstehen, wird auch die statistische Erfassung komplizierter. Umgekehrt ist es weder die Aufgabe der öffentlichen Statistik noch liegt es in ihrer Kompetenz, institutionelle Änderungen einzufordern. Dies ist vielmehr Sache der politischen Instanzen auf Bundes- und kantonaler Ebene.

Der *statistische Zweck* der SOMED basiert auf dem Bundesstatistikgesetz (BStatG)¹⁰ einerseits und auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG¹¹ (Art. 23) andererseits. «Der Statistikauftrag gemäss BStatG ist genereller Natur. Das BFS hat die Aufgabe, Informationen von öffentlichem Interesse, u.a. für Bevölkerung, Medien, Forschung oder Politik, unter strikter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu sammeln, aufzubereiten und zu veröffentlichen».¹² Gemäss Art. 3 Abs. 2 BStatG dient die Bundesstatistik «... a. der Vorbereitung, Durchführung und Überprüfung von Bundesaufgaben; b. der Beurteilung von Sachgebieten, in denen die Aufgaben von Bund und Kantonen eng ineinander greifen, zum Beispiel [...] Gesundheits- und Sozialwesen; c. der Unterstützung von Forschungsvorhaben von nationaler Bedeutung ...». Es ist die Aufgabe der SOMED, einheitliche Informationen zu den sozialmedizinischen Institutionen auf nationaler Ebene zu erfassen und bereitzustellen. Beispiele sind etwa Daten zum Versorgungsangebot und zu einem Überblick über Kosten und Finanzierung.¹³

Gemäss Art. 23 KVG erarbeitet das BFS «die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes». Wichtig ist dabei, dass das Bearbeiten der Daten zu statistischen Zwecken auf der Grundlage des Bundesstatistikgesetz-

¹⁰ SR 431.01.

¹¹ SR 832.10.

¹² BFS 2017, S. 7.

¹³ Detailliertere Angaben zu den bisher erhobenen Daten finden sich in Kap. 2.4.

zes erfolgt. Dies bedeutet insbesondere, dass alle Personen- und Unternehmensdaten anonymisiert werden, damit keine Identifikation von einzelnen natürlichen oder juristischen Personen möglich ist. Aufgrund der Statistik dürfen keine *personenbezogenen* administrativen Massnahmen ergriffen werden.

2.3.2 Der administrative Zweck¹⁴

Die Daten der SOMED werden auch für die Aufsicht, die Steuerung und den Vollzug der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von Bund und Kantonen benötigt. Entsprechend ergibt sich der *administrative Zweck* aus dem KVG (Art. 59a), aus der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)¹⁵ sowie aus der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)¹⁶. Die Daten betreffen z.B. Betriebs-, Personal-, Patientendaten etc. (Art. 59a KVG und Art. 30 KVV). Gemäss Art. 59a KVG werden die Daten benötigt, um «die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen». Weitere für die SOMED relevante Ziele sind in Art. 2 der VKL formuliert und umfassen u.a. die Bestimmung der Leistungen und Kosten der Krankenpflege in Pflegeheimen, damit z.B. Kennzahlen gebildet, Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene vorgenommen und Tarife berechnet werden können.

Die Datenverwendung richtet sich immer nach ihrem rechtlichen Bestimmungszweck,¹⁷ d.h. sie werden «... dem Bundesamt für Gesundheit, dem Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung [gestellt].» (Art. 59a Abs. 3 KVG).

2.4 Nutzen und hauptsächliche Nutzer von SOMED

Die Informationen, die durch die SOMED beschafft werden sollen, sind bereits in Kap. 2.3 kurz skizziert worden. In diesem Kapitel werden die Nutzen vertieft und systematisch dargestellt.

Während die allgemeinen Informationsbedürfnisse, die die SOMED erfüllen muss, grösstenteils durch Rechtsnormen festgelegt sind, müssen die zu erhebenden Variablen unter der Leitung des BFS mit den wichtigsten Akteuren und Nutzerinnen bzw. Nutzern der Erhebung diskutiert werden. Im Rahmen der Revision in den Jahren 2003 bis 2005 wurde dazu eine Begleitgruppe gegründet, die sich aus Mitgliedern folgender Instanzen zusammensetzte:

- Bundesamt für Gesundheit (Sektor KVG)
- Kantonale Sozialdienste (Sektor IV)
- Kantonale Statistikämter
- Bundesamt für Sozialversicherungen (Sektor IV)
- Kantonale Gesundheitsämter
- Verbände von Institutionen für Betagte und Menschen mit Behinderungen
- Geschäftsleitungen von Institutionen für Betagte und Menschen mit Behinderungen
- santésuisse – Branchenorganisation der Krankenversicherer

Die folgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über den aktuellen Informationsnutzen für die verschiedenen Nutzer.

¹⁴ Siehe auch Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen.

¹⁵ SR 832.102.

¹⁶ SR 832.104.

¹⁷ BFS 2017, S. 7.

Nutzer	Statistische Zwecke	Administrative Zwecke
BFS	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau der Datengrundlagen zur Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des KVG • Gesamtschweizerischer Überblick über das vollständige Angebot und die Leistungen sowie die entsprechenden Strukturveränderungen • Überblick über Kosten und Finanzierung • Datengrundlagen für die Zusammenarbeit im Bereich der mittel- und langfristigen Versorgungsplanung zwischen den Kantonen • Darstellung des Patientenpfads • Epidemiologische Untersuchungen • Internationale Vergleiche mit europäischen bzw. mit OECD-Staaten • Datengrundlage für wissenschaftliche Forschung und andere Statistikprojekte¹⁸ <p>Aufbau von Datengrundlagen für politische Entscheide</p>	
BAG	<ul style="list-style-type: none"> • Datengrundlagen zur Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des KVG • Gesamtschweizerischer Überblick über das vollständige Angebot und die Leistungen sowie die entsprechenden Strukturveränderungen • Überblick über Kosten und Finanzierung • Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren 	<p>Durchführung, Kontrolle und Beaufsichtigung der Durchführung des KVG, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen • Abgeltung der Leistungen • Kontrolle der Kosten und ihrer Entwicklung • Leistungserfassung • Monitoring der Auswirkungen von Massnahmen • Monitoring der Qualität der Leistungserbringung • Veröffentlichung von Kennzahlen pro Leistungserbringer
Kantone	<ul style="list-style-type: none"> • Analog statistischer Zweck BFS 	<ul style="list-style-type: none"> • Umfang und Angemessenheit des Angebots • Qualität der Leistungen • Versorgungsplanung • Informationen zu den Tarifen

¹⁸ Beispiele von Studien auf der Datengrundlage von SOMED sind in Anhang 2: Studien auf der Grundlage der SOMED-Daten angegeben

Nutzer	Statistische Zwecke	Administrative Zwecke
		<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle und Unterstützung der Aktivitäten des institutionellen Netzes • Kontrolle der Kosten und ihrer Entwicklung • Betriebsvergleiche (Benchmarking) • Ermittlung der Bedürfnisse der Bevölkerung • Berechnung von Globalbudgets Monitoring der Auswirkungen von Massnahmen
Forschung (Universitäten, Spitäler)	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstrukturen • Analyse der Kosten und der Finanzierung • Behandlungspfade • Patientenpfade • Epidemiologische Untersuchungen • Internationale Vergleiche 	
Krankenversicherer	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Wirtschaftlichkeit • Grundlagen für Tarifierung • Benchmark • Studien 	
Heime, Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> • Einheitliche Definitionen • Harmonisierung und Vergleichbarkeit der Kosten für einzelne Leistungen • Benchmarking • Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren 	
CURAVIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Analog statistischer Zweck BFS 	
EFV	<ul style="list-style-type: none"> • Daten für Finanzausgleich 	
BSV	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle des Systems der sozialen Sicherheit 	

Tabelle 1: Informationen für verschiedene Nutzer

2.5 Belastung der Befragten

2.5.1 Reduktion der Belastung der Befragten als Aufgabe der Statistik

Die im Postulat verlangte Vereinfachung der SOMED-Erhebung zur Reduktion des Aufwands betrifft das BFS als zentrale Statistikstelle des Bundes insofern, als das Bundesstatistikgesetz (BStatG) unter anderem bezweckt, «*die Organisation der Bundesstatistik auf eine effiziente und für die Befragten schonende Erhebung und Bearbeitung der Daten auszurichten*» (Art. 1 Abs. 1 BStatG). Zusätzlich hält Art. 4 Abs. 3 BStatG fest, dass die Zahl und die Art der Befragungen «*auf ein notwendiges Minimum zu beschränken*» sind. Die Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen dem Informationsbedarf der Statistiknutzerinnen und -nutzer und der Belastung der Befragten ist im Leitbild des BFS verankert. Optimierungs- und Vereinfachungsmaßnahmen, um den Aufwand möglichst gering zu halten, sind ein strategisches Ziel des BFS, da die Qualität der veröffentlichten statistischen Informationen von einer guten Zusammenarbeit mit den Datenlieferanten abhängt.

Das BFS ist daran, weitere Massnahmen zur Reduktion der Belastung zu definieren und umzusetzen. Mögliche Pisten zur Belastungsreduktion sind:

- Mehrfachnutzung von bestehenden Daten
- Verknüpfungen bzw. Kombination von Datensätzen¹⁹
- Verstärkte Koordination der verschiedenen Erhebungen
- Verwendung von Registerdaten.

Das BFS verfolgt auch das Projekt der Belastungsmessung. Dabei wird untersucht, welcher Aufwand für die Unternehmen und die privaten Haushalte bei den verschiedenen statistischen Erhebungen entsteht.

Das BFS kennt zwar im Allgemeinen die Mittel zur Reduktion der Belastung der Befragten, kann aber aufgrund der Bandbreite an Erhebungen, für die es zuständig ist, und deren vielfältiger spezifischer Kontexte nicht immer und überall die gleichen Massnahmen einsetzen. Es gibt keine universelle Standardlösung, die systematisch angewendet werden könnte. Daher muss von Fall zu Fall entschieden werden, welche Massnahmen am effizientesten sind.

2.5.2 Interpellation 06.3217 Baader. Statistischer Mehraufwand durch Somed

Am 11. Mai 2006 hat Nationalrat Baader die Interpellation «Statistischer Mehraufwand durch Somed» eingereicht. Der Interpellant drückte die Befürchtung aus, dass die (damals) neue SOMED im Gegensatz zur vorherigen SOMED von 1997 für die befragten Institutionen einen beträchtlichen Mehraufwand bedeute.

In seiner Antwort wies der Bundesrat unter anderem darauf hin, dass der erhöhte Initialaufwand in den Folgejahren reduziert werde und langfristig nicht höher sei als der Aufwand für die vorherige SOMED, was auch eingetreten ist. Ebenso sind die Informatik-Schnittstellen der Erhebung seit längerer Zeit definiert und funktionieren weitgehend problemlos. Zudem hielt er fest, dass Doppelerhebungen vermieden werden können, da sich verschiedene Kantone dazu entschlossen haben, auf die bisher durchgeführten kantonalen Erhebungen zu verzichten. Allerdings hat sich in der Zwischenzeit gezeigt, dass es einige Kantone gibt, die trotzdem eigene Erhebungen durchführen, um ihre spezifischen Informationsbedürfnisse abzudecken.²⁰

¹⁹ Siehe auch Statistisches Mehrjahresprogramm des Bundes 2016 – 2019.

²⁰ Siehe Kap. 3.2.2.

Schliesslich lehnte der Bundesrat eine Kürzung des Fragebogens mit der Begründung ab, dass notwendige Informationen für den gesetzlichen Auftrag fehlen würden.

3 Optimierung der Erhebung der kantonalen und nationalen Daten

Diese erste Forderung des Postulats bezieht sich auf eine Massnahme, die im Zentrum der Erhebung SOMED steht: Sie wurde einerseits 2006 in der Antwort auf die Interpellation 06.3217 Baader angeführt, andererseits sind die Kantone mitverantwortlich für die nationale Erhebung, da sie deren Durchführung sicherstellen müssen. Wichtige Themen sind die verschiedenen Zuständigkeiten des Bundes und der Kantone, das Verfahren zur Bestimmung der zu erhebenden Variablen sowie die Spezifikationen der Erhebung, die den nationalen und kantonalen Bedürfnissen entsprechen sollen: Anhand dieser Elemente kann die Frage nach einer Optimierung der Erhebung der kantonalen und nationalen Daten behandelt werden.

Seit der Revision von 2003 – 2005 wurden die inhaltlichen Details der SOMED regelmässig entsprechend den Bedürfnissen der Akteure und Nutzerinnen bzw. Nutzer aktualisiert. In der Regel weist ein Partner das BFS auf den Anpassungsbedarf hin, wenn er feststellt, dass eine Weiterentwicklung oder Revision nötig ist. Das BFS prüft diese Anfragen und entscheidet aufgrund von Standardkriterien (öffentliches Interesse, Kompatibilität mit der bestehenden Erhebung sowie mit dem rechtlichen Rahmen, Evaluation der Kosten usw.) über Anpassungen. Meistens betreffen solche Anfragen eine Anpassung der Nomenklaturen und/oder Definitionen oder die Ergänzung oder Aufhebung von Einzelinformationen (Variablen) infolge einer Veränderung des rechtlichen Kontexts oder der Branche.

Die bezüglich solcher Revisionen aktivsten Partner sind das BAG, das den Vollzug des KVG überwacht, sowie die Kantone, die für die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen von sozialmedizinischen Institutionen zuständig sind. Sie werden auch am häufigsten um eine Stellungnahme zu den Aktualisierungen gebeten, da sie für die meisten gesetzlichen Aufträge im Bereich der SOMED zuständig sind. Ein dritter wichtiger Partner ist CURAVIVA, der die Datenlieferanten, d.h. die sozialmedizinischen Institutionen, vertritt.

3.1 Daten und Informationen für Bundesaufgaben

Wie in Kapitel 2.3 erläutert sind die im Rahmen der SOMED erhobenen Informationen generell durch die gesetzlichen Vorschriften des KVG und des BStatG festgelegt. Gemäss der bisherigen Strategie wird jede Änderungsanfrage darauf geprüft, ob sie dem gesetzlichen Auftrag entspricht. Dieser betrifft in erster Linie Kantons- und Bundesaufgaben, für die die nationale Vergleichbarkeit grundlegend ist. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die vorgenommenen Änderungen umsetzbar sind und alle an der SOMED-Erhebung teilnehmenden Datenlieferanten betreffen. Dadurch bleibt die Datenbasis auf nationaler Ebene einheitlich.

Das BFS ist auf die Mehrheit der in den letzten Jahren eingetroffenen konkreten Änderungsanfragen bezüglich der SOMED eingetreten: Sie betrafen auf nationaler Ebene erhobene Informationen und somit den gesetzlichen Auftrag des BFS (z.B. neue Pflegefinanzierung, neuer Kontenplan von CURAVIVA).

3.2 Daten und Informationen für Kantonsaufgaben

Anders verhält es sich mit SOMED-Daten, die für kantonale Zwecke – z.B. die Planung der Betreuungsplätze in den verschiedenen Institutionen, die Steuerung der Restfinanzierung, das Monitoring der kantonal festgelegten Tarife usw. – verwendet werden. Sie stehen im Zentrum der ersten Postulatsfrage, die die Möglichkeit, «Leistungserbringer von den parallel laufenden kantonalen Datenerhebungen zu befreien, diese zu kombinieren oder Letztere vollständig in die SOMED zu integrieren», betrifft.

Zum besseren Verständnis der Kompetenzen des BFS bezüglich seines statistischen Auftrags sowie seines Handlungsspielraums bei der Erfüllung der im Postulat gestellten Forderung lohnt es sich, zwei Fälle zu unterscheiden:

- Die Informationen sind in allen Kantonen vorhanden, werden jedoch nach unterschiedlichen Massstäben erhoben. Dies betrifft KVG-Bereiche, die im Zuständigkeitsbereich der Kantone liegen. Letztere unterliegen alle der gleichen gesetzlichen Verpflichtung, haben jedoch bei der Ausführung einen gewissen Handlungsspielraum (Kap. 3.2.1).
- Die Informationen werden nur in einzelnen Kantonen, aber ohne nationale Abdeckung erhoben. Sie stammen aus Bereichen, die weder im KVG noch im BstatG geregelt sind, sondern der kantonalen Souveränität unterliegen. Dazu benötigen die Kantone spezifische statistische Daten (Kap. 3.2.2).

3.2.1 KVG-Bereiche im Zuständigkeitsbereich der Kantone

Ein Beispiel für Informationen, die auf kantonaler Ebene nach verschiedenen Massstäben erfasst werden, sind die Daten zu den Betreuungsplätzen nach Aufenthaltstyp. Während das KVG die Begriffe «Tages- oder Nachtstrukturen» und «Akut- und Übergangspflege» auf nationaler Ebene vorgibt, werden unter «Kurzezaufenthalte» Informationen erfasst, die je nach Kanton unterschiedlich definiert sind. Beispielsweise entspricht ein «Kurzezaufenthalt» im Kanton Waadt maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr, im Kanton Freiburg kann er zwischen einer Woche und drei Monaten dauern und im Kanton Zürich gibt es keine homogene Definition.²¹ Die SOMED definiert ihn als zeitlich begrenzten Aufenthalt, ohne genauere Angaben zur Dauer.

Ein weiteres Beispiel sind seit 2005 die Pflegestufen: Diese Werte wurden anfänglich schweizweit, aber je nach Kantonen und geltendem Restfinanzierungssystem nach verschiedenen Massstäben erhoben²². Zur Auswertung dieser Daten wurde in der SOMED eine Umwandlungstabelle erstellt, die einen Vergleich auf nationaler Ebene ermöglicht. In der Folge wurden die Pflegestufen zunehmend standardisiert. Dies vereinfachte die Analyse der erhobenen Informationen und machte die Verwendung einer Umwandlungstabelle hinfällig.

Zwei Kantone verwenden jedoch weiterhin Pflegestufen, die etwas anders definiert sind²³. Im Einvernehmen mit dem BAG hat das BFS entschieden, einen schweizweit einheitlichen Massstab zu verwenden, bei der die KVG-Vorgaben den kantonalen Regelungen vorgezogen werden (auch wenn die Kantone zuständig wären)²⁴.

Diese Beispiele für Daten, die schweizweit, aber nach kantonal festgelegten Massstäben erhoben werden, zeigen, dass es in der Regel einfache und effiziente Lösungen gibt, um die Bedürfnisse des Bundes und der Kantone in derselben Erhebung zu erfüllen. In den genannten

²¹ <http://www.curaviva.ch/files/YM8D4F2/Projekt-Erweiterte-Tagesstrukturen.pdf>

²² «Artikel 25a KVG sieht vor, dass die Pflegeleistungen, die ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, durch einen Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sowie eine begrenzte Kostenbeteiligung der versicherten Person finanziert werden und dass die Kantone die Restfinanzierung regeln.» (Bericht des Bundesrats 2015, S. 1).

²³ Die Beiträge nach Art. 7a Abs. 3 KLV werden schweizweit einheitlich in zwölf Kostengruppen eingeteilt. Dank dieser Struktur soll jede Patientin bzw. jeder Patient mit einem bestimmten Pflegebedarf in die gleiche KLV-Gruppe eingestuft werden. Betreffend RAI/RUG wenden die Kantone Bern und Luzern spezifische Indizes an. Dies führt dazu, dass Patientinnen und Patienten mit demselben Pflegebedarf statistisch anderen KLV-Gruppen zugeordnet werden als in den meisten Kantonen mit demselben Beurteilungssystem.

²⁴ Dieser Entscheid entspricht dem gesetzlichen Auftrag der SOMED (vgl. Kapitel 2.3). Die zwei betreffenden Kantone haben keine ergänzende Erhebung entwickelt, um allfällige Informationslücken bei den SOMED-Daten zu füllen. Sollten sie dies doch tun, wäre es für die Datenlieferanten sinnvoller, die nationale Erhebung anzupassen (z.B. Wiedereinführung der Umwandlungstabellen). Dadurch könnte eine Doppelerhebung vermieden werden, ohne die Vergleichbarkeit der Daten auf nationaler Ebene zu beeinträchtigen.

Fällen äusserten sich die kantonalen Besonderheiten vor allem in Unterschieden bei der Berechnung bestimmter Werte oder bei der Definition von Kategorien. Je mehr sich die technischen Spezifikationen der nationalen und kantonalen Datensammlungen annähern, desto einfacher wird es, diese in einer einzelnen Erhebung zusammenzufassen.

Die praktische Umsetzung einer solchen Konvergenz wird jedoch durch die grosse Zahl der betroffenen Partner (26 Kantone und der Bund), die nicht unbedingt die gleichen Ziele und Voraussetzungen haben, erschwert.

3.2.2 Spezifische kantonale Bedürfnisse

Eine vollständige Auflistung aller spezifischen Bedürfnisse jedes einzelnen Kantons würde den Rahmen dieses Berichts sprengen. Allgemein lassen sich aber zwei Fälle unterscheiden.

Bedarf an detaillierten Informationen bzw. an Daten für Planungszwecke

Einige Kantone führen zusätzlich eigene Erhebungen bei sozialmedizinischen Institutionen durch. Sie benötigen insbesondere Daten zu den Finanzen, zu den Leistungen und zum Personal, die detaillierter sind als diejenigen der SOMED. Es gilt nochmal festzuhalten, dass die Kantone bei der Definition und Durchführung der nationalen Erhebung weitgehend einbezogen wurden, da sie für deren Durchführung zuständig sind. Einige Kantone erheben aber selbst ergänzende Daten, um ihren spezifischen Informationsbedarf zu decken oder weil eine Integration der erhobenen Informationen in die SOMED nicht mit dem gesetzlichen Auftrag des Bundes übereinstimmt, da sie nur in einzelnen Kantonen verfügbar sind.

Manche Kantone können zudem die Veröffentlichung der SOMED-Ergebnisse nicht abwarten, da sie die Daten aus Planungs- und Steuerungsgründen früher benötigen. Solche Bedürfnisse können nicht berücksichtigt werden, weil sie hinsichtlich des Erhebungsrhythmus nicht mit der nationalen Erhebung kompatibel sind. Die Kantone benötigen für die Planung rasch provisorische Daten, die in der Regel weder konsolidiert noch definitiv sind. Das BFS darf jedoch gemäss seinem administrativen und statistischen Auftrag (SOMED) nur Daten veröffentlichen, die ausreichend kontrolliert und konsolidiert wurden und dadurch erst relativ spät – in der Regel ein Jahr nach dem Erhebungsjahr – zur Verfügung stehen. Diese zeitliche Verschiebung erschwert eine Optimierung der kantonalen und nationalen Erhebung.

Die kantonalen Erhebungen belasten die Institutionen zwar zusätzlich. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass diese zusätzliche Belastung im Interesse der Kantone als Eigentümer bzw. Geldgeber ist, denn ein grosser Teil der sozialmedizinischen Institutionen ist öffentlich: Der Anteil der öffentlichen Institutionen beträgt gesamtschweizerisch 30%; weitere 30% werden öffentlich subventioniert und die übrigen 40% sind privat.

Bedarf an begrenzt verfügbaren Informationen

Es geht hier darum, den Kantonen, die dies wünschen, die Möglichkeit zu geben, bestimmte zusätzliche (kantonale) Variablen in die Erhebung zu integrieren, die jedoch nur sie selbst verwenden würden. Das BFS würde in diesem Fall als Leistungserbringer die technische Infrastruktur entwickeln und bereitstellen sowie in gewisser Hinsicht die Daten für eine statistische Auswertung vorbereiten und umverteilen.

Eine solche Lösung ist aus folgenden Gründen problematisch:

- Das BFS verfügt über keine gesetzliche Grundlage für die Erhebung solcher Daten. Es entspricht nicht dem Mandat des BFS, Informationen nur in einzelnen Kantonen ohne nationale Abdeckung zu erheben; eine entsprechende Aufgabe müsste in einem politischen Prozess festgelegt werden.

- Da die vertraglichen Beziehungen zwischen Bund und Kantonen nicht geregelt sind, müssten jeweils eigenständige Leistungsaufträge ausgehandelt werden. Wie die Erfahrung beispielsweise bei der Sozialhilfestatistik gezeigt hat, gestaltet sich dies schwierig, weil dies einen komplexen administrativen Prozess erfordert, der zeit- und ressourcenintensiv ist.
- Solche spezifischen Kantonsbedürfnisse könnten in einigen Fällen eine Weiterentwicklung der Informatikanwendung des Bundes sowie eine Aufstockung des für die Durchführung der SOMED benötigten Personals nach sich ziehen. Das BFS hätte dann die Rolle eines Leistungserbringers für individuelle Kantonsbedürfnisse; es verfügt jedoch weder über einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag noch über die notwendigen Rahmenbedingungen (Budget, ressourcenintensive Beschaffungen).

3.3 Konvergenz zwischen Bund und Kantonen bei der Organisation der Erhebungen

Bezüglich Organisation und derzeitigem Ablauf sind die Voraussetzungen der SOMED für eine Optimierung der nationalen und kantonalen Erhebung weitgehend günstig. Bei den folgenden Themen besteht bereits eine Konvergenz der Bedürfnisse, was zu einer Entlastung der Befragten führt.

Erhebungsprozess

Ein festgelegter Erhebungsprozess (Ablauf der Datensammlung und wichtigste Erfassungsregeln) erleichtert die Umsetzung einer Erhebung, die allen Bedürfnissen gerecht wird. Im Rahmen der SOMED arbeiten Bund, Kantone und weitere Partner (z.B. CURAVIVA, Krankenversicherer) bereits seit dem Beginn der aktuellen Erhebung zusammen und gewährleisten so positive und gut etablierte Rahmenbedingungen, die keiner weiteren Massnahme bedürfen. Der derzeit verwendete Prozess wurde gemeinsam mit den verschiedenen institutionellen Akteuren festgelegt und ist den erhobenen Informationen angepasst. Indem die Kantone bei der Durchführung der Erhebung mit einbezogen werden, können sie die Spezifikationen der nationalen Erhebung in Erfahrung bringen und allenfalls in ihren eigenen Erhebungen übernehmen, um den Datenlieferanten nicht verschiedene Datenformate angeben zu müssen.

Grundgesamtheit

Auch hinsichtlich der Definition der SOMED-Grundgesamtheit hat sich bereits seit Beginn der Erhebung eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen institutionellen Akteuren etabliert. Die Gesundheitsdirektionen definieren im Rahmen des KVG die Pflegeheime im jeweiligen Kanton. Die durch die Kantone gemeldeten Pflegeheime sind verpflichtet, Daten im Rahmen der Erhebung SOMED zu liefern. Das BFS koordiniert sich vor jeder Datenerhebung mit den Gesundheitsdirektionen, um die Liste der befragten Pflegeheime festzulegen, sodass Lösungen realisiert werden können, die den Bedürfnissen der Kantone entsprechen.

Technische Standards

Die Kompatibilität zwischen den technischen Standards der SOMED-Applikation und den kantonalen Systemen ist ein schwieriges Thema, da die Anwendung vor mehr als zehn Jahren entwickelt wurde. Während kleine Anpassungen jederzeit möglich sind, würde eine grundlegende Änderung des Basiskonzepts unverhältnismässige Kosten verursachen. Die Vielfalt der zahlreichen Software-Architekturen der Kantone erschwert die Definition von technischen Standards zusätzlich. Auf Veranlassung einiger Kantone wird jedoch derzeit an einfachen und pragmatischen Lösungen gearbeitet. Beispielsweise hat das BFS dem Kanton Zürich eine Lizenz für die SOMED-Applikation gewährt, mit der Letzterer eine Kopie des BFS-Systems erstellen und auf seine Bedürfnisse anpassen konnte. So müssen die Zürcher Datenlieferanten

nur an einer einzigen Erhebung teilnehmen, die gleichzeitig national und kantonal ist: Der Kanton behält seine spezifischen Daten und übermittelt die «nationalen» Daten ans BFS. Indem der Source Code und/oder die Lizenz der SOMED-Applikation zur Verfügung gestellt werden, kann eine Doppelerhebung vermieden werden, weshalb der Bund den Kantonen dieses Modell bei Bedarf anbietet. Allerdings ist diese Lösung für die Kantone mit einem Kostenaufwand verbunden.

Koordination

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist eine ausreichende Koordination zwischen Bund, Kantonen und den anderen Partnern wie z.B. CURAVIVA Voraussetzung für einen guten Informationsfluss und eine effiziente Zusammenarbeit. Die wichtigsten Mittel dafür sind ein jährliches Treffen mit den Erhebungspartnern, Informationsblätter und regelmässige Mailings. Zudem werden gute Kontakte mit den zuständigen kantonalen Stellen gepflegt und die Änderungsanfragen der Kantone vom BFS in die SOMED integriert, sofern sie mit dem gesetzlichen Auftrag an die Bundesstatistik vereinbar sind.

3.4 Zwischenfazit

Die Durchführung der SOMED-Erhebung unterliegt einem doppelten gesetzlichen Auftrag: einem statistischen (BStatG) und einem aufsichtsrechtlichen (KVG). Bei der Durchführung der Erhebung und der darin enthaltenen Informationen konsultiert das BFS systematisch seine Partner, insbesondere andere Bundesämter wie das BAG, das den Vollzug des KVG überwacht, die Kantone, die für die Versorgung der Bevölkerung mit sozialmedizinischen Institutionen zuständig sind, und den Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA, der die Datenlieferanten vertritt. Sie werden auch am häufigsten um eine Stellungnahme zu den Aktualisierungen gebeten, da sie für die meisten gesetzlichen Aufträge im Bereich der SOMED zuständig sind. Die Kantone werden zudem weitgehend in den Erhebungsprozess integriert, da sie für die Durchführung bei den Betrieben, die Qualitätskontrolle der ermittelten Informationen sowie deren Übermittlung an das BFS sorgen. Die praktische und technische Organisation der SOMED bietet bereits günstige Voraussetzungen für eine Optimierung der nationalen und kantonalen Erhebungen, da mit der aktuellen Erhebung bereits eine Konvergenz der Bedürfnisse zwischen dem Bund und den Kantonen erreicht wurde.

Im Rahmen der Zusammenarbeit integriert das BFS die Änderungsanfragen der kantonalen Partner, sofern die erhobenen Daten auf nationaler Ebene ausreichend harmonisiert sind und die Vergleichbarkeit sichergestellt werden kann. Dank dieser Strategie blieb die Datenbasis schweizweit einheitlich.

Es gilt festzuhalten, dass für die Steuerung, die Planung sowie einen Teil der Finanzierung der soziomedizinischen Institutionen die Kantone zuständig sind. Zur Erfüllung dieser Aufgaben benötigen einige Kantone zusätzliche Daten. Darüber hinaus kann mitunter die Veröffentlichung der SOMED-Ergebnisse nicht abgewartet werden, da die Daten in manchen Fällen früher benötigt werden. Der Aufwand für die Erhebung der kantonalen und nationalen Daten im Rahmen der SOMED kann letztlich nur optimiert werden, sofern die Bedürfnisse der Kantone mit dem gesetzlichen Auftrag des BFS vereinbar sind. Beispielsweise können provisorische und nicht konsolidierte Daten, die von den Kantonen zur Steuerung erhoben werden, in der nationalen Erhebung nicht verwendet werden, da das BFS nur definitive Informationen zu administrativen und statistischen Zwecken veröffentlicht. Auch die Integration von Daten, die nur in einzelnen Kantonen, aber nicht schweizweit vorhanden sind und spezifische kantonale Bedürfnisse abdecken, entspricht nicht dem gesetzlichen Auftrag des Bundes.

4 Vereinfachung des Fragebogens und Verwendung bestehender Daten

Der zweite Teil des Postulats fordert die Untersuchung von zwei weiteren Massnahmen zur Entlastung der Datenlieferanten: einerseits eine Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit, indem die Definitionen und Fehlermeldungen in der Online-Plausibilisierung vereinfacht werden, andererseits das Ersetzen bestimmter Variablen durch Informationen, die bereits von den Krankenversicherern oder Steuerverwaltungen erhoben werden.

4.1 Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit durch eine Vereinfachung der Definitionen und Fehlermeldungen

Die Betriebe, die an der SOMED teilnehmen, können meistens einen grossen Teil der erfragten Informationen aus ihrem internen Informationssystem übernehmen. Da die Institutionen jedoch zahlreich und sehr unterschiedlich organisiert sind, hat das BFS eine Informatiklösung entwickelt, die folgende Funktionen aufweist:

- Über eine Webanwendung können die Daten direkt in einem Online-Fragebogen eingesehen, erfasst, bearbeitet oder gelöscht werden. Im elektronischen Fragebogen werden die Angaben zu den Klienten und zum Personal automatisch aus dem Vorjahr übernommen, sodass nur noch die Änderungen eingegeben werden müssen, was den Erfassungsaufwand zusätzlich verringert.
- Über ein elektronisches Verwaltungssystem der Heime kann eine automatisch generierte Datei in einem vordefinierten Format direkt importiert werden. Die importierten Daten können anschliessend anhand von Online-Masken bearbeitet werden.
- Anhand einer Online-Plausibilisierung lassen sich die grössten Fehler ermitteln. Die Kantone und das BFS validieren damit die übermittelten Daten.

Eine solche Infrastruktur wird heutzutage für statistische Erhebungen standardmässig verwendet. Die aktuelle Lösung, die für die SOMED vor mehr als zehn Jahren entwickelt wurde, wird vom BFS bis zum Ende ihres Lebenszyklus verwendet. Die Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit durch eine Vereinfachung der Definitionen und Fehlermeldungen gehört zu den grundlegenden Aktivitäten des BFS, die jedoch eine Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern voraussetzt. Die Definitionen, Erklärungen und Plausibilisierungen der SOMED werden über verschiedene Kanäle, u.a. Sitzungen mit den kantonalen Partnern und CURAVIVA, laufend verbessert. Dabei ist aber festzuhalten, dass Definitionen, die durch das Gesetz vorgegeben sind, nur durch eine Anpassung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden können. Eine Liste der Verbesserungsmöglichkeiten wird regelmässig durch die Erhebungsverantwortlichen aktualisiert. Jährlich werden Änderungen vorgenommen, um das Erhebungstool zu optimieren.

Wie in Kapitel 2.2 erwähnt, ist der Kontakt mit den technischen Verantwortlichen der Datenlieferanten von den Kantonen gewährleistet; das BFS erhält somit keine Verbesserungsvorschläge für die Applikation direkt von den Betrieben. Diese könnten zwar über ein Feld «Bemerkungen» Kommentare für die Kantone und/oder das BFS hinterlegen, aber Verständnisprobleme im Zusammenhang mit der Applikation werden selten auf diesem Weg gemeldet. Die Erhebungsverantwortlichen werden die Partner erneut auf diesen direkten Kommunikationskanal zwischen den Datenlieferanten und dem BFS aufmerksam machen und ihnen empfehlen, diesen zu verwenden, wenn bei der Nutzung der Informatikanwendung Probleme auftreten.

4.2 Wiederverwendung von bereits durch Krankenversicherungen oder Steuerverwaltungen erhobenen Informationen

Das Postulat fordert eine automatische Übertragung von Daten, die die Betriebe im Rahmen ihrer Tätigkeit in jedem Fall erheben müssen, in die SOMED, um die Datenlieferanten bei der BFS-Erhebung zu entlasten.

4.2.1 Krankenversicherungen

Bei den Daten, die den Krankenversicherungen übermittelt werden, handelt es sich um Rechnungsdaten, die benötigt werden, um die Rückerstattungsanfragen der KVG-Leistungsbezüglichen und -bezüger zu bearbeiten. Bestimmte Informationen zur Verrechnung der Pflegeleistungen²⁵ könnten in die SOMED übernommen werden, wobei jedoch die allgemeinen Personendaten (z.B. Geschlecht, Verbindungscode, Aufenthaltstyp, PLZ des letzten Wohnorts) sowie sämtliche Angaben zu Themen wie Personal oder Buchhaltung fehlen würden. Zudem werden nur Daten von Personen erfasst, die eine Vergütung der Leistungen durch die Krankenversicherung erhalten. Es fehlen aber die Leistungen, die aus anderen Quellen finanziert werden (andere Versicherungen, Kantone, Gemeinden, Eigenmittel der Person). Letztendlich könnte lediglich ein kleiner Teil der Daten übernommen werden, womit das Potenzial dieses Vorschlags beschränkt ist.

Ausserdem verfügen kleinere Betriebe für die Erfassung und Übermittlung der Daten an die Krankenversicherer nicht immer über Informatiksysteme. In diesen Fällen können die Informationen nur dann von der SOMED übernommen werden, wenn die Betriebe die Daten zusätzlich auch elektronisch erfassen. Die vorgeschlagene Massnahme ist somit nicht sachdienlich.

Darüber hinaus waren die Krankenversicherer durch *santésuisse* in der Begleitgruppe vertreten, die die Revision 2005 gesteuert hat: *«Der Verband der Krankenversicherer *santésuisse* beabsichtigt nicht, eine eigene Erhebung bei den Betrieben durchzuführen, welche berechtigt sind, zu Lasten der Krankenversicherung (KVG) zu praktizieren. Er will vielmehr die Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen verwenden, um seine Aufgaben im Bereich der Kostenkontrolle und Kostendämpfung wahrzunehmen. Zu seinen Wunschvariablen gehören die Anzahl Tage nach Pflegebedarfsstufe, die im Betrieb verzeichneten Wechsel der Pflegebedarfsstufe sowie das beschäftigte Personal. Das BFS ist jedoch nicht in der Lage, dem Wunsch von *santésuisse* nach einer systematischen Erhebung der einzelnen Leistungen pro Patientin oder Patient zu entsprechen. Es wird vielmehr die relevanten Pflegebedarfsstufen erheben, die als eine Gruppe von erbrachten Leistungen zu betrachten sind.»*²⁶ Wenn die Krankenversicherer das Bedürfnis äusserten, zur Wahrnehmung ihres aufsichtsrechtlichen Auftrags Zugriff auf die SOMED-Daten zu haben, so bedeutet dies, dass die von den Betrieben übermittelten Rechnungsdaten der Patientinnen und Patienten nicht ausreichen. Dies gilt nach wie vor.

4.2.2 Steuerverwaltungen

Die Mehrfachnutzung der Daten von den Steuerverwaltungen in der SOMED ist aus ähnlichen Gründen problematisch wie die obengenannte Nutzung von Daten der Krankenversicherer. Eine erste Einschränkung bilden die unterschiedlichen Inhalte, denn um die Bedürfnisse der SOMED zu erfüllen, müssten sowohl die Informationen zum Personal als auch jene zu den Kundinnen und Kunden weitgehend vervollständigt werden.

²⁵ Allenfalls durch eine Umschlüsselung oder Aggregation

²⁶ BFS 2005, S. 10.

Darüber hinaus werden die Daten von den Steuerverwaltungen direkt über Softwares bzw. Schnittstellen, die die zuständigen kantonalen Stellen ad hoc entwickeln, erfasst. Das bedeutet, dass die Betriebe zur Erfüllung ihrer Steuerpflicht in der Regel keine Dateien übermitteln, die auch in die SOMED importiert werden könnten. Die Informationen können daher nur dann von der SOMED übernommen werden, wenn die Betriebe die Daten zusätzlich elektronisch erfassen. Die vorgeschlagene Massnahme ist somit nicht sachdienlich.

4.2.3 Zwischenfazit

Die Analyse zeigt, dass das Potenzial der vorgeschlagenen Massnahme – die Wiederverwendung von Daten der Krankenversicherer oder Steuerverwaltungen – beschränkt ist. Der Informationsbedarf ist zu unterschiedlich und der Gehalt der Krankenversicherungs- und Steuerdaten für die SOMED-Bedürfnisse zu lückenhaft, um sinnvolle Synergien zu ermöglichen. In den Daten der Krankenversicherer oder Steuerverwaltungen fehlen viele Informationen, die für die SOMED benötigt werden. Zudem erfassen die Krankenversicherer nicht sämtliche Informationen aller Patientinnen und Patienten (z.B. Personen mit Franchise, Unfallversicherung oder IV), während die SOMED alle betreuten Personen berücksichtigt.

Grundsätzlich unterstützt das BFS die vorgeschlagene Stossrichtung, Informationen aus bestehenden Datenbanken und Registern für die statistischen Aufgaben zu verwenden. Die Entwicklung der elektronischen Datenhaltung und -verarbeitung wird künftig auch im Gesundheitswesen solche Möglichkeiten bieten. Eine Umstellung von der direkten Datenerhebung bei Pflegeheimen auf Krankenversicherungs- oder Steuerdaten hätte zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber grosse Informationsverluste für die Kantone zur Folge, die auf die heutigen Daten zur Steuerung ihrer Gesundheitsversorgung angewiesen sind.

Eine automatische Übertragung von Daten der Krankenversicherer und der Steuerverwaltungen in die Erhebung SOMED, wie das im Postulat gefordert wird, wäre zwar vom Konzept her möglich, führt aber in der praktischen Umsetzung zu zwei hauptsächlichen Schwierigkeiten: Einerseits würde eine solche Datenverknüpfung für relativ wenige Variablen einen enormen Koordinationsaufwand bedingen, da Daten von 26 kantonalen Steuerverwaltungen und von über 40 Krankenversicherern für die SOMED erhoben, validiert und verknüpft werden müssten. Dies hätte einen massiven Ausbau der Ressourcen beim BFS zur Folge. Andererseits müssen grosse Anstrengungen zur Sicherung des Datenschutzes geleistet werden, da besonders schützenswerte Individualdaten von natürlichen Personen verknüpft werden und sehr aufwändige Verschlüsselungsverfahren anzuwenden sind, um die Anonymität der Personen zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass das BAG den Aufbau einer Datenbank mit anonymisierten Angaben der Krankenversicherten und der in Anspruch genommenen Leistungen plant.²⁷ Es muss geprüft werden, wie sich dieses Projekt weiterentwickelt.

Eine technische Lösung, die auf unvollständigen Informationen basiert, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zweckmässig, denn sie würde die Datenerhebung – wegen der sehr aufwändigen Koordination und wegen des Datenschutzes – sowohl für die teilnehmenden Institutionen als auch für das BFS eher erschweren als vereinfachen.

²⁷ Siehe Factsheet „Statistik zur Krankenversicherung auf Basis von anonymisierten Individualdaten“ unter https://www.g2020-info.admin.ch/de/create-pdf/?project_id=67.

5 Fazit des Bundesrats

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass der Bund bereits über ein Erhebungssystem verfügt, das das Postulat erfüllt, indem es für die Kantone günstige Voraussetzungen schafft, um die Erhebungen so weit wie möglich mit jenen des BFS zu koordinieren, wodurch sich letztlich der Aufwand für die Betriebe minimieren lässt. Die Zusammenarbeit mit den Kantonen, aber auch mit dem BAG und CURAVIVA ist eine Strategie, die im Sinne des Postulats ist und weiterverfolgt wird.

Doppelerhebungen durch den Bund und die Kantone sind weitgehend darauf zurückzuführen, dass die Erhebungen unterschiedlichen Zwecken dienen, nicht die gleichen Informationen erheben oder bezüglich Konsolidierung, Zuverlässigkeit oder Qualität nicht das gleiche Niveau aufweisen. Für die Steuerung, die Planung sowie einen Teil der Finanzierung der soziomedizinischen Institutionen sind die Kantone zuständig. Wenn den Kantonen in Schlüsselbereichen insbesondere bezüglich KVG weitreichende Kompetenzen eingeräumt werden, wird die nationale Vergleichbarkeit eingeschränkt und die Kantone sind teilweise gezwungen, zusätzlich spezifische Erhebungen durchzuführen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich des Bundes fallen.

Die Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit der Applikation zählt bereits zu den Aktivitäten des BFS. Die Datenlieferanten sollen für die verschiedenen Kanäle zur Kommunikation mit dem BFS sensibilisiert und darauf aufmerksam gemacht werden, Probleme im Zusammenhang mit der Nutzung der Informatikanwendung zu melden.

Die Mehrfachnutzung von bereits erhobenen Daten (Krankenversicherungs-/Steuerdaten) in der SOMED ist derzeit nicht umsetzbar, da der Informationsbedarf zu unterschiedlich ist, um sinnvolle Synergien zu ermöglichen.

6 Literaturverzeichnis

Bericht des Bundesrats vom 21. Oktober 2015 in Erfüllung der Postulate 12.4051 «Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte» vom 4. Dezember 2012 und 12.4099 «Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG» vom 11. Dezember 2012.

<https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20124099/Bericht%20BR%20D.pdf>

BFS (2005). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen - Detailkonzept v 02.1*. Neuchâtel.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed.assetdetail.303817.html>

BFS (2017). *Gesundheitsversorgungsstatistik - Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Version 6.2*. Neuchâtel.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/grundlagen/projekte/statistiken-ambulante-gesundheitsversorgung-mars.assetdetail.3602241.html>

Anhang 1: Gesetzliche Grundlagen

Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) (SR 832.1)

Art. 23

¹ Das Bundesamt für Statistik erarbeitet die notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes. Es erhebt zu diesem Zweck bei den Versicherern, den Leistungserbringern und der Bevölkerung die notwendigen Daten.

² Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Informationen sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³ Das Bearbeiten von Daten zu statistischen Zwecken erfolgt nach dem Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992.

Art. 59a Daten der Leistungserbringer

¹ Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. medizinische Qualitätsindikatoren.

² Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

³ Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

⁴ Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) (SR 832.102)

Art. 30 Daten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer geben dem Bundesamt für Statistik (BFS) folgende Daten nach Artikel 59a Absatz 1 KVG, soweit diese für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen nach dem KVG erforderlich sind, bekannt:

- a. Betriebsdaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. a KVG), namentlich:
 1. Betriebstyp und Leistungsangebot,
 2. Standorte,
 3. medizinisch-technische Infrastruktur,
 4. Rechtsform und Art des öffentlichen Beitrags;

- b. Personaldaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. b KVG), namentlich:
 - 1. Personalbestand,
 - 2. Aus- und Weiterbildungsangebot,
 - 3. Angaben zu Beschäftigungsvolumen und Funktion sowie soziodemografische Merkmale,
 - 4. Angaben zum Personal in Aus- und Weiterbildung;
- c. Patientendaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. c KVG), namentlich:
 - 1. ambulanter Patientenkontakt, Ein- und Austritte, Pflagetage und Bettenbelegung,
 - 2. Diagnosen, Morbiditätsgrad, Art des Ein- und Austritts, Pflagebedarf und soziodemografische Merkmale;
- d. Leistungsdaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich:
 - 1. Leistungstyp, Untersuchungen und Behandlungen,
 - 2. Leistungsvolumen;
- e. Kostendaten für stationäre Leistungen (Art. 59a Abs. 1 Bst. d KVG), namentlich Entstehungskosten und Erlöse pro Fall;
- f. Finanzdaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. e KVG), namentlich:
 - 1. Betriebsaufwand aus Finanz-, Lohn- und Anlagebuchhaltung,
 - 2. Betriebsertrag aus Finanzbuchhaltung,
 - 3. Betriebsergebnis aus Finanzbuchhaltung;
- g. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG), namentlich Angaben, deren Analyse Rückschlüsse erlauben, inwieweit medizinische Leistungen wirksam, effizient, angemessen, sicher, patientenzentriert, rechtzeitig und chancengleich erbracht werden.

Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)(SR 832.104)

Art. 2 Ziele

¹ Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:

[...]

- e. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten in Pflegeheimen [...];
- f. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege für jede Pflagebedarfsstufe in Pflegeheimen [...];
- g. die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes und von deren Kosten.

² Die Unterscheidung und Bestimmung der genannten Kosten und Leistungen soll erlauben:

- a. die Bildung von Kennzahlen;
- b. Betriebsvergleiche auf regionaler, kantonaler und überkantonaler Ebene zur Beurteilung von Kosten und Leistungen;
- c. die Berechnung der Tarife;
- d. die Berechnung von Globalbudgets;
- e. die Aufstellung von kantonalen Planungen;
- f. die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Leistungserbringung;
- g. die Überprüfung der Kostenentwicklung und des Kostenniveaus.

Anhang 2: Studien auf der Grundlage der SOMED-Daten

Avenir Suisse (2016): Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Kantonsmonitoring 7. Zürich.

<http://www.avenir-suisse.ch/57166/neue-massstabe-fur-die-alterspflege/>

BFS (2015): Indikatoren der Pflegeheime 2013. Neuchâtel.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.350293.html>

BFS (2017): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2015 – Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spezialisierte-institutionen.assetdetail.2121183.html>

Rüegger, Heinz; Widmer Werner: Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundär-analyse vorliegender Texte. Zollikerberg.

<http://www.curaviva.ch/files/UOR6Q25/Sekundaeranalyse-zum-Pflegenotstand-in-der-Langzeitpflege.pdf>

Widmer, Richard (2012): Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz. Bern. CURAVIVA.

<http://www.curaviva.ch/files/4641XGJ/Publikation-Volkswirtschaftliche-Bedeutung-der-Alters-und-Pflegeinstitutionen-in-der-Schweiz.pdf>