



Office fédéral de la statistique
Bundesamt für Statistik
Ufficio federale di statistica
Uffizi federal da statistica
Swiss Federal Statistical Office

Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

D e t a i l k o n z e p t

v . 0 2 . 1

**Sektion Gesundheit
Abteilung Gesundheit, Recht, Bildung und Wissenschaft**

November 2005

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Allgemeiner Rahmen	3
1.2	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, 1997	4
1.3	Gründe für die Revision der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen.....	5
2	Ergebnisse der Statistik	7
2.1	Zielsetzungen	7
2.2	Bedürfnisanalyse	7
2.3	Deskriptoren und Indikatoren.....	10
3	Geltungsbereich	11
3.1	Erhebungseinheit und Definition der Betriebe	11
3.2	Klassifikation der Betriebe	12
3.3	Nicht erfasste Betriebe	13
4	Inhalt der Erhebung	14
4.1	Beschreibung der Kapitel.....	14
	A. Allgemeine Daten	14
	B. Verfügbare Plätze	14
	C. Personal.....	14
	D. Klienten	15
	E. Buchhaltung	16
4.2	Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen.....	17
5	Organisation und Verlauf der Erhebung	18
5.1	Definition der Aufgaben und organisatorische Prinzipien	18
5.2	Erhebungsaufbau	19
6	Datenschutz und Datenzugriff	20
6.1	Allgemeiner Rahmen	20
6.2	Datenweitergabe an das Bundesamt für Gesundheit (BAG).....	21
6.3	Datenweitergabe an das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)	22
6.4	Datenweitergabe an den Preisüberwacher.....	22
6.5	Datenweitergabe an kantonale Stellen	23
7	Publikationen und statistische Analysen	24
8	Anhänge	25
	Gesetzliche Grundlagen	25

1 Einleitung

Das vorliegende Kapitel gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Entstehungsgeschichte der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und skizziert den allgemeinen Rahmen, in den sich diese einfügt. Darauf folgt eine kurze inhaltliche Beschreibung des ursprünglichen Fragebogens, der in den Erhebungsjahren 1997–2005 bei den Betrieben zum Einsatz kam. Am Schluss der Einleitung werden die Gründe dargelegt, die eine Revision des Fragebogens notwendig machten.

1.1 Allgemeiner Rahmen

Die ersten Bestrebungen zur Erstellung einer eidgenössischen Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens fanden Ende der 1970er–Jahre statt. Zur Verwirklichung einer solchen Statistik mussten zunächst die gesetzlichen Grundlagen ergänzt werden. Anschliessend wurden zwei Erhebungen bei Pilotbetrieben durchgeführt, die es gestatteten, den Erhebungsumfang besser zu ergründen und ein Grobkonzept zu erarbeiten, das schliesslich im Herbst 1995 vorgestellt wurde.

Das Grobkonzept wurde den betroffenen Akteuren, d.h. den kantonalen Gesundheitsdiensten, Verbänden im sozialmedizinischen und im Spitalbereich, Bundesämtern usw. zugestellt. Die darin vorgeschlagene Einrichtung eines Gesundheitsinformationssystems stiess auf ein positives Echo. Das Konzept bestimmt, dass die in der Erhebung erfassten Betriebe Unterbringungsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner bieten müssen, welche zwecks eines Eingriffs, einer Untersuchung, zur Beobachtung, Behandlung, Pflege oder zur Betreuung auf Grund einer körperlichen oder psychischen Behinderung aufgenommen werden. Ferner wurden darin die Modalitäten der Datenerhebung definiert, die aus vier verschiedenen Teilen besteht:

- Erhebung der betrieblichen Daten der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik);
- Erhebung der Diagnosen und Operationen der hospitalisierten Patientinnen und Patienten (Medizinische Statistik);
- Erhebung der betrieblichen Daten der sozialmedizinischen Institutionen (Statistik der sozialmedizinischen Institutionen);
- Erhebung der diagnosebezogenen Fallkosten (Fallkostenstatistik).

Diese vier Erhebungen tragen zu einer besseren Kenntnis der Betriebe des Gesundheitswesens bei. Die Zielsetzung besteht darin, einen Überblick über Angebot, Leistungen und finanzielle Aspekte des schweizerischen Gesundheitssystems zu vermitteln und dessen Entwicklung zu beobachten, für die

epidemiologische Überwachung der Bevölkerung zu sorgen sowie Daten für die Wissenschaft und die Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Sinnvoll ausgewertet ermöglichen die Resultate dieser Erhebungen eine Optimierung der Versorgungsplanung von Bund und Kantonen im Bereich der sozialmedizinischen Betreuung und die Förderung der interkantonalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Die grundsätzliche Auskunftspflicht der Betriebe (das fakultative Projekt der Fallkostenstatistik bildet diesbezüglich eine Ausnahme) und der landesweite Geltungsbereich der Erhebungen, der kantonale Unterschiede dank einheitlicher Definitionen überwindet, bieten Gewähr für die Gewinnung von vollständigen, vergleichbaren und kohärenten Daten.

Die Einführung der Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erfolgte in der ganzen Schweiz per 1. Januar 1998, mit Daten für das Berichtsjahr 1997. Die Medizinische Statistik wurde 1999 (Berichtsjahr 1998) und die Fallkostenstatistik 2004 (Berichtsjahr 2003) in Kraft gesetzt.

1.2 Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, 1997¹

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen ist somit Bestandteil des Gesundheitsinformationssystems des Bundesamtes für Statistik (BFS). Es handelt sich um eine amtliche Statistik, die für alle sozialmedizinischen Betriebe obligatorisch ist. Letztere werden definiert als 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 in der Regel auf einen längerfristigen Zeitraum hin angelegt. Zu diesen Institutionen gehören Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Behinderte, Einrichtungen für Suchtkranke, Betriebe zur Behandlung von psychosozialen Fällen sowie Kur- und Erholungsheime. Die Liste der Betriebe wird dem Betriebs- und Unternehmensregister entnommen und von den zuständigen kantonalen Stellen bestätigt. Die Einteilung nach Kategorien erfolgt nachträglich auf Grund einer hierarchischen Typologie, welche dem Betriebszweck und dem Hauptleistungsangebot Rechnung trägt.

Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen ist eine administrative Statistik, die in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Betriebe dient: Diese erstatten jährlich Bericht über die erbrachten Leistungen, die betreuten Klientinnen und Klienten, das Betreuungspersonal sowie über ihre Betriebsrechnung.

Der Fragebogen des Jahres 1997 gliedert sich in sechs Kapitel, die folgende Variablen enthalten:

1 Allgemeine Angaben

Dieser Teil soll einen Gesamtüberblick über den Betrieb und seinen Status geben. Erhoben werden identifizierende Daten (Betriebsnummer, Adresse), Rechtsform und Wirtschaftsstatus der Institution.

¹ S. Bundesamt für Statistik, *Detailkonzept der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen*, 1997.

2 Leistungsangebot

Erfasst wird das Leistungsangebot des Betriebs. Dazu gehören der ärztliche und pflegerische Dienst; Beratung, soziale und berufsorientierte Dienste, Körperpflegeleistungen und therapeutische Dienste. Daneben soll auch über die Infrastruktureinrichtungen informiert werden.

3 Beschäftigung

Anzugeben sind sämtliche, am 31. Dezember des Berichtsjahres vertraglich beschäftigten Personen. Der Gesamtbestand und die Vollzeitäquivalente werden nach dem Ausbildungsgrad und nach Leistungsart aufgeschlüsselt.

4 Unterbringung, Betreuung

Betten, Plätze, Personen sowie Betreuungs- und Unterbringungstage werden nach den folgenden Gruppen aufgeschlüsselt: Betagte und/oder Chronischkranke, Psychatriepatienten, behinderte Personen und andere. Die betreuten oder untergebrachten Personen werden nach Wohnkantonen, nach Fünfjahresaltersklassen und nach Geschlecht aufgeschlüsselt.

5 Personen nach Betreuungsstufen, Bestand am 31.12

Das Ziel besteht darin, die Betagten und/oder Chronischkranken nach dem Ausmass der benötigten Pflege, die behinderten Personen dagegen nach ihrer Hauptbehinderung und nach den entsprechenden Hilflosigkeitsstufen zu erfassen.

6 Finanzbuchhaltung

Verlangt werden eine auf dem H+/VESKA-Kontenplan basierende Betriebsrechnung, eine Investitionsrechnung sowie die Separatrechnungen. Anzugeben sind ferner sämtliche Beiträge an die Defizitdeckung.

Nachdem die Statistik ein paar Jahre operativ war, wurde auf Grund der veränderten Rahmenbedingungen eine inhaltliche Revision notwendig. Der Wandel des gesetzgeberischen Umfelds und die veränderten Bedürfnisse der Partner machten eine Revision der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen unumgänglich. Die entsprechenden Arbeiten wurden im Herbst 2002 aufgenommen. Die Revision sieht tief greifende Veränderungen vor und dient der Produktion einer neuen Erhebung, die mehrere Jahre lang unverändert bleiben wird.

1.3 Gründe für die Revision der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

Eine Revision des Erhebungsfragebogens drängte sich aus verschiedenen Gründen auf.

– Der Fragebogen muss den neuen Anforderungen im Krankenversicherungsbereich² angepasst werden. So findet insbesondere die am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)³ im Rahmen der vorliegenden Statistik Anwendung auf alle Betriebe, die nach Artikel 39 Absatz 3 des Gesetzes berechtigt sind, zu Lasten des KVG zu praktizieren. Die Verordnung verlangt, dass die betroffenen Betriebe eine Kostenträgerrechnung führen und eine Leistungsstatistik erstellen. Artikel 14 Abs. 1 der VKL hält überdies fest, dass die Leistungsstatistik in Abstimmung mit der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des Bundesamtes für Statistik erstellt werden muss.

– Die Institutionen sind verpflichtet, verschiedenen Kontroll- und Aufsichtsorganen Bericht über ihre Tätigkeiten zu erstatten. Die Revision bezweckt eine Koordination der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen mit den anderen bestehenden Erhebungen (Bundesamt für Sozialversicherung, santésuisse, Bundesamt für Justiz), um die administrative Belastung der Betriebe möglichst gering zu halten und Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Eine solche Rationalisierung dürfte sich zudem positiv auf die Qualität der erhobenen Informationen auswirken.

– Auf der Ebene des BFS wird eine möglichst weit gehende Koordination des Fragebogens mit den anderen Statistiken über die stationären Leistungserbringer angestrebt. Ziel ist eine Harmonisierung der Auswertungsinstrumente sowie die Verwendung einheitlicher Definitionen und Methoden. Dies sind die Grundvoraussetzungen für die Schaffung eines wirklich zuverlässigen und kohärenten Gesundheitsinformationssystems.

– Mit der Revision soll die Statistik aktualisiert und verbessert werden. Es gilt zu verhindern, dass Informationen erhoben werden, die nur beschränkt oder gar nicht ausgewertet werden können, weil es sich entweder um isolierte Variablen (bzw. Fragebogenabschnitte) handelt, die erhobenen Daten von schlechter Qualität sind oder die Variablen nicht mehr relevant bzw. obsolet sind. In diesem Sinne gilt es auch, die Entwicklungen in Betracht zu ziehen, die einen Einfluss auf die gesundheitspolitische Praxis in der Schweiz haben können.

– Die revidierte Erhebung schenkt den besonderen Merkmalen der in der Basisstichprobe vertretenen Tatigkeitssektoren mehr Beachtung. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Behindertenbetreuung. Für diese Betriebe, die 22% der Grundgesamtheit der Erhebung ausmachen, ist ein speziell modularisierter Fragebogen vorzusehen.

– Formell betrachtet bieten Daten, die in aggregierter Form erhoben wurden, wesentlich weniger Auswertungsmöglichkeiten als Einzelrecords. Mit der geplanten

² Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), SR 832.10.

³ S. Anhang A «Gesetzliche Grundlagen», Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), SR 832.104.

Revision soll in den Kapiteln «Beschäftigte» und «Klienten» deshalb der Übergang von aggregierten Daten zu individuellen Informationen vollzogen werden. Die Verschlüsselung der Angaben über die Identität der Klientinnen und Klienten garantiert den Schutz der besonders sensiblen Personendaten.

2 Ergebnisse der Statistik

2.1 Zielsetzungen

Der Bund ist laut Bundesstatistikgesetz verpflichtet, bei Erhebungen im Rahmen dieses Gesetzes die Rechtsgrundlage und den Zweck der Bearbeitung sowie die Kategorien der an der Datensammlung Beteiligten und die Datenempfänger bekannt zu geben⁴. Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen soll als Hauptziel:

- einen gesamtschweizerischen Überblick über das vollständige Angebot, die Leistungen und die finanziellen Ergebnisse der sozialmedizinischen Institutionen vermitteln;
- Strukturveränderungen des Angebots und der Leistungen aufzeigen;
- Grundlagen für die Zusammenarbeit im Bereich der mittel- und langfristigen Versorgungsplanung zwischen den Kantonen liefern;
- Daten für die wissenschaftliche Forschung und für andere Statistikprojekte bereitstellen.

Im Vorfeld einer Erhebung müssen diese allgemeinen Ziele verfeinert und auf die spezifischen Bedürfnisse der Partner der Statistik abgestimmt werden.

2.2 Bedürfnisanalyse

Nach Beginn der Arbeiten zur Revision der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen setzte das Bundesamt für Statistik eine Arbeitsgruppe bestehend aus Datenlieferanten-, Datenempfänger- und Statistikkreisen ein. Vertreterinnen und Vertreter folgender Organe nahmen darin Einsitz:

- Bundesamt für Gesundheit (Sektor KVG)
- Bundesamt für Sozialversicherung (Sektor Invalidenversicherung)
- Kantonale Gesundheitsbehörden
- Kantonale Sozialdienste (Sektor IV)
- Kantonale Statistikämter
- Verbände der Institutionen für Betagte und Behinderte
- Direktionen von Institutionen für Betagte und Behinderte

⁴ Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) SR 431.01, Art. 4.

- Santésuisse – Verband der Krankenversicherer

Dieses Expertengremium stand dem BFS als Begleitgruppe mit Rat und Tat zur Seite. Die Voten und Vorschläge seiner Mitglieder gestatteten eine möglichst praxisnahe Ausgestaltung der neuen Erhebung.

Im Frühjahr 2003 wurde bei diesen Partnern zusätzlich eine systematische Bedürfnisabklärung durchgeführt, die es erlaubte, die Wünsche und Erwartungen an die neue Statistik genauer zu ergründen. Dabei ergab sich eine derartige Vielfalt an Bedürfnissen, dass das BFS diese zusammenfassen und hierarchisch gliedern musste, damit im Endeffekt nur notwendige, nützliche und auswertbare Daten erhoben werden. Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen versteht sich als ein Gemeinschaftsprojekt, das möglichst viele Bedürfnisse der verschiedenen Erhebungspartner erfüllt, ohne jedoch die auskunftspflichtigen Betriebe allzu stark zu belasten. Die Ergebnisse der Bedürfnisabklärung werden (nach den wichtigsten Gruppen von Partnern gegliedert) im Folgenden vorgestellt.

a. Kantonale Gesundheitsbehörden

Als Endbenutzer der Daten wünschen sich die kantonalen Gesundheitsämter eine ausreichende Informationsbasis, um folgende Aufgaben wahrnehmen zu können:

- Umfang und Angemessenheit des Angebots überprüfen;
- die Qualität der Leistungen gewährleisten;
- die Aktivitäten des institutionellen Netzes kontrollieren und unterstützen;
- Analysen des Typs Benchmarking durchführen;
- die aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse der Bevölkerung ermitteln;
- eine mittel- und langfristige Versorgungsplanung erstellen;
- Tarife genehmigen.

Zur Erfüllung dieser Planungs- und Verwaltungsaufgaben werden zahlreiche Informationen benötigt. In Bezug auf den Fragebogeninhalt sind deshalb folgende Variablen wichtig.

- **Betrieb:** Anzahl Betriebe, Anzahl Plätze, Auslastungsgrad, Schliess- und Öffnungsdaten, Betriebstage pro Jahr.
- **Beschäftigte:** Personalbestand, vorzugsweise in Form von Einzelrecords mit Angabe der Ausbildung und Funktion. Erhebung während des ganzen Jahres.
- **Klienten/Klientinnen:** Erhebung der in kantonalen Strukturen untergebrachten Personen, nach Alter und Geschlecht, inkl. Angabe der Neueintritte und –austritte, Anzahl Unterbringungstage, Beschäftigungsgrad. Daten zum Aufenthaltsort vor Eintritt (Institution und gesetzlicher Wohnort) und nach Austritt.
- **Kostenrechnung:** Gesamtaufwand, KVG–Aufwand der betroffenen Betriebe⁵.

b. Bundesämter

⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 39 Abs. 3.

– Bundesamt für Gesundheit (BAG):

Die spezifischen Informationsbedürfnisse des BAG (Abteilung KVG) betreffen die Betriebe, die für die Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind⁶. Das BAG verlangt insbesondere Informationen über die Zulassung der Betriebe und die Abgeltung der Leistungen⁷. Dies impliziert die Erhebung von Informationen gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)⁸. Die Ziele der VKL gehen genau in diese Richtung: Schaffung der Grundlagen zur Bestimmung der Leistungen und der Kosten, welche die obligatorische Krankenversicherung übernimmt. Dies bedeutet, dass insbesondere Angaben über die Anzahl Pflegetage der Patientinnen und Patienten und über die Pflegekosten nach Pflegebedarfsstufe in den Pflegeheimen vorliegen müssen.

– Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Die besonderen Informationsbedürfnisse des BSV betreffen die Betriebe für behinderte Personen, welche die Voraussetzungen gemäss Artikel 73 des Invalidenversicherungsgesetzes erfüllen⁹. Das BSV ist zurzeit jedoch dabei, seine Informationsbedürfnisse (im Bereich der Aufsicht über die IV–Betriebe) nach unten zu korrigieren, bedingt durch die Änderungen des IV–Finanzierungssystems. Ab 1. Januar 2008 obliegt es nämlich den Kantonen, die in den Leistungsvereinbarungen vorgesehenen Pauschalen für behinderte Personen in Institutionen auszurichten. Die organisatorische Verantwortung geht dann weitgehend vom Bundesamt für Sozialversicherung an die Kantone über. Ab diesem Zeitpunkt werden es also die kantonalen Sozialbehörden sein, die einen Informationsbedarf im Hinblick auf die Aufsicht, Steuerung und Planung der Tätigkeiten im Behindertenbereich aufweisen.

c. Betroffene Betriebe

Die Datenlieferanten (Institutionen, Verbände) erhoffen sich von einer eidgenössischen Erhebung, die auf einheitlichen Definitionen basiert, eine Harmonisierung und Vergleichbarkeit der Kosten für einzelne Leistungen. Die Verbände der Institutionen im Behinderten– und Betagtenbereich stehen der Durchführung von Benchmarking–Analysen tendenziell wohl wollend gegenüber. Zudem zeigen sie sich gewillt, Qualitäts– und Wirtschaftlichkeitsindikatoren auf der Basis der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen zu erstellen.

d. Forschungsinstitute

⁶ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 39 und 50.

⁷ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 39 und 50.

⁸ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) SR 832.104.

⁹ Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) SR 831.20

In der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen stellen gemäss gesetzlicher Grundlage die «Betriebe», nicht die «Patienten» die statistische Einheit dar. Es werden nur wenige medizinische Informationen zu den Patientinnen und Patienten erhoben. Einzig die Erhebung der Pflegebedarfsstufen und die Angaben zur Art der Behinderung der betreuten Personen vermitteln gewisse epidemiologische Hinweise. In diesem Sinne kann die Statistik für medizinische Forschungszwecke und für soziodemographische Studien verwendet werden.

e. Versicherer

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 Wunsch-Variablen 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 Patient/in zu entsprechen. Es wird vielmehr die relevanten Pflegebedarfsstufen erheben, die als eine Gruppe von erbrachten Leistungen zu betrachten sind.

2.3 Deskriptoren und Indikatoren

Die Bedürfnisse der Partner spielten bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Fragebogens und der Variablenwahl eine entscheidende Rolle. Um diese Erwartungen in der Praxis erfüllen zu können, soll die neue Erhebung die Berechnung folgender Deskriptoren und Indikatoren ermöglichen:

Allgemeine Daten – Leistungsangebot:

- Anzahl verfügbare Plätze
- Anzahl Betriebe, nach Typ, und Quote je 100 000 Einwohner (auf nationaler, regionaler und kantonaler Ebene);
- Anzahl Betten pro Kanton, Quote im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung.

Personal:

- Anzahl und Struktur des ärztlichen, Pflege-, Erziehungs-/Betreuungs- und Hausdienst-Personals
- Durchschnittslohn Pflegepersonal
- Durchschnittslohn Erziehungspersonal
- Besoldung Pflegende
- Anzahl Stellen in Vollzeitäquivalenten nach Betriebstyp
- Anzahl und Struktur des Personals nach Betriebstyp
- Ausbildung des Personals nach Kostenstelle.

Klienten:

- Prozentsatz ausserkantonale Klienten/innen
- Anzahl Fälle
- Anzahl Ein- und Austritte
- Anzahl fakturierte Tage
- Anzahl Pflageetage nach Pflegeintensitätsstufe
- Anzahl Personen nach Pflegeintensitätsstufe
- Anzahl Kinder pro Erziehende/r (Sonderschule)
- Anzahl pflegebedürftige Personen pro Pflegende/r
- Anzahl Kinder pro Sonderklasse
- Durchschnittsalter der Bewohnerinnen und Bewohner nach Betriebstyp
- Durchschnittsalter bei Eintritt in die Pflegeheime, nach Kanton
- Durchschnittliche Aufenthalts- und Betreuungsdauer nach Betriebstyp
- Durchschnittliche Aufenthalts- und Betreuungsdauer nach Bevölkerungskategorie.

Kostenrechnung:

- Aufgliederung der Subventionen, Kostendeckungsgrad
- Subventionsmodus nach Betriebstyp
- Betriebskosten
- KVG-Kosten
- Kostenstruktur (nach Kostenstellen/Aufwandart)
- Kosten pro untergebrachte Person
- Kosten pro Betreuungstag
- Anteil Zulieferer (in Franken).

3 Geltungsbereich

3.1 Erhebungseinheit und Definition der Betriebe

Gegenstand der administrativen Statistik der sozialmedizinischen Institutionen sind die Betriebe. Die Erhebung wird jährlich durchgeführt und liefert Daten für ein ganzes Jahr (Geschäftsjahr). Die Angaben zur Beschäftigung und zu den Klientinnen und Klienten werden für das ganze Geschäftsjahr erhoben. Eine Person, die sich im ersten Halbjahr in der Institution aufhielt, wird ebenso erfasst wie ein Mitarbeiter, der lediglich einige Monate im Betrieb tätig war.

Die auskunftspflichtigen Betriebe werden wie folgt definiert:

«Eine sozialmedizinische Institution ist ein Betrieb, der Patienten, Bewohner oder behinderte Personen zur stationären Behandlung und/oder Betreuung, zur Rehabilitation oder auch zur Ausübung einer beruflichen und sozialen Rehabilitation bzw. Beschäftigung aufnimmt. Pflegeleistungen und Betreuung müssen dabei auf einer kontinuierlichen Grundlage erbracht werden, und das Verhältnis zwischen den betreuten Personen und dem Fachpersonal muss ausgewogen sein.»

Für die medizinische Überwachung reicht es aus, dass ein Arzt im Bedarfsfall zur Verfügung steht; ein Bereitschaftsdienst rund um die Uhr im Betrieb selbst ist nicht erforderlich. Ein Heim stellt eine Wohnform dar, bei der die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel für längere Aufenthalte aufgenommen werden und eine medizinische und soziale Betreuung erhalten.

Diese Definition dient dazu, die Liste der Betriebe zu erstellen, die zur Grundgesamtheit der Erhebung gehören. Anschliessend werden die Betriebe in Kategorien eingeteilt: Die nachstehende Typologie dient vor allem der Organisation der Erhebung und der einheitlichen Einteilung der Betrieb gemäss der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA)¹⁰, die für die amtliche Statistik der Schweiz und andere europäische Länder verbindlich ist.

3.2 Klassifikation der Betriebe

1 Altersheime. Institutionen, die sich um Betagte kümmern, die Aufsicht, Unterstützung oder auch Pflege benötigen. Diese Institutionen sind nicht berechtigt, Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung (KVG) zu erbringen und in Rechnung zu stellen¹¹.

[NOGA–Code: 85.31A]

2 Pflegeheime. Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronischkranke Betagte betreuen. Diese Institutionen sind berechtigt, langfristig Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen.

Die Aktivitäten der geriatrischen Kliniken sind in dieser Kategorie nicht enthalten.

[85.31B]

3 Institutionen für Behinderte. Institutionen, die körperlich, psychisch oder geistig behinderte Personen aufnehmen (Kinder und/oder Erwachsene) mit dem Ziel, sie sozial und beruflich zu integrieren. Diese Kategorie umfasst auch Blindenheime, Hörbehindertenheime, Taubstummheime usw.

[85.31C]

4 Institutionen für Suchtkranke. Institutionen (ohne ärztliche Behandlung), die Personen mit Suchtproblemen (Alkohol oder Drogen) aufnehmen. Diese Institutionen sind darauf ausgerichtet, ihren Klientinnen und Klienten die Wiedereingliederung in den Alltag und die Wiedererlangung ihrer persönlichen Fähigkeiten im Hinblick auf eine unabhängige Lebensführung zu ermöglichen. Nur die Tätigkeit, die gemäss Art. 73 IVG finanziert ist, wird im Rahmen dieser Statistik berücksichtigt¹².

[85.31D]

5 Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen. Institutionen, die Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen aufnehmen, welche psychosoziale Behandlung und Betreuung benötigen.

[85.31E]

¹⁰ S. Bundesamt für Statistik, *NOGA Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige*, Bern 2002.

¹¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10), Art. 39 Abs. 3.

¹² Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) SR 831.20, Art. 73.

Die oben beschriebenen Betriebstypen gehören der NOGA-Kategorie 85.31 «Wohnheime» an. Diese Kategorie umfasst Institutionen mit 24-Stunden-Betrieb, die Kinder, Betagte oder andere in ihrer Autonomie eingeschränkte Gruppen von Personen betreuen, wobei die medizinische Versorgung, Unterrichts- bzw. Ausbildungszwecke nicht im Vordergrund stehen.

In Zusammenarbeit mit den zuständigen kantonalen Stellen teilt das BFS jeden Betrieb einer Kategorie zu.

Anhand der Definition eines stationären Betriebs des Gesundheitswesens sowie der erwähnten Klassifikation kann zudem ermittelt werden, welche Betriebe nicht zur Grundgesamtheit der Erhebung gehören.

3.3 Nicht erfasste Betriebe

Die Erhebung klammert Betriebe aus:

- die ambulante medizinische und soziale Betreuung anbieten;
- die über keine Unterbringungsmöglichkeit verfügen bzw. solche, bei denen die Unterbringung lediglich praktischen Zwecken dient (z.B. Sonderschulen, deren Schülerinnen und Schüler nur dort übernachten, um nicht pendeln zu müssen, und die keine besondere Betreuung während der Nacht anbieten);
- deren Tätigkeit sich auf die Verwaltung einer Institution beschränkt (keine Überwachung, keine Pflege, keine Betreuung) oder die lediglich eine administrative, d.h. keine sozialmedizinische, Infrastruktur anbieten (Alterswohnungen) sowie Tagesheime, die keiner Institution angeschlossen sind;
- die zwar dem Kriterium «stationär» entsprechen, jedoch weniger als 1 Vollzeitäquivalent (angestellte oder unentgeltlich arbeitende Personen) beschäftigen und die weniger als 5 Betten aufweisen (diese Kriterien gelten für die gesamte Bundesstatistik);
- geschlossene Einrichtungen (z.B. Klöster, Klubs usw.);
- wie Heime für Kinder und Jugendliche, insbesondere: Waisenhäuser, Einrichtungen, die vorübergehend von ihren Eltern getrennte Kinder aufnehmen, Schulheime;
- wie Erziehungsheime, die Minderjährige auf einen Gerichtsbeschluss hin aufnehmen, beherbergen und erziehen, einschliesslich Betriebe, die gestützt auf das Bundesgesetz über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug¹³ sowie die Durchführungsverordnung vom 29. Oktober 1986¹⁴ Subventionen des Bundesamtes für Justiz erhalten;
- die eine Betreuung rund um die Uhr für auf fremde Hilfe angewiesene Personengruppen anbieten. Dazu gehören Frauenwohnheime, Wohnheime für Mutter und Kind, Umherirrende, Obdachlose, Flüchtlinge, Haftentlassene usw.;

¹³ Bundesgesetz vom 5. Oktober 1984 über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug, LSMG (SR 341).

¹⁴ Verordnung vom 29. Oktober 1986 über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug, LSMV (SR 341.1).

- wie Kur- und Erholungsheime, die weder auf der kantonalen Spitalliste, noch auf der kantonalen Liste der sozialmedizinischen Institutionen aufgeführt sind.

4 Inhalt der Erhebung

4.1 Beschreibung der Kapitel

A. Allgemeine Daten

Der erste Teil der Erhebung dient dazu, den Betrieb zu identifizieren und Aufschluss über seine Stellung im schweizerischen Gesundheitssystem zu geben. Dies geschieht durch die Erfassung des Rechts- und Wirtschaftsstatus, des Betriebszwecks und der Hauptklientengruppe der Institution.

B. Verfügbare Plätze

Der Abschnitt «Verfügbare Plätze» gibt Aufschluss über die Aufnahmekapazität des Betriebs sowie über die genaue Anzahl Langzeit-/Kurzzeitplätze. Betriebe, welche Beiträge der Invalidenversicherung erhalten, haben die Anzahl verfügbarer Plätze detailliert nach Typ auszuweisen¹⁵.

Verknüpft mit den Daten der Patientenerhebung dienen diese Angaben zur Bestimmung der Betriebsauslastung und als Grundlage für Planungsmassnahmen von Bund und Kantonen.

C. Personal

Das Personal wird in Form von Einzelrecords erhoben. Jeder Personenrecord entspricht einer Stelle. Erhoben werden sämtliche Personen, die im Laufe eines Geschäftsjahres im Betrieb vertraglich beschäftigt waren. Das nicht entschädigte ehrenamtliche Personal wird nicht berücksichtigt.

Grundsätzlich entspricht jeder Eintrag einer Stelle und enthält Merkmale zur Unterscheidung der Identität des/r Beschäftigten und zu seinem Arbeitsverhältnis.

Die Erhebung von personenbezogenen Angaben gewährleistet eine bessere Qualität und Lesbarkeit der Information und vereinfacht die Bearbeitung und Auswertung der Daten. Sie gibt Aufschluss darüber, wie die Beschäftigten im Betrieb eingesetzt werden. Schliesslich sollen damit sämtliche Personen erfasst werden, die im

¹⁵ Wohnheim mit integrierter Beschäftigung, Wohnheim, Tagesstätte, Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Behinderter, berufliche Massnahmen, Sonderschule, Platz im Kinderheim ohne Schule, Dienstleistungen Art. 74.

Berichtsjahr im Betrieb beschäftigt waren, unabhängig davon, ob dies am 31. Dezember noch der Fall war oder nicht.

Die Angaben über die Beschäftigung dienen zur Berechnung des Verhältnisses von Personal/Patient und zur Beurteilung des Personalbedarfs des Betriebs. Diese Informationen sind wichtige Indikatoren, die über die Betreuungsqualität der aufgenommenen Personen und allgemein über die betrieblichen Tätigkeitsbereiche Aufschluss geben.

D. Klienten

Dieser Abschnitt dient zur Erhebung der Klientinnen und Klienten, die ebenfalls in Form von Einzelrecords erfasst werden. Diese Angaben liefern wichtige Hinweise zum Profil der Bewohnerinnen und Bewohner (Alter, Geschlecht, benötigte Pflege, Behinderungen) und zu den Umständen ihres Aufenthalts bzw. der Betreuung, die ihnen im Betrieb zuteil wird – Eintrittsdatum, Austrittsdatum, Anzahl fakturierte Tage/Stunden, Wohngemeinde, Aufenthalt nach Austritt.

Einzelrecords der Patienten bieten wesentlich mehr Auswertungsmöglichkeiten als aggregierte Daten. Eine sinnvolle Verknüpfung zwischen demographischen Daten und Variablen zu Pflege und Art des Aufenthalts gibt Aufschluss über die verschiedenen Arten von Betreuungslaufbahnen, Patienten und Krankheiten.

Angaben, die Rückschlüsse auf die Identität des Patienten bzw. der Patientin zulassen (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum) werden verschlüsselt und in einen Verbindungscode umgewandelt, der die Anonymität der Ausgangsdaten gewährleistet. Dieser Code wird auf die gleiche Weise erzeugt wie in der medizinischen Statistik des BFS¹⁶ und gestattet es, die Informationen einzelnen Patienten zuzuordnen und damit deren Laufbahn durch das Gesundheitssystem zu verfolgen.

Die Erhebung der Anzahl Tage pro Pflegebedarfsstufe entspricht den vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) verfügbaren Richtlinien, d.h. der so genannten Krankenpflege–Leistungsverordnung (KLV)¹⁷. Laut dieser Verordnung muss die Versicherung die Kosten der aufgeführten obligatorischen, auf der Basis der Bedarfsabklärung erbrachten und nach Pflegebedarfsstufe abgegoltene Leistungen übernehmen. Im Falle der Pflegeheime hat die Abgeltung der Leistungen nach mindestens vier Pflegebedarfsstufen zu erfolgen¹⁸.

¹⁶ S. Bundesamt für Statistik, *Detaillkonzept der Medizinischen Statistik*, und *Der Datenschutz in der Medizinischen Statistik*, 1997.

¹⁷ Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) SR. 832.112.31. Art. 9. und Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) SR 832.104, Art. 14, Abs. 2.

¹⁸ Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) SR. 832.112.31. Art. 7-9.

E. Kostenrechnung

Dieses Kapitels des Fragebogens A orientiert sich am Kontenplan, den die Kommission für Wirtschaft und Politik des Forums stationäre Altersarbeit Schweiz¹⁹ in Zusammenarbeit mit Fachpersonen sowie Praktikerinnen und Praktikern entwickelt hat. Dieser Kontenplan liegt dem Erhebungsformular zugrunde und erlaubt die Darstellung der KVG–pflichtigen Kosten. Dieser Kontenplan basiert auf der Annahme, dass diese Kosten vorgängig gemäss den Anforderungen des KVG gegliedert werden. Das KVG verlangt auch von den Pflegeheimen ihre Behandlungs– und Leistungskosten anhand einer einheitlichen Kostenrechnung und einer Leistungsstatistik auszuweisen²⁰. Gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) muss eine Kostenrechnung insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger umfassen. Kostenträger gemäss Definition des Forums sind der Hotelleriebereich, nicht–KVG–pflichtige Tätigkeiten, KVG–pflichtige Pflege, Therapie, ärztliche Betreuung, Medikamente der Spezialitätenliste (SL–Medikamente) sowie Material der Mittel– und Geräteliste (MiGel–Material). Die Betriebseinnahmen können ebenfalls nach Kostenträger gemäss Kontenplan des Forums zugeordnet werden.

Die Altersheime [NOGA 85.31A] sind nicht verpflichtet, eine Kostenträgerrechnung zu führen. Ebenfalls ist die Anlagebuchhaltung nur für die Betriebe obligatorisch, die für die Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind.

Der Kontenplan im Fragebogen B beruht weitgehend auf dem Modell des Heimverbandes Schweiz. Die von der IV subventionierten Betriebe sind zwar nicht gesetzlich verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen, sie erhalten damit aber die Möglichkeit, ihre Kosten den nachfolgenden Hauptkostenstellen zuzuordnen: Wohnheim mit Beschäftigung, Wohnheim, Tagesstätte; Werkstätten Dauerbeschäftigung, berufliche Massnahmen, Sonderschule, Kinderheim ohne Schule. Ist eine Aufschlüsselung der Kosten und/oder Einnahmen nicht möglich, müssen die Betriebe den Gesamtaufwand und –ertrag angeben.

¹⁹ S. Handbuch «Kostenrechnung für Pflegeheime», Forum stationäre Altersarbeit Schweiz.

²⁰ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) SR 832.104.

4.2 Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen

Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die wichtigsten Änderungen zwischen dem alten und dem neuen Fragebogen.

Alter Fragebogen	Neuer Fragebogen	Erläuterungen
Allgemeine Daten Identifikation Adresse Rechtsform Wirtschaftsstatus	<i>Hinzufügung von Variablen:</i> Eröffnungs- und Schliessungsdatum des Betriebs Krankenkassenkonkordat-Nr. Anzahl Betriebstage pro Jahr Anzahl geleistete Arbeitsstunden pro Jahr für 1 Vollzeitäquivalent nach Besoldungskonten	
Leistungsangebot	<i>Aufgehoben</i>	Die im Abschnitt «Leistungen» erhobenen Daten sind mangels klarer und eindeutiger Definitionen qualitativ unbefriedigend. Es handelt sich nicht um wirklich statistische Angaben, was die Auswertung erschwert.
	Neues Kapitel <i>Verfügbare Plätze</i> Langzeit-/Kurzzeitplätze KVG-/Nicht-KVG-Plätze Art der Plätze für Behinderte Andere IV-Leistungen	Die Koordination mit den Typologien anderer kantonaler und Bundesämter ist gewährleistet. Es werden somit einheitliche Definitionen verwendet. Dieses Kapitel gibt Aufschluss über die Aufnahmekapazität und die verschiedenen Tätigkeiten des Betriebs. Verknüpft mit den «Klienten»-Variablen kann die Betriebsauslastung ermittelt werden.
Personalbestand Aggregierte Erhebung Personal nach Ausbildungsstufe und nach Leistungsart	<i>Übergang zur Erhebung von Personal-Einzelrecords</i> Soziodemographische Daten Ausbildung Hierarchische Stellung Kostenstelle/ Besoldungskonten Vertragstyp Anzahl bezahlter Arbeitsstunden im Jahr	Die Erhebung von individuellen Informationen verbessert die Informationsqualität. Die Verteilung der Beschäftigten im Betrieb ist genau bekannt. Einzelrecords bieten mehr Auswertungsmöglichkeiten und vereinfachen die Plausibilisierung. Die Kohärenz mit der Kostenrechnung (Kostenstellen) ist gewährleistet. Die Besoldungskonten entstammen Standard-Kontenplänen. Die Verknüpfung Besoldungskonto-Kostenstelle-Ausbildung gibt Aufschluss über Organisation und Struktur des Betriebs. Gestützt auf diese Variablen lassen sich Vollzeitäquivalente ermitteln.
Unterbringung, Betreuung <i>Aggregierte Erhebung</i> Aufgliederung der Personen nach Wohngemeinde, Altersklasse und Betreuungsgrad	<i>Übergang zur Erhebung von Klienten-Einzelrecords</i> Soziodemographische Daten Wohnort vor Eintritt Institutionelle Laufbahn (Aufenthaltsort vor Eintritt und nach Austritt) Eintritts-/Austrittsdatum Benötigte Pflege/Art der Behinderung IV Rente/Hilflosigkeitsentschädigung	Durch die Erhebung von individuellen Informationen werden die zahlreichen, oft inkohärenten Gliederungen der Bewohnerinnen und Bewohner nach Alter, Herkunft, usw. vermieden. Einzelrecords erlauben es, Patientenprofile zu erstellen und deren Laufbahn im institutionellen System zu verfolgen.
Finanzbuchhaltung Betriebsrechnung Investitionsrechnung Defizitdeckung Separatrechnungen	Kostenrechnung Defizitdeckung Investitionsrechnung Aufhebung der Separatrechnungen	Im Rahmen des Vollzugs der VKL werden die KVG-Betriebe verpflichtet, eine Kostenträgerrechnung zu führen, welche die Elemente Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger umfasst. Für die übrigen Betriebe ist eine Finanzbuchhaltung obligatorisch; eine nach Kostenstellen/Kostenträgern gegliederte Kostenrechnung bleibt fakultativ. KVG-Betriebe sind überdies verpflichtet, eine Anlagebuchhaltung zu führen.

5 Organisation und Verlauf der Erhebung

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) tragen die Verantwortung für die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Zuteilung der notwendigen personellen und finanziellen Mittel.

Grundsätzlich ist das BFS für die Erstellung der Statistik zuständig. Die Kantone sorgen für die Durchführung der Erhebungen bei den Betrieben und die Übermittlung der Daten ans BFS.

5.1 Definition der Aufgaben und organisatorische Prinzipien

Eine Reihe von organisatorischen Grundprinzipien der Erhebung weist den Partnern folgende Aufgaben zu:

Bundesamt für Statistik:

Das Bundesamt für Statistik ist zuständig für die Führung einer zentralen Adressdatei, für die Koordination der Datenbeschaffung sowie für das Zusammenführen, Überprüfen und Auswerten der Daten auf gesamtschweizerischer Ebene.

Kantone:

Die Kantone melden dem Bundesamt für Statistik Aufhebungen und Neugründungen von Betrieben. Sie sorgen dafür, dass die Erhebungen bei den Betrieben in ihrem Hoheitsgebiet durchgeführt werden. Sie führen Eingangskontrollen und Rückfragen durch und besorgen das Mahnwesen.

Die Kantone sorgen für den Versand und den Rücklauf der Erhebungsunterlagen, nehmen eine Datenvalidierung vor (erste Plausibilisierung) und sind zuständig für die Datenauswertung auf kantonaler Ebene. Die bereinigten Daten übermitteln sie auf elektronischen Datenträgern und unter Einhaltung der in der Variablenliste definierten Formate an das BFS.

Die Kantone können auf ihrem Gebiet zusätzliche Angaben verlangen, die im gesamtschweizerischen Katalog der Minimaldaten nicht enthalten sind.

Die Kantone können Organisationen des Krankenhaus- oder Heimbereichs oder andere geeignete private Institutionen beauftragen, die Erhebung durchzuführen. In solchen Fällen müssen diese Organisationen die Bestimmungen des Bundesstatistikgesetzes einhalten und den Datenschutz gewährleisten²¹.

Betriebe:

Die auskunftspflichtigen Betriebe müssen die Erhebungsformulare resp. Datenträger korrekt und vollständig ausfüllen und an den Kanton bzw. die beauftragte Stelle zurücksenden. Die Lieferung der Daten durch die Betriebe erfolgt in elektronischer Form²².

²¹ Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) SR 431.01, Art. 14-17.

²² S. *Infoblatt* N° 01-SM-2004 « Vorgeschriebene Form für die Datenlieferungen », Bundesamt für Statistik, März 2004.

Planung:

- Bis spätestens am 31. März (des Jahres, das auf das Erhebungsjahr folgt): Zustellung der erhobenen Daten der Betriebe an die Kantone
- Bis spätestens am 30. Juni (des Jahres, das auf das Erhebungsjahr folgt): Weiterleitung der Daten der Kantone an das Bundesamt für Statistik.
- August und September: Die Ergebnisse werden vom BFS in Zusammenarbeit mit den kantonalen Stellen überprüft.
- Dezember: Veröffentlichung der Standardtabellen.

5.2 Erhebungsaufbau

Die erhebungspflichtigen Betriebe weisen bezüglich Auftrag, Grösse und Finanzierung sehr unterschiedliche Profile auf. Als Kompromisslösung zwischen einer Erhebung auf der Basis einheitlicher Minimaldaten und einer modularen, auf die besonderen Betriebsmerkmale ausgerichteten Befragung, sieht die revidierte Erhebung den Einsatz zweier Fragebogen vor. Das BFS entscheidet zusammen mit den Kantonen und Betrieben, welcher Fragebogen im Einzelfall auszufüllen ist.

Fragebogen A

Fragebogen für Betriebe, die zu Lasten der Krankenversicherung praktizieren²³ sowie generell für Institutionen zur Betreuung älterer Menschen (Betriebstypen 85.31A und 85.31B).

Fragebogen B

Fragebogen für Betriebe zur Aufnahme und Betreuung von Menschen mit Behinderungen sowie mit Suchtproblemen (Betriebstypen 85.31C und 85.31D).

Was die Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen (85.31 E) sowie die gemischten Betriebe betrifft: Falls sie gemäss Art. 39 KVG zugelassen sind, müssen Sie den Fragebogen A ausfüllen.

Ist dies nicht der Fall, steht Ihnen die Wahl des Fragebogens frei und ist jener Fragebogen vorzuziehen, der am ehesten der Ausrichtung des Betriebs entspricht.

Die Fragebogen enthalten spezifische Variablengruppen zu den beiden Tätigkeitsbereichen. Die Hauptunterschiede betreffen die Nomenklatur der verfügbaren Plätze, gewisse Variablen zur Beschreibung der Unterbringung und Betreuung der Klienten, die Ausbildungen/Besoldungskonten/Kostenstellen im Personalbereich sowie die Kontenpläne.

Die beiden Module verfügen über dieselbe Struktur und einen erweiterten Satz von identischen Kernvariablen, was der Erhebung eine gewisse Einheitlichkeit verleiht sowie Auswertungen und Vergleiche zwischen den beiden institutionellen Bereichen ermöglicht.

²³ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 39 Abs. 3.

6 Datenschutz und Datenzugriff

6.1 Allgemeiner Rahmen

Der Datenschutz und der Datenzugriff werden durch das Bundesgesetz über den Datenschutz²⁴ und das Bundesstatistikgesetz²⁵ geregelt. Letzteres bestimmt, dass die zu statistischen Zwecken erhobenen Daten nur dann zu anderen Zwecken verwendet werden dürfen, wenn ein Bundesgesetz eine andere Verwendung ausdrücklich anordnet. Dementsprechend halten Artikel 21 des Krankenversicherungsgesetzes²⁶ und Artikel 30 der Verordnung über die Krankenversicherung²⁷ fest, dass die im Rahmen der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erhobenen Daten zu Zwecken der Planung, Steuerung und Aufsicht über das Gesundheitssystem benötigt werden.

Das BFS hat die Daten generell in Form von Individualdaten aufzubewahren (Betrieb), unter Garantie ihrer Vertraulichkeit. Les données identifiantes telles les nom, prénom, sexe des employés et des clients ne sont transmises ni aux cantons, ni à l'OFS. Die Ergebnisse werden in einer Form veröffentlicht, die eine Identifizierung der betroffenen Betriebe ausschliesst.

Die Rohdaten werden von den zuständigen kantonalen Stellen erhoben und plausibilisiert. Nach der Aufbereitung im BFS erhalten sie alle Grunddaten der Betriebe, die auf der Spitalliste ihres Kantons aufgeführt sind. Die kantonalen Stellen unterstehen derselben Datenschutzpflicht wie das BFS, sofern das kantonale Gesetz nichts anderes vorsieht. Alle oder ein Teil der Daten können zu Forschungszwecken an Dritte weitergegeben werden. In diesem Fall sind technische Massnahmen zur Anonymisierung zu treffen.

Der Austausch zwischen BFS und Partnern – Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Sozialversicherung, Preisüberwacher und Kantone – wird durch Datenweitergabe– bzw. Datenschutzabkommen geregelt, deren Inhalt im Folgenden kurz erläutert werden soll.

²⁴ Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 (DSG) SR 235.1, Art.22. Das Gesetz enthält die Grundsätze des Datenschutzes, die einzuhalten sind: Vertraulichkeit, Amtsgeheimnis, technische Massnahmen.

²⁵ Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992 (BStatG) SR 431.01, Abschnitt 4, Art. 14.

²⁶ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 21.

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

6.2 Datenweitergabe an das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Eine Vereinbarung²⁸ zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) hält fest, unter welchen Bedingungen eine Übermittlung der Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen vom BFS ans BAG möglich ist.

Die Rechtsgrundlagen für die Datenbenutzung werden in den Anhängen zum vorliegenden Detailkonzept erläutert.

Aus praktischen und verwaltungstechnischen Gründen werden die Zugriffsrechte des BAG auf die personenbezogenen Daten auf der Ebene der Betriebstypen und nicht auf der Ebene der Betriebe selbst geregelt.

Betriebe, die Leistungen nach KVG in Rechnung stellen

Das BAG hat Zugriff auf die nominativen Einzeldaten (Grundversicherung und Zusatzversicherung) der Betriebe, die folgender Kategorie angehören:

- Pflegeheime (NOGA 85.31B)²⁹

Betriebe, die keine Leistungen nach KVG in Rechnung stellen

Das BAG hat keinen Zugriff auf die nominativen Einzeldaten der Betriebe in folgenden Kategorien:

- Altersheime (NOGA 85.31A)
- Institutionen für Behinderte (NOGA 85.31C)
- Institutionen für Suchtkranke (NOGA 85.31D)
- Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen (NOGA 85.31.E)

Das BFS validiert und plausibilisiert die im Laufe eines Erhebungsjahres gesammelten Daten. Sobald das BFS die Standardtabellen mit den Daten eines neuen Erhebungsjahres veröffentlicht hat, werden diese dem BAG zugänglich gemacht.

Die Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen werden nicht ans BAG übermittelt, sondern einzelnen Mitarbeitenden des Amtes zugänglich gemacht. Die Applikationsverantwortlichen im BFS verwalten die Zugriffsrechte.

Schliesslich ist das BAG nicht befugt, Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen an Dritte weiterzugeben (Behörden eingeschlossen), ausser in den vom KVG vorgesehenen Fällen.

²⁸ Vgl. Vereinbarung zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) bezüglich die Weitergabe von nominativen Einzeldaten der Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen», Bern, Januar 2004.

²⁹ Vgl. Bundesamt für Statistik, *NOGA Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige*, Bern 2002.

6.3 Datenweitergabe an das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Die Institutionen für Behinderte sind verpflichtet, dem Bundesamt für Sozialversicherung Einsicht in den Betrieb und in die Buchhaltung zu gewähren, falls sie Betriebsbeiträge des Bundes beantragen wollen (Art. 107 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IW]). Diese Angaben werden vom BFS im Rahmen der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erhoben und ans BSV weitergeleitet. Damit soll den betroffenen Betrieben Doppelarbeit erspart werden³⁰.

Am 1. Januar 2008 tritt der neue Finanzausgleich in Kraft. Damit geht die Zuständigkeit für die Verwaltung und Planung von Aktivitäten im Behindertenbereich vom BSV an die Kantone über.

6.4 Datenweitergabe an den Preisüberwacher

Die Weitergabe von nominativen Einzeldaten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen vom BFS an den Preisüberwacher ist Gegenstand einer Vereinbarung zwischen den beiden Stellen³¹.

Die Zugriffsberechtigung des Preisüberwachers auf die personenbezogenen Daten wird auf der Ebene der Betriebstypen und nicht auf der Ebene der Betriebe selbst geregelt.

Betriebe, die Leistungen nach KVG in Rechnung stellen

Der Preisüberwacher hat Zugriff auf die personenbezogenen Daten (Grundversicherung und Zusatzversicherung) der Betriebe, die folgender Kategorie angehören:

- Pflegeheime (NOGA 85.31B)³²

Betriebe, die keine Leistungen nach KVG in Rechnung stellen

Der Preisüberwacher hat keinen Zugriff auf die personenbezogenen Daten der Betriebe in den folgenden Kategorien:

- Altersheime (NOGA 85.31A)
- Institutionen für Behinderte (NOGA 85.31c)
- Institutionen für Suchtkranke (NOGA 85.31d)
- Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen (NOGA 85.31E)

³⁰ Bundesamt für Statistik (BFS): Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Detailkonzept – 1997, S. 28.

³¹ S. «Vereinbarung zwischen dem Preisüberwacher und dem Bundesamt für Statistik (BFS) bezüglich der Weitergabe von nominativer Einzeldaten der administrativen Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen», Neuchâtel, März 2004.

³² S. Bundesamt für Statistik, *NOGA Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige*, Bern 2002.

Der Preisüberwacher verwendet die personenbezogenen Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen einzig dazu, um abzuklären, ob Preismissbräuche vorliegen (Empfehlungen und Meldungen an die Kantone und an den Bundesrat).

6.5 Datenweitergabe an kantonale Stellen

Die Weitergabe nominativer Einzeldaten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des BFS an die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ist Gegenstand einer Vereinbarung zwischen den beiden Organen³³.

Aus praktischen und administrativen Gründen werden die Zugriffsberechtigungen der kantonalen Gesundheitsdirektionen auf die nominativen Einzeldaten auf der Stufe der Betriebstypologie und nicht auf jener der Betriebe definiert.

Betriebe, die KVG–Leistungen verrechnen

Für die kantonale Planung, die Festsetzung der Tarife in den Alters– und Pflegeheimen und zur Ermittlung der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungen benötigen die kantonalen Gesundheitsdirektionen folgende Angaben aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen:

- a. Rechtsform, Einrichtung und Ausstattung der Einrichtungen;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten sowie der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Bewohnerinnen und Bewohner;
- d. Art und Umfang der erbrachten Leistungen;
- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis.

Die kantonalen Gesundheitsdirektionen haben auf alle nominativen Einzeldaten auf Stufe jedes einzelnen Betriebes ihres Kanton (unabhängig von der Art der Vergütung der einzelnen Leistungen) der folgenden Kategorie Zugriff:

- Pflegeheime (NOGA 85.31B)³⁴

Die kantonalen Gesundheitsdirektion haben somit auf alle erhobenen Daten der Pflegeheime Zugriff (sowohl Daten bezüglich der Grundversicherung, als auch der Zusatzversicherung und weitere Finanzierungsquellen).

Betriebe, die keine KVG–Leistungen verrechnen

Die kantonalen Gesundheitsdirektionen haben auf die nominativen Einzeldaten der Betriebe der folgenden Kategorien keinen Zugriff:

- Altersheime (NOGA 85.31A)
- Institutionen für Behinderte (NOGA 85.31C)

³³ Vgl. «Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) bezüglich der Weitergabe von Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen», Neuchâtel, November 2004.

³⁴ Vgl. Bundesamt für Statistik, *NOGA – Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige*, Bern, 2002.

- Institutionen für Suchtkranke (NOGA 85.31D)
- Institutionen für psychosoziale Fälle (NOGA 85.31.E)

Ausgewählten Mitarbeitenden der kantonalen Gesundheitsdirektionen wird eine Zugriffsberechtigung auf die Auswertungsdatenbank des BFS eingerichtet, die es ihnen erlaubt, auf die weiter oben beschriebenen Einzeldaten zuzugreifen.

Die kantonalen Gesundheitsdirektionen sind nicht befugt, die Daten aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen an Dritte, auch nicht an Behörden, weiterzugeben, soweit dies nicht durch den Auftrag des KVG vorgesehen ist. Bei interkantonalen Zusammenarbeitsvereinbarungen sind die kantonalen Gesundheitsdirektionen befugt, die genannten Daten an die betreffenden Kantone weiterzuleiten.

Im Rahmen des neuen Finanzausgleichs, der am 1. Januar 2008 in Kraft tritt, sollen zudem die nominativen Einzeldaten der IV-Betriebe an die zuständigen kantonalen Sozialbehörden übermittelt werden.

7 Publikationen und statistische Analysen

Nach der Konsolidierung der Daten veröffentlicht das Bundesamt für Statistik die wichtigsten Ergebnisse in Form von Standardtabellen. Der Inhalt dieser Tabellen wird in der Auswertungskonzept³⁵.

Die Publikation erscheint jährlich, bestenfalls am Ende des Erhebungsjahres. Zwischenresultate können der Öffentlichkeit in Form von elektronischen Veröffentlichungen zugänglich gemacht werden.

Schliesslich sind Längsschnittanalysen auf der Grundlage der Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen vorgesehen, die Aufschluss über die Faktoren geben dürften, welche das gesundheitspolitische System der Schweiz über einen bestimmten Zeitraum hinweg beeinflussen.

Den zuständigen kantonalen Stellen steht es frei, die von ihnen erhobenen Daten auszuwerten, bevor das BFS die konsolidierte Datenbank retourniert. Im Falle einer Publikation der Ergebnisse, ist jedoch anzugeben, dass die Quelldaten nicht vom BFS validiert wurden.

³⁵ Auswertungskonzept, 2005 (wird zurzeit bearbeitet).

8 Anhänge

Gesetzliche Grundlagen

Die vorliegende Erhebung basiert hauptsächlich auf dem Bundesstatistikgesetz. Das Krankenversicherungsgesetz und die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) gelten für Betriebe, die berechtigt sind, zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen zu erbringen und in Rechnung zu stellen. Betriebe zur Betreuung von Behinderten, die Betriebsbeiträge der Invalidenversicherung erhalten, sind dem Invalidenversicherungsgesetz unterstellt.

Bundesstatistikgesetz vom 1. Oktober 1992 (BStatG):

Laut BStatG gehört die Erstellung von Statistiken über das Gesundheitswesen auf Bundesebene zu den Aufgaben der amtlichen Statistik (Art. 3 Abs. 2b). Bund, Kantone und Gemeinden arbeiten im Rahmen dieser Aufgaben zusammen (Art. 3 Abs. 3 und Art. 7). Der Bundesrat kann bei der Anordnung einer Erhebung natürliche und juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts zur Auskunft verpflichten (Art. 6 Abs.1).

Die Bestimmungen zur Statistik der sozialmedizinischen Institutionen finden sich in der Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes vom 30. Juni 1993 (mit Änderungen vom 1. August 1995) und deren Anhang. Die Verordnung listet die zuständigen Erhebungsorgane auf und regelt die Modalitäten der Durchführung der Erhebung:

Erhebungsorgan:	Bundesamt für Statistik
Bezeichnung der Erhebung:	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
Erhebungsgegenstand:	Betriebe nach Rechtsform, Einrichtung und Ausstattung, Anzahl und Struktur der Beschäftigten und Patienten. Betriebsrechnung
Art der Erhebungsart und Erhebungsmethode:	Vollerhebung
Befragte:	Altersheime, Pflegeheime, Institutionen für Behinderte und für Suchtkranke, Betriebe zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen
Auskunftspflicht:	Obligatorisch
Zeitpunkt der Durchführung:	–
Periodizität:	Jährlich

Mitwirkende bei der Durchführung:	Kantone
Besondere Bestimmungen:	Die Kantone sorgen für die Durchführung der Erhebung in ihrem Gebiet. Sie melden dem Bundesamt Neugründungen und Aufhebungen von Betrieben. Die Daten werden nach den Artikeln 49–51, 53–56, 58 und 59 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994 (SR 832.10), Artikel 30 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102) sowie den Artikeln 14 und 15 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch die Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104) für Aufsichts- und Kontrollaufgaben des Bundesamtes für Gesundheit verwendet ³⁶ .

Krankenversicherungsgesetz vom 18. März 1994 (KVG):

Artikel 39 des Krankenversicherungsgesetzes definiert insbesondere die Zulassungsbedingungen für die Einrichtungen, die der Pflege, medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatientinnen und –patienten dienen (Pflegeheime). Gemäss Artikel 21, Absatz 4 KVG³⁷ «müssen die Pflegeheime den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt geben, die diese benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über den Kostendeckungsgrad sowie die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Die Anonymität der Versicherten muss gewahrt bleiben». Artikel 30, Absatz 1 KV³⁸ hält fest, dass die Pflegeheime dem BAG Angaben machen müssen, welche die Überprüfung des Kostendeckungsgrades, der Kostenentwicklung, der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen ermöglichen. Absatz 2 erstreckt diese Auskunftspflicht auf alle Einrichtungen, die Leistungen gemäss den Artikeln 24–31 des Gesetzes in Rechnung stellen. Absatz 3 sieht vor, dass das BFS die Daten erhebt, einschliesslich diejenigen, die das BAG benötigt, um den Vollzug des Gesetzes im Sinne von Art. 21 Abs. 4 KVG zu kontrollieren. Das BFS gibt diese Daten an das BAG weiter, um den betroffenen Betrieben Doppelarbeit zu ersparen.

Die in Artikel 35 und 39 bezeichneten Leistungserbringer sind berechtigt, Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen und in Rechnung zu Stellen. Laut Art. 30 Abs. 2 KVV, sind alle Betriebe, die Leistungen gemäss den Artikeln 24–31 des Gesetzes in Rechnung stellen, zur Erteilung folgender Auskünfte an das BAG verpflichtet (Abs.1): Rechtsform, Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung der Einrichtungen; Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze; Anzahl und Struktur der Patientinnen und

³⁶ Die Bezeichnung von Verwaltungseinheiten wurde gemäss Art. 4a der Verordnung vom 15. Juni 1998 über die amtlichen Veröffentlichungen (SR 170.512.1) im gesamten vorliegenden Text geändert.

³⁷ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) SR 832.10, Art. 21 Abs.4.

³⁸ Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) SR 832.102, Art. 30 Abs.1.

Patienten; Art und Umfang der erbrachten Leistungen; Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis; Preise und Tarife. Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Rahmen der Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens erhoben (Abs.3).

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

Laut der neuen VKL müssen insbesondere die Ermittlung der Kosten und die Gliederung der Leistungen so erfolgen, dass damit die Grundlagen für die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Behandlung sowie für die Bestimmung der anderen Leistungen in den Pflegeheimen und in der Langzeitbehandlung im Spital, die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, und deren Kosten geschaffen werden³⁹.

Auf Ebene der Kosten und Leistungen werden Betriebsvergleiche möglich sein.

Um die Doppelerhebung von Daten zu vermeiden, bestimmt die VKL (Art. 14 Abs. 1) «dass die Leistungsstatistik der Pflegeheime in Abstimmung mit der nach dem Anhang zur Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes erstellten Statistik der sozialmedizinischen Institutionen erstellt werden muss». Absatz 2 umschreibt den Inhalt der Leistungsstatistik: Diese muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Aufenthaltstage und Pflage tage pro Pflegebedarfsstufe umfassen.

Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG):

Einrichtungen für Invalide gehören gemäss BStatG zur Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Institutionen, die den Kriterien von Art. 73 IVG entsprechen und Gesuche um Betriebsbeiträge stellen, sind verpflichtet, dem Bundesamt für Sozialversicherung Einsicht in den Betrieb zu gewähren (Art. 107 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV). Um eine Doppelbelastung der Betriebe zu vermeiden, stellt das BFS die erhobenen Daten dem BSV zur Verfügung.

³⁹ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) SR 832.104, Art. 2, Abs. 1, Bstb. e.