



Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden - Machbarkeitsanalyse

Schlussberichts zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Robert Fluder, Oliver Hümbelin, Dorian Kessler und Renate Salzgeber

Bern, 4. Juli 2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Ausgangslage	4
2	Zielsetzung und Fragestellung	4
3	Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden: Forschungsstand Schweiz	5
4	Konzeptionelle Grundlagen zur Beurteilung der Daten	7
4.1	Begriff der Gesundheit	7
4.2	Gesundheitsmodell und relevante Dimensionen	8
4.3	Kriterien zur Beurteilung der Datensätze	9
5	Potential von Befragungsdaten, die mit Administrativ- und Sozialhilfedaten verknüpft sind	10
5.1	Überblick über die einbezogenen Datenquellen	11
5.1.1	Sozialhilfestatistik (SHS)	11
5.1.2	Schweizerische Arbeitsmarkterhebung (SAKE)	11
5.1.3	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	11
5.1.4	Schweizerisches Haushaltspanel (SHP)	12
5.1.5	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)	12
5.1.6	Daten zu den individuellen Konten der AHV (IK-Daten)	12
5.2	Fallzahlen der verknüpften Datensätze	12
5.3	Repräsentativität der Sozialhilfebeziehenden in den Befragungen	14
5.4	Informationsgehalt zur Gesundheit und mögliche Indikatoren	16
5.5	Überprüfung der Qualität der Indikatoren hinsichtlich Befragungsausfälle	18
5.6	Forschungsdesigns für die Untersuchung der Forschungsfragen	18
5.6.1	Information zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden	18
5.6.2	Gesundheitszustand im Verlauf des Sozialhilfebezugs	19
5.6.3	Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten	21
5.6.4	Gesundheit als Barriere für die Arbeitsmarktintegration	22
5.7	Diskussion und abschliessende Bewertung	23
6	Das Potential der Daten von Krankenversicherer	23
6.1	Gesundheitsindikatoren in Daten von Krankenversicherer	24
6.1.1	Informationen zur Gesundheitssituation	24
6.1.2	Gesundheitssystem und Inanspruchnahme von Leistungen	25
6.1.3	Individuelle Ressourcen und Gesundheitsverhalten	25
6.2	Datenqualität	26
6.3	Datenstruktur	26
6.4	Population/Repräsentativität	27
6.5	Möglichkeiten und Grenzen der Datenverknüpfung	27
6.5.1	Potentiale der Datenverknüpfung	27
6.5.2	Abklärungen zur Rechtmässigkeit der Nutzung der Daten von Krankenversicherer	27
6.5.3	Vorgehensweise bei einer Verwendung von Leistungsdaten von Krankenversicherer	28
6.6	Diskussion und mögliche nächste Schritte	30
6.6.1	Potentiale der Nutzung von Krankenversicherungsdaten	30
6.6.2	Grenzen der Nutzung von Krankenversicherungsdaten	30
6.6.3	Empfehlungen der BFH	30
7	Erfassung von Gesundheitsinformationen aus Sozialhilfedossiers	31
7.1	Erhebung aus den Sozialhilfedossiers anhand eines Fragebogens bzw. Kategorienrasters	32
7.2	Text-Mining-Verfahren zur Analyse von Textdateien in den Sozialhilfedossiers	32
7.2.1	Daten und Methode	33
7.2.2	Analyse zum Umfang des Abschnitts «Gesundheit»	34
7.2.3	Schlüsselwortanalyse	36
7.2.4	Quervalidierung der Schlüsselwörter	37
7.3	Diskussion und mögliche nächste Schritte	38

8	Zusammenfassung und Empfehlungen	42
	8.1.1 Berücksichtigte Datensätze	43
	8.1.2 Beurteilung der Datensätze anhand der fünf Kriterien	43
	8.1.3 Eignung der Datensätze zur Untersuchung der vier Fragestellungen	45
	8.1.4 Abschliessende Beurteilung	47
	8.1.5 Empfehlung	47
9	Anhang	49
	9.1 Literatur	49
	9.2 Ergebnisse der Literaturrecherche (Stand November 2018)	51
	9.2.1 Schweiz (ab 2013)	51
	9.2.2 Deutschland und Österreich (ab 2013)	53
	9.2.3 weitere Länder (ab 2013)	55
	9.3 Informationen zur Gesundheit in den Erhebungen SGB, SHP, SILC und SAKE.	56
	9.4 Arbeitsdokumente mit Stellungnahmen zur datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung von Daten der Krankenversicherer	61
	9.4.1 Machbarkeitsanalyse zum BAG-Projekt «Gesundheit von Sozialhilfeempfängern», Einschätzung zur Frage der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit	61
	9.4.2 Rückmeldung des BfS zur Anfrage «Machbarkeitsanalyse «Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden»: Verknüpfung Krankenkassendaten»	63

1 Einleitung und Ausgangslage

Studien und die Erfahrungen aus der Sozialhilfepraxis zeigen, dass Sozialhilfebeziehende stärker durch gesundheitliche Probleme belastet sind als erwerbstätige Personen. So lag bei 63% der Langzeitfälle in 13 Städten eine gesundheitliche Beeinträchtigung vor (Salzgeber 2016). Lätsch et. al (2011) kommen aufgrund einer Befragung von Sozialhilfebeziehenden der Stadt Bern zum Schluss, dass sich Personen in der Sozialhilfe markant weniger gut fühlen als der Durchschnitt der schweizerischen Bevölkerung. Verbunden mit diesem schlechteren Gesundheitszustand sind auch erheblich höhere Gesundheitskosten. Wolffers (2012) konnte anhand von Daten der bei der Helsana versicherten Personen der Stadt Bern aufzeigen, dass die Kosten bei den Sozialhilfebeziehenden um 50% höher sind als bei der Gesamtbevölkerung.

Gesundheitliche Probleme erhöhen einerseits die Wahrscheinlichkeit eines Stellenverlusts, eines Bezugs von Sozialhilfe und von Armut, andererseits haben Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug und Armut einen negativen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit betroffener Personen. Gesundheitliche Probleme sind für Sozialhilfebeziehende - neben der individuellen Belastung - auch ein wesentliches Hindernis für eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration.

In der Sozialhilfepraxis stossen Mitarbeitende indes an ihre Grenzen bei den Bestrebungen die Lebenslage von Sozialhilfebeziehenden zu verbessern, die unter komplexen gesundheitlichen Problemen und Mehrfachbelastungen leiden. Damit wirksame Massnahmen ergriffen werden können, sind verlässliche Zahlen zur Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden nötig. Die Datenlage diesbezüglich ist bisher ungenügend. Flächendeckende Informationen zum Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden sowie umfassende Analysen zu Veränderungsmöglichkeiten und Auswirkungen von Massnahmen auf die Situation von Sozialhilfebeziehenden sind bisher nicht greifbar. In Zusammenarbeit mit der SKOS beabsichtigt das BAG diese Thematik zu untersuchen. Deshalb hat sie die BFH beauftragt eine Machbarkeitsanalyse zur Verbesserung der Datenlage durchzuführen.

Bereits 2013 hat die Berner Fachhochschule (BFH) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) eine Studie zu den gesundheitlichen Aspekten in der Sozialhilfe durchgeführt (Haller et. al 2013). Diese Studie belegt das mangelnde Wissen in Bezug auf das Zusammenspiel von Gesundheit und Sozialhilfebezug in der Schweiz. Zur Behebung dieser Wissenslücke schlug die Studie eine grossangelegte Datenerhebung vor, die ein repräsentatives Bild des Gesundheitszustandes von Sozialhilfebeziehenden ermöglichen sollte. Aus Ressourcen Gründen konnte diese Studie bisher nicht realisiert werden. Hier setzt das folgende Projekt an. Wichtige Entwicklungen der letzten Jahre in Bezug auf Daten und Innovationen im Bereich der Informationstechnologien eröffnen neue Möglichkeiten der Nutzung und Verknüpfung von vorhandenen Administrativ- und Befragungsdaten. Deshalb soll überprüft werden, ob Informationen von bestehenden Daten für Untersuchung von Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden vorhanden sind und für die Untersuchung des Gesundheitszustandes von Sozialhilfebeziehenden genutzt werden können.

Das vorgeschlagene Projekt verfolgt im Kern drei Strategien. *Erstens* ermöglicht die vom Bund im Jahr 2012 erfolgte Registerharmonisierung mit der Einführung der einheitlichen AHV-Nummer neue Möglichkeiten der Datenverknüpfung. Damit sind Befragungsdaten mit Administrativdaten verknüpfbar. *Zweitens* werden als Folge der Digitalisierung Administrativdaten in immer besserer Qualität verfügbar und es wird dadurch möglich, diese Daten für Forschungszwecke zu nutzen. Diesbezüglich sehen wir ein noch nicht ausgeschöpftes Potential bei Krankenkassendaten. *Drittes* können Informationen von Sozialhilfedossiers gezielt für wissenschaftliche Studien genutzt werden und mit Text-Mining Technologien die Extrahierung der relevanten Informationen aus diesen Dossiers effizienter gestaltet werden.

2 Zielsetzung und Fragestellung

Gemäss Pflichtenheft des BAG soll aufgezeigt werden, inwiefern sich bestimmte quantitative Datengrundlagen eignen, um Fragestellungen zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden zu untersuchen. Dabei sind folgende Aspekte von Interesse:

1. Gesundheitsprobleme von Sozialhilfebeziehenden: Wie sieht der allgemeine Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden aus? Welche gesundheitlichen Beschwerden kommen bei der besagten Zielgruppe gehäuft vor?
2. Verlauf der Gesundheitsprobleme während des Sozialhilfebezugs: Wie entwickelt sich der Gesundheitszustand der Personen, die über längere Zeit Sozialhilfe beziehen?
3. Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten von Sozialhilfebeziehenden: Welche Art von medizinischen Angeboten (z.B. Hausarzt, Notfallstationen, Polyklinik, Physiotherapie) beanspruchen Sozialhilfebeziehende und wie häufig tun sie dies? Bestehen Zugangshindernisse zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung und wenn ja, welche? Zeichnet sich dabei eine bestimmte Tendenz ab (Über-/Unterversorgung/Fehlversorgung)?
4. Gesundheitliche Probleme als Barriere von Arbeitsmarktintegration: Inwiefern hängen gesundheitliche Probleme mit einer erschwerten Integration in das Berufsleben zusammen?

3 Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden: Forschungsstand Schweiz

Zur Beurteilung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung werden regelmässig Bevölkerungsbefragungen durchgeführt. Der wichtigste Survey für Gesundheitsfragen ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung. Aus dieser geht hervor, dass der sozio-ökonomische Status ein entscheidender Faktor für gesundheitliche Ungleichheiten ist. Menschen aus tiefen Bildungsschichten (OBSAN, 2019) und mit wenig Einkommen (BFH, 2018) verfügen im Vergleich zur gesamten Bevölkerung über eine deutlich schlechtere Gesundheit. Entsprechende Unterschiede zeigen sich in den meisten westlichen Ländern (Hübelin, 2018). Dies verweist auf die Wichtigkeit der finanziellen Lage für den Zustand der Gesundheit. Welche Rolle Institutionen zur Armutsbekämpfung wie etwa die Sozialhilfe spielen, darüber gibt es kaum gesichertes Wissen. Auf Grund der aktuellen Datenlage kann die Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden nicht gesamthaft beurteilt werden und es existieren keine Erkenntnisse darüber, ob es der Sozialhilfe gelingt, die negativen Folgen einer sozio-ökonomischen Deprivation abzufedern. Indikatoren zur Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden werden bisher nicht systematisch erhoben.

Die wenigen Studien, die sich mit dem Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden befassen, weisen starke gesundheitliche Beeinträchtigungen bei den betreffenden Personen nach (Salzgeber 2014, Lätsch et al. 2011, OECD 2014, Reich et al. 2015). Der Lebensumstand der Sozialhilfeabhängigkeit dürfte zu permanenten Belastungen führen, die mit chronischen Gesundheitsproblemen zusammenhängen. Sozialhilfebeziehende tragen ein erhöhtes Risiko an einem psychischen Leiden zu erkranken (Bürli et al. 2015), wobei psychische Krankheiten häufig mit körperlichen Erkrankungen einher gehen (Schuler & Burla 2012). Häufig liegen multiple Einschränkungen der Gesundheit vor. Gemäss Wolffers und Reich (2015) leiden Sozialhilfebeziehende doppelt so häufig an chronischen Erkrankungen wie die Bevölkerung. Besonders häufig sind psychische Probleme und Schmerzen. Beyeler et al. (2018) weisen darauf hin, dass sich in der Sozialhilfe zunehmend Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen befinden, die kaum mehr Chancen auf eine Stelle im Arbeitsmarkt haben. Trotzdem haben sie keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Dieser Befund deckt sich mit den Resultaten einer Langzeitstudie von Haller et al. (2013), in welcher festgestellt wurde, dass Langzeitverläufe bei Sozialhilfebeziehenden, besonders bei Personen mit eingeschränkter Gesundheit auftreten. Diese sind zu krank für den Arbeitsmarkt, aber zu gesund für eine IV-Rente. Auch Salzgeber (2016) und Salzgeber und Schmocker (2015) stellen fest, dass Gesundheit eine wichtige Thematik bei Langzeitbeziehenden ist. Rund zwei Drittel dieser Gruppe ist von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Neben physischen und psychischen Erkrankungen sind auch Suchtklientinnen und Suchtklienten häufig bei Langzeitbeziehenden. Damit kann angenommen werden, dass gesundheitliche Probleme ein erhebliches Hindernis sind für die Arbeitsmarktintegration. Auch Haller et al. (2013) stellen fest, dass der Gesundheitszustand ein wichtiger Faktor ist, der die Situation der Sozialhilfebeziehenden und den Unterstützungsverlauf entscheidend beeinflusst.

Damit stellt sich die Frage, ob sich die Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden während der Unterstützung verschlechtert und wie dies verhindert werden könnte. Dabei spielt auch der Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems eine Rolle. Bisherigen Studien kommen jedoch zum Schluss, dass bei dieser Gruppe keine Unterversorgung vorliegt. Menschen in der Sozialhilfe beanspruchen mehr Gesundheitsleistungen als die Durchschnittsbevölkerung (Wolffers und Reich, 2015). Dies stellen auch Sottas et al. (2014) fest. Sie weisen aber darauf hin, dass die Situation für Sans Papier, die nirgends gemeldet, nicht versichert sind und

nicht durch die Sozialhilfe unterstützt werden, besonders prekär ist. Für diese Gruppe ist der Zugang zum Gesundheitssystem stark eingeschränkt. Erfahrungen aus der Praxis weisen auf eine besonders problematische Gruppe von Sozialhilfebeziehenden hin (Kieffer und Gamez, 2018). Die betreffenden Personen benötigen medizinische Betreuung, es gelingt aber nicht diese im Zuge der Beratungen von der Notwendigkeit einer solchen zu überzeugen. Andere Studien deuten eher darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung im Rahmen der Unterstützung durch die Sozialhilfe in der Regel gelingt. Die unterstützten Personen dürften diesbezüglich im Vergleich zur Situation von Armutsbetroffenen ohne Sozialhilfe bessergestellt sein.

Personen mit tiefem sozioökonomischem Status nutzen seltener präventive Massnahmen von Spezialisten, gehen weniger oft zum Zahnarzt und lassen sich seltener durch Fachpersonen beraten (BFS, 2017) als die gesamte Bevölkerung. Aus der im Rahmen des Sozialbericht 2015 des Kantons Bern (Regierungsrat des Kantons Bern, 2015) durchgeführten Befragung von finanziell schwachen Haushalten geht hervor, dass 18% der Befragten aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen verzichten und 35% auf eine zahnärztliche Versorgung.

Die im Rahmen der Machbarkeitsstudie durchgeführte Literaturrecherche zeigt, dass sowohl in der Schweiz wie auch international kaum Studien zu Gesundheitsverläufen von Sozialhilfebeziehenden und zur Bedeutung der Sozialhilfe hinsichtlich der Erhaltung von Gesundheit existieren (vgl. Anhangkapitel 9.2). Hinsichtlich der Unterstützung mit Sozialversicherungsleistungen konnte das australische Längsschnittpanel aufzeigen, dass der mentale Gesundheitszustand während der Unterstützung mit IV und Arbeitslosengeldern im Vergleich zu den Phasen ohne Unterstützung schlechter ist (Kiely & Butterworth, 2013).

Einige neuere Studien aus wohlhabenden Ländern geben Hinweise zur generellen Wichtigkeit der Sozialhilfe für die Gesundheit. Shahidi et al. (2019) haben Studien zu diesem Thema aus verschiedenen Ländern systematisch analysiert¹. Die Schweiz war auf Grund fehlender Studien nicht Teil dieser Meta-Analyse. Alle Studien belegen die schlechtere Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden im Vergleich zur gesamten Bevölkerung aber auch im Vergleich zu Personen in ähnlicher finanzieller Lage, die jedoch nicht durch Sozialhilfe unterstützt werden. Die Autoren deuten dies als Zeichen, dass die Unterstützung durch die Sozialhilfe nicht ausreicht, um die negativen Folgen sozio-ökonomischer Benachteiligung durch Armut entgegenzuwirken. Allerdings liegen keine Studiendesigns vor, welche dies eindeutig belegen. Die Autoren räumen ein, dass der schlechtere Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden im Vergleich zu Personen, die keine Unterstützungsleistungen beziehen bei Charakteristiken der Betroffenen liegen könnte. D.h. es ist möglich, dass Personen mit einer schlechten Gesundheit keine andere Möglichkeit sehen als die Unterstützung durch die Sozialhilfe, während jene mit besserer Gesundheit über Ressourcen verfügen, die ihnen ein Leben ohne Sozialhilfe am Rande des Existenzminimums ermöglicht. Bezüglich der Bedeutung der Ausgestaltung der Unterstützungssysteme sind zwei Studienergebnisse interessant. Erstens berichten Shahidi et al. (2019) von experimentellen bzw. quasi-experimentellen Studien, die Reformen der Sozialhilfe untersuchten, die eine Verschärfung mit Kürzungen der Unterstützungsgelder beinhalteten (n=4). Alle vier Fallstudien zeigten, dass die betreffenden Reformen mit einer Verschlechterung der Gesundheit einhergingen. Zweitens publizierte ein Forschungsteam aus Finnland (Kangas et al. 2019) erste Ergebnisse eines laufenden Experiments, in welchem Armutsbetroffene entweder im herkömmlichen System mit engmaschiger Begleitung oder mit einem bedingungslosen Grundeinkommen unterstützt werden. Die Probanden wurden über einen längeren Zeitraum wissenschaftlich begleitet und es wurden Wirkungen dieser unterschiedlichen Systeme untersucht. Als Resultat konnten die Forschenden feststellen, dass sich insbesondere die psychische Gesundheit bei der Gruppe mit Grundeinkommen statistisch signifikant verbesserte. Dies deutet darauf hin, dass die Art und Weise wie Unterstützungsgelder für Armutsbetroffene zugänglich gemacht werden einen Einfluss auf das Wohlbefinden haben kann.

Die meisten von Shahidi et al. (2019) analysierten Studien basieren auf nationalen repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Fünf beruhen auf Administrativdaten. Der Grossteil der Untersuchungen haben ein querschnittbasiertes deskriptives Forschungsdesign verwendet. Fünf verwendeten ein Längsschnittdesign mit deskriptiven Methoden. Einige Studien in der Schweiz basieren auch auf Sozialhilfedossiers (Salzgeber & Neukomm 2011, Kutzner, Mäder & Knöpfel 2004).

¹ Die berücksichtigten Studien beziehen sich auf die USA, Australien, Kanada, Grossbritannien, Norwegen, Schweden und Deutschland.

Alles in allem kann festgehalten werden, dass zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden generell und in der Schweiz im Besonderen viele Fragen offenbleiben. Umfassende Indikatoren, die regelmässig und systematisch erhoben werden und für die Untersuchung zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden verwendet werden könnten, existieren nicht. Der Wissenstand ist derzeit geprägt durch Einzelstudien, die jeweils mit hohem Aufwand durchgeführt werden müssen. Diese Studien verweisen darauf, dass die Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden im Vergleich zur Bevölkerung schlechter ist und dass gesundheitliche Einschränkungen bei Sozialhilfebeziehenden von entscheidender Bedeutung sind im Hinblick auf den weiteren Unterstützungsverlauf. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass eine Ablösung aus der Sozialhilfe besonders für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung schwierig ist. Gesundheitliche Probleme erschweren den Reintegrationsprozess und eine Ablösung der Sozialhilfe durch eine IV-Rente wurde als Folge der Einschränkungen der letzten IV-Revisionen und der veränderten IV-Praxis immer schwieriger. Wie sich die Gesundheit während der Unterstützung durch die Sozialhilfe entwickelt, welche Rolle dem Beratungsangebot und der finanziellen Unterstützung zukommt, darüber besteht kaum gesichertes Wissen. Solche Kenntnisse sind für die zielgerichtete Steuerung von Unterstützungsprozessen und die Entwicklung von geeigneten Massnahmen von entscheidender Wichtigkeit. Wenig ist auch darüber bekannt, ob es im Laufe der Unterstützung durch die Sozialhilfe zu einer medizinischen Fehl- oder Unterversorgung kommt. Erste Analysen von Krankenversicherungsdaten deuten darauf hin, dass eine Unterversorgung eher ausgeschlossen werden kann. Die betreffenden Ergebnisse zeigen, dass Sozialhilfebeziehende das Gesundheitssystem wesentlich stärker beanspruchen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung. Diesbezüglich bleibt jedoch unklar, ob es sich dabei um eine Folge einer früheren Unterversorgung aufgrund des Mangels an finanziellen Mitteln handelt, oder ob diese Personen bereits vor dem Sozialhilfebezug häufiger Gesundheitsleistungen beansprucht haben. Auch darüber, wie sich die Situation vor, während und nach dem Sozialhilfebezug verändert hat und welches die Auswirkungen der Situation in der Sozialhilfe auf die Gesundheit sind ist wenig bekannt.

4 Konzeptionelle Grundlagen zur Beurteilung der Daten

4.1 Begriff der Gesundheit

Die Ausführungen zum Forschungsstand zeigen, dass in Studien zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden unterschiedliche Gesundheitsindikatoren untersucht werden. Für die vorliegende Machbarkeitsstudie wird Gesundheit vor dem Hintergrund allgemein gängiger Gesundheitskonzepte verortet, um damit eine Grundlage zur Konkretisierung relevanter Indikatoren zu schaffen.

Gemäss WHO wird unter der Gesundheit «ein Zustand von vollständigem physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet» verstanden. Neben diagnostizierten Krankheiten und wahrgenommenen gesundheitlichen Behinderungen und Einschränkungen gehört somit auch das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden dazu, in dem Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert wird (WHO 1986).

Unterschieden wird zwischen physischer Gesundheit, die körperliche Fähigkeiten im Fokus hat, und psychischer Gesundheit. Letztere umfasst die Aspekte Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsfähigkeit (Bürli et al. 2015). Dabei wird zwischen den Parametern «psychisches Wohlbefinden», «psychische Belastung» und «psychische Krankheit» unterschieden. Die ersten beiden beruhen auf der subjektiven Wahrnehmung (z.B. Wahrnehmung einer Beeinträchtigung) während die psychische Krankheit auf einer medizinischen Diagnose beruht. Zu den psychischen Krankheiten hat die WHO ein Klassifikationssystem herausgegeben (International Classification of Diseases, ICD).

Gesundheit bezieht sich auf Werte im *gesellschaftlichen Umfeld* (Borgeto & Kälble 2007:43). Diese konkretisieren sich in Normen und Verhaltenserwartungen. Gesundheit bedeutet in diesem Zusammenhang auch die Fähigkeit, die Rollen und Aufgaben, die dem Individuum in seinem Umfeld zugeteilt sind, zu erfüllen (z.B. Arbeitsfähigkeit, Betreuungs- und Beziehungsfähigkeit).

Aus *medizinischer Perspektive* bedeutet Gesundheit die Abwesenheit von diagnostizierten Krankheiten und vorhandenen Symptomen. Der Begriff der Krankheit kann durch ärztliche Zuordnung definiert werden (Zustand, der eine ärztliche Behandlung notwendig macht bzw. Leistungsansprüche rechtfertigt). Diese sind in der «international Classification of Diseases» (ICD) dokumentiert. Dabei wird zwischen akuten und chronischen Erkrankungen unterschieden. Im Unterschied zu den chronischen sind akute Erkrankungen vorübergehend, d.h. eine vollständige Heilung ist möglich (Borgeto & Kälble 2007:47). Wenn eine körperliche oder psychische Einschränkung länger als 6 Monate andauert wird, auch von einer Behinderung gesprochen. Ab einem bestimmten Grad an Einschränkungen kann diese einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (IV) begründen, was durch den institutionellen Rahmen der IV-Gesetzgebung und -Praxis determiniert wird.

Gesundheit bedeutet aus einer individuellen Perspektive auch eine Ressource, die befähigt, die Alltagsverpflichtungen zu erfüllen und Handlungsmöglichkeiten zu erschliessen. Eingeschränkte Gesundheit bedeutet dann immer auch eine Beschränkung der Handlungsfähigkeit. Bezüglich dieser *funktionalen Einschränkung* existiert das Klassifikationsschema der «International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)». Als «gesund» gilt aus dieser Sichtweise, wer bezüglich der Körperfunktionen den allgemein anerkannten Normen entspricht und in seinen Aktivitäten und der sozialen Teilhabe nicht eingeschränkt ist (d.h. den Menschen ohne gesundheitliche Probleme (ICD) entspricht).

Gesundheit und Krankheit sind weniger als dichotome Konzepte zu verstehen, sondern als Kontinuum zwischen vollständiger Gesundheit bis zur ausgesprochen schlechten Gesundheit. Dieses Kontinuum kann mittels verschiedener Indikatoren entlang den erwähnten Dimensionen erfasst werden.

Gesundheit kann somit als subjektives Wohlbefinden, Belastbarkeit sowie körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit definiert werden. Aus medizinischer Perspektive kann Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und entsprechenden Symptomen bestimmt werden. Schliesslich bedeutet Gesundheit auch die Fähigkeit, die normalen Alltags- und Berufsrollen wahrnehmen zu können.

4.2 Gesundheitsmodell und relevante Dimensionen

Auf der Basis der bisherigen Überlegungen definieren wir ein für die Prüfung der Datensätze leitgendes Gesundheitsmodell. Das Modell stellt die *Gesundheit* ins Zentrum und fokussiert dabei auf verschiedene Facetten (Wohlbefinden, Krankheiten und Beschwerden, Einschränkungen). Als weitere gesundheitsrelevante Dimensionen berücksichtigen wir zudem das *Gesundheitssystem bzw. die Inanspruchnahme von Leistungen* sowie die *individuellen Ressourcen und das Gesundheitsverhalten*.

Für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit sind zudem Informationen zu Umfeldfaktoren wichtig, d.h. gesundheitsfördernde oder gesundheitsschädigende Rahmenbedingungen der Umwelt sowie die Belastungen, welcher eine Person ausgesetzt ist. Für die vorliegende Machbarkeitsanalyse können diese Aspekte nur am Rand berücksichtigt werden.

Aus den Ausführungen unter 4.1 kann geschlossen werden, dass Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden werden darf. Vielmehr ist Gesundheit ein Zustand von umfassendem körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden (vgl. Abbildung 1 Dimension «A1»).

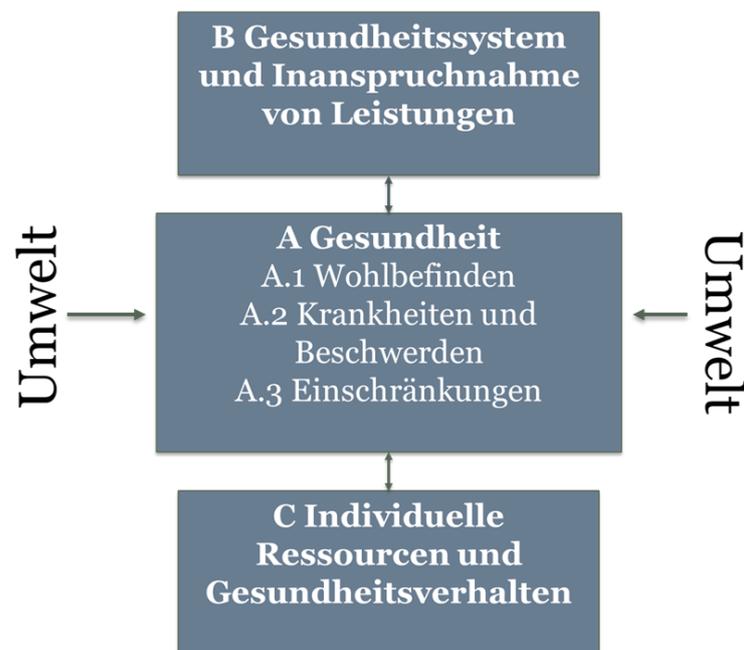
Werden Beschwerden oder Krankheiten spezifischer angesprochen (wahrgenommene Symptome und medizinisch diagnostizierte Krankheiten), so kann zwischen *physischen und psychischen Krankheiten und Beschwerden* unterschieden werden. Die Anzahl und Schwere solcher Beschwerden und Krankheiten zeigt das Ausmass der gesundheitlichen Beeinträchtigung an (A2).

Die Fähigkeit der Wahrnehmung von Alltags- und Berufsrollen und gesellschaftlicher Teilhabe kann anhand der generellen oder spezifischen *Einschränkungen* indiziert werden (A3).

Auf das Leistungssystem des Gesundheitswesens bezogen gibt der *Bezug von Leistungen* ebenfalls einen Hinweis über den Zustand der Gesundheit (B). Allerdings können Hindernisse und eine Beschränkung des

Zugangs (z.B. finanziell oder normativ bedingt) den Bezug von Gesundheitsleistungen einschränken. Das Vorliegen einer Diskrepanz zwischen den Dimensionen Wohlbefinden, Beschwerden/ Krankheiten sowie Einschränkungen und dem Bezug von Leistungen des Gesundheitssystems können die Folge solcher Zugangshürden sein.

Abbildung 1: Gesundheitsmodell mit unterschiedlichen Dimensionen der Gesundheit



Quelle: eigene Darstellung

Auch der Erhalt und das Ausmass an gesundheitsbedingter Unterstützung (nicht medizinischer Art) gibt einen Hinweis auf einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung. Der Umfang der Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten ist ein ressourcenbezogener Indikator der Gesundheit (eingeschränkte gesundheitliche Ressourcen).

Diese Dimensionen der Gesundheit sollen anhand von aussagekräftigen Indikatoren auf der Basis der Daten abgebildet werden können.

Merkmale eines gesundheitsrelevanten Verhaltens wie gesunde Ernährung, regelmässige körperliche Aktivitäten können ein Hinweis sein für das Gesundheitsbewusstsein einer Person (C). Relevant sind auch die individuellen Ressourcen zur Erhaltung der Gesundheit und zur Bewältigung von Belastungen und gesundheitlichen Einschränkungen.

Für die Beantwortung der Frage der gesundheitsbedingten Barrieren für die Arbeitsmarktintegration können wir uns auf Indikatoren zur Arbeitsmarktintegration früherer Projekte abstützen (vgl. Fluder et al. 2017, Hümbelin & Fritschi, 2018).

4.3 Kriterien zur Beurteilung der Datensätze

Bezüglich der Kriterien zur Beurteilung der Datensätze sind einerseits der Umfang und die Qualität der Informationen zu den obigen Dimensionen von Bedeutung. Gleichzeitig sind die Datensätze unter dem Aspekt zu beurteilen, wie gut sie die Zielgruppe repräsentieren, welche Analysen sie ermöglichen (Quer- und Längsschnitt) und ob sie mit weiteren Daten verknüpft werden können. Damit sind die folgenden Kriterien von Bedeutung:

- Sind Informationen zu den zentralen Dimensionen der Gesundheit vorhanden? Welche?
- Wie gut ist die Qualität dieser Informationen?

- Ist die Stichprobengrösse der Zielgruppe hinreichend?
- Wie gut ist die Repräsentativität? Sind einzelne Landesteile/Bevölkerungsgruppen über- bzw. unterrepräsentiert? Existieren Gewichtungungsverfahren zur Behebung von Verzerrungen?
- Besteht die Möglichkeit Entwicklungen/Veränderungen im Zeitverlauf zu betrachten?
- Sind die Daten verknüpfbar und einfach verfügbar? Liegen eine AHV-Nr. oder alternative personenspezifische Informationen zur Datenverknüpfung vor?

5 Potential von Befragungsdaten, die mit Administrativ- und Sozialhilfedaten verknüpft sind

Als Möglichkeit zur Beschaffung von Gesundheitsdaten der Sozialhilfebeziehenden wurde die Verknüpfung der Daten der Sozialhilfestatistik mit Befragungsdaten geprüft. Die dank den Befragungen vorhandenen Angaben zur Gesundheit können für die Untersuchung von Fragestellungen zur Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden genutzt werden. Da es sich bei den Sozialhilfebeziehenden um eine relativ kleine Gruppe handelt, stellt sich die Frage, ob für eine genügend grosse Gruppe von Sozialhilfebeziehenden eine solche Ergänzung möglich ist. Deshalb wurde auch geprüft, ob mit dem Zusammenlegen/Poolen mehrerer Jahresdaten, die betreffende Teilstichprobe erhöht werden kann. Von besonderer Bedeutung ist die Repräsentativität dieser Teilstichprobe, da einkommensschwache Personen i.d.R. in Surveydaten unterrepräsentiert sind (Mittelstandsbias, vgl. z.B. Hümbelin&Farys 2016). Deshalb wird anhand von verfügbaren Merkmalen wie Alter und Geschlecht geprüft, wie gut die Sozialhilfebeziehenden der einzelnen Surveys die Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden repräsentieren. Ein wichtiger Aspekt bezieht sich zudem auf den Informationsgehalt der einzelnen Befragungsdaten in Bezug auf die Analyse der Fragestellungen.

Für die erwähnte Abklärung wurden die Daten der Bevölkerungsbefragungen «Schweizerische Arbeitskräfteerhebung» (SAKE), «Schweizerische Gesundheitsbefragung» (SGB) und das «Schweizerische Haushaltspanel» (SHP) mit den Individualdaten der «Schweizerischen Sozialhilfestatistik» (SHS) verknüpft. Die SAKE ist ein Survey mit einer sehr grossen Stichprobe, womit erwartet werden kann, dass eine ausreichend grosse Anzahl Sozialhilfebeziehende darin enthalten ist. Die SGB enthält von allen Surveys die umfassendsten und detailliertesten Informationen zur Gesundheit und das SHP ist der einzige Survey, der Messungen über einen längeren Zeitraum enthält, so dass damit Gesundheitsverläufe auf individueller Ebene über eine längere Periode gebildet werden können.

Zusätzlich wurde das Potential des Datensatzes «Statistics on Income and Living Conditions (SILC)» geprüft. Um den Aufwand bei der Beschaffung, Aufarbeitung und Auswertung zu beschränken, haben wir - in Absprache mit dem BAG - auf eine Verknüpfung der SILC-Daten und damit eine Prüfung auf der Ebene von Einzeldaten verzichtet. Wir beschränken uns deshalb auf den Informationsgehalt, mögliche Indikatoren und Überlegungen zur Stichprobengrösse. Bei den übrigen Aspekten gehen wir davon aus, dass die Ergebnisse aufgrund der gleichen Stichprobengrösse (SGB) des ähnlichen Erhebungsdesigns (SGB, SAKE) und einzelner gleich erhobenen Fragen (SGB, SAKE, SHP) teilweise auch für SILC zutreffen.

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Qualität der dadurch ermittelten Informationen zur Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden. Anhand von ersten Analysen und konzeptionellen Überlegungen wird erörtert, wie die vorgegebenen Fragestellungen (vgl. Kap. 2) anhand dieser Daten untersucht werden können.

In einem ersten Teil werden die betreffenden Bevölkerungsbefragungen kurz vorgestellt. Ein zweiter Teil präsentiert die Ergebnisse der Verknüpfungen. Dabei wird quantifiziert, für wie viele Sozialhilfebeziehende aufgrund der Verknüpfung Gesundheitsdaten verfügbar sind und wie gut diese die Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden repräsentieren. Ein weiterer Teil präsentiert einen umfassenden Überblick über die gesundheitsrelevanten Informationen der einbezogenen Surveys und mögliche Indikatoren zur Gesundheit. Dies verdeutlicht, mit welchen Informationen zur Gesundheit die betreffenden Individualdaten der Sozialhilfestatistik ergänzt werden können. In einem letzten Teil präsentieren wir anhand der verknüpften Daten erste Analysen zu den eingangs formulierten Fragestellungen sowie die

konzeptionellen Überlegungen darüber, mit welchen weiteren Analysedesigns die vorgegebenen Fragestellungen untersucht werden können.

5.1 Überblick über die einbezogenen Datenquellen

Die einzubeziehenden Befragungen sollen Informationen zum Gesundheitszustand (subjektives Wohlbefinden, Krankheiten und Beschwerden, gesundheitlich bedingte Einschränkungen) und zur Beanspruchung von Leistungen des Gesundheitswesens (vgl. Abbildung 1) enthalten und – soweit vorhanden - Informationen zum Gesundheitsverhalten. Die Daten müssen sich auf die gesamte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter beziehen (18 bis 65 Jahre). Gleichzeitig soll ein Sozialhilfebezug identifiziert werden können und die Teilstichprobe der Personen mit einem Sozialhilfebezug soll repräsentativ sein für die Sozialhilfebeziehenden und ausreichend gross sein, damit auch Aussagen für bestimmte Gruppen von Sozialhilfebeziehenden gemacht werden können (vgl. auch die in 4.3 festgelegten Kriterien).

Aufgrund dieser Anforderungen kommen die Schweizerische Arbeitsmarkterhebung (SAKE), die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), das Schweizerische Haushaltspanel (SHP) und die Erhebung Statistics on Income and Living Conditions (SILC) in Frage. Zusammen mit dem BAG wurde entschieden, die Verknüpfung mit den Sozialhilfedaten auf die Datensätze SGB, SHP und SAKE zu beschränken. Die mit SAKE und SHP verknüpften Datensätze wurden zusätzlich mit den IK-Daten² verknüpft, da nur anhand dieser zusätzlichen Daten ausreichende Informationen zur Arbeitsmarktintegration vorhanden sind.

Aus der Sozialhilfestatistik (SHS) sind Information zur Dauer des Sozialhilfebezugs zum Zeitpunkt der Befragung verfügbar, was es ermöglicht, Aussagen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes im Laufe des Sozialhilfebezugs zu generieren. Die folgenden Abschnitte geben einen kurzen Überblick über die betreffenden Daten.

5.1.1 Sozialhilfestatistik (SHS)

Bei der Sozialhilfestatistik handelt es sich um Einzelfalldaten zur Sozialhilfe, die bei kommunalen Sozialdiensten erhoben werden. Dabei werden von allen unterstützten Personen die soziodemographischen Merkmale, Angaben zum Leistungsbezug, zur Wohnsituation und zur Erwerbssituation erhoben. Ab 2009 beruht die Sozialhilfestatistik auf einer Vollerhebung in allen Kantonen. Angaben zur Gesundheit sind kaum vorhanden. Einzig Information zu IV-Eingliederungsmassnahmen und zu den Gründen für eine Teilzeitanstellung enthalten Hinweise zur Gesundheit.

Bei den Erhebungen vor 2010 wurde nur die AHV-Nr. des Dossierträgers erhoben, nicht aber jene der weiteren unterstützten Personen. D.h. vor 2010 kann ein Sozialhilfebezug der mitunterstützten Personen nicht identifiziert werden.

5.1.2 Schweizerische Arbeitsmarkterhebung (SAKE)

Ziel der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE ist die Erfassung der Erwerbsstruktur und des Erwerbsverhaltens der ständigen Wohnbevölkerung. Die Daten werden anhand einer telefonischen Befragung erhoben. Die Personen werden innerhalb von 1.5 Jahren viermal befragt. Für Querschnittsuntersuchungen wird ein jährlicher Datensatz mit ca. 65'000 Personen erstellt. In der SAKE sind auch Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand und zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorhanden. Weitere detaillierte Angaben zu Krankheiten und dem Gesundheitszustand sind nicht enthalten. Der Wert der SAKE Daten liegt im Umfang der Stichprobe, was Auswertungen für Subgruppen ermöglicht.

5.1.3 Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Die Gesundheitsbefragung wird alle 5 Jahre durchgeführt. Es handelt sich um eine telefonische Befragung, welche ergänzt wird durch einen schriftlichen Fragebogen. Pro Befragungsjahr liegen Angaben für ca. 21'000 Personen (älter als 15 Jahre) vor. Die letzten verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2017. Die SGB enthält umfangreiche Informationen zum Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

² Individuelle Konten der AHV. Darin enthalten sind Angaben über die monatlichen Erwerbseinkommen.

5.1.4 Schweizerisches Haushaltspanel (SHP)

Ziel des Schweizer Haushaltspanel (SHP) ist die Beobachtung des sozialen Wandels und der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz. Es handelt sich um eine jährlich wiederholte Panelstudie, die mehrere Zufallsstichproben von privaten Haushalten in der Schweiz begleitet. Es handelt sich um eine telefonische Befragung aller Haushaltsmitglieder, inklusive neu hinzugezogener Personen. Insgesamt wurden drei Stichproben von Haushalten gebildet (1999: 5074 Haushalte, 2004 :2538 Haushalte und 2013: 4093 Haushalte). Für 2014 liegen Daten von insgesamt rund 12'300 Personen vor. Im SHP sind Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu den gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens vorhanden.

5.1.5 Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) erhebt die Einkommen und Lebensbedingungen der Haushalte in der Schweiz. Ziel ist die Untersuchung der Armut, der sozialen Ausgrenzung und der Lebensbedingungen anhand europäisch vergleichbarer Indikatoren. SILC wird einmal jährlich anhand von telefonischen Interviews durchgeführt. Die teilnehmenden Personen werden während vier aufeinander folgenden Jahren befragt. So können die Entwicklungen der Lebensbedingungen untersucht werden. Jedes Jahr werden rund 8'000 Haushalte bzw. 18'000 Personen befragt. SILC thematisiert auch den Gesundheitszustand und den Zugang zum Gesundheitswesen. Aus den oben erwähnten Gründen wurde bei SILC auf eine Überprüfung auf der Ebene der Einzeldaten verzichtet.

5.1.6 Daten zu den individuellen Konten der AHV (IK-Daten)

Bei den AHV-IK-Daten handelt es sich um Registerinformation zu den monatlich entrichteten AHV-Beiträgen. Die IK-Daten liegen seit 1981 vor. Auf der Grundlage der IK-Daten können Informationen zur Erwerbstätigkeit, zum Erwerbseinkommen, zu den Erwerbsunterbrüche sowie zu den Phasen von Arbeitslosigkeit gewonnen werden. Damit lassen sich Indikatoren zur nachhaltigen Erwerbsintegration nach Ablösung von der Sozialhilfe berechnen (vgl. Fluder et. al 2017 und Hümbelin&Fritschi (2018)), was eine Basis ist, um den Einfluss der Gesundheit auf die Erwerbsintegration zu untersuchen.

5.2 Fallzahlen der verknüpften Datensätze

Tabelle 1 zeigt, wie viele Personen der Sozialhilfestatistik mit den Daten der SAKE, SGB und SHP der Jahre 2012 und 2017 verknüpft werden können. Für die betreffenden Personen aus der Sozialhilfestatistik sind somit Angaben zum Gesundheitszustand aus den jeweiligen Befragungen verfügbar. Wir unterscheiden, ob die befragten Personen mit Geldleistungen der Sozialhilfe im Monat vor bzw. nach der Befragung, im Jahr der Befragung 2012 bzw. 2017³ oder in den Jahren 2005 bis 2017 unterstützt wurden. Der Beginn der Bezugsperiode wird durch das Datum der ersten Auszahlung durch den Sozialdienst identifiziert, das Ende durch das Datum der letzten Auszahlung.

Die Ergebnisse der Verknüpfungen zeigen, dass in allen Umfragedaten eine substantielle Anzahl von Personen befragt wurde, die entweder zum Zeitpunkt der Befragung, im Befragungsjahr oder in der Zeit zwischen 2005 bis 2017 Sozialhilfe bezogen haben. Die Stichprobengrößen von Personen mit aktuellem Sozialhilfebezug deuten darauf hin, dass es dank den Informationen in den Befragungen möglich ist, Aussagen zur Gesundheit von Sozialhilfeempfängern zu machen. Insgesamt stehen für Sozialhilfebeziehende der Jahre 2012 und 2017 je gut 1'000 Personen Gesundheitsinformationen aus der SAKE-Daten zur Verfügung, für etwa je 270 Personen Gesundheitsdaten aus der SGB und für 40 bzw. 80 Personen Daten aus dem Haushaltspanel SHP. Werden die beiden Jahre gepoolt, so verdoppeln sich die Zahl der Beobachtungen ungefähr.

Im Unterschied zur SGB werden die Befragungen der SAKE und des SHP jährlich durchgeführt. Berücksichtigt man alle Befragungen seit 2005 (d.h. SAKE 2006⁴ bis 2017, SGB 2012, 2017,⁵ SHP 2005 bis

³ Nur für 2012 und 2017 stehen Daten aus allen drei Befragungen zur Verfügung.

⁴ Informationen zur Gesundheit werden erst ab 2006 erhoben.

⁵ Denkbar wäre auch noch die SGB 2007 zu berücksichtigen. Für die Machbarkeitsstudie verfügten wir jedoch nicht über dieses Befragungsjahr.

2017) so können 10'415⁶ Personen identifiziert werden, die im Jahr der Befragung Sozialhilfeleistungen bezogen haben. Wird der Sozialhilfebezug auf den Zeitpunkt (Monat) der Befragung beschränkt, so sind es 7'943 Sozialhilfebeziehende, für die gesamte Periode 2005 bis 2017 33'524 Personen⁷.

Tabelle 1: Stichprobengrößen und Sozialhilfequoten,
(15 bis 65-jährige Personen, ungewichtet (siehe unten))

	SAKE		SGB		SHP	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017
<i>N</i> Befragung (15 bis 65-jährige)	54234	50387	17133	13833	5797	7202
<i>Anzahl Sozialhilfebeziehende</i>						
SH-Bezug im Befragungsmonat	819	783	215	218	29	64
SH-Bezug im Jahr der Befragung	1074	1002	288	274	41	84
SH-Bezug in den Jahren 2005 bis 2017	3122	2715	901	778	171	243
<i>Anteil Sozialhilfebeziehende in den Befragungen (Sozialhilfequoten)</i>						
SH-Bezug im Befragungsmonat	1.5%	1.6%	1.3%	1.6%	0.5%	0.9%
SH-Bezug im Jahr der Befragung	2%	2%	1.7%	2%	0.7%	1.2%
SH-Bezug in den Jahren 2005 bis 2017	5.8%	5.4%	5.3%	5.6%	2.9%	3.4%

Quellen: Sozialhilfestatistik 2005 bis 2017, SAKE 2012, 2017, SGB 2012, 2017

In Tabelle 1 ist auch ausgewiesen, wie hoch der Anteil der Sozialhilfebeziehenden in den einzelnen Befragungen ist. Dabei wurde unterschieden, ob der Sozialhilfebezug im Befragungsmonat, im Befragungsjahr oder in der Zeit zwischen 2005-2017 erfolgte. Die letztere Betrachtung zeigt, wie viele Personen in den letzten 13 Jahren Sozialhilfeleistungen bezogen haben.

Die berechneten Anteile beziehen sich auf Befragte im Alter zwischen 15 und 65 Jahren. Damit können diese Anteile mit den Sozialhilfequoten der betreffenden Altersgruppen der Sozialhilfestatistik verglichen werden. Auf ein Jahr bezogen beträgt der Anteil der Sozialhilfebeziehenden in der SAKE und der SGB rund 2% (SGB 2012 1.7%), beim SHP liegt der Anteil bei 0.7% bzw. 1.2%.

Im Vergleich mit der Sozialhilfequote der Gesamtbevölkerung basierend auf der Sozialhilfestatistik sind die Quoten deutlich tiefer: Im Jahr 2017 betrug die Sozialhilfequote der 15-65-Jährigen 3.6%. Die Anteile sind in den Befragungen somit nur gut halb so hoch, bzw. nur ein Drittel im SHP. Diese Resultate zeigen, dass Sozialhilfeempfänger in den Umfragen deutlich unterrepräsentiert sind. Dies bedeutet, dass Sozialhilfeempfänger eine deutlich tiefere Wahrscheinlichkeit haben, an diesen Umfragen teilzunehmen. Der besonders tiefe Anteil der Sozialhilfebeziehenden im SHP kann mit dem Panelcharakter dieser Erhebung erklärt werden: Auch die Ausfallquote ist bei den Sozialhilfebeziehenden in den Folgejahren

⁶ Aufgrund des Längsschnittcharakters von SAKE und SHP können dieselben Personen doppelt vorkommen, weshalb die effektive Zahl von unterschiedlichen Sozialhilfebezügern leicht tiefer ist.

⁷ N SAKE 2006-2017 (ohne 2015): 6922 (Monat), 9050 (Jahr), 28861 (2005-2017); N SHP 2005-2017: 588 (Monat), 803 (Jahr), 2984 (2005-2017).

deutlich höher (Panelsterblichkeit⁸). Im SHP wurde die erste Stichprobe 1999, die zweite 2004 und die dritte 2013 gezogen⁹.

5.3 Repräsentativität der Sozialhilfebeziehenden in den Befragungen

Die geringere Repräsentation von Sozialhilfebeziehenden in den Umfragen schränkt die Aussagekraft der Daten nicht *per se* ein. Entscheidend für die Fragestellungen ist, ob sich die betreffende Stichprobe mit den Angaben zur Gesundheit von der Gesamtheit der Sozialhilfebezüger bezüglich gesundheitsrelevanter Dimensionen unterscheidet. In der Umfrageforschung wird dies als «non-response bias» bezeichnet (Groves 2006).

Um das Ausmass des «non-response bias» zu ermitteln, wurden die Verteilungen von gesundheitsrelevanten Charakteristika von Personen in der Sozialhilfe, welche an den Umfragen teilgenommen hatten, mit Personen in der Sozialhilfe, welche nicht an den Umfragen teilgenommen hatten, verglichen. Wir stützen uns dazu auf die in den Individualdaten der SHS vorhandenen Informationen zum Alter, des Haushaltstyps, des Geschlechts, der Nationalität und des Beschäftigungsgrades (vgl. Tabelle 2).

Die Resultate zeigen, dass sich die in den SGB und SAKE-Befragung repräsentierten Sozialhilfebeziehenden hinsichtlich der untersuchten Merkmale nur geringfügig von nicht-befragten Sozialhilfebeziehenden unterscheiden. Die Altersgruppe zwischen 46 bis 64 sind in den beiden Befragungen stärker vertreten, während die jüngeren untervertreten sind. Beim Geschlecht sind die Frauen leicht übervertreten. Bezüglich der Nationalität kann festgestellt werden, dass die Ausländer bei der SAKE etwas übervertreten sind. Dies kann mit der erhöhten Stichprobenauswahlwahrscheinlichkeit von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft erklärt werden, welche mit der Ausländerstichprobe im Stichprobendesign der SAKE implementiert ist¹⁰ (BFS 2004). In der SGB wurde ebenfalls eine Zusatzstichprobe für die Migrationsbevölkerung gezogen (BFS 2017b). Ziel der Zusatzstichproben ist eine ausreichende Vertretung der Migrationsbevölkerung. Aufgrund der erwähnten Aufstockung sind die Sozialhilfebeziehenden mit und ohne schweizerische Staatsbürgerschaft in der SGB etwa zu gleichen Anteilen vertreten wie bei der Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden und in der SAKE sind die Ausländer gar übervertreten. Beim Haushaltstyp sind die Alleinlebenden leicht untervertreten, während Paare mit Kindern leicht übervertreten sind. Bei den Kategorien der Erwerbstätigkeit sind die Abweichungen bei den beiden Befragungen nur gering. Es zeigt sich also, dass die Repräsentation der Ausländer als gesamtes recht gut ist. Möglicherweise gibt es aber Ausländergruppen, die aufgrund von Sprachhürden untervertreten sind. Für eine weitergehende Untersuchung ist deshalb zu empfehlen, die Repräsentation von Kategorien von Nationen vertieft zu untersuchen und bei der Gewichtung zu berücksichtigen.

Zur Beurteilung der Unterschiede der Merkmalsverteilungen lassen sich statistische Tests herbeiziehen. Diese geben Auskunft darüber, ob die Abweichungen statistisch signifikant sind. Lediglich in Bezug auf das Alter weisen alle Stichproben statistisch signifikante Abweichungen von der Gesamtpopulation der Sozialhilfebezüger 2012 und 2017 auf. Am geringsten sind die Unterschiede bei den berücksichtigten Merkmalen in der SGB. Auch bei der SAKE sind die Unterschiede nicht wesentlich grösser, wenn auch signifikant bei allen Merkmalen, was auch auf die grössere Stichprobe zurückzuführen ist. Erheblich sind hingegen die Unterschiede beim SHP. So sind Sozialhilfebeziehende ohne Schweizer Bürgerrecht massiv untervertreten, Paare mit Kindern deutlich und nicht Erwerbstätige leicht. Dies dürfte mit der oben erwähnten stark überdurchschnittlichen Panelmortalität der Sozialhilfebeziehenden zusammenhängen.

⁸ Panelsterblichkeit beschreibt das Phänomen, dass Panelstichproben kleiner werden, je länger die ursprüngliche Stichprobenziehung zurückliegt.

⁹ Bei der ersten Welle der dritten Stichprobe von 2013 beträgt der Anteil 1.6% und ist somit nur leicht tiefer als bei der SAKE und der SGB. Der ausgesprochen tiefe Anteil v.a. beim SHP 2012 kann somit v.a. auf die Panelsterblichkeit zurückgeführt werden.

¹⁰ Aus konzeptionellen Gründen wurde auf eine Gewichtung, welche diese Übervertretung korrigiert hätte, bei diesen Vergleichen verzichtet, da im vorliegenden Fall interessiert, ob die in den Befragungsdaten identifizierten Sozialhilfebeziehenden die Population der Sozialhilfebeziehenden angemessen abbildet. Eine Gewichtung der Befragungsfälle zur Verbesserung der Repräsentativität hinsichtlich der allgemeinen Bevölkerung ist dafür unerheblich.

Zusätzliche wurde bei der SAKE die Befragungswahrscheinlichkeit von Personen, die erst seit kurzem Sozialhilfe beziehen, und solchen, die länger als 2 Jahre in der Sozialhilfe sind, verglichen. Dabei zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an der Befragung bei Bezügerinnen in den ersten 6 Monaten rund 15% geringer ist, als bei Bezügerinnen mit Bezugsdauern über 2 Jahre.

Tabelle 2: Soziodemographische Merkmale der Befragten und nicht befragten Sozialhilfebeziehenden

		SH-Bez., die nicht befragt wurden	SH-Bez. in SAKE	SH-Bez. in SGB	SH-Bez. in SHP
Alter	15 - 25	21%	16% *	21% *	25% *
	26 - 45	44%	42% *	35% *	29% *
	46 - 64	35%	42% *	44% *	46% *
Geschlecht	Mann	51%	45% *	48%	47%
	Frau	49%	55% *	52%	53%
Nationalität	Schweizer	54%	42% *	55%	80% *
	Nicht-Schweizer	46%	58% *	45%	20% *
Haushaltstyp	Alleinlebend	37%	28% *	34%	43% *
	Nicht-Alleinlebend	19%	16% *	20%	24% *
	Paar ohne Kind	8%	10% *	10%	9% *
	Paar mit Kind	18%	23% *	20%	7% *
	Alleinerziehend	18%	23% *	16%	17% *
Erwerbstätigkeit	50% -100%	14%	16% *	15%	18%
	Teilzeit unter 50%	10%	13% *	13%	13%
	Keine Erwerbstätigkeit	76%	71% *	73%	69%
N		318'467	1716	466	110

Quellen: Sozialhilfestatistik 2012, 2017, SAKE 2012, 2017, SGB 2012, 2017, SHP 2012, 2017

* Chi-Quadrat Test Befragte vs. Nicht-Befragte: $p < .001$

Anmerkung: 15 bis 65-jährige Personen, die 2012 oder 2017 Sozialhilfe bezogen haben und für die in der SHS vollständige Informationen bezüglich der untersuchten Dimensionen vorhanden waren. Verglichen werden Personen, die in keiner der drei Befragungen teilgenommen haben, mit den befragten Sozialhilfebeziehenden der drei Surveys. Nicht gewichtet (siehe unten).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Sozialhilfebeziehenden in den berücksichtigten Befragungen (insbesondere SAKE und SGB) sich nicht erheblich von den nicht-befragten Sozialhilfebeziehenden unterscheiden. Gleichzeitig liegen aber Abweichungen vor (besonders beim Alter). Aussagen zur Gesundheitssituation der Sozialhilfebeziehenden können mittels Individualgewichten verbessert werden. In der Sozialhilfestatistik sind neben den hier betrachteten Dimensionen eine Vielzahl weiterer Merkmale (z.B. geographische Verteilung, Bezugsdauer, etc.) vorhanden, mit denen eine Gewichtung vorgenommen werden kann. Die Gewichtungsprozedur ist relativ einfach: die einzelnen Stichproben der Sozialhilfebeziehenden in den Umfragedaten müssen je mit der Gesamtpopulation der Bezüger zu einem Datensatz verbunden werden. Dann können mit Matching oder Balancing Verfahren (Reig 2019; Hainmueller 2012; Angrist and Pischke 2008) Gewichte berechnet werden, welche die Verteilungen der berücksichtigten Dimensionen der beiden Gruppen aneinander anpassen und damit die Verzerrungen korrigieren.

Damit kann sichergestellt werden, dass auf den Umfragedaten beruhende Aussagen zur Gesundheit von Sozialhilfeempfängern für die Gesamtpopulation der Sozialhilfebezüger gültig sind. Da die Rohdaten der SGB die Gesamtpopulation hinsichtlich der betrachteten Merkmale schon besonders gut abdecken, fallen die benötigten Gewichte für die SGB kleiner aus als z.B. für das SHP. Da kleinere Gewichte mit geringerer statistischer Unsicherheit einhergeht¹¹, kompensiert die hohe Repräsentativität die relativ geringe Grösse der SGB-Stichprobe im Vergleich zur SAKE-Stichprobe.

¹¹ Kleinere Standardfehler.

5.4 Informationsgehalt zur Gesundheit und mögliche Indikatoren

Es lässt sich also festhalten, dass die betrachteten Daten Rückschlüsse auf die Gesundheit von Sozialhilfebezügern ermöglichen. Welche Gesundheitsdimensionen können aber abgebildet werden?

Nicht nur die Stichprobengrösse für die Zielpopulation und die Repräsentativität bezüglich der Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden unterscheidet sich bei den verknüpften Datensätzen, sondern auch der Informationsgehalt zur Gesundheit. Für die bisher besprochenen Datensätze (SAKE, SGB und SHP) und zusätzlich für die SILC-Daten wurde überprüft, welche Informationen des Gesundheitsmodells (vgl. Kap. 4) verfügbar sind.

Angaben zum *Wohlbefinden und zum generellen Gesundheitszustand* sind in allen Datensätzen in vergleichbarer Art vorhanden. In der SAKE existieren nur diese Informationen zur Gesundheit und zudem wird der Grad der Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten erhoben. Die übrigen Datensätze enthalten weitere Informationen zur Gesundheit. Zu den *Beschwerden und den Krankheitsbildern* existieren im SGB umfangreiche Angaben, während im SHP und im SILC nur einzelne Informationen dazu existieren.

In allen Datensätzen gibt es Angaben zu *gesundheitlich bedingten Einschränkungen*, wobei im SGB dazu detaillierte Angaben zur Art der Einschränkung vorhanden sind (vgl. Tabelle 8 im Anhang).

Auch zur *Inanspruchnahme von Leistungen* (Arztbesuch, Spitalaufenthalt, Behandlung von psych. Problemen) sind in den Datensätzen SGB, SHP und SILC Informationen vorhanden. Im SGB gibt es darüber hinaus gehende Angaben zur Komplementärmedizin, zu Leistungen von Apotheken und Spitex, während im SHP und SILC auch gewisse Informationen zur Nichtbeanspruchung von Leistungen vorhanden sind. Nur im SGB gib es Angaben zur *Präventivmedizin*.

Die klassischen soziodemografischen Determinanten der Gesundheit (Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung, Bildung, Arbeitsmarktstatus, Einkommen) sind allen Befragungen vorhanden. Zum *Gesundheitsverhalten* sind in den Datensätzen SGB, SHP und SILC Informationen zur Ernährung, zu den körperlichen Aktivitäten und Unfällen vorhanden. Im SGB und SHP existieren zudem Angaben zum Suchtverhalten.

Die folgende Tabelle 3 zeigt einen Überblick zu den wichtigsten vorhandenen Informationen in den vier Befragungen gemäss Gesundheitsmodell. Die Tabelle im Anhang zeigt im Detail, welche Merkmale zur Gesundheit in den vier Erhebungen vorhanden sind. Die Tabelle enthält Angaben zu den spezifischen Indikatoren, ihrer Seitenzahl im Fragebogen¹² resp. die Namen der Variablen¹³.

¹² SGB, so sind Antwortkategorien und Filtersetzungen direkt ersichtlich.

¹³ SHP, SILC, SAKE.

Tabelle 3: Gesundheitsindikatoren in schweizweit regelmässig durchgeführten Befragungen

A Aspekt der Gesundheit	SGB	SHP	SILC	SAKE
A.1 Wohlbefinden und genereller Gesundheitszustand				
Wahrgenommene Gesundheit	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Chronische Krankheit	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
A.2 Krankheiten und Beschwerden				
Physisch	detailliert	Ausgewählte Aspekte	Chronische Probleme und Notwendigkeit einer Untersuchung	-
Psychisch	detailliert	Lebenszufriedenheit, Depression, mentales Wohlbefinden	Lebenszufriedenheit negative und positive Gefühle	-
Sozial	Erhaltene und geleistete informelle Unterstützung	Notwendigkeit von Unterstützung, Zufriedenheit mit Beziehungen	Unterstützung durch Angehörige, Zufriedenheit mit Beziehungen	-
A.3 Einschränkungen				
Einschränkungen generell	Umfang	Umfang	bei tägl. Aktivitäten	Grad der Einschränkungen bei den tägl. Aktivitäten (generell)
Einschränkungen spezifisch	Art der Einschränkung	Nur Schlafprobleme	-	-
B Inanspruchnahme von Leistungen				
B.1 Bezug von Gesundheitsleistungen				
Arztbesuch	Grund, Art und Häufigkeit	Häufigkeit	Notwendigkeit und Inanspruchnahme	-
Spitalaufenthalt	Häufigkeit und Dauer	Ja/nein	Anzahl Konsultationen	-
Komplementärmedizin, Spitex, Apotheken	Inanspruchnahme	-	-	-
Präventivmedizin	subj. Einschätzung und letzte Messung, Impfung, Krebsvorsorge	-	-	-
B.2 Verzicht auf Leistungen				
Nichtinanspruchnahme	-	Zahnarzt	Zahnarzt und medizinische Untersuchungen	-
B.3 Versorgungsraum				
Versicherung	Typ und Art der Versicherung	Begleichen von Arztrechnungen	-	-
C Individuelle Ressourcen und Gesundheitsverhalten				
C.1 Soziodemografische Determinanten				
Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung, Bildung, Arbeitsmarktstatus	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
C.2 Gesundheitsverhalten				
Ernährung	vorhanden	vorhanden	vorhanden	-
körperliche Aktivitäten	destilliert	Häufigkeit	Art und Häufigkeit	-
Unfall	vorhanden	vorhanden	vorhanden	-
Suchtverhalten	Häufigkeit und Art detailliert	Rauchen, Medikamente	-	-

Bemerkung: Die Buchstaben und Nummern verweisen auf die Kategorien des einleitend eingeführten leitgebenden Gesundheitsmodells.

Als spezifisch auf die Erhebung der Gesundheitssituation der Bevölkerung ausgerichtete Befragung deckt die SGB Informationen zu allen in Abbildung 1 dargestellten Dimensionen der Gesundheit ab. Es sind umfassende Indikatoren zum subjektiven Wohlbefinden (z.B. subjektiver Gesundheitsstatus), zu Krankheiten und Beschwerden (z.B. Vorhandensein chronischer Krankheiten), zu krankheitsbedingten Einschränkungen (z.B. Einschränkungen in den alltäglichen Aktivitäten), zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (z.B. Häufigkeit Arztbesuche) und zu gesundheitsrelevanten, individuellen Ressourcen und Verhalten (z.B. Alkoholkonsum) vorhanden.

Das SHP, die SILC und SAKE decken jeweils einzelne Gesundheitsdimensionen ab, wobei das SHP am meisten, SILC am zweitmeisten und SAKE die geringste Anzahl Dimensionen abdeckt. In allen vier Umfragen gleich erhoben wurden lediglich die Variablen subjektiver Gesundheitsstatus¹⁴ und die Variable Vorhandensein chronische Gesundheitsprobleme¹⁵.

5.5 Überprüfung der Qualität der Indikatoren hinsichtlich Befragungsausfälle

Eine Einschränkung bezüglich der Qualität der Merkmale zur Gesundheit kann daher rühren, dass bei bestimmten Gesundheitsfragen die Befragten (bspw. aufgrund von kognitiven Schwierigkeiten) keine Antwort gegeben haben (fehlende Werte). Die Literatur spricht hier von «Item non-response» fehlende Werte in der SGB und SHP kaum vorkommen, während diese in der SAKE etwas häufiger sind (Arztbesuche sind nicht erhoben). Generell ist festzustellen, dass die fehlenden Werte die Möglichkeiten der Datenanalyse nicht einschränken.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl fehlender und gültiger Werte bezüglich der Indikatoren zum subjektiven Gesundheitsstatus (subjektives Wohlbefinden), den chronische Krankheiten (Krankheiten und Beschwerden), und der Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben durch Gesundheitsprobleme (Einschränkungen)¹⁶ und der Anzahl Arztbesuche (Beanspruchung von Leistungen). Die Analysen zeigen, dass fehlende Werte in der SGB und SHP kaum vorkommen, während diese in der SAKE etwas häufiger sind (Arztbesuche sind nicht erhoben). Generell ist festzustellen, dass die fehlenden Werte die Möglichkeiten der Datenanalyse nicht einschränken.

Tabelle 4: Fehlende Werte und gültige Antworten ausgewählter Gesundheitsindikatoren
15-65-jährige Personen mit Sozialhilfebezug im Befragungsjahr, 2012 und 2017

	SAKE		SGB		SHP	
	fehlende Werte	gültige Werte	fehlende Werte	gültige Werte	fehlende Werte	gültige Werte
Subjektiver Gesundheitsstatus	10	2066	1	557	0	125
Chronische Gesundheitsprobleme	21	2055	1	561	0	125
Beeinträchtigungen im tägl. Leben	40	2036	4	558	0	125
Anzahl Arztbesuche	NA	NA	5	557	1	125

Quellen: Sozialhilfestatistik 2012, 2017, SAKE 2012, 2017, SGB 2012, 2017, SHP 2012, 2017

5.6 Forschungsdesigns für die Untersuchung der Forschungsfragen

Der folgende Abschnitt präsentiert mögliche Analysemethoden, um mit den vorhandenen Daten die vier Fragestellungen zu beantworten. Wir zeigen jeweils die Vor- und Nachteile verschiedener Ansätze auf und präsentieren erste Analysen.

5.6.1 Information zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden

Der erste Fragekomplex betrifft die Gesundheitsprobleme von Sozialhilfebeziehenden (vgl. Kap. 2, Fragestellung 1).

Ein erster Ansatz, um diese Fragen zu beantworten, ist der Vergleich von Personen, die im Befragungsjahr Sozialhilfe bezogen haben, mit Personen, ohne Sozialhilfe im Befragungsjahr. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse dieses Vergleichs für die vier Indikatoren subjektiver Gesundheitszustand, chronische

¹⁴ SGB/SAKE/SILC: «Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?»; SHP «Ich möchte jetzt mit Ihnen über verschiedene Aspekte von Ihrer Gesundheit reden. Wie geht es Ihnen zurzeit gesundheitlich? Bewertung auf einer Skala von 1 = «sehr gut» bis 5 «sehr schlecht»

¹⁵ SGB/SAKE/SILC: «Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, wo chronisch oder andauernd ist? Damit meine ich Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, wo schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden.»; SHP: «Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, das schon länger dauert?»

¹⁶ Im SHP wurde dieser Aspekt nicht binär, sondern auf einer Skala von 0 «gar nicht» bis 10 «sehr stark» erhoben.

Gesundheitsprobleme, Einschränkungen im Alltag und Arztbesuche. Die Ergebnisse sind für jede Erhebung separat ausgewiesen.

Die Resultate zeigen deutlich, dass Personen mit Sozialhilfebezug schlechtere Gesundheitswerte aufweisen. Sie bewerten ihre Gesundheit schlechter, haben rund doppelt so häufig chronische Gesundheitsprobleme und gesundheitsbezogene Einschränkungen im Alltag als die Vergleichsgruppe der Personen ohne Sozialhilfe. Auch bei der Beanspruchung von Leistungen des Gesundheitswesens zeigen sich erhebliche Unterschiede: So ist die Zahl der Arztbesuche bei den Personen mit Sozialhilfe deutlich höher. Bei diesem Aspekt können zwischen der SGB und dem SHP klare Unterschiede festgestellt werden. Abgesehen davon zeigen die Ergebnisse, dass die drei Umfragen vergleichbare Resultate liefern. Sowohl bei der Ausprägung der einzelnen Gruppen als auch bei der Differenz zwischen den Sozialhilfebeziehenden und den übrigen Befragten ist das Ergebnis der drei Befragungen (mit einer Ausnahme) gleich. Dies deutet auf eine hohe Zuverlässigkeit und Validität der erhobenen Indikatoren hin. Dabei handelt es sich um Gesundheitsindikatoren, die sich bereits in einer Vielzahl von Untersuchungen bewährt haben.

Einzig die Resultate des SHP weichen bei einer Frage ab. Dies kann möglicherweise auf die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben zurückgeführt werden oder auf die Frageformulierung im Fragebogen (vgl. Fussnote 14 bis 16).

Tabelle 5: Vergleich von ausgewählten Gesundheitsindikatoren von Personen mit und ohne Bezug von Sozialhilfe im Befragungsjahr (2012/2017)

Haben die Personen im Befragungsjahr Sozialhilfe (SH) bezogen	SAKE		SGB		SHP	
	keine SH	mit SH	keine SH	mit SH	keine SH	mit SH
subjektiver Gesundheitsstatus (1='sehr gut', 5='sehr schlecht') Durchschnitt	1.7*	2.4*	1.7*	2.3*	1.9*	2.3*
Anteil mit chronischen Gesundheitsproblemen	23%*	44%*	28%*	48%*	32%*	52%*
Anteil mit Beeinträchtigung im Alltag durch Gesundheitsprobleme	18%*	43%*	21%*	45%*	NA	NA
Durchschnittliche Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	NA	NA	2.9*	5.8*	3.7*	9.7*
N	102'545	2076	30'404	562	12'874	125

Quellen: Sozialhilfestatistik 2012, 2017, SAKE 2012, 2017, SGB 2012, 2017, SHP 2012, 2017

* Unterschiede zwischen «kein SH» vs. «mit SH» statistische Signifikant: $p < .001$

Anmerkung: Befragte Personen im Alter von 15-65, ungewichtete Schätzungen

Generell zeigen alle drei Erhebungen, dass die Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden im Vergleich zur übrigen Bevölkerung im Mittel schlechter ist und dass Sozialhilfebeziehende die Leistungen eines Arztes häufiger in Anspruch nehmen (müssen). Damit lässt sich ein bereits aus der Literatur und anderen Studien bekanntes Resultat replizieren. Es können anhand dieser Resultate jedoch keine Aussagen zu den Gründen für diese Unterschiede gemacht werden. Auch geht aus der oben gezeigten Auswertung nicht hervor, welche gesundheitlichen Beschwerden bei der Zielgruppe gehäuft vorkommen. Diesbezüglich schlagen wir eine umfassende Auswertung der SGB vor. Darin sind detaillierte Indikatoren zur physischen und psychischen Gesundheit geführt (vgl. Tabelle 3). Auch lässt sich darin die Art und der Umfang allfälliger Einschränkungen erkennen.

5.6.2 Gesundheitszustand im Verlauf des Sozialhilfebezugs

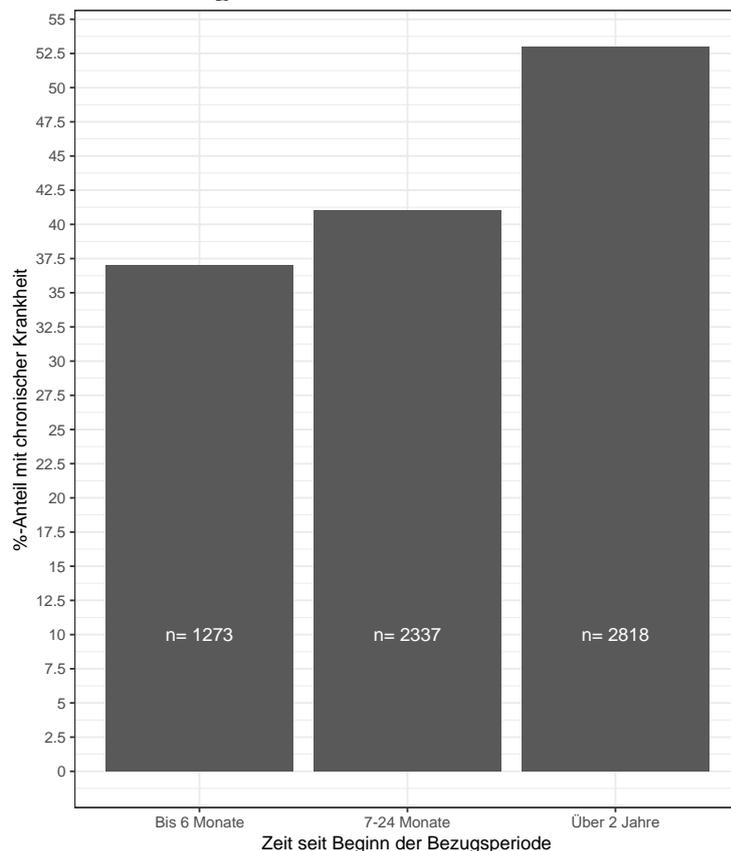
Der zweite Fragekomplex betrifft den Verlauf der Gesundheitsprobleme im Laufe des Sozialhilfebezugs. Wir unterscheiden drei Methoden, um den Gesundheitszustand von Sozialhilfebezügern im Verlauf des Bezuges zu untersuchen. Diese unterscheiden sich einerseits hinsichtlich ihres Potenzials, eine Veränderung bzw. Verschlechterung der Gesundheit während des Sozialhilfebezuges von Selektions- und

Alterseffekten¹⁷ unterscheiden zu können. Andererseits unterscheiden sich diese Methoden hinsichtlich der Komplexität der benötigten Daten.

Die einfachste Methode ist die Berechnung des Gesundheitsniveaus nach Dauer seit Beginn der Bezugsperiode. Abbildung 2 zeigt die Anteile von Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen in Abhängigkeit von der Dauer des Sozialhilfebezugs zum Zeitpunkt der Befragung (Anzahl Monate seit Beginn des Sozialhilfebezugs). Die Darstellung verdeutlicht, dass bei Personen, die länger Sozialhilfe beziehen, häufiger Gesundheitsprobleme vorhanden sind, als bei Personen, die erst seit kurzem Sozialhilfeleistungen beziehen. Ein ähnliches Muster zeigt sich, wenn die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit nach Bezugsdauer ausgewertet wird. Je länger die Befragten Sozialhilfe beziehen, desto schlechter schätzten sie ihre Gesundheit ein.

Der schlechtere Gesundheitszustand von Langzeitbeziehenden muss jedoch nicht zwingend eine Folge der langen Bezugsdauer sein. Denkbar ist, dass Personen, die bei Beginn der Sozialhilfe bereits gesundheitlich deutlich angeschlagen sind, grössere Schwierigkeiten haben, sich von der Sozialhilfe abzulösen – falls sie nicht Anspruch auf eine IV-Rente haben. Zudem könnte auch das Alter einen Effekt auf die Gesundheit haben.

Abbildung 2 : Anteil der SH-Beziehenden mit chronischen Krankheiten, nach Sozialhilfebezugsdauer



Quelle: Beobachtungen in Sozialhilfestatistik, 2005-2017, SAKE 2010-2017, SHP 2005-2017, SGB 2012/2017, ungewichtete Schätzungen

Um die grundlegenden Unterschiede zwischen Personen zu Beginn einer Bezugsperiode und zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigen zu können, schlagen wir als zweite Methode eine OLS Modellschätzung vor, welche eine Variable *Bezugsdauer zum Befragungszeitpunkt* als erklärende Variable aufnimmt und

¹⁷ Beziehende mit schlechter Gesundheit bleiben länger in der Sozialhilfe

zusätzlich auf die *totale Dauer der Bezugsperiode* und das Alter¹⁸ kontrolliert. Dadurch würden Gesundheitsunterschiede zwischen Kurz- und Langzeitbezügern, welche schon zu Beginn von Sozialhilfebezugsperioden bestehen, aus dem OLS-Koeffizient der erklärenden Variable zur *Bezugsdauer zum Befragungszeitpunkt* herausgerechnet. Letzterer wäre dann ein klarerer Hinweis darauf, ob es während des Sozialhilfebezuges zu einer Verschlechterung der Gesundheit kommt. Der Nachteil dieser Methode ist, dass nur Beobachtungen von Sozialhilfebezugsperioden verwendet werden könnten, welche zum letzten Beobachtungszeitpunkt der Sozialhilfestatistik (aktuell: Dezember 2017) schon abgeschlossen waren. Dadurch gehen rund 38% der Gesundheitsbeobachtungen verloren. Die Methode kann auf die Gesamtheit der verfügbaren Informationen zu den Dimensionen der Gesundheit angewendet werden.

Die dritte Methode beruht auf mehrmaligen Messungen des Gesundheitszustandes bei derselben Person während des Sozialhilfebezuges. Die Methode hat den Vorteil, dass Veränderungen der Gesundheit auf individueller Ebene gemessen werden und keine Verzerrungen durch einen Vergleich von Kurz- und Langzeitbezügern entstehen. Anhand von deskriptiven Methoden können so die Veränderungen der Gesundheit im Verlauf des Bezuges zu ausgewählten Zeitpunkten beschrieben werden. Mit den berücksichtigten Umfragedaten sind solche Längsschnittanalysen möglich. In der SAKE, SILC und SHP wurden dieselben Personen mehrmals befragt. In den vorhandenen verknüpften Daten (SAKE, SHP) wurden 1244 Personen mehrmals während Bezugsperioden befragt. 1165 wurden mindestens zwei Mal befragt, 79 Personen drei oder mehrmals. Der Nachteil der Umfragedaten ist, dass der Beginn der Messungen, sowie die zeitlichen Abstände zwischen den Messungen nicht konstant sind. Bei bestimmten Personen beginnt die Messung z.B. nach zwei Jahren Bezug, bei anderen nach drei Jahren. Es lässt sich deshalb nicht für eine fixierte Stichprobe von Personen die Gesundheit seit Beginn der Bezugsperiode nachzeichnen. Die Daten können jedoch verwendet werden, um die *generelle Veränderung der Gesundheit während des Sozialhilfebezuges* zu messen. Dafür müsste die Gesundheitsentwicklung (statistisch gesprochen: der Einfluss des Alters) während Bezugsperioden mit der Gesundheitsentwicklung *vor- oder nach Bezugsperioden* verglichen werden. Für dieses Analysedesign können mit den vorliegenden Daten (SAKE und SHP) für den subjektiven Gesundheitsstatus und das Vorhandensein chronischer Gesundheitsprobleme aussagekräftige Berechnungen vorgenommen werden. Bei einer Zusammenlegung von SHP und SILC wären Berechnungen für weitere Dimensionen wie z.B. Lebenszufriedenheit oder depressive Gefühle möglich (vgl. Tabelle 8 im Anhang).

5.6.3 Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten

Die dritte Fragestellung betrifft die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und allfällige Zugangshindernisse. Eine Möglichkeit zur Untersuchung dieser Frage sind deskriptive Analysen analog zu Fragestellung 1. In der SGB ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen umfassend erhoben worden. So liegen Angaben dazu vor, auf welche gesundheitlichen Probleme (z.B. Behandlung psychischer Probleme) sich die Dienstleistungen beziehen und welche Art von Leistungen in Anspruch genommen werden (z.B. Hausarzt). Weiter werden detaillierte Informationen zur Art der Krankenversicherung erhoben. Der Vergleich zwischen Sozialhilfebezügern und Personen ohne Sozialhilfe erlaubt also eine umfassende Analyse, welche Gesundheitsleistungen von Sozialhilfeempfängern besonders oft und welche Leistungen allenfalls weniger häufig im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beansprucht werden.

Unterversorgung mit Gesundheitsleistungen können entweder auf eine *direkte* oder eine *indirekte* Art gemessen werden. Armutsbezogene Unterversorgung ist lediglich im SHP und der SILC *direkt* erhoben. Im SHP wird erhoben, ob Befragte zahnärztliche Untersuchungen aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten unterlassen haben. In der SILC wird dies zusätzlich auch für medizinische Untersuchungen im Allgemeinen erhoben.

Eine *indirekte* Methode um Unterversorgung zu messen, ist die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Gesundheitsproblemen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Hier nehmen wir grundsätzlich eine negative Korrelation an: je schlechter die Gesundheit, desto häufiger werden Leistungen beansprucht. Besteht eine *Unterversorgungssituation*, so erwarten wir jedoch eine *schwächere* Korrelation zwischen der Gesundheit und Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Eine Verschlechterung der Gesundheit führt dann zu einer weniger starken Zunahme in der Inanspruchnahme von Leistungen.

¹⁸ Erste Analysen mit einem OLS Modell zeigen, dass Gesundheitsunterschiede zwischen den Bezugsdauergruppen auch nach Kontrolle für Altersunterschiede statistisch signifikant sind.

Um Unterversorgung bei Sozialhilfebeziehende aufzudecken, könnte beispielsweise der Zusammenhang (z.B. anhand einer OLS -Schätzung) zwischen subjektivem Gesundheitsstatus und der Häufigkeit von Arztbesuchen für Sozialhilfebeziehende und Nicht-Beziehende berechnet werden. Ist der Koeffizient für Sozialhilfebeziehende geringer, so würde dies auf eine Unterversorgung der Inanspruchnahme ärztlicher Beratung hindeuten. Gleichzeitig könnte dieser Ansatz ausgeweitet werden, um Fälle zu identifizieren, die gegeben ihrer Gesundheitssituation überdurchschnittlich viel bzw. wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Damit könnten Schätzungen zur Anzahl der Personen mit Unter- bzw. Überversorgung vorgenommen werden und bei wie vielen Personen die Gesundheitsversorgung im Umfang des Erwarteten liegt

5.6.4 *Gesundheit als Barriere für die Arbeitsmarktintegration*

Im vierten Fragekomplex sollen gesundheitliche Probleme als mögliche Barrieren für die Arbeitsmarktintegration untersucht werden. Wir schlagen zwei unterschiedlich Methoden vor. Beide Untersuchungsdesigns beruhen auf der Verwendung von Einkommensdaten der Individualkonten der AHV. Für beide Methoden müssen für die Personen der Untersuchungspopulation zu Beginn der Bezugsperiode Informationen zum Gesundheitszustand vorhanden sein. Um eine möglichst grosse Stichprobe zu erreichen, schlagen wir vor, Gesundheitsprobleme anhand des binären Indikators «Vorhandensein chronische Krankheit» zu messen, welcher in allen vier Umfragen erhoben wurde.¹⁹ Wird die Gruppe auf Personen eingeschränkt, die im Jahr vor dem Sozialhilfebezug befragt wurden, gehen wir für die bisher vorhandenen Daten (SGB, SAKE, SHP) von einer Stichprobengrösse von rund 2'000 Personen aus. Davon haben rund 30% Gesundheitsprobleme und 70% keine Gesundheitsprobleme. Für beide Methoden wird zudem ein Datensatz zu den in der Sozialhilfestatistik vorhanden soziodemographischen Merkmalen erstellt. Je mehr Informationen für den Vergleich zwischen Personen mit und Personen ohne Gesundheitsprobleme berücksichtigt werden, desto besser können Unterschiede bezüglich der Erwerbsintegration auf die Gesundheitsprobleme zurückgeführt werden.

Die erste Methode fokussiert direkt auf die Erwerbsintegration und versucht die Informationen diesbezüglich möglichst umfassend auszuschöpfen. Dafür wird ein Datensatz erstellt, in dem für jede Person und für jeden Monat zwischen Bezugsbeginn und letzter Beobachtung (Dezember 2017) die Erwerbsbeteiligung (ja/nein) angegeben ist. Erwerbsbeteiligung messen wir anhand der Informationen aus den IK-Daten zu selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit. Wir schätzen dann ein logistisches Regressionsmodell, welches den Einfluss der Zeit seit Bezugsbeginn (unabhängige Variable) auf die Erwerbsbeteiligung (abhängige Variable) modelliert. Zeit kann beispielsweise als kategoriale Variable ins Modell aufgenommen werden, welche die Unterschiede zwischen den ersten drei Monaten nach Beginn, den Monaten 6-9 nach Beginn, den Monaten 10-12 nach Beginn (usw.) im Vergleich zum Bezugsstartmonat angibt. Somit kann die Entwicklung der Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsarbeit seit Bezugsbeginn dargestellt werden. Die unterschiedlichen Erwerbsintegrationsprozesse von Personen mit und ohne Gesundheitsprobleme wird dann mit einer Interaktion zwischen der kategorialen Zeitvariable und dem Gesundheitsindikator modelliert. Damit können Unterschiede in der Entwicklung der Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsarbeit seit Bezugsbeginn zwischen Personen mit und Personen ohne Gesundheitsprobleme berechnet (und in grafisch dargestellt) werden. Die Methode lässt sich äquivalent auf die Modellierung der Wahrscheinlichkeit eines existenzsichernden Einkommens oder, generell, auf die Höhe des Einkommens anwenden.

Eine zweite Methode bezieht konzeptionelle Überlegungen stärker ein und beruht auf Indikatoren zur Erwerbsintegration anhand der AHV-IK-Daten. Entsprechende Indikatoren sind im Projekt „berufliche Integration von Arbeitslosen“ (Fluder et al. 2016) entwickelt und für die Analyse der Erwerbsintegration von Arbeitslosen und ausgesteuerten Personen verwendet worden.

Für einen ersten Indikator wird für eine bestimmte Periode erfasst (z.B. 30 Monate) in wie vielen Monaten die Person erwerbstätig ist. Dabei kann auch unterschieden werden, ob dabei ein existenzsicherndes Erwerbsminimum erzielt wurde oder nicht (z.B. CHF 2'500 pro Monat). Der Anteil der Erwerbsmonat mit einem existenzsichernden Einkommen gilt als Indikator für die Erwerbsintegration.

Als weiterer Indikator wurde eine Typologie der Erwerbsintegration entwickelt mit den Typen:

¹⁹ Zusätzlich kann die Analyse auch für die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes durchgeführt werden.

1. Nachhaltige Erwerbsintegration
2. Teilweise Erwerbsintegration
3. Nicht existenzsichernde Erwerbsintegration
4. Minimale Erwerbsintegration
5. Keine Erwerbstätigkeit

Diese Typologie kann verwendet werden, um den Einfluss der Gesundheit auf die Erwerbsintegration zu untersuchen.

Eine Erweiterung des Ansatzes mittels vorgängiger Analysen die Möglichkeiten der Erwerbsintegration zu abzubilden, wäre möglich, wenn die Daten mit Registerdaten der Sozialversicherungen verknüpft werden, wie in Hümbelin & Fritschi (2018) vorgenommen. Damit könnte unter anderem eine Ablösung über die Invalidenversicherung erkannt werden, die auf eine längerfristig erschwerte Integration in das Berufsleben auf Grund von gesundheitlichen Einschränkungen verweist.

Für Personen mit einem neuen oder erstmaligen Sozialhilfebezug kann aufgrund des Gesundheitszustandes im ersten Bezugsjahr (T₀) untersucht werden ob und in welchem Ausmass die Personen in den Jahren T₁ bis T₂ (d.h. aufgrund der Beobachtungen von 24 Monaten) bzw. T₂ bis T₃ (bei einer späteren Beobachtungsperiode) berufliche integriert sind. In einem ersten deskriptiven Schritt können Personen mit und ohne gesundheitliche Probleme verglichen werden.

In einem weiteren Schritt kann ein multivariates Modell der Erwerbsintegration geschätzt werden (analog zum erwähnten Projekt zur beruflichen Integration von Arbeitslosen), indem zusätzliche Indikatoren zum Gesundheitszustand berücksichtigt werden.

5.7 Diskussion und abschliessende Bewertung

Es zeigt sich, dass die drei Surveys mit der Sozialhilfestatistik verknüpft werden können und dass damit Informationen zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden verfügbar sind. Am umfassendsten sind die Gesundheitsinformationen der SGB. Damit eignet sich dieser Datensatz besonders, um die Sozialhilfestatistik mit Gesundheitsinformationen zu ergänzen. Nimmt man die Erhebungen 2012 und 2017 zusammen ist die Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden der SGB ausreichend, um generelle Analysen zum Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden zu machen. Anhand der vorgeschlagenen Methoden können mit Ausnahme der Fragestellung 4 alle Fragestellungen anhand der Daten der SGB untersucht werden. Für die vorgeschlagene Methode zur Untersuchung von Fragestellung 4 ist die Stichprobe der SGB nicht genügend gross. Um die gesundheitlichen Hindernisse bei der beruflichen (Re) Integration zu untersuchen, eignet sich ein Pool von SAKE-, SILC- (ev. auch SHP-) Daten. SAKE ist zudem eine sinnvolle Ergänzung für detailliertere Analysen anhand einzelner Gesundheitsindikatoren. Ein Pool von SAKE-, SILC- und SHP-Daten ermöglicht auch weitergehende Analysen zur Entwicklung der Gesundheit im Laufe des Sozialhilfebezugs.

Die Repräsentativität der Sozialhilfebeziehenden in der SAKE und SGB kann als gut eingeschätzt werden. Vorhandene Verzerrungen können zudem mittels einer Gewichtung korrigiert werden. Obwohl keine diesbezüglichen Analysen für SILC vorliegen, kann bei diesem Datensatz mit ähnlichen Resultaten gerechnet werden. Schlechter schneidet das SHP bezüglich der Repräsentativität ab.

6 Das Potential der Daten von Krankenversicherer

Ein weiterer Projektteil umfasst die Prüfung des Potentials von Krankenkassendaten. Daten der Krankenversicherer wurden bisher für Gesundheitsanalysen der Bevölkerung kaum genutzt. Wegbereitend im Kontext der Sozialhilfe ist die Studie von Reich et al. 2015, die Daten der Helsana und der Bevölkerung der Stadt Bern verknüpfte. Für 2012 standen Informationen von 13'000 Personen zur Verfügung, davon rund 400 Sozialhilfebeziehende. Die Studie zeigte, dass Sozialhilfebeziehende deutlich höhere Kosten verursachen als die allgemeine Bevölkerung und dass keine Unterversorgung von Bedürftigen mit medizinischen Dienstleistungen besteht. Die Vorgehensweise ermöglichte erste wertvolle Einblicke zur

Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden. Es drängt sich auf zu prüfen, welche Möglichkeiten für eine umfassendere Studie bestehen.

Krankenversicherungsdaten enthalten generell alle kostenpflichtigen Leistungen, die eine versicherte Person beansprucht. Neben dem Zeitpunkt der Beanspruchung werden die genutzten Leistungen zudem anhand vorgegebener Raster klassifiziert. Damit sind Rückschlüsse auf die Krankheitsbilder möglich, wie nachfolgend ausgeführt wird. Auf der Basis des Gesundheitsmodelles und der Kriterien zur Beurteilung der Datensätze erfolgt die Prüfung des Potentials der Krankenversicherungsdaten anhand folgender Themen:

- Gesundheitsindikatoren in Daten von Krankenversicherer
- Datenqualität
- Datenstruktur
- Population/Repräsentativität
- Möglichkeiten und Grenzen der Datenverknüpfung

Zu diesen Themen haben Gespräche zwischen Vertretern der BFH und der Helsana sowie der SWICA stattgefunden. Diese beiden Krankenversicherer haben sich freundlicherweise für die Klärung der Fragen zu den Möglichkeiten der Daten der Krankenversicherer zur Verfügung gestellt. Neben dem Austausch mit den Krankenversicherern strebte die BFH eine testweise Verknüpfung der Krankenkassendaten mit der Sozialhilfestatistik an. Diese hätte Aufschluss gegeben über Fallzahlen und Repräsentativität zur Population der Sozialhilfebeziehenden, die bei den beiden Krankenversicherer versichert sind. Diese testweise Verknüpfung konnte nicht vorgenommen werden, weil die Rechtmässigkeit der Datenverknüpfung nicht abschliessend geklärt werden konnte (vgl. 6.5.2 ausführlicher). Im Rahmen der Prüfung des Datenverknüpfungsantrages durch das BfS nahm zudem der Ethikrat der öffentlichen Statistik der Schweiz eine Einschätzung zur Zulässigkeit einer allfälligen Verknüpfung vor. Zur Klärung der gesetzlichen Rahmenbedingungen hat die BFH darüber hinaus eine BFH interne juristische Einschätzung eingeholt. Die Resultate aller Arbeitsschritte werden nachfolgend beschrieben.

6.1 Gesundheitsindikatoren in Daten von Krankenversicherer

Als erstes wurde überprüft, welche Elemente des Gesundheitsmodells (vgl. Abbildung 1) mit Hilfe von Krankenkassendaten abgebildet werden können. Dafür wurden die auf der Website von Helsana publizierten Arzneimittelrepor²⁰te und die wissenschaftlichen Publikationen des Jahres 2018²¹ hinsichtlich der Nutzung der Daten aus der Abwicklung von Krankenversicherungsleistungen untersucht und es fanden Gespräche mit den Vertretern der Versicherungen statt.

6.1.1 Informationen zur Gesundheitssituation

Die Gesundheitssituation kann indirekt über kostenverursachende Ereignisse ermittelt werden, in welche die Krankenkasse involviert ist. Über medizinische Codes sind Rückschlüsse auf die Art der Erkrankung möglich. Folgende Informationen sind abgedeckt:

- Chronische Krankheiten nach Pharmaceutical Cost Groups (PCG)
- Medikament (Pharmacode, anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC-Code). Die ATC-Klassifikation umfasst 9 Hauptgruppen, die auf die Erkrankung verweisen (bspw. ATC Ebene A = Alimentäres System und Stoffwechsel. Beispiel: Antidiabetika)
- Swissmedic-Kategorie [Liste A bis E], die auf Krankheiten verweisen.
- Sofern die Versicherten bei der Krankenkasse unfallversichert sind, liegen auch Informationen zu Unfällen vor.

²⁰ Helsana erstellt seit 2014 jährlich einen Arzneimittelreport, der auf den Abrechnungsdaten der Krankenversicherung beruht und ein repräsentatives Bild über die Anzahl Medikamentenbezüger und die daraus entstehenden Kosten zeichnet (vgl. <https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/gesundheitswissenschaften/arzneimittelreport?d=s88412>)

²¹ Helsana betreibt seit Mitte 2011 ein internes wissenschaftliches Zentrum für Versorgungsforschung, das die Qualität von medizinischen und therapeutischen Leistungen und die dafür eingesetzten Ressourcen untersucht. Daraus resultieren Publikationen in wissenschaftlichen Journalen (Vgl. <https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/gesundheitswissenschaften/wissenschaftliche-publikationen?filter=2018>)

- Teilweise liegen Informationen zu Behinderungen/Beeinträchtigungen vor, sofern diese als Leistungen der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) abgerechnet werden können (z.B. Rollstuhl, Gehstock etc.)

Wie eben ausgeführt, kann die Gesundheitssituation über die beanspruchten Leistungen, die mit medizinischen Codes hinterlegt sind, auf detaillierte Weise abgebildet werden. Es kann damit beispielsweise ermittelt werden, ob und wie viele chronische Erkrankungen im Mittel vorliegen und um welche Erkrankung es sich handelt (bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schmerzen, psychische Störungen). Damit ist einerseits eine Aussage über das Krankheitsbild möglich, andererseits verweisen die Kosten auf den Schweregrad der Erkrankung. Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass die betreffenden Codes keine diagnostische Klassifikation beinhaltet. Zum Teil verweisen die medizinischen Codes auf eindeutige Krankheitsbilder, in gewissen Fällen sind sie jedoch mehrdeutig. Diese indirekte Messung der Gesundheit kann zudem nur für jene Personen erfolgen, die Leistungen über die Krankenversicherungen abrechnen. Für Personen, die keine Leistungen beziehen bzw. diese selbst bezahlen, kann die Gesundheitssituation nicht abgebildet werden. Im Kontext der Sozialhilfe ist dabei davon auszugehen, dass dies kaum von Bedeutung ist.

In Bezug auf Unfälle sowie Behinderungen, müsste zudem eingehender überprüft werden, welche Restriktionen sich für die Datenanalyse auf Grund der gesetzlichen Rahmenbedingungen ergeben. Insbesondere müsste überprüft werden, welche Behinderungen allenfalls nicht erkannt werden, weil keine Leistungen abgerechnet werden können.

Krankenkassen registrieren zudem auch Todesfälle. Für Spezialfragestellungen zu Todesursachen ist es möglich, diese mit dem Register der Todesfälle des BfS zu verknüpfen. Die Helsana hat dies bereits im Rahmen einer Studie vorgenommen.

Entsprechend der administrativen Logik ist es jedoch nicht möglich, mit den Daten der Krankenversicherer Indikatoren zur subjektiven Einschätzung des physischen, psychischen und des sozialen Wohlbefindens zu bilden – Informationen, die in der Regel bei Befragungsdaten vorliegen. Diese Dimension des Gesundheitsmodells kann somit nicht abgebildet werden.

6.1.2 *Gesundheitssystem und Inanspruchnahme von Leistungen*

Die Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sind detailliert geführt. Damit sind Analysen zur Gesundheitsversorgung möglich. Folgende Informationen sind dokumentiert:

- Gesundheitskosten (ambulant, stationäre)
- Typ der beanspruchten Leistung; Grundversorger, Spezialisten, Spitaltage (akut, Psychiatrie)
- Medikamente (Packungsgrösse und Anzahl der gekauften Packungen)

Ein weiteres Element des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung kann über die Krankenversicherungssituation abgebildet werden. Dies umfasst:

- Krankenversicherungsmodell (Managed Care, Basisversicherung)
- Zusatzversicherung (sofern, das Angebot derselben Versicherung genutzt wird)
- Wahl der Franchise

Schliesslich ist es möglich, auf Grund des in den Stammdaten der Versicherten erfassten Wohnortes räumliche Analysen zur Gesundheitsversorgung durchzuführen. Die Wohnorte könnten in die Gemeindetypologie des BfS überführt werden. Damit kann untersucht werden, ob Unterschiede in Bezug auf die Gesundheitssituation der Betroffenen und hinsichtlich der Gesundheitsversorgung nach Stadt/Land auftreten. Auch eine Einteilung nach Wohnregion (Mittelland, Nordwest, etc.) oder nach Kanton ist möglich. Dies ermöglicht weitere räumliche Analysen zur Gesundheitsversorgung. Diesbezüglich müsste aber sichergestellt werden, dass durch diese Vorgehensweise keine Einzelfälle erkennbar gemacht werden.

6.1.3 *Individuelle Ressourcen und Gesundheitsverhalten*

Krankenkassendaten umfassen Stammdaten mit Basisinformationen zu den Versicherten. Damit liegen gewisse demografische Informationen wie Alter und Geschlecht vor, die zu den klassischen Determinanten des Gesundheitszustands gehören. Diese können als Kontrollvariablen für Analysen verwendet werden. Weitere Informationen können über eine Datenverknüpfung gewonnen werden. Anhand der Erhebungen

des Bundesamtes für Statistik (STATPOP, Strukturhebung) kann die Haushaltssituation oder der Bildungsstatus (lediglich einer Stichprobe) eruiert werden. Mit Hilfe der Angaben der individuellen AHV-Konten liegen zudem Angaben zum Erwerbseinkommen und zum Arbeitsmarktstatus während und nach dem Sozialhilfebezug vor. Letztere sind erforderlich für die Untersuchung der Fragestellungen zur arbeitsmarktlichen Integration.

Die Helsana bietet zudem zwei Gesundheitsapplikationen an, mit denen prinzipiell Daten zum Gesundheitsverhalten gesammelt werden können. Damit wären theoretisch Analysen zum Gesundheitsverhalten möglich. Es ist allerdings nicht geklärt, ob und in welchem Rahmen diese Daten für Forschungszwecke verwendet werden können. Eine Verwendung dieser Daten empfiehlt sich deshalb nicht.

6.2 Datenqualität

Mit den Krankenversicherungen wurde ferner geklärt, inwiefern die Datenqualität verlässlich ist. Bei der *Helsana* werden alle Datensätze vor der Durchführung der Analysen für den Arzneimittelreport auf Vollständigkeit der Stammdaten der Versicherten (Alter, Geschlecht, Wohnkanton) geprüft. Es wurden dabei keine Lücken festgestellt. In den betreffenden wissenschaftlichen Publikationen²² wird von vereinzelten Fallausschlüssen auf Grund schlechter Datenqualität berichtet. Es handelt sich dabei jedoch um sehr seltene Ereignisse im Promillebereich. Grundsätzlich sind die erhobenen Informationen vollständig und korrekt. Als Folge der Abrechnungslogik können aber vereinzelt Lücken entstehen. Medikamente aus dem stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) werden meistens pauschal, also ohne individuelle Verrechnung, abgerechnet, weshalb nur Angaben zu Abrechnungen aus dem ambulanten Bereich berücksichtigt werden können, wo standardmässig jedes Medikament einzeln erfasst wird. Medikamente, die im Over-The-Counter- (OTC)-Bereich von Patienten selbst bezahlt wurden, sind in den Krankenversicherungsdaten zudem nicht enthalten. Auch *SWICA* nannte als Einschränkung den Modus der Abrechnung. Detaillierte Informationen liegen nur bei elektronischen Abrechnungen vor, was jedoch bei ca. 95% aller Abrechnungen der Fall ist.

6.3 Datenstruktur

Fragen zur Datenstruktur sind von Bedeutung, weil sich dadurch unterschiedliche Möglichkeiten der Datenanalyse ergeben. Für Fragen zur Entwicklung und Veränderungen sind etwa Daten für mehrere Zeitpunkte nötig, idealerweise kann die Entwicklung auf individueller Ebene abgebildet werden.

Mit Krankenkassendaten ist es grundsätzlich möglich, die Gesundheitssituation von Einzelpersonen zu mehreren Zeitpunkten zu beobachten. Dies stellt ein grosser Vorteil dar. Die Daten haben damit eine für wissenschaftliche Studien sehr wertvolle Paneldatenstruktur, die mit Hilfe von Befragungsdaten nur mit grossem Aufwand erreicht werden kann. Als Folge von Ausfällen bei wiederholten Befragungen sind bei Befragung in der Regel Korrekturgewichtungen nötig. Der Gefahren einer selektiven Verzerrung unterliegen Krankenkassendaten weniger. Allerdings müsste auf Grund der Daten eingehender überprüft werden, ob und welche Verzerrungen als Folge des Wechsels von Krankenversicherern auftreten.

Für Analysen über die Zeit stehen voraussichtlich Daten von 2012 bis 2016 zur Verfügung. Für diesen Zeitraum sind Daten mit ausreichend hoher Datenqualität vorhanden. Damit sind Vergleiche über die Zeit auf aggregierter Ebene möglich. Man kann also untersuchen, ob sich die Gesundheitssituation bzw. die Inanspruchnahme von Leistungen und die Versorgung von Personen, die durch die Sozialhilfe unterstützt werden, insgesamt verbessert oder verschlechtert hat. Innerhalb dieses Zeitraumes kann zudem die individuelle Veränderung der Gesundheit vor, während und nach dem Sozialhilfebezug analysiert werden. Dies ist aber nur für jene Fälle möglich, die innerhalb des Beobachtungszeitraums die Krankenversicherung nicht gewechselt haben.

²² (Vgl. <https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/gesundheitswissenschaften/wissenschaftliche-publicationen?filter=2018>)

6.4 Population/Repräsentativität

Krankenkassendaten können lediglich Auskunft zu Personen liefern, die in ihrem Versichertenbestand geführt sind. Es stellt sich damit die Frage, ob durch eine Einschränkung auf nur zwei Versicherer, Verzerrungen entstehen und ob Verallgemeinerungen auf die Schweizer Bevölkerung möglich sind. Nachfolgende Ausführungen beruhen auf den Einschätzungen bzw. Unterlagen der Krankenversicherer.

- *Helsana*: Grundinformationen zur Bevölkerungsstruktur der Versicherten können den Arzneimittelreports entnommen werden, die für die Jahre 2014 bis 2017 vorliegen: Bei der Helsana-Gruppe sind rund 1.9 Millionen Personen versichert. Als Grund-, Zusatz- und Unfallversicherer ist die Helsana-Gruppe (bestehend aus Helsana und Progrès) in sämtlichen Landesteilen der Schweiz präsent, wobei sie in der Romandie leicht untervertreten ist. Frauen sind geringfügig übervertreten. In Bezug auf das Alter lässt sich eine leichte Überrepräsentation von Versicherten ab dem 65. Lebensjahr erkennen, während die Altersgruppen 20-64 geringfügig untervertreten sind. Bei Kindern (0-19 Jahr) zeigen sich keine Abweichungen im Vergleich zur Bevölkerung. Für Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung verwendet das Helsana-Forschungsteam einen jahresspezifischen Hochrechnungsfaktor des Bundesamtes für Statistik (BFS). Regionale Analysen nimmt der Bericht auf Basis der Kantone Aargau, Bern, Genf, Tessin und Zürich vor, da die Helsana in diesen Kantonen mit einem umfangreichen Versichertenkollektiv vertreten ist. Damit sind Vergleiche von Stadt und Land sowie zwischen Sprachregionen möglich.
- *SWICA*: je nach Zeitraum umfassen die Daten zwischen 500'000 bis 600'000 Versicherte. Aktuell hat die Swica einen Bestand von 750'000. Die räumliche Abdeckung ist in der Ostschweiz und Zürich hoch; eine schlechte Abdeckung finden wir im Tessin, Zentral- und Westschweiz.

Die geplante testweise Verknüpfung der Daten der Krankenversicherer mit der Sozialhilfestatistik hätte weiterführende Erkenntnisse zu diesem Punkt geliefert.

6.5 Möglichkeiten und Grenzen der Datenverknüpfung

6.5.1 Potentiale der Datenverknüpfung

Eine Verknüpfung der Daten der Krankenversicherer auf individueller Ebene ist zur Beantwortung der Fragestellungen in verschiedener Hinsicht notwendig. Den Krankenversicherern selbst ist nicht bekannt, welche Personen in ihrem Versichertenbestand durch die Sozialhilfe unterstützt werden und welche nicht. Zur Identifikation der Sozialhilfefälle bietet sich eine Verknüpfung mit den Daten der *Sozialhilfestatistik* an. Nur dadurch sind Analysen zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden möglich.

Für vertiefende Analyse zur Bedeutung des Bildungsstandes (einer der klassischen Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit) bietet es sich zudem an, die Daten der Krankenversicherer mit der Strukturhebung zu erweitern. Die Strukturhebung ist in Bezug auf die Stichprobengrösse, die umfassendste Erhebung, in welcher der Bildungsstand erfragt wird. Für die Fragestellungen zu den Möglichkeiten der beruflichen Integration könnten die KV-Daten mit den Daten der individuellen Konten der AHV verknüpft werden., Damit lägen Angaben zum Erwerbseinkommen vor und es könnten Erwerbsepisoden bzw. Erwerbsverläufe der untersuchten Personen rekonstruiert werden können.

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurde eingehend geprüft, wie bei einer Verknüpfung mit der Sozialhilfestatistik vorzugehen ist. Die damit verbundenen Schwierigkeiten und Lösungswege werden in den beiden nächsten Unterabschnitten besprochen. Es ist davon auszugehen, dass sich die gemachten Erfahrungen weitgehend auf die Verknüpfung mit anderen Daten übertragen lässt.

6.5.2 Abklärungen zur Rechtmässigkeit der Nutzung der Daten von Krankenversicherer

Abgesehen von der Versorgungsforschung, welche die Krankenversicherer selbständig betreiben und der Studie von Reich et. al (2015), in welcher bereits eine Verknüpfung von Krankenversicherungsdaten und Daten der Sozialhilfe vorgenommen wurde, existiert wenig Erfahrung zur rechtlichen Legitimität der Nutzung der Daten von Krankenversicherer für wissenschaftliche Studien. Insbesondere, für den Fall, dass eine Datenverknüpfung vorgesehen ist. Die im Rahmen der Machbarkeitsstudie erfolgten Abklärungen, konnten die Situation nicht abschliessend klären. Im Rahmen dieser Abklärungen haben sich drei kritische Aspekte gezeigt.

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, *ob Krankenversicherer überhaupt datenschutzrechtlich legitimiert sind, die Leistungsdaten aus der Grundversicherung für Forschungsvorhaben zur Verfügung zu stellen (erster kritischer Punkt).*

Coullery (2019) hat überprüft (vgl. Anhang), inwiefern dies im Rahmen einer Auftragsstudie für das BAG möglich ist. Er kommt zum Schluss, dass in Anbetracht der Geringfügigkeit des Eingriffs in Persönlichkeitsrechte eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage besteht, damit das BAG mit Aufsichtsdaten Forschung betreiben (lassen) kann mit dem Ziel, sicherzustellen, dass alle versicherten Personen Zugang zu medizinischen Massnahmen haben (vgl. ausführlicher Anhang 9.4.1).

Die Rechtsabteilung des BfS kam zum Schluss, dass die Weitergabe der Versichertendaten durch die Krankenversicherer an den Bund für nicht-administrative Zwecke und insbesondere deren Verknüpfung zu Forschungszwecken in den Geschäftsbedingungen der Versicherer geregelt sein muss (vgl. Anhang 9.4.2). Die Zustimmung der Versicherten muss vertraglich nachweislich geregelt sein. Beide Versicherer führen in den allgemeinen Geschäftsbedingungen eine Passage, die eine externe Weitergabe von Personendaten an Berechtigte gemäss Art. 84a KVG bzw. Art. 97 UVG erlaubt. Indirekt erfolgt die Rechtmässigkeit der Nutzung entsprechend über die rechtliche Grundlage des KVG und des UVG. Laut Coullery (2019) ist diese Grundlage hinreichend, um ein die Nutzung dieser Daten für ein Forschungsvorhaben zu begründen.

Es kann festgehalten werden, dass die bisherigen Abklärungen für die Nutzung von Leistungsdaten von Krankenversicherer für ein Forschungsvorhaben sprechen. Da es sich jedoch um hochsensible Daten handelt, die rechtliche Legitimität allenfalls mit weiteren Einschätzungen und Gutachten abgestützt werden.

Neben der grundlegenden Frage der Datennutzung, sind zwei weitere kritische Punkte zu benennen, die es bei einer Verknüpfung von Krankenkassendaten zu berücksichtigen gilt. Gemäss den Richtlinien des Datenschutzes muss sichergestellt sein, dass die *Anonymität der Einzelpersonen bei einer Datenverknüpfung gewährleistet bleibt (zweiter kritischer Punkt). Zudem gilt es zu verhindern, dass durch die Datenverknüpfung den Krankenversicherern eine Anreicherung ihrer Daten durch (sensible) Daten der öffentlichen Statistik möglich wird* (Ethikrat der öffentlichen Statistik der Schweiz, 2019 vgl. Anhang 9.4.3) (dritter kritischer Punkt). Dies wäre der Fall, wenn die Krankenversicherer in ihrem Versichertenbestand Sozialhilfefälle identifizieren können und wenn den Krankenversicherer die Information zur Anzahl der bei ihnen versicherten Sozialhilfebeziehenden bekannt gemacht wird. Dies kommt einer Ungleichbehandlung der Versicherer gleich. Zudem könnten andere Unternehmen den Anspruch erheben, eine Anreicherung ihrer Daten durch Daten der öffentlichen Statistik vornehmen zu lassen.

Der nächste Abschnitt geht darauf ein, wie bei einer Verwendung von Leistungsdaten von Krankenversicherer vorzugehen wäre, damit die letzten beiden kritischen Punkte angemessen Berücksichtigung finden.

6.5.3 Vorgehensweise bei einer Verwendung von Leistungsdaten von Krankenversicherer

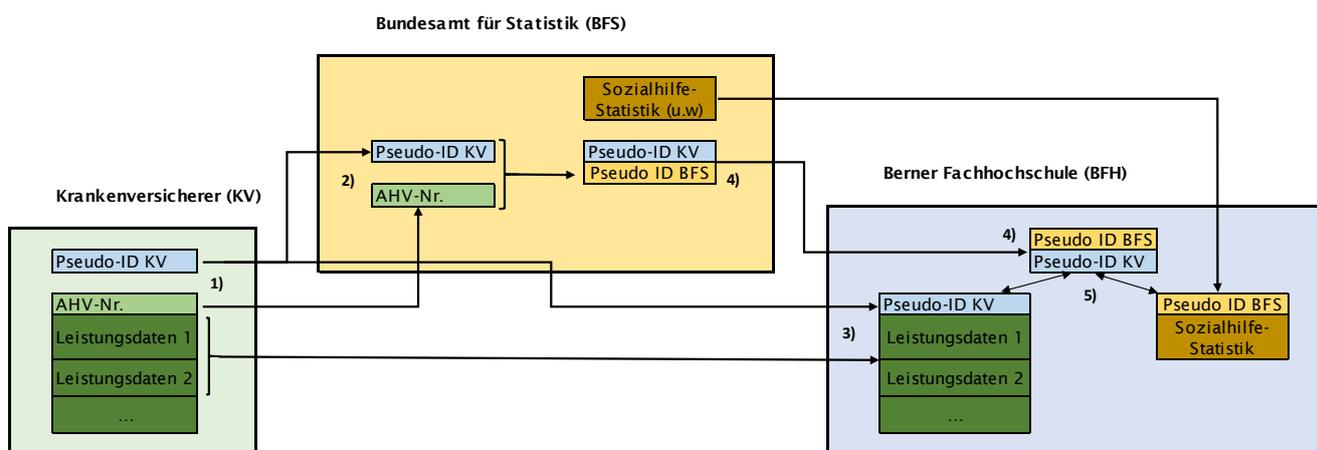
Die im letzten Abschnitt als kritisch identifizierten Punkte sind sowohl bei der Datenverknüpfung als auch bei der Datenauswertung und der Berichterstattung zu thematisieren.

Nachfolgend wird eine Vorgehensweise bei der *Datenverknüpfung* beschrieben, die darauf abzielt, die Anonymität der Einzelpersonen zu gewährleisten und sicherzustellen, dass Sozialhilfebeziehende den Krankenversicherern nicht bekannt gemacht werden. Der vorgeschlagene Ablauf beinhaltet die strikte Trennung von Identifikations- und Nutzdaten und die Unterstützung durch eine unabhängige Institution. Im vorliegenden Fall bietet sich eine Zusammenarbeit mit dem BfS an, da das BfS Dateneigentümerin der Sozialhilfestatistik ist. Die BFH hat bereits in mehreren Projekten Datenverknüpfungen mit sensiblen Daten über das BfS abgewickelt. Damit eine Datenverknüpfung unter Einhaltung des Datenschutzes erfolgen kann, hat sich eine Vorgehensweise etabliert, die im vorliegenden Fall wie folgt umgesetzt werden könnte:

- 1) Der Krankenversicherer erstellt einen Export der Daten und eine Pseudo-ID.
- 2) Die Identifikationsdaten (AHV-Nummer <-> Pseudo-ID) sendet der Krankenversicherer ans BfS.
- 3) Die Nutzdaten (inkl. Pseudo-ID aber ohne AHV-Nr.) werden an die BFH übermittelt.
- 4) Das BfS erstellt einen Schlüssel (Pseudo-ID KV<-> Pseudo-ID BfS) und stellt diesen der BFH zur Verfügung.
- 5) Mit diesem Schlüssel sind die Daten der Krankenversicherer mit weiteren Daten (z.B. Sozialhilfestatistik) verknüpfbar.

In nachfolgender Abbildung ist die eben beschriebene Vorgehensweise visualisiert.

Abbildung 3: Verknüpfungsschema zur Einhaltung des Datenschutzes



Bemerkung: Die Nummern korrespondieren mit den oben aufgeführten Arbeitsschritten. Das Schema basiert auf Erfahrungen der BFH. Es wurde im Austausch mit den Krankenversicherern verfeinert

Datenschutzrechtlich entscheidend ist bei dieser Vorgehensweise, dass zu keinem Zeitpunkt AHV-Nummer und Leistungs-/Nutzdaten gemeinsam vorliegen. Weder das BfS, die Krankenversicherer noch die BFH haben die vollständigen Informationen vorliegen. Damit die Vorgehensweise durchführbar ist, muss aber die AHV-Nummer als eindeutiger Identifikator vorhanden sein. Erfahrungen der BFH zeigen, dass dies für Daten ab 2011/2012, d.h. ab dem Zeitpunkt der Registerharmonisierung, mehrheitlich der Fall ist.

Dieser Vorgehensweise wurden mit den Krankenversicherern besprochen. Kritisch beurteilt wurde dabei, dass die Krankenversicherer die Nutzdaten aller Versicherten liefern sollen, obwohl nur ein Teil der Population von Interesse ist. Damit die Krankenversicherer nicht Leistungsdaten von allen ihren Kundinnen und Kunden bereitstellen müssen und damit gleichzeitig die sensible Information zur Unterstützung durch die Sozialhilfe nicht an die Krankenversicherer weitergeliefert wird, bietet sich folgende Ergänzung der Vorgehensweise bei Schritt 3) «Lieferung der Nutzdaten» an: Das BfS identifiziert auf der Basis der Liste der AHV-Nr. die Population der Sozialhilfebeziehenden. Diese Teilpopulation der Krankenversicherer ergänzt das BfS mit bspw. je fünf²³ zufällig ausgewählten, zusätzlichen Nicht-Sozialhilfebeziehende. Mit dieser Zusatzpopulation wird unkenntlich gemacht, welche Einzelpersonen durch die Sozialhilfe unterstützt wird und sie kann für Analysen genutzt werden, die auf einen Vergleich von Sozialhilfebeziehenden mit der übrigen Bevölkerung abzielen (Vergleichsgruppe). Diese eingegrenzte Liste stellt das BfS den Krankenversicherern für den Export der Nutzdaten zur Verfügung. Für die Krankenversicherer ist es so nicht möglich zu identifizieren, welche Kundinnen und Kunden Sozialhilfebeziehende sind. Der Export der Nutzdaten kann aber sehr viel gezielter erfolgen, ohne dass unnötigerweise Daten von allen Versicherten zur Verfügung gestellt werden müssen. Erst die BFH kann im Rahmen der Verknüpfung der Nutzdaten mit der Sozialhilfestatistik die relevante Population identifizieren.

²³ Es gilt zu regeln, wie viele Zusatzfälle nötig sind, um die Information zum Sozialhilfebezug von Einzelpersonen unkenntlich zu machen.

Dieser Vorgehensweis fand bei den Krankenversicherern Zuspruch. Das BFS (2019) sieht allerdings keine andere Möglichkeit, als dass die Krankenversicherer den Datenbestand von allen Versicherten liefern. Eine Weitergabe von AHV-Nr. aus den SHS-Einzeldaten an die Versicherer sei in keinem Fall zulässig, auch dann nicht, wenn die Identifikation von Sozialhilfebeziehenden mit Hilfe oben beschriebener Vorgehensweise nicht mehr möglich ist.

Hinsichtlich der *Datenanalysen und der Berichterstattung* drängt sich zudem folgende Vorgehensweise auf. Die Datenanalyse muss durch die durch das BAG beauftragte Institution erfolgen. Nur diese Stelle kann physisch Zugang zu den verknüpften Daten haben. Dieser Punkt wird dann relevant, wenn ein Forschungsprojekt in Kooperation mit Vertretern der Krankenversicherer durchgeführt wird, was aus inhaltlichen Gründen ratsam ist (vgl. Empfehlungen im nächsten Abschnitt). Im Rahmen der Berichterstattung ist zudem stets darauf zu achten, die Population der Sozialhilfebeziehenden nie separat nach Versicherer aufzuführen. Damit bleibt die sensible Information zur Zahl der Sozialhilfebeziehenden nach Krankenversicherer unbekannt und es findet keine Ungleichbehandlung der Krankenversicherer statt.

6.6 Diskussion und mögliche nächste Schritte

6.6.1 Potentiale der Nutzung von Krankenversicherungsdaten

Bisherige Abklärungen im Rahmen der Machbarkeitsstudie der BFH deuten auf ein grosses Potential der Daten der Krankenversicherer hin. Der Wert der Daten besteht in ihrem Umfang und der Datenqualität. Mit den Daten von Helsana und SWICA sind bereits rund 1.9 Millionen Schweizerinnen und Schweizer erfasst. Zur Hochrechnung der Resultate für die gesamte Schweiz arbeitet Helsana bereits mit einem Gewichtungsmo­dell des Bundesamtes für Statistik (BfS). Dieses könnte für eine Untersuchung zur Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden verfeinert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass anhand dieser Datenbasis die Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden der Schweiz mittels relevanter Indikatoren valide abgebildet werden kann. Da die Krankenkassendaten von ihrer Natur her eine Panelstruktur aufweisen, kann auf der Grundlage dieser Daten zudem der Gesundheitsverlauf untersucht werden. D.h. Erkenntnisse zur Veränderung der Gesundheitssituation und zur Inanspruchnahme nach Ein- und Austritt in die Sozialhilfe sind möglich. Die Kerndaten könnten zudem mit weiteren Daten verknüpft werden, was weitergehende Analysen möglich macht. Für die Analysen zur arbeitsmarktlichen Integration, drängt sich bspw. eine Verknüpfung der Krankenkassendaten mit individuellen Konten der AHV auf.

6.6.2 Grenzen der Nutzung von Krankenversicherungsdaten

Wenig geeignet sind die Krankenversicherungsdaten allerdings, wenn «Gesundheit» in einem weiteren Sinne verstanden wird, wie es in der internationalen Gesundheitsforschung üblich ist. Es finden sich keine Informationen zum subjektiven Wohlbefinden. Entsprechend sind Vergleiche der Resultate mit anderen Studien in dieser Hinsicht erschwert. Krankenkassendaten beinhalten lediglich Informationen zu kostenverursachenden Krankheiten und auch nur für jene Situationen, in welchen Leistungen des Gesundheitssystems tatsächlich beansprucht und im Rahmen des KVG finanziert werden. Die Abklärung zur Rechtmässigkeit der Nutzung der Daten sowie einer Verknüpfung mit weiteren Erhebungen kam zudem zu keinem abschliessenden Resultat. Damit Sozialhilfebeziehende in der Population der Daten der Krankenversicherern identifiziert werden können, ist aber eine Verknüpfung mit der Sozialhilfestatistik zwingend nötig. Dieser Punkt muss weiter geklärt werden. Auch kann die Frage aufgeworfen werden, ob eine Beteiligung von nur zwei Krankenversicherer zu ausreichend repräsentativen Ergebnissen für die gesamte Schweiz führt, selbst wenn zwei grosse Krankenversicherer involviert sind und mit einem Gewichtungsmo­dell gearbeitet wird. Diesbezüglich ist es nötig, die Fallzahlen zu den Sozialhilfebeziehenden in den Daten der beteiligten Krankenversicherern zu analysieren. Auch diesbezüglich sind weitere Abklärungen nötig. Schliesslich gilt es zu erwähnen, dass der Aufwand bei einer allfälligen Datenlieferung bei den Versicherern nicht unerheblich ist und u.U. finanziert werden müsste. SWICA schätzt die Kosten auf rund 20'000 CHF.

6.6.3 Empfehlungen der BFH

Die im Rahmen der Machbarkeitsstudie gemachten Abklärungen sprechen dafür, dass die rechtliche Grundlage für die Nutzung der Leistungsdaten von Krankenversicherern ausreichend ist. Es empfiehlt sich

jedoch, diesen Punkt weiter zu prüfen. Bei einer Studie auf der Basis von Daten der Krankenversicherer empfiehlt sich zudem eine wissenschaftliche Projektpartnerschaft mit den beteiligten Krankenversicherer. Dadurch könnten wertvolle Expertisen aus dem Bereich der Krankenversicherungen für das Projekt genutzt werden. Schliesslich wäre es wichtig zu wissen, wie gut die Population der Sozialhilfebeziehenden im Bestand der Krankenversicherer abgedeckt ist. Ist die Abdeckung ausreichend für gesamtschweizerische repräsentative Resultate oder können lediglich Aussagen zu einzelnen Regionen/Kantone gemacht werden? Dies kann erst beurteilt werden, wenn die Daten der Krankenversicherer mit der Information zum Sozialhilfebezug ergänzt vorliegen.

7 Erfassung von Gesundheitsinformationen aus Sozialhilfedossiers

Als weitere Möglichkeit vorhandene Daten zum Gesundheitsdaten für Sozialhilfebeziehende zu nutzen sind die Angaben in den Sozialhilfedossiers, die von den zuständigen Sozialdiensten geführt werden. Im Rahmen der Fallführung der Sozialhilfe erstellen Sozialarbeitende der Sozialdienste Dossiers für jede Unterstützungseinheit. In diesen Dossiers werden vielfältige Informationen zur Situation der Klientinnen und Klienten und deren Unterstützung festgehalten, unter anderen zur Gesundheit. Somit enthalten die Dossiers der Sozialhilfebeziehenden eine Vielzahl von Informationen zur gesundheitlichen Situation der unterstützten Personen. Die Angaben zur Gesundheit werden jedoch kaum im standardisierten Teil der Fallverwaltungssoftware erfasst. Daher sind sie nicht direkt zugänglich für eine statistische Analyse. Aus der Sozialhilfestatistik des BfS (SHS) liegen nur standardisierte und einheitlich kategorisierte Informationen vor, die für Auswertungen verwendet werden können. Mit Bezug zur Gesundheit ist nur erfasst, ob eine Unfall- oder IV-Rente oder entsprechende Taggelder vorliegen oder ob die Person mit einer IV-Eingliederungsmassnahme unterstützt wird.²⁴

Die gesundheitliche Situation ist in den Dossiers in den zusätzlichen Dokumenten enthalten. Vor allem in den Situationsanalysen, umfangreiche Gesprächsprotokollen und Notizen, die von den betreuenden Mitarbeitern der Sozialdienste geführt werden, sowie in Gutachten von Ärzten sind gesundheitsrelevante Informationen vorhanden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen kann angenommen werden, dass in den Dossiers Angaben zu gesundheitlichen Problemen und chronischen Krankheiten, zu gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag und für die Erwerbstätigkeit und zur Beanspruchung von Gesundheitsleistungen vorhanden sind. Dies betrifft insbesondere auch Informationen zur IV-Berechtigung und Themen rund um die Suchthematik.

Ziel der vorliegenden Machbarkeitsanalyse ist es zu untersuchen, ob diese Daten in Textform hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte grundsätzlich ausgewertet werden können und welche Herausforderungen und Einschränkungen sich dabei stellen. Eine grosse Herausforderung ist die Tatsache, dass es einerseits mehrere Fallverwaltungssysteme gibt, in denen die weiteren Informationen wie Gesprächsnotizen ganz unterschiedlich eingebunden sind, und andererseits die Sozialdienste jeweils eigene Vorgehen und Richtlinien bei der Erfassung der Dossiers und der Dokumentation des Beratungsprozesses während des Sozialhilfebezugs haben (d.h. es gibt keine gesamtschweizerischen oder kantonalen Standards). Das übliche Verfahren der Nutzung von Informationen aus Dossiers zu Forschungszwecken ist die systematische Erfassung dieser textlich festgehaltenen Informationen durch Forschende oder Sozialarbeitende anhand eines Fragebogens oder eines Kategorienrasters. Daneben existieren neuere Möglichkeiten einer maschinell durchgeführten Auswertung aus den Textdateien (Text-Mining).

Für diesen Arbeitsschritt haben wir mit Prof. Dr. Jürgen Vogel, Forschungsgruppe Data Science and Engineering, Departement für Technik und Informatik der BFH, zusammengearbeitet. Er ist ausgewiesener Experte in den Bereichen Text Mining, Machine Learning und Semantic Web. Im Bereich Text Mining hat er Forschungsprojekte bei SwissMedic und PostFinance durchgeführt, wo jeweils die Extraktion und statistische Auswertung von bestimmten Schlüsselworten Teil der Aufgabenstellung war.

²⁴ Es gibt noch eine weitere standardisierte Variable mit einem Bezug zur Gesundheit in der SHS: „Anzahl pflegebedürftige Personen im Haushalt“. Dabei ist jedoch nicht klar, ob diese Personen selbst auf Sozialhilfe angewiesen sind oder ob sie durch die sozialhilfebeziehende Person gepflegt werden. In einem Haushalt können sozialhilfebeziehende und nicht sozialhilfebeziehende Personen gemeinsam wohnen (z.B. pflegebedürftige, nicht-sozialhilfebeziehende Mutter und ihr sozialhilfebeziehende Sohn). Die Auswertung dieser Variablen hilft daher in Bezug auf den Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden nicht weiter.

Im Rahmen dieses Teils der Untersuchung wurde somit auch das Potential dieser Methode ausgelotet. Aufgrund der hohen Sensibilität der Daten wird darauf verzichtet, die Aussagen mit Einzelfallbeispielen zu unterlegen.

7.1 Erhebung aus den Sozialhilfedossiers anhand eines Fragebogens bzw. Kategorienrasters

Mehrere Studien der BFH (Haller/Hümbelin 2013, Salzgeber 2014, Salzgeber/Neukomm 2011) stützen sich bei Analysen zur Situation von Sozialhilfebeziehenden auf die, in unstrukturierter Form vorhandenen Informationen aus den Sozialhilfedossiers. Die Codierung dieser Dossiers ist eine sehr ergiebige wissenschaftliche Quelle. Mithilfe dieser Methode können zuverlässige und valide Resultate erzielt werden. Damit lassen sich sowohl Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand wie auch zur Veränderung des Gesundheitszustandes während des Sozialhilfebezugs (Fallverlauf) ermitteln. Zu allen vier Forschungsfragen (gesundheitliche Probleme von Sozialhilfebeziehenden, dem Verlauf der Gesundheitsprobleme, teilweise zur Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten und den gesundheitlichen Barrieren bei der Arbeitsintegration) können mithilfe der Dossieranalyse Antworten gefunden werden.

Das manuelle Überführen von Informationen in Textform in standardisierte und somit quantitativ auswertbare Daten ist sehr aufwendig. Anhand eines Fragebogens zur interessierenden Thematik – im vorliegenden Fall zur gesundheitlichen Situation – werden die Informationen aus den Dossiers durch die Forschenden oder die Sozialarbeitenden vor Ort anhand eines vorgegebenen Rasters elektronisch erfasst. Dazu muss jedes einzelne Dossier mit allen zugehörigen Dokumenten (Falldaten, Gesprächsnotizen, Berichte von externen Stellen, internen Fachstellen oder Ärzten, Situationsanalyse usw.) durchgelesen und in Bezug auf die relevanten Informationen analysiert werden. Bei Personen, die schon einige Jahre auf Sozialhilfe angewiesen sind, und Dossiers, die mehrere Personen umfassen ist die valide Erfassung der Situation und die Zuordnung auf die beteiligten Personen sehr aufwendig.

Die Erfahrung aus den bereits durchgeführten Studien lehrt uns, dass pro Dossier im Durchschnitt zwei bis zweieinhalb Stunden für die Erfassung der Informationen aufgewendet werden muss. Um valide Resultate zu erhalten (Repräsentativität), ist es unerlässlich, pro Sozialdienst eine grössere Zahl von Dossiers zu erfassen. Für 100 Dossiers in einem Sozialdienst sind somit mit 200 bis 250 Stunden (rund 30 PT) für die Erfassung zu rechnen, was mit entsprechenden Kosten verbunden ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Sozialhilfedossiers eine sehr ergiebige Quelle für statistisch bisher schlecht erfasste Sachverhalte – wie die Gesundheitssituation – darstellen. Die Gewinnung dieser Informationen ist aber mit einem erheblichen personellen Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden.

Daher soll im Folgenden versucht werden, mit einem neuen Verfahren den Aufwand für die Extraktion der relevanten Informationen aus den Sozialhilfedossiers zu reduzieren. Dieses sogenannte Text-Mining-Verfahren soll ermöglichen, Dossiers in grossem Umfang für die Auswertung nutzbar zu machen.

7.2 Text-Mining-Verfahren zur Analyse von Textdateien in den Sozialhilfedossiers

Die Nutzung von (teil-)automatisierten Text-Mining Verfahren ist ein vielversprechender Ansatz zur Vereinfachung und Effizienzsteigerung bei der gezielten Erfassung von Informationen aus Textdokumenten. Es ist ein Verfahren, das in der sozialwissenschaftlichen Forschung noch wenig verbreitet ist, dem aufgrund der technologischen Entwicklung jedoch ein grosses Potential beigemessen wird (Manderscheid, 2019). Mithilfe dieser Methode können gezielt Informationen aus un- oder schwach-strukturierten Texten extrahiert oder bestimmte Muster erkannt (klassifiziert) werden. Dabei kommen softwaregestützte statistische und linguistische Verfahren zum Einsatz, die jeweils auf die spezifische Aufgabenstellung angepasst werden müssen. Das Text-Mining-Verfahren wurde von Prof. Dr. Jürgen Vogel, Forschungsgruppe Data Science and Engineering, Departement für Technik und Informatik der BFH, auf unsere Forschungsfrage angewendet.

7.2.1 Daten und Methode

Grundlage dieser Machbarkeitsstudie zum Bereich Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden mithilfe des Text-Mining-Verfahrens sind Dossiers von 300 Sozialhilfebeziehenden des Sozialdienstes der Stadt Bern.²⁵ Mitarbeitende des Sozialdienstes haben dazu eine zufällige Auswahl von Sozialhilfedossiers getroffen, bei denen die antragstellende Person (Fallträger) zwischen 20 und 65 Jahren alt ist und seit mindestens einem Jahr Sozialhilfe bezieht.²⁶ Pro Dossier wurden jeweils zwei Dokumente geliefert – eine sogenannte „Situationsanalyse“ sowie die gesamten, chronologisch gesammelten Gesprächsprotokollen seit Beginn des Sozialhilfebezugs. Zudem wurden zentrale Falldaten zu den Dossiers in einer Excel-Tabelle mitgeliefert.

Für jedes Unterstützungs-Jahr und jeden Fall wird eine Situationsanalyse gemäss Ressourcenansatz verfasst (genannt „Ausstattung“), die in den Falldaten abgelegt wird. Dabei werden - wie in der Sozialarbeit üblich - alle relevanten Lebensbereiche wie Arbeit, Ausbildung oder die familiäre Situation angesprochen. Der Themenbereich „Gesundheit“ kommt bei den Ressourcen als eigenes Thema vor. Pro Fall liegt jährlich eine Situationsanalyse vor. Die analysierte Situationsanalyse bezieht sich auf den aktuellen Stand zum Erstellungszeitpunkt (Januar 2019). Dieses Dokument lässt sich als Worddokument aus der Fallführungssoftware exportieren. Neben den einzelnen Themen enthält das Dokument auch Namen, Adressen, Geburtsdatum und Telefonnummern der KlientInnen, jedoch keine Fall- oder SV-Nummern. Diese Situationsanalyse umfasst alle Personen eines SH-Falles. Die Angaben zur Gesundheit können also mehrere Personen betreffen.

Daneben existieren chronologisch geordnete Gesprächsnotizen. Hier sind alle Themen unstrukturiert aufgeführt. Es enthält Kurzprotokolle von Treffen, Telefongesprächen, Briefwechsel und Emails mit den Sozialhilfebeziehenden und involvierter Dritter. Dieses Dokument wird umso länger, je länger ein Fall in der Sozialhilfe ist. Die Notizen dienen den Sozialarbeiter dazu den Überblick zur Entwicklung der Fallsituation und den eingeleiteten Massnahmen zu behalten. Vorschriften oder Standards zur Struktur der Notizen gibt es abgesehen vom auslösenden Ereignis (Treffen, Gespräch, etc.) nicht. Ebenso gibt es weitgehend keine Vorgaben zur Verwendung von Abkürzungen oder Begriffen. Die Arztberichte sind für die Untersuchung nicht zugänglich. Sie werden i.d.R. in Papierform abgelegt und nur in speziellen Fällen eingescannt. Die Vorbereitung der Dokumente zur Analyse dieser Gesprächsnotizen ist sehr aufwendig (zeitliche Abgrenzung, Wiederholungen, keine vorhandenen Kategorisierungen). Deshalb wurde im Rahmen dieser Machbarkeitsanalyse darauf verzichtet, diese Dokumente zu analysieren.

Grundsätzlich erfordert jede Forschungsfrage, die mit Hilfe der gegebenen Textdaten beantwortet werden soll, eine spezifisch angepasste Programmiersyntax, welche die Dokumente auf geeignete Weise einliest und sie standardisierten Analysetechniken zugänglich macht. Aufgrund der begrenzten Ressourcen für diese Machbarkeitsstudie wurde entschieden, exemplarisch den Abschnitt „Gesundheit“ der Situationsanalyse hinsichtlich ausgewählter und weiter unten beschriebener Fragestellungen zu analysieren.²⁷

Methodisch wurden deskriptive Statistiken zu repräsentativen Schlüsselworten erstellt, deren überdurchschnittliches Auftreten als Indikator für einen bestimmten Sachverhalt interpretiert werden können. Dazu wurden einerseits von den Sozialdiensten der Stadt Bern und andererseits von den Projektverantwortlichen entsprechende Schlüsselworte definiert.

Die Analyse wurde technisch auf der Basis von Python als Jupyter Notebook und unter Verwendung der Bibliotheken `tika`, `re`, `nltk`, `matplotlib` und `pandas` umgesetzt. Alle Daten wurden im Microsoft Word-Format zur Verfügung gestellt und per `tika` eingelesen. Anschliessend wurde der Abschnitt Gesundheit mit Hilfe eines dafür entwickelten regulären Ausdrucks extrahiert.

²⁵ Je grösser die Anzahl der Dossiers, desto eher können Muster erkannt werden. Für diese Machbarkeitsstudie haben wir uns auf 300 Dossiers beschränkt.

²⁶ Ein grosser Dank gilt der Leitung und den Mitarbeitenden des Sozialdienstes der Stadt Bern für die sehr gute und unkomplizierte Zusammenarbeit.

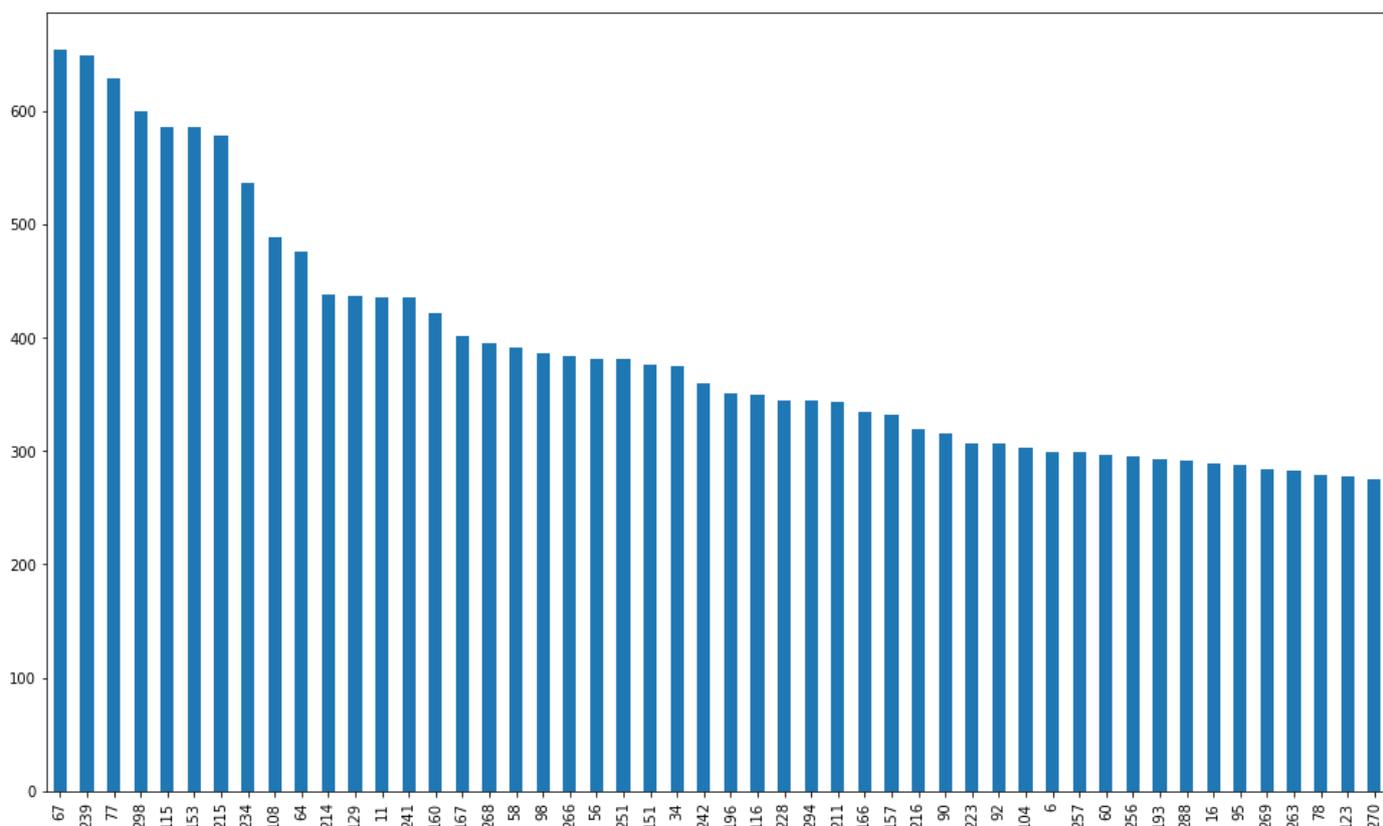
²⁷ Aus Ressourcengründen musste auch verzichtet werden, die Daten eines zweiten Sozialdienstes zu analysieren.

Im Folgenden werden erste Auswertungen mit dem Text-Mining-Verfahren dargestellt und kurz kommentiert. Die Analyse umfasst eine Auswertung zum Umfang des Abschnittes «Gesundheit» gemessen über die Anzahl Worte als möglicher Indikator zur fallspezifischen Dringlichkeit der Gesundheitsthematik sowie eine Schlüsselwortanalyse, die Auskunft darüber gibt in welchen und vielen Fällen das jeweilige Schlüsselwort im Dossier vorhanden ist.

7.2.2 Analyse zum Umfang des Abschnitts «Gesundheit»

Im Durchschnitt umfasst der Abschnitt Gesundheit 164 Worte pro Fall. Ein umfangreicherer Abschnitt lässt auf die Relevanz des Themas bzw. des Schweregrades schliessen. Beispielsweise umfassen 11% aller Dokumente mehr als 330 Worte.

Abbildung 4: Anzahl Wörter zum Thema «Gesundheit» der Situationsanalyse
(50 Fälle mit dem längsten Themenabschnitt zur Gesundheit)



Anmerkung: x-Achse: Einzelfallnr., y-Achse: Umfang Abschnitt Gesundheit in Anzahl Worten.

Quelle: Sozialdienst Stadt Bern, Berechnungen BFH

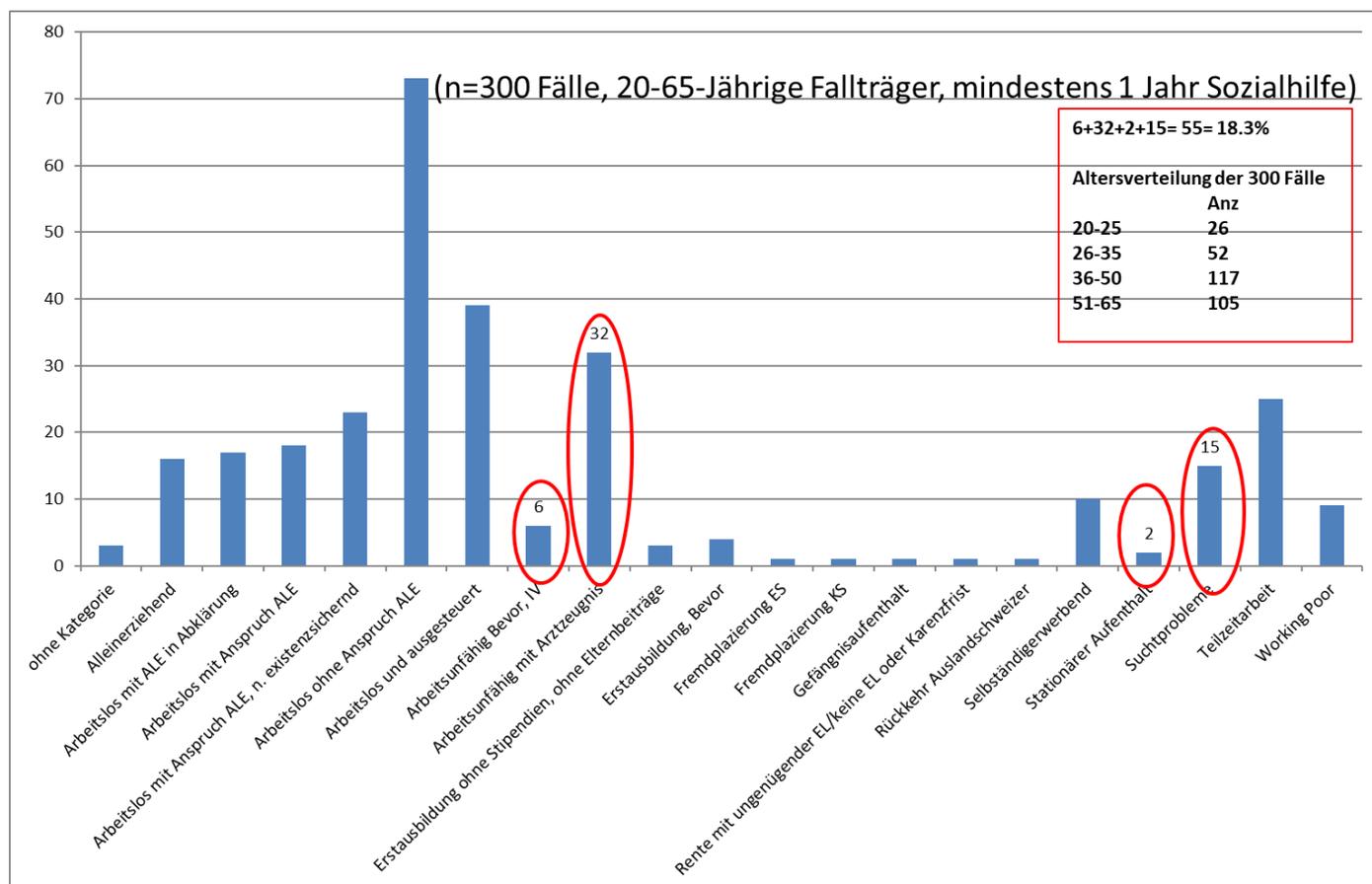
In der Grafik sind die Fälle nach der Anzahl Wörter in der Kategorie „Gesundheit“ geordnet. Dargestellt sind die 50 Fälle, deren Situationsbeschreibung zum Thema Gesundheit am umfangreichsten ausgefallen ist. Die Grafik zeigt, dass der Umfang von rechts nach links relativ kontinuierlich ansteigt. Die letzten zehn (mehr als 450 Worte) und insbesondere die letzten drei Fälle (mehr als 600 Worte) sind besonders umfangreich und weichen entsprechend von den übrigen Dossiers ab. Gemäss Auswertung gibt es 6 Fälle, bei denen der Abschnitt zur Gesundheit fehlt. Diese erste grobe Auswertung zeigt, dass es deutliche Unterschiede bzw. Muster gibt: es gibt Fälle, mit einer klar überdurchschnittlichen Länge des Themenabschnitts Gesundheit und solche mit einem sehr kurzen Abschnitt dazu. Anhand der Wortanalyse lassen sich also «besondere» Fälle von üblichen Fällen unterscheiden. Es stellt sich die Frage, ob diese textanalytische Klassifikation inhaltlich bedeutsam ist oder nicht.

Zur Quervalidierung wurden deshalb die Dossiers der Fälle mit sehr vielen Worten, eher wenigen Worten und die 6 Fälle ohne Kategorie Gesundheit angeschaut. Die Kontrolle zeigt, dass bei den Fällen mit sehr vielen Worten nicht nur die aktuelle Gesundheitssituation aufgeführt wurde, sondern auch die ganze

Geschichte (alle Informationen der Vorjahre sind auch enthalten). Das Thema «Gesundheit» ist bei diesen Fällen entsprechend seit längerem virulent. Bei einigen Fälle mit eher wenigen Worten bestehen jedoch ebenfalls sehr manifeste gesundheitliche Probleme. Es zeigt sich, dass bei Personen mit akuten Suchtproblemen relativ wenig steht. Bei den sechs Fällen ohne Abschnitt „Gesundheit“ wurde von der grundsätzlichen Vorlage für die Situationsanalyse abgewichen – bei 3 Fällen ist Gesundheit auch ein Thema, bei den anderen 3 Fälle nicht (mehr). Somit ist die Länge des Themenabschnitts Gesundheit schwierig zu interpretieren. Das bisher entwickelte Analyseverfahren müsste also noch weiter verfeinert werden, um eindeutige Aussagen zu erhalten.

Aus den mitgelieferten Falldaten ist der Eröffnungsgrund des Sozialhilfedossiers bekannt. Es bestehen zwar Bedenken bezüglich der Interpretierbarkeit dieser Variablen – so ist die Liste der möglichen Gründe nicht eindeutig und oft sind die Situationen der neuen Sozialhilfebeziehenden so komplex, dass der Aufnahmegrund nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden kann. So ist z.B. als Eröffnungsgrund „Alleinerziehend“ aber auch „Teilzeitarbeit“ möglich: Welcher Grund wird dann eingetragen, wenn eine teilzeiterwerbstätige Alleinerziehende auf Sozialhilfe angewiesen ist? Zudem kann der Eröffnungsgrund zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr relevant sein (Veränderung des Fokus der Problemlagen). Dennoch ist es die einzige Angabe, die für eine grobe Quervalidierung in Frage kommt. Dabei ist im Weiteren zu beachten, dass die einzelnen Kategorien teilweise nur wenige Fälle umfassen.

Abbildung 5: Grund der Falleröffnung bei ausgewählten Sozialhilfedossiers der Stadt Bern

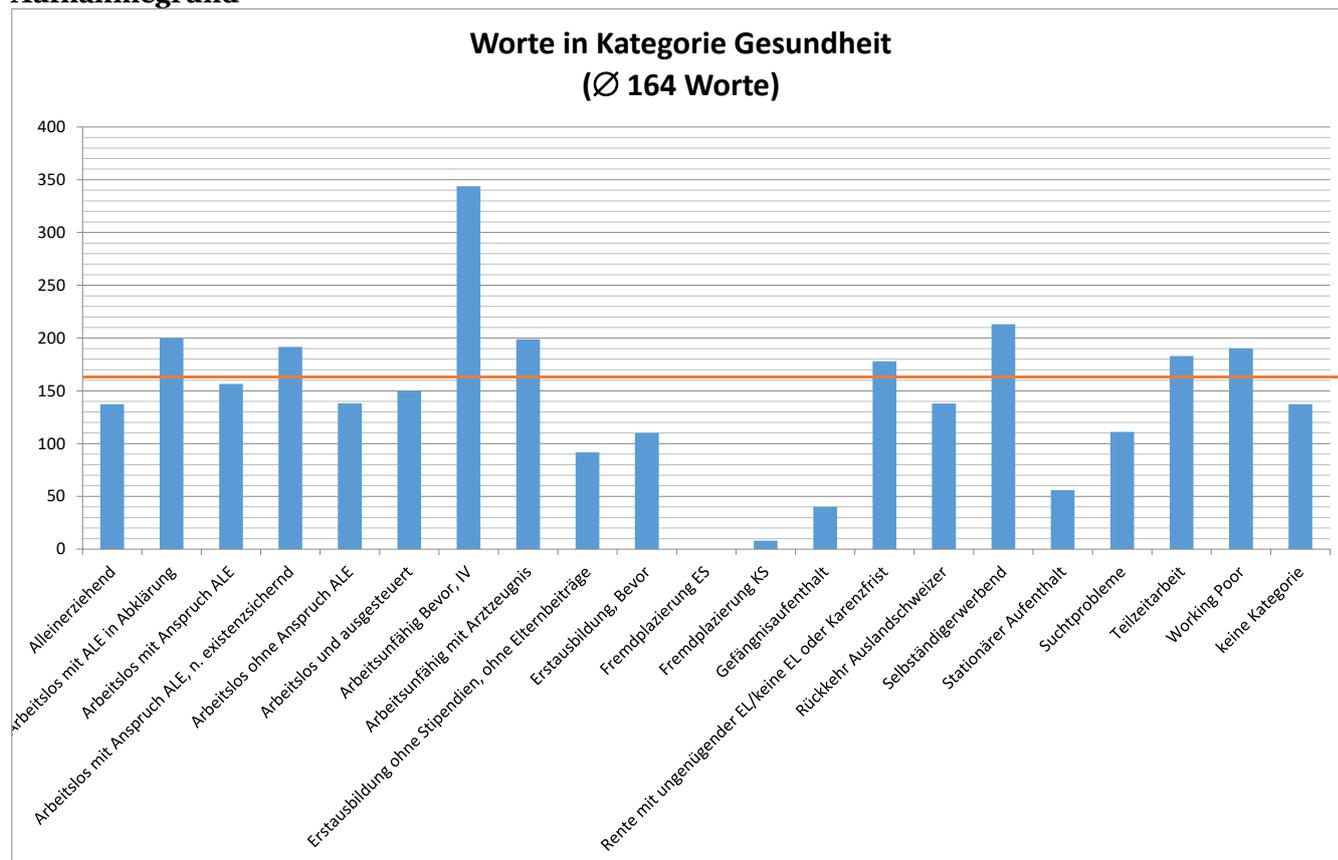


Quelle: Sozialdienst Stadt Bern, Berechnungen BFH

Gemäss obiger Auswertung, wurden 18.3% der Fälle wegen gesundheitlicher Probleme aufgenommen (rot umrandete Gründe). Abbildung 6 weist die Anzahl der Worte zum Thema Gesundheit je nach Aufnahmegrund aus. Dabei zeigt sich, dass der Abschnitt der Situationsanalyse zum Thema Gesundheit nicht bei allen Kategorien überdurchschnittlich lang ist, wenn laut Einschätzung der Sozialarbeitenden ein gesundheitlicher Grund zur Falleröffnung führte. Einzig die Kategorie «arbeitsunfähig, bevor IV» geht im

Mittel mit deutlich längeren Textpassagen zum Thema Gesundheit in den Dossiers einher, die Kategorie «Arbeitsunfähigkeit mit Arztzeugnis» liegen leicht über dem Durchschnitt und «stationärer Aufenthalt» (n=2) und «Suchtprobleme» liegen unter dem Durchschnitt und werden somit im Text-Mining nicht als besonders auffällig erkannt. Trotz erschwerten Vergleichsmöglichkeiten ist demnach zu erkennen, dass einige gesundheitliche Themen (IV) vermutlich mittels einfachen Auszählungen von Worten erkannt werden können, während andere Themen (z.B. Sucht) eine Verfeinerung des Algorithmus benötigen (vgl. 7.2.3.4).

Abbildung 6: Anzahl Worte (MW) zum Thema Gesundheit gemäss Textmining nach Aufnahmegrund



Quelle: Sozialdienst Stadt Bern, Berechnungen BFH

7.2.3 Schlüsselwortanalyse

Neben dem Auszählen der Textlänge kann eine Schlüsselwortanalyse inhaltliche Hinweise zur Gesundheitssituation der Sozialhilfebeziehenden liefern. Die Schlüsselwortanalyse umfasste verschiedene Worte, nachfolgend sind die Resultate für jene Themen dargestellt, die hinsichtlich der Fragestellung am relevantesten erachtet werden.

7.2.3.1 Arbeitsunfähigkeit

13% der Dokumente thematisieren die Arbeitsunfähigkeit. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass auch Fälle, bei denen „nicht arbeitsunfähig“ steht, mitgezählt werden. Das Analyseverfahren müsste entsprechend verfeinert werden.

7.2.3.2 Unfälle und Krankheiten

89% der Dokumente thematisieren Krankheiten und Unfälle, wobei einige Dokumente überdurchschnittlich ausführlich bzw. umfangreich sind. Unfälle spielen nur in knapp 10% der Fälle eine Rolle, psychische Erkrankungen dagegen in fast 53% der Fälle. 13% der Dokumente thematisieren sowohl

Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, d.h., in den anderen Fällen ist der genaue Grund der Arbeitsunfähigkeit nicht angegeben.

7.2.3.3 Behandlung

In 20% der Fälle wird eine Behandlung durch eine Klinik erbracht, in etwas mehr als 2% handelt es sich um einen Notfall. In 2% der Fälle erfolgt eine Behandlung durch eine Spitex.

7.2.3.4 Sucht

Über 35% der Fälle thematisieren eine Suchterkrankung, wobei aufgrund der nicht erfolgten Negationsbehandlung auch die Dokumente eingeschlossen sind, in denen eine allfällige Suchterkrankung ausgeschlossen wird.

7.2.3.5 IV

Über 42% der Dokumente thematisieren eine mögliche oder tatsächliche Involvierung der IV.

7.2.4 Quervalidierung der Schlüsselwörter

Eine Möglichkeit die Aussagekraft dieser Schlüsselwörter zu validieren, ist zu prüfen, wie häufig diese Schlüsselwörter in den Dossiers der einzelnen Aufnahmekategorien auftreten.

Es zeigt sich, dass das Schlüsselwort Spital im Durchschnitt bei 20% der Fälle auftritt, bei Fällen mit dem Aufnahmegrund „Arbeitsunfähigkeit vor IV“ jedoch in 67% der Fälle und in 40% der Fälle mit dem Aufnahmegrund „Sucht“.

Das Schlüsselwort Psychische Krankheiten tritt bei „ALE in Abklärung²⁸“, „Arbeitsunfähigkeit vor IV“ und Arbeitsunfähigkeit mit Arbeitszeugnis“ überdurchschnittlich vor. Bei diesen Fällen kann eine psychische Erkrankung vermutet werden.

Wird das Schlüsselwort Sucht betrachtet, so zeigt sich, dass dieses in 93% der Dossiers mit Aufnahmegrund «Suchtprobleme» erwähnt wird, zu 75% beim Aufnahmegrund «Erstausbildung ohne Stipendien und Elternbeiträge» und zu 47% beim Aufnahmegrund «Arbeitslos mit ALE in Abklärung». Bei den anderen Dossiers liegt die Häufigkeit im Durchschnitt (37%) oder stark unter dem Durchschnitt. Das Schlüsselwort IV ist bei den Aufnahmegründen «Arbeitsunfähigkeit vor IV», «Arbeitslosigkeit mit ALE in Abklärung», «Arbeitslos mit ALE, nicht existenzsichernd» sowie «Erstausbildung ohne Stipendien und Elternbeiträge» deutlich überdurchschnittlich genannt. In diesen Fällen kann angenommen werden, dass eine IV-Abklärung zur Diskussion steht.

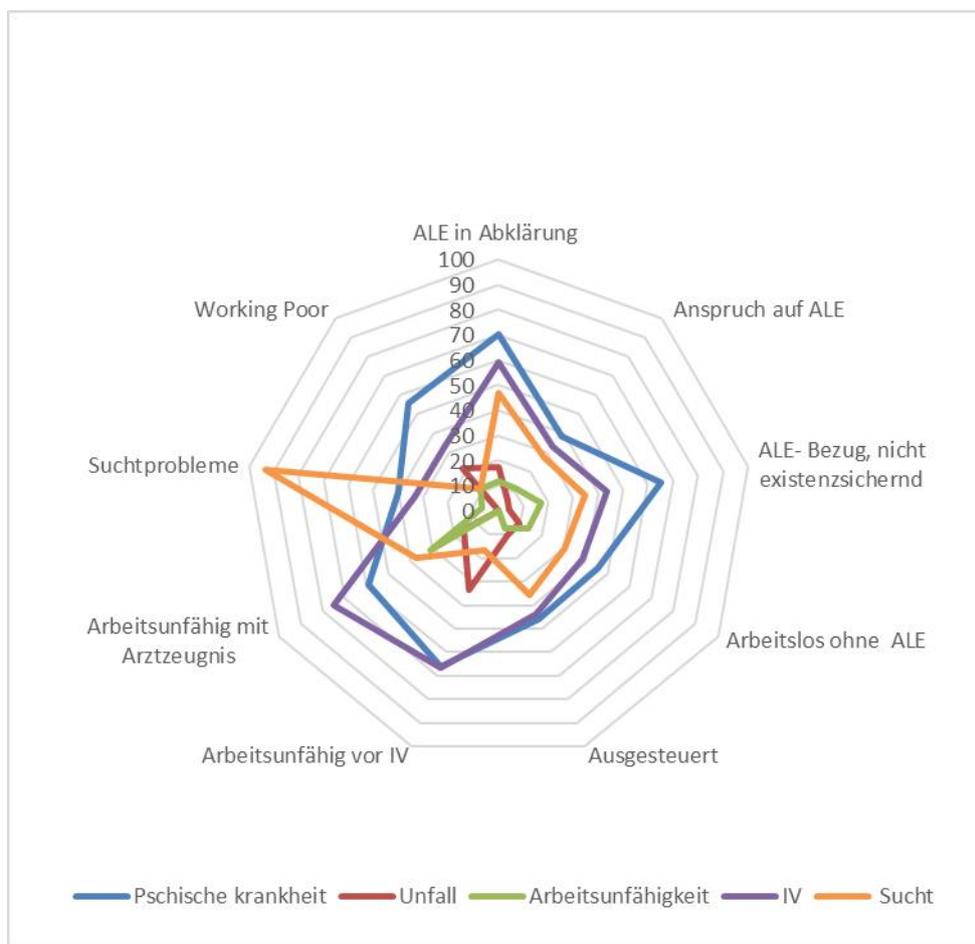
Beim Schlüsselwort *Arbeitsunfähigkeit* zeigt sich, dass dieses bei einem Aufnahmegrund «Arbeitsunfähigkeit mit Arzzeugnis», «Arbeitslos mit Anspruch ALE» überdurchschnittlich häufig genannt wurde. Hingegen ist dieses Schlüsselwort in den Dossiers der Kategorie «Arbeitsunfähigkeit vor IV» nicht vorhanden.

Insgesamt zeigen sich, dass das Auftreten der betreffenden Schlüsselwörter Hinweise auf mögliche gesundheitliche Einschränkungen geben kann. Allerdings bedarf es einer weiteren Vertiefung und einer zusätzlichen Prüfung der Validität.

Abbildung 7 zeigt die die Häufigkeit der Schlüsselwörter «Psychische Krankheit», «Unfall», «Arbeitsunfähigkeit», «IV» und «Sucht» bei ausgewählten Aufnahmegründe. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede. Beim Aufnahmegrund ALE in Abklärungen sind die Schlüsselwörter Psychische Krankheit, Sucht und IV besonders häufig, was gut der Abklärungssituation entspricht. Auch beim ALE-Bezug nicht existenzsichernd sind diese Schlüsselwörter überdurchschnittlich häufig. Beim Aufnahmegrund Arbeitsunfähig mit Arbeitszeugnis oder vor IV sind evidenter Weise die Schlüsselwörter IV und psychische Krankheit überdurchschnittlich häufig. Beim Aufnahmegrund Sucht taucht das entsprechende Stichwort fast immer auf. Demgegenüber sind die ausgewählten Schlüsselwörter beim Aufnahmegrund Anspruch auf ALE eher unterdurchschnittlich häufig. Insgesamt zeigen diese Beispiele, dass die erfassten Schlüsselwörter auf gewisse gesundheitliche Probleme hinweisen.

²⁸ Arbeitslosenentschädigung der Arbeitslosenversicherung

Abbildung 7 : Häufigkeit von ausgewählten Schlüsselwörtern nach Aufnahmegrund



Quelle: Sozialdienst Stadt Bern, Berechnungen BFH

7.3 Diskussion und mögliche nächste Schritte

Mit dem Text-Mining-Verfahren konnte bereits mit relativ geringem Aufwand interessante Informationen gefunden werden [bisheriger Aufwand ca. 2.5 PT]. Wie die Quervalidierungen jedoch zeigen, gibt es noch einige Unklarheiten, die sich nur mit einer umfangreicheren Projektanlage ausräumen lassen. Die ersten Auswertungen zeigen, dass es sich lohnen würde, mit einem methodisch ausgerichteten Projekt die Aussagekraft der Dossierdaten mithilfe des Text-Mining-Verfahrens genauer zu analysieren. So könnten neben einem verfeinerten Suchsystem (vgl. unten) auch ein Analyseverfahren für die Gesprächsnotizen entwickelt werden und damit auch Angaben zum Verlauf der gesundheitlichen Situation während des Sozialhilfebezugs eruiert werden.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, gibt es bezüglich der Fallführung keine gesamtschweizerischen oder kantonal einheitlichen Richtlinien. In einem weiterführenden Projekt müssten die Dokumentationssysteme anderer Sozialdienste genauer angeschaut und so eruiert werden, ob für jeden einbezogenen Sozialdienst ein eigenes Analyseverfahren für das Text-Mining entwickelt werden muss, oder ob nur geringfügige Anpassungen vorgenommen werden müssen.

In einem allfälligen weiterführenden Forschungsprojekt wären zunächst die Informationen, die aus den Daten extrahiert werden sollen möglichst genau zu bestimmen. Davon ausgehend wäre in einem Prozess die Schlüsselwortliste zu verfeinern und anzupassen. Bei der konkreten Umsetzung dieser Analyseverfahren sollten insbesondere die folgenden Aspekte, die in dieser Machbarkeitsstudie sichtbar wurden, mit entsprechendem Ressourceneinsatz genau analysiert werden. Die folgenden Aufwandschätzungen sind nur grobe Richtwerte, die auf Schätzungen anhand der gelieferten Dokumente des Sozialdienstes der Stadt

Bern beruhen. Bei der Analyse anderer Sozialdienste ist zu erwarten, dass die für die Stadt Bern entwickelte Analysemethode zumindest angepasst werden müsste. Allenfalls müsste für diese Sozialdienste das betreffende Verfahren neu entwickelt werden. Nachfolgend werden die angewandten Arbeitsschritte des Text-Minings umschrieben und es wird auf Vertiefungsmöglichkeiten und Herausforderungen verwiesen, die mit einer Aufwandsschätzung versehen sind:

- *Datenimport:*
Beim Einlesen der Word-Dateien fiel auf, dass einige (hier: 6 von 300) Dokumente der Situationsanalyse eine abweichende Struktur haben und deshalb mit dem dazu entwickelten regulären Ausdruck nicht verarbeitet werden konnten; eine Weiterentwicklung des regulären Ausdrucks ist daher notwendig [Aufwand ca. 2 PT].
Der Import der Gesprächsprotokolle ist ungleich aufwendiger, da die einzelnen Protokolle je nach Typ verschieden strukturiert sind [Aufwand ca. 5 PT] und teilweise in Bildform enthalten sind.
- *Umfang der zu analysierenden Daten:*
Neben dem Abschnitt „Gesundheit“ der Situationsanalyse finden sich teilweise auch in anderen Abschnitten gesundheitsrelevante Angaben, die ebenfalls ausgewertet werden können [Aufwand ca. 2 PT]. Für den zeitlichen Verlauf wäre auch eine vergleichende Analyse mehrerer historisierter Situationsanalysen zum gleichen Dossier möglich [Aufwand ca. 3 PT]. Eine erste grobe Durchsicht ergab, dass die Gesprächsprotokolle ebenfalls eine interessante Informationsquelle sein könnten und damit eine zeitliche Verlaufsauswertung möglich wäre. Da die Gesprächsprotokolle alle möglichen Themen behandeln, wäre eine solche Analyse allerdings recht aufwendig [Aufwand ca. 5 PT].
- *Textspezifische Herausforderungen:*
Ausgehend aus der Analyse des Abschnitts „Gesundheit“ wurden folgende spezifischen Herausforderungen identifiziert
 - o *Sprachqualität:* Die Sprachqualität ist uneinheitlich, teilweise gibt es viele Rechtschreibfehler und Abkürzungen [Aufwand ca. 1 PT]. Die Stichwortsuche müsste diese Fehlschreibungen und Abkürzungen ebenfalls umfassen. Aussagen können sowohl ganze Sätze als auch Stichworte sein, was ggf. unterschiedliche Analysemethoden erfordert und ermöglicht (Aufwand abhängig von konkreter Aufgabenstellung).
 - o *Verwendetes Vokabular:* Die verwendeten Begriffe sind weitgehend uneinheitlich/unstandardisiert, was eine aufwendige Modellierung von (synonymen) Schlüsselworten erfordert [Aufwand abhängig von konkreter Aufgabenstellung].
 - o *Gültigkeitszeitpunkt der Daten:* Dossiers enthalten teilweise zusätzlich zum aktuellen Status Verlaufsbeschreibungen, die vom Status separat analysiert werden müssten [Aufwand ca. 2 PT].
 - o *Betroffene Person(en):* Dossiers sind Fallbeschreibungen, die eine oder mehrere Personen betreffen können, so dass eine differenzierte Auswertung pro betroffene Person wünschenswert wäre. Stellenweise beziehen sich Textabschnitte auch auf unterstützende oder sonst wie involvierte Drittpersonen, so dass eine automatische Zuordnung der einzelnen Aussagen auf die jeweils relevante Person nützlich wäre [Aufwand ca. 5 PT].
- *Verfeinerung der angewandten Analysemethode:* Die von Hand erstellten Kategorien mit Schlüsselworten sollten weiter verfeinert werden bzw. es sollten zusätzliche Kategorien/Unterkategorien betrachtet werden, um eine detailliertere Analyse zu ermöglichen [Aufwand ca. 2 PT]. Um das Analyseergebnis zu verbessern sollten ausserdem einerseits Schreibvarianten und Rechtschreibfehler betrachtet werden und andererseits insbesondere Negationen gesondert behandelt werden (z.B. "arbeitsunfähig" vs. "nicht arbeitsunfähig") [Aufwand ca. 5 PT].
- *Weiterführende Analysemethoden:* Die Bewertung/Kategorisierung von Textpassagen aufgrund von Schlüsselworten liesse sich vermutlich genauer mit einem maschinellen Lernverfahren bewerkstelligen, das entsprechend auf geeigneten Daten trainiert werden müsste [Aufwand pro Klassifikation/Analyseaufgabe ca. 4 PT exkl. Erstellung Trainingsdaten]. Maschinelles Lernen könnte auch dabei helfen, komplexere Zusammenhänge und Muster zu finden, je nach Fragestellung unter Berücksichtigung zusätzlicher Attribute aus verschiedenen Dokumentenabschnitten [Aufwand

pro Klassifikation/Analyseaufgabe ca. 4 PT exkl. Erstellung Trainingsdaten]. Wie oben erwähnt, liessen sich auf Basis der Gesprächsprotokolle auch zeitliche Verläufe analysieren [Aufwand ca. 4 PT].

- *Interpretation der Ergebnisse und Beurteilung der Analysequalität:* Die korrekte Interpretation der Analyseergebnisse erfordert generell ein eingehendes Domänenwissen und sollte daher, wie die Definition der Analysefragen auch, in enger Zusammenarbeit mit entsprechenden Experten erfolgen [Aufwand für Diskussion/Workshops ca. 1 PT pro Analysefrage]. Für die iterative Entwicklung geeigneter Analysemethoden ist ausserdem eine automatisierte Qualitätsprüfung (Evaluierung) notwendig, bei der die von der Analysemethode generierten Ergebnisse mit denen von einem Experten auf den gleichen Testdaten erstellten Ergebnissen anhand einer geeigneten Metrik verglichen werden („Soll-Ist-Vergleich“). Als Grundlage muss also zunächst eine genügend grosse Datenmenge von einem oder mehreren Experten pro Analysefrage bewertet (z.B. kategorisiert) werden – je nach Aufgabenstellung und Varianz in der Datenmenge sind dies i.d.R. mehrere hundert oder mehrere tausend Fälle [Aufwand in Abhängigkeit der Analysefragen und der benötigten Trainings- und Testdaten].

Als Schlussfolgerung dieser Machbarkeitsstudie lässt sich festhalten, dass mit relativ geringem Aufwand erste grobe Auswertungen zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden möglich sind. Damit können jedoch die interessierenden Forschungsfragen (Gesundheitliche Probleme von Sozialhilfebeziehenden, dem Verlauf der Gesundheitsprobleme, Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten und gesundheitliche Barrieren bei der Arbeitsintegration) noch nicht beantwortet werden. Um genauere und zielgerichtete Antworten zu erhalten, müssten wesentlich mehr personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Wie die obige grobe Aufwandschätzung zeigt, müsste für die Entwicklung eines validen Analyseverfahrens für den Sozialdienst der Stadt Bern, das neben der aktuellen Situationsanalyse auch die historisierten Zustände und die Gesprächsnotizen einbezieht, noch mindestens weitere 50 PT (bei z.B. 2 Analysefragen) zur Verfügung stehen. Für das Training des maschinellen Lernens müsste zudem eine aussagekräftige externe Klassifikation vorliegen. Diese könnte bspw. eine Einteilung nach einer gegebenen Gesundheitstypologie umfassen (z.B. die Typologie des SD der Stadt Bern), die von Fachexperten (z.B. Sozialarbeitenden) oder den Forschenden vorgenommen wird oder registerbasierte Möglichkeiten der Ablösung von der Sozialhilfe (IV, Erwerbsarbeit, andere Gründe) umfassen.

Für die Untersuchung der Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden müssten Dossiers von mehreren Sozialdiensten in verschiedenen Kantonen bzw. Regionen und von unterschiedlicher Grösse (Stadt, Agglomeration, Land) erfasst werden. Dazu bräuchte es je nach Erkenntnisinteresse ein geeignetes Auswahlverfahren, um die wichtigsten Unterschiede zwischen den Sozialdiensten bzw. Regionen berücksichtigen zu können.

Da sich die Organisation der Prozesse in den Sozialdiensten teilweise stark unterscheiden (andere Fallverwaltungssysteme, eigene Definition von Prozessen) muss das Verfahren wie oben erwähnt entsprechend angepasst und relativ aufwendige Pretests durchgeführt werden. Wie gross der Aufwand für die Analyse weiterer Sozialdienste wäre, kann momentan nicht beantwortet werden.

Das Text-Mining-Verfahren – vor allem wenn es auch mit einem maschinellen Lernen erweitert wird – ist eine neue Methode, mit grossem Potential für alle Domänen, in welchen viel semi-strukturierte Textinformationen vorliegen, wie es im Bereich der Sozialhilfe der Fall ist. Bisher wurde die Textanalyse insbesondere zur Unterstützung des Managements (Strategieentscheide) angewendet (z.B. Mailverkehr mit Hotlines mit Fragen, Beschwerden usw.). Erfahrungen aus anderen Projekten zeigen, dass die Textanalyse mit einem maschinellen Lernen verbunden ein verlässliches Instrument zur Beschreibung sozialer Realitäten sein kann. Eine Kategorisierung z.B. der Fälle mit gesundheitlichen Einschränkungen in 4 Kategorien – würde voraussichtlich in 95% der Fälle zu einem gewünschten Resultat führen. Dieses Analyseverfahren könnte daher auch schon rasch nach Fallaufnahme einen Hinweis auf eine der vier Kategorien geben und so zu einer frühzeitigen Massnahmenplanung beitragen. Mit der „klassischen“ Dossieranalyse sind hingegen nur Auswertungen aus der Vergangenheit möglich, die lediglich Hinweise auf einen möglichen Fallverlauf geben könnten.

Die produktive Anwendung der Methode des Text-Mining (z.B. zur Erfassung von Gesundheitsdaten) setzen weitere Investition für die Weiterentwicklung dieser Methode voraus. Denkbar ist ein methodisch orientiertes Vorprojekt, in welche die Methode verbunden mit einem maschinellen Lernen gezielt entwickelt wird. In einem solchen Projekt sollte die gewinnbringende Anwendung dieser Methode möglichst vollständig ausgelotet werden. Erst nach einem solchen Entwicklungsschritt kann die Methode für die Untersuchung von konkreten Fragestellungen wie z.B. zum Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden produktiv eingesetzt werden. In einem solchen eher technisch ausgerichteten Projekt müssten bereits inhaltliche Daten zur Verfügung stehen (wie z.B. die Dossiers eines Sozialdienstes).

Schliesslich müsste abgewogen werden, ob die klassische Methode der Dossieranalyse, in welcher die Dossiers manuell codiert werden, allenfalls die zielführendere bzw. kostengünstigere Methode zur Beantwortung der Fragestellungen darstellen würde.

8 Zusammenfassung und Empfehlungen

Verschiedene Studien zeigen, dass die Gesundheit von Menschen mit wenig Einkommen im Vergleich zur Bevölkerung deutlich schlechter ist (vgl. bspw. BFH, 2018). Dabei handelt es sich um ein Phänomen, das nicht nur in der Schweiz sondern auch in anderen Ländern beobachtet werden kann (Hümbelin, 2018). Für Menschen, die von Sozialhilfe leben, trifft dies in besonderem Masse zu (Lätsch et al. 2011; Beyeler et al. 2018). Der Gesundheitszustand ist ein entscheidender Faktor für den Unterstützungsverlauf von Sozialhilfebeziehenden (Haller et al. 2013).

Auch die Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden ist im Vergleich zur Bevölkerung schlechter, wie einzelne Untersuchungen in der Schweiz nachweisen. Über den Zusammenhang von Gesundheit, Armut und die Wirkung der Unterstützung durch die Sozialhilfe gibt es jedoch nur wenig gesichertes Wissen. Zahlreiche Indizien deuten darauf hin, dass Armut krank macht. Ein schlechter Gesundheitszustand beeinträchtigt die Handlungsfähigkeit der Menschen und die Fähigkeit zur Erwerbsarbeit. Gesundheitliche Einschränkungen können deshalb eine Ursache für den Weg in die Armut und die Sozialhilfe sein. Weniger klar ist, ob sich die Gesundheit im Laufe der Unterstützung durch die Sozialhilfe verschlechtert und insbesondere welche Rolle dabei der Unterstützung durch die Sozialhilfe zukommt. Zu diesen Zusammenhängen gibt es in der Schweiz keine Studien. Bekannt ist, dass Sozialhilfebeziehende im Durchschnitt deutlich höhere Gesundheitskosten verursachen als die übrige Bevölkerung (Reich et al. 2015; Wolffers, 2012): Dabei zeigt sich, dass Sozialhilfebeziehende mit psychischen Gesundheitseinschränkungen, die aber keinen Anspruch auf ein IV-Rente haben, kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben (Beyeler et al. 2018). Der Reintegrationsprozess ist in vielen Fällen durch gesundheitliche Einschränkungen beeinträchtigt. Dies trägt zur Verfestigung von Armut bei. Während des Sozialhilfebezugs ist es daher – neben der beruflichen Stärkung der Ressourcen der Menschen – notwendig, Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu entwickeln. Dazu sind vertiefte Kenntnisse zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Sozialhilfebeziehenden und deren Ursachen und Folgen von grosser Wichtigkeit.

In der Schweiz stehen keine standardisierten Daten zur Verfügung anhand derer die Gesundheitssituation von Sozialhilfebeziehenden untersucht und beobachtet werden kann. Das BAG hat deshalb die BFH beauftragt, im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zu prüfen, ob bestehende Administrativdaten auf einfache Weise nutzbar sind bzw. ob die Daten zur Sozialhilfe mit Befragungsdaten erweitert werden können, damit sie zur Beantwortung von Fragestellungen zur Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden genutzt werden können.

Für die Überprüfung der Datenbestände, waren die folgenden Fragestellungen massgebend:

1. Wie ist der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden und mit welchen Gesundheitsproblemen sind Sozialhilfebeziehende konfrontiert?
2. Wie entwickelt sich die Gesundheit während des Sozialhilfebezugs?
3. Welche medizinischen Leistungen werden von Sozialhilfebeziehenden beansprucht? Gibt es Zugangshindernisse zu solchen Leistungen?
4. Inwiefern sind gesundheitliche Probleme Hindernisse für die berufliche (Re-)Integration?

Ausgehend von einem umfassenden Gesundheitsmodell, das Gesundheit als subjektives Wohlbefinden, körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit beschreibt, wurden folgende drei Dimensionen zur Gesundheit als zentral definiert:

1. Subjektives Wohlbefinden
2. Krankheiten und Beschwerden
3. Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeit

Bestandteil des verwendeten Gesundheitsmodells sind darüber hinaus:

4. Das Gesundheitssystem und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie
5. Individuelle Ressourcen und das Gesundheitsverhalten.

8.1.1 Berücksichtigte Datensätze

Als Informationsgrundlage für den Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden wurden drei unterschiedliche Arten von Datenquellen geprüft:

1. Nutzung von Daten aus Bevölkerungsbefragungen
2. Nutzung der Leistungsdaten der Krankenversicherungen
3. Nutzung der Daten, die in den Sozialhilfedossiers festgehaltenen sind

Aus den vorhandenen *Bevölkerungsbefragungen* der Schweiz haben wir aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften und des Fragerasters drei regelmässig durchgeführte Surveys ausgewählt und vertieft evaluiert. Als Datensatz mit den umfassendsten Angaben zu allen Dimensionen der Gesundheit wurde die SGB (Schweizerische Gesundheitsbefragung) ausgewählt. Der SAKE-Datensatz (Schweizerische Arbeitskräfteerhebung) umfasst eine umfangreiche Stichprobe und enthält Informationen zum Gesundheitszustand. Daher ist es potenziell möglich, auch kleinere Untergruppen von Sozialhilfebeziehenden zu analysieren. Schliesslich sollten auch Daten für möglichst lange Verläufe vorhanden sein: Hier bot sich das SHP (Schweizerisches Haushaltspanel) an, für welches die gleichen Personen über einen längeren Zeitraum jährlich befragt werden. Diese Datensätze wurden auf der Individualebene mit den Daten der Schweizerischen Sozialhilfestatistik verknüpft und im Hinblick auf die Eignung zur Untersuchung der Fragestellungen geprüft.

Als Datensatz mit einer mittleren Stichprobengrösse, einer mittleren Informationstiefe zur Gesundheit und einer begrenzten Panelstruktur vereint die SILC (Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen, Bundesamt für Statistik) die Eigenschaften der oben erwähnten drei Datensätze. Deshalb wurde auch dieser Datensatz geprüft. Um den Aufwand für die Bereitstellung und Verknüpfung der Daten gering zu halten, wurde hier auf eine Prüfung auf der Ebene der Einzeldaten verzichtet.

Bei den *Leistungsdaten der Krankenversicherer* beschränkten wir uns auf die zwei grossen Krankenkassen HELSANA und SWICA. Beide waren bereit, im Rahmen dieses Projekts Auskunft zu Verfügbarkeit und zur Vorgehensweise bei der Nutzung ihrer Daten zu geben. Anhand von publizierten Studien mit Krankenversicherungsdaten sowie Gesprächen mit Experten der beiden Krankenversicherungen wurde Informationsgehalt und Qualität dieser Daten, sowie die Möglichkeit von Verknüpfungen mit der Sozialhilfestatistik und weiteren Daten besprochen und beurteilt.

Schliesslich wurde die Möglichkeit überprüft, Informationen zur Gesundheit aus Dossiers zu nutzen, die Sozialarbeitende im Rahmen der Fallführung von Sozialhilfefällen erstellen. Dabei konnten wir auf eine Auswahl von Dossiers zurückgreifen, die uns freundlicherweise vom Sozialdienst der Stadt Bern zur Verfügung gestellt wurden. Von besonderem Interesse war dabei, ob die Anwendung automatisierter Verfahren zur Extraktion von Gesundheitsinformation aus Sozialhilfedossiers (Text-Mining) möglich ist.

Diese verschiedenen Datenquellen wurden anhand folgender Kriterien beurteilt:

- Sind Informationen zu den zentralen Dimensionen von Gesundheit in ausreichender Qualität enthalten?
- Ist die Stichprobengrösse hinreichend, um Detailanalysen durchführen zu können?
- Wie gut repräsentieren die Daten die Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden?
- Können anhand der Daten Entwicklungen im Zeitverlauf untersucht werden?
- Sind die Daten für wissenschaftliche Zwecke verfügbar bzw. ist der Aufwand zur Datenbeschaffung, Datenverknüpfung und Datenanalyse vertretbar und rechtlich legitimiert?

8.1.2 Beurteilung der Datensätze anhand der fünf Kriterien

Bezüglich des *Informationsgehalts* sind in der SGB Informationen zu allen Dimensionen der Gesundheit vorhanden, allerdings handelt es sich dabei – wie bei allen Befragungsdaten – um Selbsteinschätzungen und in diesem Sinne um Indikatoren, die auf einer subjektiven Sicht gründen. Auch in den Sozialhilfedossiers sind – soweit dies geprüft werden konnte – Informationen zu allen Dimensionen enthalten. Hier aus einer problembezogenen bzw. ressourcenorientierten Sicht der Sozialarbeitenden. Umfassend sind die Informationen zum Leistungsbezug in den Daten der Krankenversicherer, wobei sich die Informationen auf die eingereichten und durch das KVG finanzierten Leistungen beschränken. Der

Vorteil dieser Daten ist, dass damit Gesundheitsindikatoren gebildet werden können, die auf einer fachlich-medizinischen Einschätzung beruhen und in diesem Sinne objektiver sind. Nicht enthalten sind jedoch Angaben zum Wohlbefinden und Zugangshindernissen zum Gesundheitswesen. Am geringsten ist der Informationsgehalt zur Gesundheit in der SAKE: Hier werden nur wenige Aspekte erfasst (subjektiver Gesundheitszustand, chronische Krankheiten und Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten). SHP sowie SILC erfassen neben den Aspekten in der SAKE weiterführende Indikatoren zur Gesundheit. Sie befinden sich bezüglich Informationsgehaltes zwischen SGB und SAKE. Der subjektive Gesundheitszustand wird in allen Befragungen gleich erhoben und die Qualität dieser Variablen kann als gut eingestuft werden. Zur Optimierung der Stichprobengrösse können deshalb alle Befragungsdaten für diesen Aspekt zusammen ausgewertet werden (zusammengefasste bzw. gepoolte Auswertung).

In Bezug auf die *Stichprobengrösse* schneiden SAKE und KV-Daten am besten ab (vgl. auch Tabelle 6). Die KV-Daten umfassen rund 30% der Bevölkerung und in der SAKE werden pro Jahr rund 1000 Personen befragt, die im Befragungsjahr Sozialhilfe bezogen haben. Werden mehrere Jahre gepoolt, ergibt sich eine Stichprobengrösse, die detaillierte Analysen ermöglicht. Geringer sind die Stichproben in der SGB. Werden die Jahre 2012 und 2017 gepoolt, ist die Stichprobe ausreichend gross für die Untersuchung eines grossen Teils der erwähnten Fragestellungen (N=557). Sehr gering ist die Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden im SHP. Obwohl für SILC keine näheren Angaben zur betreffenden Stichprobengrösse vorhanden sind, kann angenommen werden, dass die jährliche Stichprobe der Sozialhilfebeziehenden ähnlich gross ist wie in der SGB. Kritisch ist die Stichprobengrösse bei den Sozialhilfedossiers, da bei einer grösseren Stichprobe die Kosten für die Extraktion der Informationen zur Gesundheit unverhältnismässig hoch und für die Entwicklung eines automatisierten Textminingverfahrens relativ hohe Investitionskosten notwendig sind.

Obwohl die Teilnahmewahrscheinlichkeit von Sozialhilfebeziehenden in den Befragungen der SAKE und der SGB deutlich tiefer ist als bei der übrigen Bevölkerung, *repräsentieren* die Stichproben der beiden Befragungen die Gesamtheit der Sozialhilfebeziehenden zufriedenstellend. Bestehende Verzerrungen können durch ein Gewichtungsverfahren korrigiert werden. Aufgrund der grossen Stichprobenverluste im Verlauf mehrjähriger Panelbefragungen (Panelmortalität) schneidet das SHP bei der Repräsentativität relativ schlecht ab. Einschränkend ist zu bemerken, dass Verzerrungen bezüglich Sprachproblemen einzelner Ausländergruppen in dieser Machbarkeitsstudie nicht im Detail untersucht wurden. Weitere Repräsentationsanalysen können durch detaillierte Auswertungen einzelner Nationen(-gruppen) ergänzt und allfällige Verzerrungen durch eine Gewichtung korrigiert werden.

Bei den Sozialhilfedossiers kann die Repräsentativität pro Sozialdienst durch die Auswahl der Dossiers optimal kontrolliert werden. Sollen jedoch Aussagen gemacht werden, die über einen einzelnen Sozialdienst hinausgehen und die möglichst für die gesamte Schweiz gültig sein sollen, braucht es ein geeignetes Stichprobenverfahren auf der Ebene der Sozialdienste. Hier stösst die Machbarkeit aufgrund des hohen Aufwandes und der eingeschränkten Bereitschaft der Sozialdienste zur Mitarbeit rasch an Grenzen. Die Informationen zur Gesundheit in den Dossiers sind in jedem Sozialdienst unterschiedlich erfasst und liegen teilweise in nur unstrukturierter Form vor (v.a. Aktennotizen). Daher ist zu erwarten, dass ein für einen bestimmten Sozialdienst entwickelter Algorithmus des Text-Minings nur begrenzt auf andere Sozialdienste übertragen werden könnte.

Zur Repräsentativität der KV-Daten konnten wegen der nicht erfolgten Verknüpfung mit den Sozialhilfedaten keine Analysen durchgeführt werden. Hier können sich aufgrund der Beschränkung auf einzelne Versicherungen Verzerrungen ergeben. Allerdings ist bekannt, dass beide Versicherer Personen in allen Landesteilen der Schweiz in ihrem Bestand haben und es wurden bereits Gewichtungsverfahren für die Datenanalyse entwickelt. Deswegen kann die Repräsentativität der KV-Daten als gut beurteilt werden.

Die Möglichkeit die Entwicklung der Gesundheit von Sozialhilfebezügern im Verlauf des Sozialhilfebezugs abzubilden besteht bei den KV-Daten, im SHP und den Sozialhilfedossiers. Auf der Basis dieser Daten kann der Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden über mehrere Jahre beobachtet werden. Bei KV-Daten gilt einschränkend, dass nur jene Fälle beobachtet werden können, die durchgehend bei einer der beiden Krankenversicherern gemeldet waren. Auch bei der SAKE und beim SILC liegen mehrere Messungen für die Gesundheit vor, was es ermöglicht, Entwicklungen zu beobachten. Eine direkte Beobachtung der

Entwicklung ist anhand der SGB nicht möglich. Aussagen zum Einfluss der Bezugsdauer auf die Gesundheit könnten anhand multivariater Methoden dennoch vorgenommen werden.

Die verknüpften Befragungsdaten sind - wenn auch mit einer gewissen Verzögerung – leicht *zugänglich*. Bei der Verknüpfung, der Aufarbeitung und Kontrolle ist mit einem gewissen Aufwand zu rechnen. Den KV-Daten kann aufgrund der gemachten Abklärungen ein grosses Potential beigemessen werden, allerdings konnte die Rechtmässigkeit der Nutzung der KV-Daten im Rahmen der Machbarkeitsstudie nicht abschliessend geklärt werden. Eine testweise Verknüpfung von KV-Daten mit Daten der Sozialhilfe konnte deswegen nicht durchgeführt werden. Als Erstes müsste die rechtliche Situation weiter geklärt werden. Bei einer Nutzung von KV-Daten drängt sich zudem eine Kooperation mit den Krankenversicherern auf, die bereits viel Erfahrung in der Nutzung und Analyse ihrer Daten für wissenschaftliche Zwecke verfügen. Als sehr hoch ist der Aufwand einzuschätzen, die Informationen der Sozialhilfedossiers nutzbar zu machen. Um das Text-Mining-Verfahren für die Extraktion von Gesundheitsinformationen aus den Dossierdaten einsetzen zu können, bräuchte es ein Vorprojekt zur Entwicklung eines Instruments, das auf die spezifischen Fragestellungen des Projekts ausgerichtet ist.

Tabelle 6 fasst die geprüften Datensätze in Bezug auf die fünf besprochenen Kriterien zusammen.

Tabelle 6 : Beurteilung der untersuchten Datensätze in Bezug auf die Gesundheitsinformationen von Sozialhilfebeziehenden

	Datenquellen				
	SAKE	SGB	SHP	KV-Daten	SH-Dossiers
Informationsgehalt	+	+++	++	++	++
Stichprobengrösse	+++	++		+++ (als Registerdaten sehr grosse Anzahl von SH-Beziehenden)	+ (je nach Aufwand)
Repräsentativität	+++	+++		++(+)	+ (nur einzelne Sozialdienste)
Info zu Entwicklungen	++	+ (nur indirekt über die Dauer des Bezugs)	+++	+++	+++
Verfügbarkeit der Daten ¹	+++	+++	+++	+(+)	+

+ Minimum (nur ein Aspekt erfasst, minimale Grösse/ Repräsentativität),

++ mittel (mehrere Aspekte/Dimensionen zur Gesundheit erfasst, ausreichende Grösse/ Repräsentativität)

+++ gut (alle Aspekte bzw. Dimensionen zur Gesundheit, Grösse optimal auch für Detailanalysen, gute Repräsentativität)

¹Aufwand zur Beschaffung der Daten

8.1.3 Eignung der Datensätze zur Untersuchung der vier Fragestellungen

Je nach der zu bearbeitenden Fragestellung sind die obigen Kriterien unterschiedlich zu gewichten. Dies bedeutet, dass die Beurteilung der Eignung der Datensätze je nach Fragestellung unterschiedlich ausfällt. Pro Fragestellung ist in Tabelle 7 aufgelistet, welche Daten sich in erster Priorität für die betreffenden Analysen eignen und welche allenfalls ergänzend beigezogen werden können (2. und 3. Priorität).

Für die Untersuchung des *Gesundheitszustandes der Sozialhilfebeziehenden* im Vergleich zur gesamten Bevölkerung eignet sich die SGB am besten, da diese über eine Vielzahl von Informationen zu allen Dimensionen der Gesundheit verfügt, allerdings aus der subjektiven Sicht der Befragten. Für die generelle Beurteilung des Gesundheitszustandes der Sozialhilfebeziehenden (z.B. im Vergleich zur gesamten Bevölkerung) sind die Stichproben der Erhebungen 2012/ 2017 ausreichend. Sollen auch Aussagen über kleine Untergruppen gemacht werden, müssten ergänzend die SAKE und/oder die KV-Daten beigezogen werden. Die KV-Daten haben den Vorteil, dass sie im Unterschied zu den subjektiven Selbsteinschätzungen in den Befragungen, «objektive» Informationen zu Krankheiten und gesundheitlichen Problemen enthalten – allerdings nur soweit diese im Zusammenhang mit den im Rahmen des KVG abgerechneten Leistungsbezügen stehen. Die KV-Daten haben zudem den Vorteil, dass damit auch kleinräumliche Analysen möglich sind, was für Fragestellungen zur Bedeutung des Versorgungsraumes von Interesse sein kann. Bei der SAKE sind räumliche Analysen auf die Grossraumregionen beschränkt. Als gut kann auch der Informationsgehalt der Sozialhilfedossiers eingeschätzt werden, wobei mit einem unverhältnismässige

grossen Beschaffungsaufwand zu rechnen ist. Zudem können die Analysen nicht auf einfache Weise mit der Durchschnittsbevölkerung verglichen werden, weil lediglich Informationen für Sozialhilfebeziehende vorliegen (Befragungsdaten und KV-Daten enthalten immer Informationen zur Gesamtbevölkerung). Deshalb kommt diese Datenquelle beim momentanen Wissensstand kaum in Frage.

Für die Feststellung von *Veränderungen der Gesundheit im Laufe des Sozialhilfebezuges* braucht es idealerweise mehrere Messungen der Gesundheit zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Entwicklungen können am besten durch die KV-Daten abgebildet werden, da diese für einen längeren Zeitraum kontinuierlich verfügbar sind. Allerdings müssen die Daten auf Personen beschränkt werden, welche im Beobachtungszeitraum die Versicherung nicht gewechselt haben, was zu bestimmten Selektionseffekten führen kann (da nicht die Daten aller Versicherten verwendet werden können). In der SAKE, der SILC sowie dem SHP sind Angaben zum subjektiven Gesundheitszustand bei einem grossen Teil der Befragten für mehrere Zeitpunkte vorhanden. Da diese in den drei Surveys gleich erhoben werden, können die drei Erhebungen gepoolt werden. Damit steht ein umfangreicher Datensatz für die Untersuchung der Veränderung des subjektiven Gesundheitsstatus zur Verfügung. In SHP und SILC werden zudem depressive Symptome und die Lebenszufriedenheit erfasst, so dass auch Veränderungen bei diesen Aspekten untersucht werden können. Bei der SGB können Veränderungen nur indirekt über die Dauer des Sozialhilfebezugs untersucht werden. Anhand einer multivariaten Modellrechnung kann der Effekt, dass bestehende Gesundheitsprobleme bei Beginn des Sozialhilfebezugs zu einem längeren Verbleib in der Sozialhilfe führt (Selektionseffekt), teilweise kontrolliert werden. Der Vorteil der SGB ist, dass die Veränderungen für alle Dimensionen der Gesundheit untersucht werden können. Veränderungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen während des Sozialhilfebezugs lassen sich auch aus den Sozialhilfedossiers direkt erfassen.

Tabelle 7: Beurteilung der Datensätze zur Beantwortung der vier Fragestellungen

	1. Priorität	2. Priorität	3. Priorität
F1: Gesundheitszustand	SGB (alle Dimensionen zur Gesundheit können abgebildet werden)	SAKE, KV-Daten (für Detailanalysen von kl. Gruppen)	SILC (als Erweiterung der SAKE), SH-Dossiers
F2: Entwicklung der Gesundheit/Verläufe	Leistungsbezogene Angaben: KV-Daten Subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand SAKE, SILC, SHP	SGB (nur Auswertungen zur Bezugsdauer von Sozialhilfeleistungen möglich)	SH-Dossiers (verlaufsbezogen Infos aus den Dossiers)
F3: Beanspruchung von Leistungen	KV-Daten, SGB	SILC (finanzielle Hindernisse)	
F4: Hindernis für die Integration	SAKE (SILC) plus IK	KV-Daten plus IK (Bezieht sich nur auf Leistungen des KVG). IV-Daten	SH-Dossiers (wird direkt thematisiert)

Die *Beanspruchung von gesundheitlichen Leistungen* kann am besten mit den KV-Daten erfasst werden. Allerdings sind Leistungen, die nicht über die Krankenversicherung abgewickelt werden, nicht enthalten und bei hohen Franchisen ist nicht immer sicher, ob alle bezogenen Leistungen der Versicherung bekannt sind (da sie ja nicht übernommen werden). Aussagen zu einem Verzicht auf den Bezug von Gesundheitsleistungen aufgrund von finanziellen Engpässen (Zugangshindernisse) können ebenfalls nicht gemacht werden.

Aussagen zur Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems können anhand der Umfragedaten aus zwei Perspektiven vorgenommen werden. Erstens sind in der SGB umfassende Angaben zu den Leistungsbezügen aus der Sicht der Befragten vorhanden. Wird der Gesundheitszustand zur Nutzung von Leistungen in Beziehung gesetzt, so lässt sich untersuchen, ob und wie viele Fälle es gibt, die trotz schlechtem Gesundheitszustand vergleichsweise wenig Leistungen beanspruchen. Dies kann als Ausgangspunkt zur Unterversorgung bzw. zu Hürden dienen (Fragestellung 3). Zweitens bestehen in SILC und SHP gewissen Angaben zum Verzicht auf Leistungen aus finanziellen Gründen. Finanzielle Zugangshemmnisse zu Leistungen des Gesundheitswesens sind also direkt erfasst. Somit kann die SGB, SILC und SHP eine sinnvolle Ergänzung sein zur Untersuchung dieser Fragestellung.

Für die vierte Fragestellung werden Daten zur Messung der *beruflichen Integration* benötigt. Dazu eignen sich die IK-Daten (individuellen Konten der AHV), die es ermöglichen, Erwerbsverläufe über eine längere Zeit zu rekonstruieren. Ergänzend könnten die IV-Daten beigezogen werden, die Aufschluss dazu geben,

welche Verläufe zu einer Ablösung von der Sozialhilfe führen, die mit einem Gesundheitsschaden verbunden sind. Als Ausgangspunkt für die Erfassung des Gesundheitszustandes eignet sich die SAKE – evtl. ergänzt mit SILC und SHP – am besten. Damit liegt eine genügend grosse Stichprobe von Personen vor, für die kurz vor oder nach Beginn der Bezugsperiode die Gesundheit erfasst wurde und bei denen über eine längere Periode die berufliche Integration beobachtet werden kann. Als Alternative oder Ergänzung können KV-Daten zum Bezug von Gesundheitsleistungen beigezogen werden. Da in den KV-Daten Gesundheitsinformationen für die gesamte Beobachtungsperiode vorliegen, können die Gesundheitsverläufe mit den Verläufen der beruflichen Integration verglichen werden. Allerdings werden dadurch die Integrationschwierigkeiten von Personen mit Gesundheitsproblemen aber ohne Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht berücksichtigt. Auch in den SH-Dossiers sind Informationen zur Frage vorhanden, ob gesundheitliche Beeinträchtigungen die berufliche Integration behindern.

Die SGB-Daten eignen sich nicht für die Untersuchung dieser Fragestellung. Für eine solche Analyse müssten Informationen zum Gesundheitszustand zu Beginn des Sozialhilfebezugs verfügbar sein, die mit einer längeren, darauffolgenden Beobachtungsperiode der Erwerbsverläufe in Verbindung gesetzt werden könnte. Deshalb beschränkt sich die Stichprobe bei der SGB auf die neuen Sozialhilfebeziehenden in der Befragung 2012, was eine zu kleine Stichprobe zur Untersuchung dieser Fragestellung ist.

8.1.4 Abschliessende Beurteilung

Insgesamt zeigt sich, dass (mit Ausnahme des SHP) alle Befragungen genügend grosse Stichproben von Personen enthalten, die im Jahr der Befragung Sozialhilfe bezogen haben. Auch anhand der KV-Daten liegen Gesundheitsdaten für eine grosse Teilgruppe der Sozialhilfebeziehenden vor. Die Repräsentativität der befragten Sozialhilfebeziehenden ist bei den Befragungen mit Ausnahme des SHP zufriedenstellend und kann durch Gewichtungsmethoden noch wesentlich verbessert werden. Anhand der durchgeführten Musterauswertungen zeigt sich, dass der Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden deutlich schlechter ist als bei der Gesamtbevölkerung. Bei allen einbezogenen Befragungsdaten zeigen sich ähnliche Ergebnisse, was auf eine gute Qualität der betreffenden Daten hinweist. Der Datensatz SILC wurde nicht auf Einzelfallebene untersucht. Es kann aber angenommen werden, dass die Repräsentativität der Daten zu den im SILC befragten Sozialhilfebeziehenden aufgrund des ähnlichen Umfragedesigns derjenigen der SGB und der SAKE entspricht und bezüglich der erfassten Dimensionen dem SHP ähnelt.

Für die Nutzung der KV-Daten sind zusätzliche Abklärungen notwendig. Als objektive Leistungsdaten über eine längere Zeitperiode haben die KV-Daten ein grosses Potential zur Ergänzung von Befragungsdaten. Auch die Sozialhilfedossiers enthalten eine Vielzahl an Information zur Beantwortung der vier Fragestellungen. Die Nutzbarmachung dieser Datengrundlagen ist jedoch mit grossem Aufwand und damit mit grossen Kosten verbunden. Sinnvoll wäre ein Vorprojekt für die Auslotung der Möglichkeit, die vielen Informationen zur Gesundheit aus den Sozialhilfedossiers zu erschliessen, um anhand von Textmining ein automatisiertes Verfahren zur Extraktion von Gesundheitsinformationen aus Sozialhilfedossiers zu entwickeln.

8.1.5 Empfehlung

Die meisten Informationen zur Gesundheit sind im *Survey SGB* enthalten. Für generelle Analysen zum Gesundheitszustand sind die Angaben von Sozialhilfebeziehenden in dieser Befragung in ausreichendem Umfang und Repräsentativität vorhanden. Wir empfehlen deshalb, die SGB (2012 und 2017 gepoolt) als Basisdatensatz für die Untersuchung zu verwenden. Allerdings können nicht alle Fragestellungen mit den SGB-Daten in ausreichender Qualität untersucht werden. Bei der Untersuchung der beruflichen Integration und der Entwicklung der Gesundheit im Verlauf des Sozialhilfebezugs ergeben sich deutliche Grenzen. Es empfiehlt sich deshalb, ergänzend zur SGB, die *SAKE, SILC und ev. das SHP* beizuziehen. Der subjektive Gesundheitszustand ist in diesen drei Befragungen gleich erhoben und anhand dieser Daten liegen für die gleiche Person mehrere Messungen des Gesundheitszustandes vor. Deshalb eignen sie sich v.a. für die Untersuchung der Entwicklung des Gesundheitszustands im Laufe des Sozialhilfebezugs, sowie für die Untersuchung der beruflichen Integration. Obwohl die Repräsentativität der befragten Sozialhilfeempfänger - mit Ausnahme des SHP - zufriedenstellend ist, empfiehlt es sich, die Qualität anhand einer Gewichtung zu optimieren. In der Sozialhilfestatistik steht dazu eine Reihe von Merkmalen zur Verfügung.

Zusätzlich zu diesen Befragungsdaten enthalten die *Daten der Krankenversicherer* objektive Angaben zu den Leistungsbezügen über einen längeren Zeitraum. Dies sind wichtige ergänzende Informationen. Wir

empfehlen deshalb die Möglichkeit der Nutzung dieser Daten abschliessend zu prüfen und wenn möglich, für die Untersuchung aller Fragestellungen die KV-Daten in zweiter Priorität beizuziehen.

Demgegenüber erscheint der Aufwand für die Nutzbarmachung der *Daten der Sozialhilfedossiers* unverhältnismässig hoch. Hier wäre es sinnvoll, in einem Vorprojekt das Textminingverfahren für die Extraktion der Gesundheitsinformationen aus den Sozialhilfedossiers zu entwickeln und dessen Potential vertieft zu prüfen.

9 Anhang

9.1 Literatur

- Angrist J. D., & Pischke J.-S. (2008). *Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion*. Princeton university press.
- Beyeler M., Salzgeber R., Oesch T., Schuwey C. (2018). *Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2017, 14 Städte im Vergleich*. Bern: BFH.
- BFH (2018). *Arm und krank -ein Leben lang? Social Impact: 5/2018*. Bern: Berner Fachhochschule BFH
- BFS (2019). *Rückmeldung des BfS zur Anfrage «Machbarkeitsanalyse «Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden»*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BfS).
- BFS (2017a). *Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Krebsvorsorge nach sozialer Stellung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BfS)
- BFS (2017b). *Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 in Kürze*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BfS).
- BFS (2004). *Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) Konzepte – Methodische Grundlagen – Praktische Ausführung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BfS).
- Borgetto Bernhard & Kälble Karl (2007). *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*. München: Juvena.
- Bürli M., Amstad F., Duetz M., Schibli D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheit*. Bern: BAG.
- Coullery P. (2019). *Machbarkeitsanalyse zum BAG-Projekt «Gesundheit von Sozialhilfeempfängern», Einschätzung zur Frage der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit*. Bern: BFH
- Ethikrat der öffentlichen Statistik der Schweiz (2019). *Antwort des Ethikrates auf die Anfrage des BfS*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BfS)
- Groves R. M. (2006). *Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys*. *Public opinion quarterly*, 70(5), 646-675.
- Fluder Robert, Salzgeber Renate, Fritschi Tobias, Von Guten Luzius (2017): *Berufliche Integration von arbeitslosen Personen*. Bern: BFH.
- Hainmueller J. (2012). *Entropy Balancing for Causal Effects: A Multivariate Reweighting Method to Produce Balanced Samples in Observational Studies*. *Political Analysis*, 20(1), 25–46.
- Haller Dieter, Erzinger Barbara, Steger Simon, Lätsch David (2013). *Gesundheitliche Aspekte in der Sozialhilfe. Vorstudie im Auftrag des BAG*. Bern: BFH.
- Haller, D., Hümbelin, O., Jäggi F. & Glanzmann, M. (2013). *Mehrfach belastete Klientinnen und Klienten in der Sozialhilfe. Studie im Auftrag der Sozialhilfe des Kantons Basel-Stadt*.
- Haller Dieter & Hümbelin Oliver (2013). *Mehrfach belastete Klientinnen und Klienten in der Sozialhilfe. Angebots- und Wirkungsmonitoring 2008– 2012 der Sozialhilfe Basel-Stadt*. Bern: BFH
- Hümbelin Oliver & Tobias Fritschi (2018). *Pathways into and out of the labor market after receiving social benefits: Cumulative disadvantage or life course risk? The Sociological Quarterly*.
<https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1489207>

- Hümbelin Oliver (2018). Arm und krank - Gesund und reich? Impuls 2/2018. Bern: Berner Fachhochschule BFH
- Hümbelin Oliver & Rudolf Farys (2016). The Suitability of Tax Data to Study Trends in Inequality—A theoretical and empirical review with tax data from Switzerland. *Research in Social Stratification and Mobility*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rssm.2016.04.004>
- Lätsch David, Piffner Roger, Wild-Näf Martin (2011). Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern. Bern: BFH.
- Manderscheid K. (2019). Text Mining. In: N. Bauer & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 1103-1119). Wiesbaden: Springer
- OBSAN (2019). Gesundheitszustand der Bevölkerung
<https://www.obsan.admin.ch/de/gesundheits Themen/gesundheits-der-bevoelkerung/gesundheitszustand-der-bevoelkerung> (eingesehen am 03.Juli 2019).
 Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
- OECD (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Forschungsbericht Nr. 12/13.
- Kangas O., Jauhiainen S., Simanainen M. & Ylkkännö M. (2019). The Basic Income Experiment 2017-2018 in Finland. Preliminary Results. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019:9.
- Kieffer D. & Gamez F. (2018). Sozialhilfe und Gesundheit: Übersicht über Projekte und Praxis. Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Kiely K. & Butterworth P. (2013). Social disadvantage and individual vulnerability: A longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 47 (7): 654-666.
- Kutzner S., Mäder U., & Knöpfel C. (2004). Working poor in der Schweiz - Wege aus der Sozialhilfe: eine Untersuchung über Lebensverhältnisse und Lebensführung Sozialhilfe beziehender Erwerbstätiger. Rüegger.
- Prinz Ch., Baer N., Miranda V. (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Empfehlungen der OECD für die Schweiz. *Soziale Sicherheit CHSS* 2/2014. 70-77.
- Regierungsrat des Kantons Bern (2015). Sozialbericht 2015: Bekämpfung der Armut im Kanton Bern. Bern: GEF.
- Reich Oliver, Wolffers Felix, Signorell Andri, Blozik Eva (2015). Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012. Evidence From Switzerland. In *Global Journal of Health Science*, Vol. 7, No 4.
- Reig J. E. (2019). (Very) basic steps to weight a survey sample. eingesehen unter https://bookdown.org/jespasareig/Book_How_to_weight_a_survey/#author
- Shahidi F., Ramraj Ch., Sod-Erdene O., Hildebrand V. & Siddiqi A. (2019). The impact of social assistance programs on population health: a systematic review of research in high-income countries. In *BMC Public Health* 19:2
- Salzgeber Renate (2016). Langzeitbezug in der Sozialhilfe. *BFH impuls* 1/2016. 40-44.
- Salzgeber Renate & Schmocker Beat (2015). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich. Bern: BFH.
- Salzgeber Renate (2014). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich. Städteinitiative Sozialpolitik.

- Salzgeber Renate & Neukomm Sarah (2011). Diagnose: nicht vermittelbar. Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei älteren Sozialhilfebeziehenden. In SozialAktuell 2/2011.
- Schuler D. & Burla L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sottas B., Brügger S., Jaquier A. (2014). Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen. Sottas.
- World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: WHO
- Wolffers Felix & Reich Oliver (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? Soziale Sicherheit CHSS 2/2015. 89-94.
- Wolffers Felix (2012). Hohe Gesundheitskosten als Herausforderung für die Sozialhilfe. IN: Soziale Sicherheit CHSS 3/2012.

9.2 Ergebnisse der Literaturrecherche (Stand November 2018)

9.2.1 Schweiz (ab 2013)

Anusic, I.; Yap, St. & Lucas, R. (2014). Testing Set-Point Theory in a Swiss National Sample: Reaction and Adaptation to Major Life Events. Soc Indic Res 119: 1265-1288.

Arbeitslosigkeit als Event im Leben: Gesundheit und Lebenszufriedenheit sinkt

Beyeler, M.; Salzgeber, R.; Oesch, T.; Schuwey, C. (2018). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2017, 14 Städte im Vergleich. Bern: BFH.

Zeigt, dass es zunehmend Personen mit vor allem *psychischen Gesundheitseinschränkungen in der Sozialhilfe* gibt, die kaum mehr Chancen auf den Arbeitsmarkt und keinen Anspruch auf IV-Rente haben (vgl. S.21). Menschen, die nach erfolglosen Massnahmen aus vorgelagerten Leistungssystemen von der Sozialhilfe abhängig werden bleiben häufig lange im Bezug, unter anderem wegen gesundheitlichen Einschränkungen (S.25)

10% der Sozialhilfebeziehenden, welche im Jahr 2010 17 Jahre alt waren und dann Sozialhilfe bezogen haben, sind aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeitsfähig (S.59)

BFS (2017). Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Krebsvorsorge nach sozialer Stellung. Neuchâtel.

Personen mit tieferem sozioökonomischem Status gehen häufiger zum Hausarzt als die anderen, aber seltener zum Spezialisten/Zahnarzt oder Apotheker.

BFS (2013). Gesundheitszustand, Armut und Verzicht auf Pflegeleistungen. Neuchâtel.

Gesundheitszustand von armutsbetroffenen Personen und der Verzicht der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Boes, S.; Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung. OBSAN Dossier 51.

Gesundheit wird über das Gesundheitsverhalten einer Person z.B. Alkoholkonsum, Sport erfasst, der sozioökonomische Status beeinflusst über das Gesundheitsverhalten die Gesundheit. Personen mit einem tiefen sozioökonomischen Status haben ein ungesünderes Gesundheitsverhalten.

BSV (2015). Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Forschungsbericht Nr. 19/15.

Kapitel 4, Beschreib Krankheits- und Desintegrationsverläufe von IV-Rentnern

OECD (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Forschungsbericht Nr. 12/13.

Gibt sehr viele psychisch erkrankte Menschen in Sozialhilfe und IV. Erschwerte Arbeitsmarktintegration: Das RAV und die Sozialdienste bieten Personen mit psychischen Störungen zu wenig Unterstützung, Massnahme: Kapazitäten der Sozialhilfe erhöhen, Leistungsumfang der RAV erweitern (S. 23 im PDF)

Prinz, Ch.; Baer, N. & Miranda, V. (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Empfehlungen der OECD für die Schweiz. Soziale Sicherheit CHSS 2/2014. 70-77.

Psychische Erkrankungen, ob schwer oder mittelgradig, sind bei allein Leistungsbezügern auch der Sozialhilfe sehr hoch (S.74). Problem ist, dass psychische Erkrankungen zu spät angegangen werden und dadurch viele Sozialhilfebeziehende später eine IV-Rente beziehen

Reich, O.; Wolfers, F.; Signorell, A. & Blozik, E. (2015). Health Care Utilization and Expenditure in Persons Receiving Social Assistance in 2012. Global Journal of Health Science Vol.7 No.4.

Quantitative Analyse wie die Gesundheitsversorgung genutzt und wie die Gesundheitskosten sich zwischen Sozialhilfebeziehenden und Nicht-Sozialhilfebeziehenden unterscheiden. Methode: Analysieren von Krankenkassendaten. Bezüglich ihrer Arztbesuche, verschriebene Medikamente und Total Gesundheitskosten die von der Grundversicherung gedeckt werden, 391 Personen mit Sozialhilfe und ca. 13'000 ohne Sozialhilfe. Ergebnis: Sozialhilfebeziehende haben 1'666 mehr Gesundheitskosten als Personen ohne Sozialhilfe -> Sozialhilfebeziehende nutzen die Gesundheitsservices sehr oft.

Kieffer, D. & Gamez, F. (2018). Sozialhilfe und Gesundheit: Übersicht über Projekte und Praxis. Bundesamt für Gesundheit BAG.

Gesundheitliche Probleme erhöhen Gefahr Stellenverlust, Arbeitslosigkeit und Armut haben negativen Einfluss auf psychische und physische Gesundheit, *entstehen einer Negativspirale, die fortschreitende Chronifizierung von Armut und Krankheit zur Folge hat*. Gesundheitliche Probleme sind wesentliches Hemmnis für angestrebte gesellschaftliche und berufliche Integration. Auflistung Projekte im Bereich Zugang zur Gesundheitsversorgung / Umgang mit komplexen gesundheitlichen Problemen in der Fallarbeit / Gesundheitsförderung

Knöpfel, C. & Schuwey, C. (2014). Neues Handbuch Armut in der Schweiz. Caritas.

Krankheit erhöht Armutsrisiko der Bevölkerung deutlich, weil Krankentaggeldversicherung nicht obligatorisch ist. Wer arbeitslos ist, keine Krankentaggeldprämie zahlen will, verliert nach 30 Tagen Anrecht auf Arbeitslosenentschädigung, deshalb beziehen mehr Sozialhilfe. Personen mit Krankheit oder schwere Behinderung, die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit verursacht und auf IV-Bescheid warten überbrücken z.T. mit Sozialhilfe

Gesundheit nach WHO Definition: Subjektiv wahrgenommener Zustand, der mehrere Lebensbereiche umfasst: Körperliches, Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung

Sozialer Gradient, negativ linearen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Krankheits- und Sterberisiken, umso steiler je ungleicher eine Gesellschaft organisiert ist → *Armutsbetroffene werden öfters krank oder invalid und sterben früher*, Gründe dafür:

- Gesundheitsbelastende Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Gesundheitsbelastende Verhaltensweise (z.B. schlechtere Ernährung, Alkoholkonsum): Schlechter wegen finanziellen Ressourcen und mangelnde soziale oder kulturelle Ressourcen

Salzgeber, R. (2016). Langzeitbezug in der Sozialhilfe. BFH impuls 1/2016. 40-44.

62.4% der Langzeitbeziehende in der Sozialhilfe haben eine gesundheitliche Beeinträchtigung, davon sind wiederum je ein Drittel psychische oder physische Beeinträchtigungen. Zudem hat ein Fünftel eine Suchtproblematik, ein Zehntel Depressionen. Problematik: Mehrfache gesundheitliche Beeinträchtigungen, aufgrund von Unfall oder sonstigen können psychische Krankheiten hinzukommen, was den Sozialhilfebezug verstärkt. Jüngere Langzeitbeziehende haben hauptsächlich psychische Probleme oder weisen Suchtproblematiken vor.

Salzgeber, R. & Schmocker, B. (2015). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich. Bern: BFH.

63% der Langzeitfälle haben gesundheitliche Beeinträchtigung, davon sind 34% physisch, 19.3% haben eine Suchtproblematik, 11% eine Depression, 4% einen Unfall. Höchster Anteil an gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Altersgruppe 36-45.

Identifikation der Gesundheitsprobleme nicht einfach, Sozialarbeitende stützen sich auf Arztzeugnisse, bei Unklarheit schätzt Sozialarbeitende die Situation selbst ein

Problem: sehr wenige Fälle bekommen IV-Taggelder oder IV-Eingliederungsmassnahmen
Verlauf Gesundheit im Sozialhilfebezug: Langzeitbeziehende mit psychischer Beeinträchtigung hat sich der Gesundheitszustand im Verlaufe des Bezugs verschlechtert.

Schmidlin S. & Borer, J. (2017). Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen. Forschungsbericht 9/17. BSV.

In vielen Kantonen gibt es für Jugendliche mit psychischen Probleme kaum Unterstützungsangebote oder Begleitung, als letztes Auffangnetz wird oft die Sozialhilfe gewählt, um junge Erwachsene zu unterstützen, die bisher sich nicht integrieren konnten

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.

Gesundheit in der CH mit Fokus chronische Erkrankungen: Personen mit dem niedrigsten Einkommen haben deutlich niedrigere Werte bei der selbst wahrgenommenen Gesundheit, leiden häufiger an einem chronischen Gesundheitsproblem und sind auch häufiger von Gesundheitsproblemen stark eingeschränkt in den alltäglichen Aktivitäten als Personen mit höherem Einkommen

Sottas, B.; Brügger, S. & Jaquier, A. (2014). Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen. Sottas.

Beschäftigt sich mit Frage zu Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten und Zugangshindernissen, qualitative Befragung von Experten aus Versorgung, Fazit: *Sozialhilfebezüger beanspruchen öfters ärztliche Leistungen als die Durchschnittsbevölkerung*, Gesundheitskosten werden normalerweise von der Sozialhilfe gedeckt, Problem: Menschen ohne Krankenversicherung werden die Gesundheitskosten auch von Sozialhilfe übernommen aber nur wenn betreffende Personen von einem Sozialdienst betreut werden, somit erhalten diese Personen (hauptsächliche Migranten und Migrantinnen, Sans Papiers) keine gesundheitliche Unterstützung -> Vorschlag Verbesserung: bessere Information für Migranten und Migrantinnen und ihr Recht auf Krankenversicherung

Spectra (2018). Chancengleichheit. Gesundheitsförderung und Prävention 119.

Text und Grafik zu sozialer Benachteiligung erzeugt ungleiche Gesundheitschancen und der Einfluss des Sozialhilfebezugs darauf und Interview mit Bodermann: Problem der Gesundheitsvorsorge: Insbesondere speziellere Gesundheitskosten sind schwierig finanzierbar bei Sozialhilfebezug wie Sport, Bioprodukte oder soziale Teilhabe

Wolffers, F. & Reich, O. (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? Soziale Sicherheit CHSS 2/2015. 89-94.

Sozialhilfebeziehende verursachen überdurchschnittliche Gesundheitskosten, leiden doppelt so häufig an chronischen Erkrankungen, insbesondere psychische Probleme und Schmerzen kommen bei Sozialhilfebeziehenden viel öfters vor (Auflistung genauer Beschwerden auf S.90), durchschnittliche Gesundheitskosten betragen 5'596 Franken pro Jahr, der restliche Durchschnitt liegt bei 2'768 Franken. Sozialhilfeempfänger weisen doppelt so hohe Hospitalisierungsraten auf als der Rest, Sozialhilfebeziehende gehen häufiger zum Arzt und bekommen öfters Medikamente verschrieben, unklar bleibt welchen Einfluss der Sozialhilfebezug auf die Gesundheit hat, viele Personen hatten bereits früher Arbeitslosengeld oder anderes, viele waren vor dem Sozialhilfeeintritt bereits mit gesundheitlichen und anderen Problemen konfrontiert

WOPP (2014). Die Prävalenz psychisch Kranker in den Wohneinrichtungen für Erwachsene in der Stadt Zürich. Zürich: Städtische Gesundheitsdienste.

Psychisch kranke Personen, die in Wohneinrichtungen in der Stadt Zürich wohnen, sind über die Hälfte von der Sozialhilfe abhängig.

9.2.2 Deutschland und Österreich (ab 2013)

Amer et al. (2015). Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus der Sicht von Armutsbetroffenen. Wien: Armutskonferenz.

Fokusgruppeninterviews mit Armutsbetroffenen über deren Erfahrung, was ihnen im Gesundheitssystem fehlt. Betroffene sprechen von spürbarer *Zwei-Klassen-Medizin*, *nicht Leistbarkeit von gewissen Gesundheitsbereichen* wie z.B. Hörgeräte, *eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen* im Vergleich zu anderen Personen wie z.B. lange Wartezeit auf Behandlungen, nur kurzfristige Therapien etc., im Krankenhaus erhalten sie zu wenig Informationen und keine Aufklärung, Unverständlichkeit bei Diagnosen. Überblicksgrafik auf S.15.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Auf S.365 Befunde zum Gesundheitszustand von Personen mit niedrigeren Sozialstatus von Kindern/Jugendlichen aufgelistet, S.413 von Personen in der mittleren Lebensphase und S.445 die Gesundheit von Rentnern. Personen im mittleren Lebensalter mit niedrigerem sozialem Status haben geringere Lebenserwartung. Armutsrisiko Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung ist höher. Gesundheitszustand von Arbeitslosen ist schlechter. Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten insbesondere bei Tabakkonsum und Übergewicht. Personen in sozial benachteiligten Gruppen nehmen weniger Krebsfrüherkennungen in Anspruch. Personen mit psychischer Beeinträchtigung haben mehr Fehlzeiten und dies weist sich negativ auf den Gesundheitszustand aus.

Einschätzung subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen: Geringerer Anteil an Personen mit niedrigem Einkommen mit subjektiver Einschätzung, dass sie eine gute Gesundheit haben und höherer Anteil niedrig Verdienende mit subjektiv beeinträchtigter Gesundheit.

Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2015). Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Bundesgesundheitsblatt 2016 59: 238-244.

Literaturzusammenfassung zu Sozialen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Zugang für untere Statusgruppen ist deutlich eingeschränkt, höhere Wartezeiten und weniger Zusatzzahlungen. Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zeigt sich darin, dass tiefere Statusgruppen weniger Fachärzte und weniger präventive Massnahmen in Anspruch nehmen.

Kroll, L. & Lampert, T. (2013). Direct cost of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. BMC Health Services Research 13. 271-280.

Deutsche Längsschnittanalyse zum Zusammenhang von Armut und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Methode: Längsschnittpanel Sozioökonomisches Haushaltspanel von 1994-2010, zusätzliche Daten von einer Deutschen Untersuchungsumfrage zu Gesundheit KiGGS (sozioökonomische Ungleichheiten in Gesundheitssystemnutzung und -zustand) für Daten zu Kindern und Jugendlichen von 2003-2006.

Ergebnis: *Personen in der tiefsten Einkommensgruppe gehen öfters zum Arzt und haben mehr Spitaltage im Jahr*, insbesondere Männer. Direkte Kosten wegen Gesundheitsungleichheiten sind von 2 Mia. auf 25 Mia. pro Jahr angestiegen

➔ Kroll / Lampert haben viele Papers zu sozioökonomischen Status und Gesundheit veröffentlicht

Lampert, T.; Kroll, L.; von der Lippe, E., Müters S. & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013 56: 814-821.

Methode: Datengrundlage «Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland» Auswertung mehrere Gesundheitsvariablen: allgemein subjektiver Gesundheitszustand, Adipositas, Diabetes, sportliche Inaktivität, depressive Symptomatik

Ergebnis: Risiko für betrachtete *Gesundheitsprobleme am höchsten in Gruppe mit niedrigstem sozialem Status* im Vergleich zu denjenigen mit dem höchsten

Pförtner, T. & Schumann, N. (2015). Armut, öffentliche Sozialtransfer und Gesundheit: Eine Analyse zur subjektiven Gesundheit von Sozialleistungsbeziehern in Deutschland. Gesundheitswesen. New York: Georg Thieme Verlag.

Untersuchung wie die subjektive Gesundheit (=Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands) von Sozialhilfebeziehenden in Deutschland ist. Zusammenhang Armutsgefährdung mit subjektive Gesundheit vor und nach Sozialleistungserhalt Methode: Analyse der Daten des Sozioökonomischen Panels SOEP Jahr 2010 (Frage auf Bezug von Sozialleistungen) anhand deskriptiven Analysen und binär logistischer Regression mit Kontrollvariablen (Alter, Wohnort, Haushaltszusammensetzung, Bildung, Erwerbsstatus, Information zu chronischer Erkrankung, pflegebedürftige Personen im HH). Ergebnis: Armutsgefährdung ist mit besonders hohem Gesundheitsrisiko assoziiert, viel stärker bei Männern als bei Frauen. *Sozialtransfers gehen mit dem höchsten gesundheitlichen Risiko einher.*

Robert-Koch Institut (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt.

Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung finden sich in allen Wohlfahrtsstaaten, niedriger sozioökonomischer Status geht mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und geringerer Lebenserwartung einher

9.2.3 *weitere Länder (ab 2013)*

Devaux, M. (2015). Income-related inequalities and inequalities in health care services utilization in 18 OECD countries. European Journal of Health Economics 16: 21-33.

Vergleich von 18 OECD Ländern bezüglich einkommensbedingter Ungleichheiten in der Nutzung des Gesundheitssystems. Daten Schweiz: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Wahrscheinlichkeit Arzt zu besuchen nach Anpassung Gesundheitszustand, zum Zahnarzt zu gehen, Krebsvorsorgeuntersuchungen zu machen ist für Personen mit tiefem Einkommen kleiner als für Menschen mit hohem Einkommen. *Ungleichheiten sind allgemein in der Schweiz kleiner* im Vergleich zu anderen Ländern, insbesondere in Zahnarztbesuchen und Präventivversorgung

Kiely, K. & Butterworth, P. (2013). Social disadvantage and individual vulnerability: A longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 47 (7): 654-666.

Längsschnittstudie Australien, welcher Zusammenhang von Sozialhilfe und mentalem Gesundheitszustand untersucht für Personen im Erwerbsalter. Methode: Datengrundlage: Australisches Haushaltspanel HILDA. Gesundheit wurde mit einem 36-stufigen Item erhoben, welche den psychischen, physischen und sozialen Gesundheitszustand der letzten 4 Wochen abbildet. Ergebnis: Personen, die Arbeitslosengeld und IV-Geld erhielten hatten einen *schlechteren mentalen Gesundheitszustand in der Zeit, in der sie Einkommenssupport erhielten als in der in der sie keinen erhielten*. Soziodemographische und finanzielle Variablen erklären Zusammenhang zwischen mentalen Gesundheitszustand und Einkommenssupport

9.3 Informationen zur Gesundheit in den Erhebungen SGB, SHP, SILC und SAKE.

Tabelle 8 : Gesundheitsindikatoren in Bevölkerungsbefragungen (SGB, SHP, SILC, SAKE)

	SGB 2012, 2017		SHP 1999-2017		SILC 2007-2017		SAKE/SESAM 2006-2017	
	Information zur Gesundheit	Fragebogen 2012, Seiten (ab 92 schriftlicher Fragebogen)	Information zur Gesundheit	Variablen-name	Information zur Gesundheit	Variablennamen	Information zur Gesundheit	Variablenname
	Subjektiver Gesundheitsstatus	10	Subjektiver Gesundheitsstatus	c01, Xc05	Subjektiver Gesundheitsstatus	PH010_10	Subjektiver Gesundheits-status	IZ41
			Zufriedenheit mit Gesundheit	c02	Zufriedenheit mit der Gesundheit	PW5020_10		
			Veränderung der Gesundheit letzte 12 Monate	c03				
	<p>Gefühle: (Voller Leben gefühlt Sehr nervös gefühlt So niedergeschlagen oder verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat können aufmuntern ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt Voller Energie gefühlt Entmutigt und deprimiert gefühlt Erschöpft gefühlt Glücklich gefühlt Müde gefühlt), Gefühle: (Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten? Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit? Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf? Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben? Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen? Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben? Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z B beim Zeitunglesen oder Fernsehen? Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?) Selbstkontrolle, Glücksspielsucht (Häufigkeit, Problematik)</p>	19; 95; 111-113	Lebenszufriedenheit, Depression, Energie und Optimismus, mentales Wohlbefinden, Gefühle (Freude, Trauer, Wut)	c44, c17, c18, Xc15, c47, c48, c49	Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt, Negative Gefühle: Häufigkeit, Glücklich sein (2017), Entmutigt oder traurig (2017)	PW5150_10,P07C17,PW5180_10, PW5170_10		

Beschwerden und Krankheitsbilder

<p>Chronische Krankheiten und Beschwerden</p>	<p>Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, wo chronisch oder andauernd ist? Damit meine ich Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, wo schon seit mindestens 6 Monaten andauern oder schätzungsweise noch während mindestens 6 Monaten andauern werden</p>	<p>10'-11</p>	<p>Vorhandensein chronischer Gesundheitsprobleme; Unfall oder Krankheit, U/K:Seit wann</p>	<p>c19a, c21, l01, L02 und L03</p>	<p>Chronisches Gesundheitsproblem (mind 6 Monaten)</p>	<p>PH020_10</p>	<p>Chronisches Gesundheitsproblem vorhanden oder nicht</p>	<p>I241 (2006-2009: körperliches oder psychisches Problem)</p>
<p>Physisch</p>	<p>Körpergrösse, Körpergewicht (vor Schwangerschaft), Zufriedenheit mit Körpergewicht, Veränderungswunsch, Rücken- oder Kreuzschmerzen Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch Durchfall, Verstopfung oder beides Einschlaf- oder Durchschlafstörungen Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern Schmerzen oder Druck im Brustbereich Fieber Schmerzen in den Schultern, im Nacken und/oder in den Armen Zusammenhang mit Arbeit, Migräne Asthma Diabetes, Zuckerkrankheit Arthrose, (rheumatische) Arthritis Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür Osteoporose Chronische Bronchitis, Emphysem Hoher Blutdruck Herzinfarkt (Herzschlag) Schlaganfall (Schlägli) Nierenkrankheit, Nierensteine Krebs, Geschwulst Heuschnupfen oder andere Allergie Depression Dauernde Verletzung oder Schädigung nach einem Unfall , Zahngesundheit (Zahnersatz, Spange)</p>	<p>17-18; 16-17; 96; 98-99</p>	<p>Grösse und Gewicht; Rücken, Schwäche, Kopfschmerzen, physisches Wohlbefinden</p>	<p>c45, c46,c04, c05, c06, Xc16</p>	<p>Körpermasse,Hauptgrund Chronisches Problem, Notwendigkeit einer Zahnuntersuchung: ja/nein, Notwendige medizinische Untersuchung: ja/nein</p>	<p>PH5020_10, PH5030_10, PH5010_10,PH060_10A,PH040_10A</p>	<p>-</p>	

Psychisch	<p>Gefühle: (Voller Leben gefühlt Sehr nervös gefühlt So niedergeschlagen oder verstimmt gefühlt, dass Sie nichts hat können aufmuntern ruhig, ausgeglichen und gelassen gefühlt Voller Energie gefühlt Entmutigt und deprimiert gefühlt Erschöpft gefühlt Glücklich gefühlt Müde gefühlt), Gefühle: (Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten? Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit? Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf? Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben? Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen? Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben? Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z B beim Zeitungslesen oder Fernsehen? Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?) Selbstkontrolle, Glücksspielsucht (Häufigkeit, Problematik)</p>	<p>19; 95; 111-113</p>	<p>Lebenszufriedenheit, Depression, Energie und Optimismus, mentales Wohlbefinden, Gefühle (Freude, Trauer, Wut)</p>	<p>c44, c17, c18, Xc15, c47, c48, c49</p>	<p>Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt, Negative Gefühle: Häufigkeit, Glücklich sein (2017), Entmutigt oder traurig (2017)</p>	<p>PW5150_10, P07C17, PW5180_10, PW5170_10</p>	<p>-</p>	
Sozial	<p>Erhaltene/geleistete informelle Hilfe, soziale Unterstützung, Gefühle der Einsamkeit</p>	<p>30-35</p>	<p>Sorge und Überwachung nötig, soziales Wohlbefinden, Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, Zufriedenheit mit Zusammenleben im Haushalt, finanzielle, praktische und emotionale Unterstützung (Partner, Nachbarn, Familienmitglieder, Freunde)</p>	<p>Xc10, Xc17, q104, f02, Hi36, N04 (etc)</p>	<p>Zufriedenheit mit dem Alleine leben, Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, Zufriedenheit mit dem Zusammenleben im Haushalt, Unterstützung durch die Angehörigen</p>	<p>PW5110_10, PW5240_10, PW5120_10, P07QL04B</p>	<p>-</p>	

Einschränkungen und Behinderungen								
Einschränkungen und Behinderungen generell	Seit mindestens 6 Monaten, wie sehr sind Sie eingeschränkt durch ein gesundheitliches Problem bei gewöhnlichen Aktivitäten im täglichen Leben? Würden	10'-11	Grad der Beeinträchtigung qualitativ und quantitativ, U/K:Beeinträchtigung	c08, c06, Xc06, L05	Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten	PH030_10	Einschränkung der täglichen Aktivitäten, und Grad der Einschränkung der täglichen Aktivitäten	IZ41,IZ42
Schwangerschaft	vorhanden	17	Nur rückwirkend	nbb	Nur rückwirkend		Nur rückwirkend	IT01b-f
Einschränkungen, spezifisch	Sehen, Hören, Sprache, Gedächtnis, Einschränkung in alltäglichen Aktivitäten, Einschränkungen in instrumentalen Aktivitäten, Mobilität, subjektive Beeinträchtigung Dauer und Intensität, Arbeitsunfähigkeit, Schlaf, Altersprobleme (Stürze)	10-15; 97	Schlafprobleme	c07				
Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems								
Arzt	Berufstyp (Hausarzt, Frauenarzt, Zahnarzt,Zahnarzt/Zahnärztin ,Dentalhygieniker/in ,Physiotherapeut/in ,Chiropraktiker/in ,Optiker/in ,Psychologe/in, Psychotherapeut/in ,Fusspfleger/in, Pediküre, Podologe/in ,Heilpraktiker/in, Naturheiler/in), Häufigkeit letzte 12 Monate, Vorhandensein persönlicher Hausarzt, Grund Arztbesuch, Jahr Frauenarztbesuch	19-23; 97; 99	Arztkonsultationen Häufigkeit im letzten Jahr, geht zum Zahnarzt wenn nötig, Zufriedenheit Hausarzt /Spezialist	c12, Hi24, c191, c192	Notwendige Zahnuntersuchung: in Anspruch genommen: ja/nein, Notwendige medizinische Untersuchung in Anspruch genommen: ja/nein, Anzahl der Besuche bei einem Zahnarzt oder einem Kieferorthopäden, Anzahl der Konsultationen eines Allgemeinmediziners oder Hausarztes,	PH060_20A, PH040_20A, PH080_10, PH090_10	-	
Behandlung psychischer Probleme	ja/nein, Berufsart	36;97-97	-				-	
Spital	Häufigkeit, Art (Notfall, Tagesklinik), Anzahl Tage	23-24	Krankenhaus oder Klinik	c41	Anzahl der Konsultationen eines Facharztes oder Chirurgen,	PH100_10	-	
Komplementärmedizin	inanspruchnahme	36;97-98	-		-		-	
Paramedizin	inanspruchnahme	36;97-99	-		-		-	
Apotheker	Häufigkeit letzte 12 Monate	98	-		-		-	
Spitex	ja/nein, Dauerhaftigkeit, Spitex	28-29	-		-		-	
Versicherungssituation	Typ von Versicherung (HMO etc), Versicherungswechsel, Häufigkeit Wechsel, Grund für Wechsel (finanziell etc), Franchiseneränderung, Zusatzversicherungen, Art der Spitalversicherung (privat, halbprivat etc)	101-102	"Grund weshalb Ratenzahlungen für Schulden: Arztrechnungen, Spital etc ", "finanzielle Unterstützung von der Krankenkasse", "Versicherungsmodell (HMO etc; ja nein, welches)"	Hi45, Hi76, c187,c188	-		-	
Grund für Nichtinanspruchnahme	-	-	Grund weshalb nicht zum Zahnarzt (finanziell)	Hi25	Zahnuntersuchung: Hauptgrund für Unterlassung der Untersuchung, Medizinische Untersuchung: Hauptgrund für Unterlassung der Untersuchung	PH070_10, PH050_10	-	

Individuelle Ressourcen: gesundheitsrelevantes Verhalten und präventivmedizinische Indikatoren							
Ernährung	Diät, Gemüse oder Salat, Früchte, Fleisch, Fisch, Milch, Flüssigkeit,	38-42	Früchte und Gemüse, Warme Mahlzeit jeden zweiten Tag, Selbsteinschätzung Gesundheit Essen	H:i115, i117, P:c130	Häufigkeit, Obst zu essen, Häufigkeit, Gemüse oder Salat zu essen	PH140_10, PH150_10	-
Körperliche Aktivität	Schwitzen, Anzahl Tage, leichte Aktivität, Häufigkeit, Velo/Spazieren, Sport, subjektive Einschätzung körperliche Aktivität,	36-38; 104	Häufigkeit pro Woche	a02	Art der körperlichen Aktivität bei der Arbeit, Mit körperlichen Aktivitäten verbrachte Zeit in einer gewöhnlichen Woche (Stunden), Mit körperlichen Aktivitäten verbrachte Zeit in einer typischen Woche (Minuten),	PH120_10, PH130_10H, PH130_10M	-
Unfälle	letzte 12 Monate, Art des Unfalls	97	Unfall oder Krankheit Grund	L01r Xc07	Grund für Chronische Krankheit: Unfalls		-
Alkoholkonsum	Häufigkeit, Früher, Art, Anzahl Tage	42-47; 103	-		-		-
Tabakkonsum	Häufigkeit, Früher, Art, Anzahl Tage	42-50	Rauchen, Seit wann, Einheiten/Tag, Art von Produkt	c81, c82, c83, c87, c88, c89, c90	-		-
Drogen	Häufigkeit, Früher, Art, Anzahl Tage	50-53	-		-		-
Medikamentenkonsum	letzte 7 Tage, Art (Pille, Herz, Schlaf, Beruhigung, Asthma, Cholesterin, Depression, Diabetes, Osteoporose, Hormone)	24-29	Medikamente nötig um im Alltag zu bestehen	c16	-		-
Zahnpflege	Zahnpflege Häufigkeit, Art	99	-		-		-
Stillen	Dauer Stillen vorhandener Kinder, Alter Abstillen/Beikost	114	-		-		-
Sexualverhalten/Aids	Häufigkeit, Anzahl Partner, Verhütung, Blutspenden, HIV Test	53-56; 100-101	-		-		-
Grund für ungesundes Verhalten	-	-	Grund weshalb keine Mahlzeit im Restaurant (finanziell), weshalb keine Früchte und Gemüse (finanziell)	i11, i116			-
Blutdruck	subjektive Einschätzung, letzte Messung	57-58	-				
Cholesterin	subjektive Einschätzung, letzte Messung	58-59	-				
Diabetes	subjektive Einschätzung, letzte Messung	59-60	-				
Osteoporose	subjektive Einschätzung, letzte Messung	60	-				
Krebsvorsorge	Häufigkeit, Typ der Vorsorge	61-66	-				
Grippeimpfung	schon mal impfen lassen	99	-				

9.4 Arbeitsdokumente mit Stellungnahmen zur datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung von Daten der Krankenversicherer

9.4.1 Machbarkeitsanalyse zum BAG-Projekt «Gesundheit von Sozialhilfeempfängern», Einschätzung zur Frage der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit

1. Fragestellung

Im Rahmen einer Machbarkeitsanalyse zum BAG-Projekt «Gesundheit von Sozialhilfeempfängern» haben sich zwei Versicherer bereit erklärt, ihre Leistungsdaten aus der Grundversicherung zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen der Projektarbeiten ist die Grundsatzfrage zu klären, ob die beiden Krankenversicherer überhaupt datenschutzrechtlich legitimiert sind, die Leistungsdaten aus der Grundversicherung zur Verfügung zu stellen.

2. Qualität der Krankenversicherungsdaten

Die Leistungsdaten der Grundversicherung sind Daten, die über den Gesundheitszustand der Versicherten Auskunft geben. Dies macht sie zu «besonders schützenswerten Personendaten» im Sinne von Art. 3 Bst. c Ziff. 2 DSG²⁹.

3. Stellung der Krankenversicherer

Krankenversicherer vollziehen eine öffentliche Aufgabe (den Vollzug der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) und gelten daher nach einhelliger Lehrmeinung³⁰ als «Bundesorgane» im Sinne von Art. 3 Bst. h DSG.

4. Allgemein: Grundsätzliches Erfordernis einer gesetzlichen Grundlage

Organe des Bundes (in casu BAG und Krankenversicherer) dürfen Personendaten bearbeiten, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht (so Art. 17 Abs. 1 DSG). Für das Bearbeiten besonders schützenswerter Daten, wie im vorliegenden Fall die Leistungsdaten der Grundversicherung, ist an sich eine formell-gesetzliche Grundlage erforderlich (Art. 17 Abs. 2 DSG). Bei besonders schützenswerten Daten, die in einem Forschungskontext bearbeitet werden, greift nach Art. 22 Abs. 2 Bst. b DSG allerdings insofern eine Erleichterung, als in diesen Fällen eine materiellrechtliche Grundlage, etwa in einer Verordnung, ausreichend ist.³¹ Dieser Erleichterungstatbestand kann im Forschungsprojekt «Gesundheit von Sozialhilfeempfängern» angerufen werden, sodass eine Rechtsgrundlage, welche die Forschung im Themenfeld «Gesundheit und Armut» legitimiert, lediglich auf Verordnungsebene bestehen muss.

5. Konkret: Rechtliche Legitimation der Forschung im Bereich «Gesundheit und Armut»

Eine explizit ausformulierte rechtliche Bestimmung, die der Forschung im Bereich von Gesundheit und Armut eine eindeutige Grundlage bietet, ist zwar nicht auszumachen, allerdings gibt es verschiedene Normen, die sich in ihren Teilaspekten zu einer hinreichenden Rechtsgrundlage verdichten:

- Der Bundesrat erklärt in seiner Organisationsverordnung für das Eidgenössische Departement des Innern³² den Schutz und die Förderung der Gesundheit³³ ebenso zu Zielen des BAG, wie die

²⁹ Bundesgesetz vom 19.06.1992 über den Datenschutz (SR 235.1).

³⁰ Vgl. David Rosenthal/Yvonne Jöhri (2008). Handkommentar zum Datenschutzgesetz. Zürich/Basel/Genf: Schulthess Juristische Medien AG. S. 65, Rz. 100 m.w.H.

³¹ Vgl. hierzu Rosenthal/Jöhri (Anm. 2), S. 578f., Rz. 20f.

³² Organisationsverordnung vom 28.06.2000 für das Eidgenössische Departement des Innern (OV-EDI; SR 172.212.1)

³³ Art. 9 Abs. 2 Bst. a OV-EDI

- Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit gegenüber den Folgen von Krankheit und Unfall³⁴ oder «den Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer umfassenden medizinischen Betreuung»³⁵.
- Um diese Ziele zu erreichen, steuert das BAG gemäss bundesrätlicher Verordnung die Forschung insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit und der Kranken- und Unfallversicherung³⁶. Die Durchführung solcher Forschung, deren Resultate zur zweckmässigen Erfüllung von Staatsaufgaben benötigt werden, ist als Ressortforschung formell-gesetzlich breit abgestützt³⁷.

Es stellte sich die Anschlussfrage, ob diese aus verschiedenen Rechtssätzen konstruierte gesetzliche Grundlage die erforderliche Bestimmtheit aufweist, um dem Legalitätsprinzip zu genügen: Der Grad der erforderlichen Bestimmtheit der gesetzlichen Grundlage definiert sich nicht absolut und abstrakt, sondern in Abhängigkeit verschiedener Kriterien, die in Lehre und Rechtsprechung entwickelt worden sind³⁸, u.a. die Schwere eines möglichen Eingriffs in die Persönlichkeitsrechte einzelner Personen. Dies bedeutet: je schwerer der Eingriff desto bestimmter muss die gesetzliche Grundlage sein. Im vorliegenden Fall ist die Schwere des Eingriffs in die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen vernachlässigbar gering, da die Daten für *nicht personenbezogene* Forschungszwecke bearbeitet und anonymisiert veröffentlicht werden. In diesem Lichte betrachtet erscheint die Bestimmtheit der Rechtsgrundlage als unzweifelhaft hinreichend.

6. Relevanz der Datenerhebung durch die Versicherer

Abschliessend stellt sich die Frage, inwieweit es eine Rolle spielt, dass die Rechtsgrundlage für Forschung im Themenfeld Gesundheit/Krankenversicherung und Armut zwar das BAG, nicht aber die Versicherer zur Datenbearbeitung legitimiert. An dieser Stelle kann auf Art. 84 KVG³⁹ zurückgegriffen werden, wonach das BAG in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde berechtigt ist, «Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen», um Aufgaben, die sich aus dem KVG oder dem KVAG⁴⁰ ergeben, wahrzunehmen. Auf Verordnungsebene wird ausdrücklich festgehalten, dass die dem BAG von den Versicherern weitergegebenen Aufsichtsdaten u.a. dazu dienen, «die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen» (Art. 28 Abs. 1 Bst. d KVV⁴¹) und «die Wirkungen des Gesetzes (...) zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen» (Art. 28 Abs. 1 Bst. g KVV).

7. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Anbetracht der Geringfügigkeit des Eingriffs in Persönlichkeitsrechte eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage besteht, damit das BAG mit Aufsichtsdaten Forschung mit dem Ziel betreiben (lassen) kann, möglichst sicherzustellen, dass alle versicherten Personen Zugang zu medizinischen Massnahmen haben.

Zusätzlich untermauert wird diese Haltung dadurch, dass die beiden Krankenversicherer auch keinen Wettbewerbsvorteil aus dem zur Verfügung stellen von Leistungsdaten ziehen. Die vorbesprochene Vorgehensweise bei der Datenverknüpfung sieht vor, dass die Versicherer Sozialhilfebeziehende in ihrem Versichertenbestand nicht identifizieren können. Darüber hinaus wird bei der Berichterstattung darauf geachtet, dass keine Rückschlüsse zur Anzahl von Sozialhilfebeziehenden aufgeschlüsselt nach einzelnen Versicherern gemacht werden können.

Pascal Coullery, 05.02.2019

³⁴ Art. 9 Abs. 2 e OV-EDI.

³⁵ Art.9 Abs. 2 Bst. f OV-EDI.

³⁶ So Art. 9 Abs. 3 Bst. b OV-EDI.

³⁷ Vgl. Art. 16 FIFG (Bundesgesetz vom 14.12.2012 über die Förderung der Forschung und der Innovation/SR 420.1).

³⁸ Vgl. hierzu Rosenthal/Jöhri (Anm. 2), S. 469, Rz. 11 m.w.H.

³⁹ Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)

⁴⁰ Bundesgesetz vom 26.09.2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (SR 832.12)

⁴¹ Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)

9.4.2 Rückmeldung des BfS zur Anfrage «Machbarkeitsanalyse «Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden»: Verknüpfung Krankenkassendaten»

Mit eurem Antrag für die Verknüpfung von Sozialhilfedaten mit Krankenkassendaten habt ihr uns um eine vertiefte rechtliche Prüfung gebeten, ob solche Verknüpfungen möglich sind und falls ja, unter welchen Bedingungen. Wir haben das Anliegen aus unserer fachlichen Sicht geprüft und mit den Kollegen vom Rechtsdienst, der BFS-Verknüpfungsstelle und mit dem Ethikrat der öffentlichen Statistik Schweiz besprochen.

Grundsätzlich sind Verknüpfungen in der gewünschten Art möglich und alle involvierten Stellen sind der Meinung, dass das Erkenntnispotential gross ist. Aus fachlicher Hinsicht unterstützen wir das Anliegen auf jeden Fall.

In Bezug auf die Umsetzung müssen jedoch gewisse Punkte berücksichtigt werden:

1. **Nachweis der Rechtmässigkeit der Verknüpfung:** Sozialhilfedaten und Daten der Krankenversicherer dürfen nur dann verknüpft werden, wenn die Weitergabe der Versichertendaten durch HELSANA und SWICA an den Bund für nicht-administrative Zwecke und insbesondere deren Verknüpfung zu Forschungszwecken in den Geschäftsbedingungen der Versicherer geregelt ist. Der Nachweis für die Zulässigkeit einer solchen Nutzung muss von jedem Versicherer erbracht werden. Die Zustimmung der Versicherten muss vertraglich nachweislich geregelt sein.
2. **Einschränkung bei der Präsentation der Resultate:** Die Ausgangslage war, dass ihr mit dem Antrag Kenntnisse erzielen wollt, inwiefern die Population der Sozialhilfebeziehenden in den Leistungsdaten der beiden Krankenversicherer repräsentativ abgebildet ist. Im Antrag blieb unklar, ob und in welcher Art Rückmeldungen an die teilnehmenden Krankenversicherer gemacht werden; Telefonisch kam dann ins Spiel, dass ihr beabsichtigt, aggregierte Tabellen an die Versicherer zurückzumelden (Anzahl Sozialhilfebeziehende nach Kanton und Versicherer). Diese Rückmeldungen sind laut Antwort des Ethikrates *nicht zulässig*. Kurz geht es darum, (1) dass diese Rückmeldungen pro Versicherer nicht öffentlich wären und damit zu Ungleichbehandlung der Versicherer führen und (2) dass der Verwendung dieser Resultate durch die Versicherer kein öffentliches Interesse zugrunde liegt und die Weitergabe der Resultate nicht mit der Kompensation des Aufwands der Versicherer begründet werden kann. Für Details siehe die Antwort des Ethikrats im Anhang.

Die Rückmeldung einer Tabelle «Anzahl Sozialhilfebeziehende nach Kanton für die Versicherten der Kasse XY», und jeglicher Information gegliedert nach Krankenkasse im Allgemeinen, an dieselbe Kasse ist daher nicht zulässig. Wenn mehrere Kassen im Spiel sind, ist die Weitergabe der Information «Anzahl Sozialhilfebeziehende nach Kanton für alle teilnehmende Kassen gemeinsam» jedoch unproblematisch, sofern mindestens zwei Krankenkassen in allen ausgewiesenen Kantonen Versicherte aufweisen. Für Kantone, in denen diese Bedingung nicht erfüllt ist, dürfen keine Resultate an die Versicherer kommuniziert werden. Für Publikationen in dem von euch anvisierten Hauptprojekt mit mehreren Krankenversicherern sehen wir keine Schwierigkeiten, sofern Resultate niemals nach Versicherer aufgeschlüsselt werden.

3. **Durchführung der Verknüpfung:** Eine Weitergabe von AHV-Nr. aus den SHS-Einzeldaten an die Versicherer ist in keinem Fall zulässig, auch dann nicht, wenn, wie von euch vorgeschlagen, die Personenidentifikation durch die Einführung von Dummy-Fällen erschwert wird. Dies bestätigt auch der Ethikrat (siehe Anhang). Für die Umsetzung der Datenverknüpfung sehen wir keine andere Möglichkeit, als dass die Versicherer die Nutzdaten all ihrer Versicherten übermitteln müssen, um Sozialhilfebeziehende zu identifizieren.

Hier noch eine Überlegung zum letzten Punkt: Aus unserer Sicht ist es nicht zwingend, dass das BfS die gewünschte Tabelle «Sozialhilfebeziehende nach Kanton bei den Versicherern Helsana und Swica» herstellt. Wir können euch auch für das Vorprojekt Einzeldaten inkl. Soziodemografischen Variablen zu

den Sozialhilfebeziehend bei den Versicherern zur Verfügung stellen, was euch Flexibilität bei der Analyse der Repräsentativität gibt (alles natürlich unter Wahrung der drei obenstehenden Punkten).