

Spitex : Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik ?

Wirkungsanalyse der Krankenpflege zu Hause
als Teilaspekt des Krankenversicherungs-Gesetzes
(KVG) untersucht am Beispiel von vier
Gemeinden des Kantons Zürich

Spitex : Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik ?

Wirkungsanalyse der Krankenpflege zu Hause als Teilaspekt des Krankenversicherungs-Gesetzes (KVG) untersucht am Beispiel von vier Gemeinden des Kantons Zürich

Ueli Schwarzmann

UER: politiques publiques et durabilité
Cahier de l'IDHEAP 220/2004

Travail de mémoire
Rapporteur : Prof. Peter Knoepfel

© 2004 IDHEAP, Chavannes-Lausanne
ISBN 2-940177-88-0



Institut de hautes études en administration publique

Fondation autonome, associée à l'Université de Lausanne

et à l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne

Route de la Maladière 21 CH-1022 - Chavannes-Lausanne

T : 41(0)21 694 06 00 - F : +41(0)21 694 06 09

idheap@idheap.unil.ch -www.idheap.ch

Inhaltsverzeichnis

Vorwort		III
1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Ausgangslage	1
1.2	Ziel der Arbeit und Fragen	2
1.3	Abgrenzungen	3
1.4	Gliederung der Arbeit	4
2	Die Krankenversicherung als öffentlicher Politikbereich	5
2.1	Permanente Kontroversen zwischen den Akteuren	5
2.2	Wirkungsdefizite des "neuen" KVG	7
2.2.1	Bei den Politikadressaten	7
2.2.2	Bei den Politikbetroffenen	10
2.3	Demographische Veränderung: Die Pflege im Alter	11
2.4	Krankenpflege zu Hause und im Heim als Teilbereich des KVG	13
2.4.1	Leistungen	15
2.4.2	Zulassung der Leistungserbringer	15
2.4.3	Spitex und Pflegeheime: Gleichberechtigte Versorgungsformen?	16
2.5	Die Entwicklung der Spitex	19
2.5.1	Geschichtlicher Exkurs	19
2.5.2	Rechtliche Grundlagen und Finanzierung	21
2.5.3	Qualitative und quantitative Aspekte	22
2.6	Hypothesen	27
3	Methodisches Vorgehen	29
3.1	Forschungsdesign	29
3.2	Auswahl der Fallstudien: 4 Gemeinden im Kanton Zürich	32
3.3	Datengrundlagen und Datenanalyse	33

4	Ergebnisse der Fallstudien	35
4.1	Adliswil	36
4.1.1	Statistische Daten	36
4.1.2	Indikatoren	37
4.2	Niederhasli-Niederglatt	44
4.2.1	Statistische Daten	44
4.2.2	Indikatoren	47
4.3	Winterthur	51
4.3.1	Statistische Daten	51
4.3.2	Indikatoren	54
4.4	Zürich	57
4.4.1	Statistische Daten	57
4.4.2	Indikatoren	60
4.5	Vorläufiges Fazit	63
4.5.1	Statistische Daten	63
4.5.2	Indikatoren	66
4.5.3	Viele Gemeinsamkeiten	84
5	Hypothesenüberprüfung	89
5.1	Tendenz zur Medikalisierung	89
5.3	Verschiebung der Nachfrage	96
6	Bilanz und Erkenntnisse	103
6.1	Ergebnisse der Politikevaluation	103
6.2	Neue Professionalisierungsdebatte in der Spitex	108
6.3	Erweiterung der KVG - Pflichtleistungen für Hochbetagte	110
6.4	Vermehrter Legitimationsbedarf der Spitex	112
	Literaturverzeichnis	117
	Anhang	124
	Dans la même collection	125

Vorwort

Diese Arbeit wäre nicht in der vorliegenden Form entstanden ohne die Unterstützung verschiedener Personen. Ich möchte mich bei den Professoren Dr. Peter Knoepfel und Dr. Sandro Cattacin bedanken, die mir hilfreiche Hinweise gaben, die mich im Erarbeitungsprozess weiterbrachten. Mein bester Dank gilt auch Dr. Günther Latzel, dem Fachberater, der aus seiner reichen Erfahrung im Bereich der Spitex wichtige Kommentare beisteuerte. Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei den InterviewpartnerInnen in den Fallstudiengemeinden und den verschiedenen Organisationen. Ich erhielt durch sie spannende Einblicke in ein relevantes Thema unserer Gesellschaft. Eine wichtige Unterstützung hatte ich auf der arbeitsreichen Durststrecke von meiner Frau Marianne. Last not least half mir Peter Metzler, Mitarbeiter der Direktion Altersheime der Stadt Zürich, immer wieder bei PC Problemen. Allen herzlichen Dank!

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Ausgangslage

Das am 1.1.1996 in Kraft getretene Krankenversicherungs-Gesetz (KVG) veränderte u.a. das Finanzierungssystem der Krankenpflege zu Hause und im Heim. Statt der bisherigen freiwilligen Beiträge an die ambulanten Leistungen (Leistungen der Spitex) und der Minimalbeiträge an die stationäre Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime) übernimmt die obligatorische Krankenpflege-versicherung nach Art. 25 Abs. 2a die Kosten für "Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden"¹. Hauswirtschaftliche Leistungen sind im KVG von der Finanzierung fortan ausgeschlossen. Für die KlientInnen der Spitex wurde die von der Erstellung her kostengünstigste Leistung (hauswirtschaftliche Leistungen) zur teuersten, weil sie nicht (mehr) über die Krankenkasse abgerechnet werden können.

Weitet man die Betrachtungsweise von dem erwähnten Teilaspekt auf das KVG vom 18. März 1994 im generellen aus so will das KVG drei Ziele erreichen:

1. Es soll Lücken im Leistungskatalog schliessen.
2. Es soll die Solidarität zwischen den Versicherten stärken
3. Es soll einen Beitrag zur Eindämmung der Kosten leisten.

Acht Jahre nach Inkraftsetzung des KVG (1996) sind die Diskussionen weiterhin heftig. Die einen Akteure – dazu gehören die Krankenversicherer – beklagen, dass die Kosten des Gesundheitswesens seit Jahren ungebremst und unkontrolliert steigen (Giroud, 2003:2). Andere verweisen auf die nicht eingelösten Versprechen des KVG. So werden die

¹ KVG Art. 25 Abs. 2, SR 832.10

Pflegekosten zu Hause und im Heim immer noch nicht kostendeckend übernommen (Egerszegi, 2003:5). Eine der vielen vom Bundesamt für Sozialversicherung in Auftrag gegebenen Evaluationsstudien hält resignierend fest: „Die Leistungserbringer und die übrigen Akteure des Gesundheitswesens optimieren in erster Linie ihren eigenen Nutzen und handeln dementsprechend“ (Hammer et al, 2000:Z-9).

1.2 Ziel der Arbeit und Fragen

Das KVG repräsentiert einen Politikbereich im Bereich der Gesundheit. Die vorliegende Arbeit verfolgt folgende Ziele:

1. Sie will anhand der auf Grund des KVG ausgelösten Entwicklung die entstandenen Wirkungen im Bereich der Pflege zu Hause (Spitex) in ausgewählten Gemeinden im Kanton Zürich analysieren.
2. Sie will analysieren, inwiefern die Umsetzung des KVG die Beziehungen zwischen der Pflege zu Hause und den Heimen beeinflusst hat.
3. Sie will Vorschläge entwickeln, inwiefern allfällige Defizite in der Umsetzung des KVG reduziert werden könnten.

Es werden folgende Forschungsschwerpunkte bearbeitet:

1. Medikalisierung der Leistungen?

Hier interessiert uns, inwiefern sich das veränderte Finanzierungssystem des KVG zu Gunsten der Pflege zu Hause und zum Nachteil der hauswirtschaftlichen Leistungen auswirkt. Besteht allenfalls eine Tendenz, dass Dienstleistungen, die von der Spitex erbracht werden müssen, zu pflegerischen definiert werden resp. werden pflegerische Leistungen prioritärer eingestuft als hauswirtschaftliche? Geschieht eine sog. Medikalisierung?

2. Verschiebung der Nachfrage zum stationären Bereich?

Auf Grund des veränderten Finanzierungsmodus des KVG interessiert uns die Frage, ob durch den Wegfall der freiwilligen Krankenkassen-Leistungen für hauswirtschaftliche Leistungen das "Spitex-Arrangement", das vor dem KVG bestand, für die KlientInnen an Attraktivität verloren hat und allenfalls die Entscheidung in ein Alters- und Pflegeheim einzutreten, unterstützt.

1.3 Abgrenzungen

Zwar ist der Artikel 25 KVG Abs. 2a., rsp. Art. 7 der KLV Verordnung² für die Krankenpflege zu Hause oder im Pflegeheim gültig. In dieser Arbeit konzentrieren wir uns aber auf die Pflege zu Hause, die von den Spitex-Organisationen erbracht wird. Die Beziehung zum Alters- und Pflegeheim wird vor allem dann behandelt, wenn das Thema einer allfälligen Nachfrageverschiebung zwischen den ambulanten und stationären Bereichen diskutiert wird. Die Spitex-Leistungen richten sich an die gesamte Bevölkerung. In dieser Arbeit konzentrieren wir uns aber auf die älteren Menschen als die relevant Politikbetroffenen. Wir übernehmen die Einteilung der Altersklassen gemäss der Spitex-Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung³. Es sind die 65-79 Jährigen, sowie die Personen, die 80 Jahre und älter sind. Bezüglich der Diskussion der Beziehung zum Alters- und Pflegeheim konzentrieren wir uns auf Personen, die 80 Jahre und älter sind. Bei den Fallstudien konzentrieren wir uns auf die Spitex, die im öffentlichen Auftrag von privaten Organisationen geführt werden. In der Regel sind es Non-Profit Organisationen mit einer gemeinnützigen Trägerschaft. Die Profitorientierten Spitex-Firmen wie auch selbständig tätige Pflegefachperso-

² Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung (KLV) vom 29. September 1995. SR 832.112.31

³ vgl. Spitex-Statistik 2001, Bundesamt für Sozialversicherung, 2003

nen werden in dieser Arbeit nicht einbezogen. Sie fallen statistisch gesehen kaum ins Gewicht.

1.4 Gliederung der Arbeit

In Kapitel 2 wird der theoretische Hintergrund aufgearbeitet. Die kontroversen Interessen der verschiedenen Akteure im Zusammenhang des Krankenversicherungs-Gesetzes werden kurz dargestellt. Hier spielt auch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle. Anschliessend wird die Diskussion auf das Thema der Pflege zu Hause und im Heim fokussiert. Zum besonderen Verständnis wird die Entwicklung der Spitex in unserer Gesellschaft dargestellt. Aus dieser Diskussion ergeben sich zwei Hypothesen, die empirisch überprüft werden. Das Kapitel 3 stellt das methodische Vorgehen dar. Das Forschungsdesign und die verwendeten Methoden der empirischen Sozialforschung werden erklärt. Im Kapitel 4 werden die Fallstudien dargestellt, analysiert und es wird ein vorläufiges Fazit gezogen. Im Kapitel 5 werden die Hypothesen überprüft, um dann im Kapitel 6 eine Bilanz und entsprechende Folgerungen zu ziehen.

2 Die Krankenversicherung als öffentlicher Politikbereich

2.1 Permanente Kontroversen zwischen den Akteuren

Gesundheit ist ein kostbares Gut. Im übertragenen wie im wörtlichen Sinn. Wenn über dieses Thema diskutiert wird, so sind sämtliche Teile der Bevölkerung in irgendeiner Art betroffen. Die verschiedenen Akteure setzen sich für die unterschiedlichsten Interessen ein. Bis 1995 waren die gesetzlichen Grundlagen der Krankenversicherung im Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911 geregelt. Zwischen 1911 und 1981 wurden verschiedene Revisionsversuche unternommen, die ausser einer Teilrevision von 1964, alle scheiterten (vgl. Oggier, 2003:3, Maurer, 1996:1).

Erst mit der Abstimmung vom 4. Dezember 1994 gelang die Revision der Krankenversicherung. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) war stark umstritten und erhielt nur eine knappe Zustimmung in der Volksabstimmung (51,8% Ja). Seit dem 1. Januar 1996 ist das neue KVG in Kraft. Das Bundesamt für Sozialversicherung fasste die Vernehmlassungsergebnisse des KVG damals so zusammen: "Vernehmlassungsergebnisse: Ja in Grundsatzfragen, wenn und aber in Einzelfragen"⁴. Grosse Meinungsunterschiede bestanden bei den verschiedenen Akteuren vor allem in den Bereichen Finanzierung und Kosteneindämmung. Die diesbezüglichen Standpunkte sind bis heute kontrovers geblieben.

Was sind die wichtigsten Änderungen des neuen KVG:

- Die Grundversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch

⁴ Pressemitteilung Revision der Krankenversicherung, Bundesamt für Sozialversicherung, 15.7.1991

- Die Wahl der Krankenversicherer ist frei
- Es besteht ein einheitlicher Leistungskatalog in der Grundversicherung für alle
- Es besteht eine unbegrenzte Leistungspflicht bei stationärer Behandlung
- Es bestehen einheitliche Kopfprämien für Erwachsene innerhalb der gleichen Kasse und der gleichen Region
- Die Krankenversicherer müssen ihre Kosten vollständig aus Prämieneträgen decken. Der Bund leistet keine Subventionen mehr.
- Versicherte, die zur Zahlung der höheren Prämien nicht in der Lage sind, können allenfalls einen Anspruch auf Prämienverbilligungs-Beiträge geltend machen.
- Die Krankenkassenleistungen der öffentlichen sowie subventionierten Akutspitälern haben 50% der Kosten zu decken, die andern 50% gehen zu Lasten der Kantone.
- Die Krankenpflege der Spitex-Organisationen und der Pflegeheime wurde neu zur Pflichtleistung erklärt.
- Die Heime und Spitäler erhalten Vorgaben bezüglich der Führung von einheitlichen Kostenrechnungen, der Einführung von Leistungserfassung und Massnahmen zur Qualitätssicherung.

Die Übernahme der Krankenpflege zu Hause und im Heim durch das KVG beinhaltet eine spürbare Kostenverlagerung von den Privaten und der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern. Die anfallenden Pflegekosten im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung jener Personen, die Dienstleistungen der Spitex beziehen oder in einem Alters- und Pflegeheim leben, wurden im Rahmen der Diskussion um das neue KVG auf jährlich 800 Millionen Franken geschätzt. Im Jahr 2003 haben die Kosten für diesen Bereich fast das Doppelte erreicht (Giroud 2003:3).

2.2 Wirkungsdefizite des "neuen" KVG

2.2.1 Bei den Politikadressaten

Das so konzipierte KVG hat bei den Politikadressaten (also die Leistungserbringer, die Krankenversicherer, die Kantone) einen grossen Handlungsbedarf ausgelöst (vgl. u.a. Greppi et al., 1998:151 ff., Wicki, 2002:75 ff). Demzufolge haben die unterschiedlichen Akteure entsprechende Aktivitäten ergriffen und intervenieren je nach Interessenslage unterschiedlich.

In einer vom Bundesamt für Sozialversicherung in Auftrag gegebenen Evaluationsstudie (Hammer et al., 2000:Z-9) wird der Einfluss des KVG wie folgt beurteilt. Es wird festgestellt, dass durch das KVG bei den Leistungserbringern verschiedene Prozesse ausgelöst oder in Gang gesetzt werden. Es wird beispielsweise auf die Professionalisierung und Qualitätssicherung hingewiesen. Das Hauptziel der Eindämmung der Gesundheitskosten konnte bisher noch nicht erreicht werden. Die Gesundheitskosten haben durch die Einführung neuer Leistungen sowie aufgrund struktureller Gründe weiter zugenommen. Es wird hingewiesen, dass die Wirkungsdefizite des KVG hauptsächlich auf folgende Gründe zurückzuführen sind:

- Die Einführung des KVG, das die Akteure des Gesundheitswesens in vielfältiger Hinsicht beeinflusst und fordert, benötigt Zeit. Einerseits sind Tarifverhandlungen und die Einführung neuer Instrumente zeitaufwändig, andererseits liess das KVG viele Begriffe offen, die in einem Prozess konkretisiert werden mussten bzw. weiterhin müssen.
- Aufgrund der vielen offenen Begriffe des KVG sowie fehlender Ausführungsvorschriften haben sich Vollzugsprobleme und Verzögerungen ergeben. Vollzugsdefizite bestehen vor allem auch bei der Einführung der neuen Führungsinstrumente, wie Kostenrechnung, Bedarfsabklärung und Qualitätssicherung.
- Das KVG setzt zu wenig positive oder negative Anreize, damit sich die Leistungserbringer verstärkt koordinieren. Diese ko-

ordinieren sich jedoch nur mit anderen, wenn sie dazu gezwungen werden.

- Das KVG hat den Wettbewerb insgesamt kaum gefördert.

Auf die Spitex und die Pflegeheime bezogen äussert sich der erwähnte Evaluationsbericht wie folgt „Bei den Pflegeheimen und der Spitex haben neben den systembedingten Kostenverlagerungen zu den Versicherern folgende weitere Kostenerhöhungen stattgefunden:

- Bei den Pflegeheimen sind durch die Veränderung der PatientInnenstruktur in Richtung einer erhöhten Pflegebedürftigkeit zusätzliche Kosten entstanden.
- Bei der Spitex hat sich das Angebot deutlich ausgeweitet. Neben zusätzlichen PatientInnen seitens der Pflegeheime und Spitäler werden vermutlich auch zusätzliche Personen übernommen, die vorher familiär betreut worden sind“ (187 ff).

In einem Streitgespräch nach drei Jahren Erfahrung mit dem KVG zwischen Willy Oggier, einem Gesundheitsökonom, und Rolf Barfuss, einem Leiter einer mittelgrossen Krankenkasse, sind exemplarisch einige Streitpunkte dargestellt. Auf die steigenden Kosten des Gesundheitswesens angesprochen sind sich beide Exponenten insofern einig, als die Mengenausweitung ein wesentlicher Grund dafür ist. Oggier führt u.a. aus, dass das KVG nie den Anspruch erhoben habe, dass die Kosten gesenkt werden. "Der Bundesrat hat klar gesagt, das Ziel sei dann erreicht, wenn die Ausgaben im Gesundheitswesen nicht mehr stärker als die Löhne und Preise steigen". Barfuss vertritt die Meinung, dass das KVG in seiner Konzeption die Eigenverantwortung der Bürger einschränke. Konkret soll der Pflichtkatalog der Leistungen reduziert werden. Dafür würden private Zusatzversicherungen oder allenfalls die Fürsorge für die unterschiedlichen Zielgruppen gewisse Risiken abdecken. Auf einen möglichen Revisionsbedarf des jungen Gesetzes angesprochen sagt Oggier: "Das KVG erlaubt es erstmals, umfassende Daten zu erheben. Man muss vom Gedanken wegkommen, dass es ein Allerweltsheilmittel gibt. Man darf nicht vergessen, das KVG ist die

erste strukturelle Veränderung seit 80 Jahren, und es ist ein Kompromisswerk. Extrem Lösungen sind politisch nicht realisierbar"⁵.

In einem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung zieht der damalige Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, Otto Piller, vier Jahre nach der Einführung des KVG eine weitere Bilanz (2000:47). Es erstaunt nicht, dass er das Gesetzeswerk verteidigt und auf die Vorzüge hinweist, wie die lückenlose Versicherungsdeckung, die ausgeprägte Solidarität, die soziale Komponente, die sich in der Prämienverbilligung zeigt und auf die Elemente der Eigenverantwortung (jährliche Franchise) hinweist. Er verweist auch darauf, dass es den Erschaffern des KVG darum ging, eine Zweiklassenmedizin zu verhindern. Er betont, dass das Ziel der Nichtdiskriminierung weiterhin eine wichtige Leitplanke sein müsse. Piller anerkennt aber, dass die Kosten (das Ergebnis von Preis und Menge) und dementsprechend die Prämien, immer noch zu stark steigen. Er betont die Notwendigkeit, dass nur durch die Zusammenarbeit sämtlicher Akteure das KVG optimiert werden könne. Ein weiteres Scheitern würden möglicherweise weitere staatliche Interventionen auslösen

Wie erklären sich die z.T. massiven Probleme bei der Umsetzung von Gesundheitsreformen? Breyer und Zweifel (1999:438) machen aus gesundheitsökonomischer Sicht folgende Hinweise. Reformvorschläge richten sich an jeweils verschiedene Akteure. Keiner dieser Akteure hat die Macht die Vorschläge in ihrer Gesamtheit durchzusetzen. Dazu besteht in der Schweiz ein föderalistisches System, das die Kompetenzen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden aufteilt. Diese haben wiederum verschiedene Interessen. Reformen lösen Veränderungsprozesse aus und es entstehen jeweils Gewinner und Verlierer. Da kaum institutionalisierte Mechanismen zur Kompensation der Verlierer durch die Gewinner bestehen, bleibt zur Hauptsache der „Kuhhandel“ zwischen

⁵ „Wieviel Markt für die Krankenversicherung?“ Interview mit Willy Offier und Rolf Barfuss. Tages-Anzeiger, 28.12.1998.

beteiligten Verbänden innerhalb und ausserhalb des Parlaments übrig. Im Verlauf eines solchen „Kuhhandels“ müssen die Reformvorschläge neu kombiniert und auch modifiziert werden, damit für eine ganze Abfolge von Abstimmungen Mehrheiten gefunden werden können. Die zentrale Aufgabe der Gesundheitsökonomie kann demzufolge auch nicht darin bestehen, Reformprogramme aus einem Guss zu entwickeln, sondern immer wieder institutionelle Regelungen und konkrete Massnahmen zu identifizieren, die sich durch ein besonders günstiges Verhältnis von Nutzen und Kosten auszeichnen.

2.2.2 Bei den Politikbetroffenen

In einer weiteren vom Bundesamt für Sozialversicherung in Auftrag gegebenen Studie analysieren die Autoren (Peters et al. 2001: I ff) die Auswirkungen des KVG bei den Versicherten. Auf Grund einer Befragung hat ungefähr die Hälfte der Bevölkerung Veränderungen im Bereich KVG festgestellt. Ein Drittel ist der Meinung, dass sich eigentlich nichts verändert habe. Wer Veränderungen wahrgenommen hat, kann jedoch wenig konkrete Auswirkungen nennen. Die meisten Befragten waren ohnehin schon versichert. Trotz höherer Prämien wird ein Kasenswechsel kaum gesucht und in den Genuss von Prämienverbilligung kommt nur eine Minderheit. Bedeutsamer ist, dass die wahrgenommene Veränderung vor allem negativer Art ist: Der Prämienanstieg bei der Grundversicherung und die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen werden am häufigsten mit dem KVG in Verbindung gebracht. Die Bevölkerung beurteilt ihre eigene Informiertheit als mittelmässig, ebenfalls ihr Wissen um den Leistungskatalog in der obligatorischen Grundversicherung. Der Leistungskatalog in der Grundversicherung wird von der Hälfte der Bevölkerung als gut angesehen. Ein gutes Drittel möchte ihn noch ausweiten, andererseits spricht sich nur eine Minderheit für eine Einschränkung aus. Höher gebildete und einkommensstärkere Personen sind einerseits zwar besser über das KVG informiert, andererseits aber auch kritischer eingestellt und weniger zufrieden. Unterschiede nach Sprachregion treten nur in einzelnen, aber

dafür zentralen Punkten auf:

Die Romandie ist gegenüber dem KVG kritischer eingestellt und plädiert auch am stärksten für eine Ausweitung des Leistungskataloges. Personen, die sich durch die Prämien stark belastet sehen, unterscheiden sich von den andern in wichtigen Punkten: Sie sind etwas besser informiert, vor allem stehen sie dem KVG kritischer gegenüber und wünschen eher eine Ausweitung des Leistungskataloges. Trotzdem scheinen die Versicherten nicht grundsätzlich unzufrieden zu sein. Die Autoren folgern, die Diskussion in Politik und Medien, die sich schwergewichtig um Kostenfragen dreht, hinterlasse zweifellos ihre Spuren.

2.3 Demographische Veränderung: Die Pflege im Alter

Die demographische Veränderung in unserer Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf die Sozialversicherungen gibt immer wieder Anlass zu politischen und wissenschaftlichen Debatten. Dies ist auch beim KVG nicht anders. Die Fakten werden dabei unterschiedlich interpretiert. Während die einen Akteure nach energischen Interventionen in Form eines Abbaus von bislang gewährten Leistungen verlangen, fordern andere ein massvolleres Vorgehen und relativieren jene Einschätzung, die die demographische Entwicklung lediglich als explosiver Kostenfaktor sieht.

In dieser Diskussion gibt es zwei Positionen. Die eine Position sieht in der längeren Lebenserwartung eine automatische Erhöhung der Pflegekosten. Die andere Position sieht eine Konzentration der Pflegekosten in der Restlebenszeit von 6 – 12 Monaten vor dem Tod. Oggier wie Hoepflinger und Hugentobler vertreten die zweite Position.

Oggier (2002:12) kommt in einem im Auftrag der Pro Senectute Schweiz erstellten Thesenpapier zum Schluss, dass die demographische Alterung zwar einen kostentreibenden Effekt hat, diese aber im Ver-

hältnis zu anderen Faktoren zu relativieren ist. Er führt aus, dass die demographische Entwicklung nicht linear verläuft, sondern von dynamischen, sozialen und gesundheitlichen Wandlungen mitbestimmt wird, so durch gestiegenes Kaufkraftpotenzial und den verbesserten Gesundheitszustand der älteren Menschen. Da diese im Vergleich zu früheren Generationen oft wohlhabender, besser ausgebildet und aktiver seien, dürften sie auch häufig später erst pflegebedürftig werden. Eine 1996 durchgeführte Analyse des Zusammenhangs zwischen Altern und Gesundheitskosten anhand von Daten zweier Krankenkassen kam zum Ergebnis, dass die Gesundheitskosten nicht so sehr mit dem Alter an sich, als vielmehr mit der Restlebenszeit, also mit der zunehmenden Nähe zum Todeszeitpunkt zu tun hat. Die Finanzierbarkeit der bevorstehenden Entwicklungen dürfe umso eher möglich sein, je besser es gelingt, die Bevölkerung vom finanziellen Mehrbedarf zu überzeugen bzw. die bestehenden Überkapazitäten im Bereich der Spitzenmedizin, des somatischen Akutspitalbereichs generell, der Ärztedichte und im Medikamentensektor abzubauen. Diese Ansätze müssten allerdings konsequent weiterverfolgt werden, wenn es weiterhin Ziel sein sollte, den älteren Generationen eine qualitativ gut ausgebaute Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen.

Eine Studie von Höpflinger und Hugentobler (2003) kommt auf Grund von vorliegenden empirischen Daten zum Schluss, dass Frauen und Männer heute nicht nur länger leben, sondern sie bleiben auch länger behinderungsfrei als frühere Generationen, so dass wohl von einer abgeschwächten Zunahme der Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden kann.

2.4 Krankenpflege zu Hause und im Heim als Teilbereich des KVG

Gemäss KVG müssten die Krankenversicherer für die Kosten der Pflege zu Hause und im Heim voll aufkommen (Art. 7 Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. 9. 1995). Da viele Spitex Organisationen und Pflegeheime besonders in der Anfangszeit des KVG nicht in der Lage waren, die Kosten transparent auszuweisen wurden vom Bundesrat Rahmentarife beschlossen (KLV)⁶. D.h. die Krankenversicherer mussten nur einen Teil der Pflegekosten übernehmen. Inzwischen hat der Bundesrat die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung in Spitälern und Pflegeheimen (VLK) vom 3. Juli 2003 verabschiedet. Diese bildet die Grundlage für die Pflegeheime, damit sie künftig ihre vollen Pflegekosten den Krankenversicherern in Rechnung stellen können. Die Krankenversicherer argumentieren hingegen, dass nur ein Finanzierungsmix aus der Krankenversicherung, den Kantonen und Gemeinden sowie den Versicherten selber ermöglicht, dass die Prämien der Grundversicherung nicht weiter ansteigen (vgl. Infosantésuisse 6/02:4 ff, aktuell Swica 4/02:6 ff).

Mit anderen Worten: die Krankenversicherer wollen, dass das KVG zu ihren Gunsten revidiert wird, indem die Kostenverteilung der Langzeitpflege geändert wird. Die Lobby der Krankenversicherer-Akteure war insofern erfolgreich, als der Ständerat im Rahmen einer Teilrevision des KVG beschlossen hat, dass die Krankenversicherer an die Langzeitpflege nur "einen Beitrag" daran zahlen müssen. Damit soll die erwähnte Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern und Pflegeheimen in der Krankenversicherung (VKL)⁷ vom 3. Juli 2002, die auf 1.1. 2003 in Kraft trat, relativiert werden (NZZ, 14.3.2003:18 und 6.6.2003:13). Dieser Revisionspunkt wird

⁶ Art. 9 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995. SR 832.112.31

⁷ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002. SR 832.104

die Eidg. Räte noch einige Zeit beschäftigen. Unterdessen wird ein sog. Reformpaket des Bundesrates zu ausgewählten Bereichen des KVG erwartet, das 2004 in den Räten behandelt werden soll. Eine Botschaft wird die Pflégetarife betreffen.

Wenn man die Kostenverteilung in der obligatorischen Krankenversicherung analysiert, so stellt man fest, dass die zur Diskussion stehenden Ausgaben für die Bereiche Pflege zu Hause und im Heim im Vergleich zu den anderen Bereichen geradezu minimal sind. Wir nehmen als Beispiel den Kanton Zürich.

Tabelle 1 : Kostenverteilung in der obligatorischen Krankenversicherung 2002
Kanton Zürich

Bereiche	Anteil in %	Franken in 1000
Ärztenschaft	27,6 %	805'537
Spitäler	34,2 %	1'000'308
Medikamente	19,1 %	557'860
<i>Pflegeheime</i>	9,0 %	263'872
<i>Spitex</i>	1,7 %	48'645
Physiotherapie	2,4 %	70'186
Labor	2,3 %	66'897
Chiropraktoren	0,4 %	10'620
Übrige Kosten	3,3 %	98'010
Total	100	2'921'935

(Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2004: S. 214)

2.4.1 Leistungen

Die von der Versicherung zu übernehmenden Leistungen sind in Artikel 7 im Absatz 2 in 12 Punkten der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV aufgezählt⁸. Die ärztliche Anordnung kann für eine Dauer von maximal drei, bei LangzeitpatientInnen (z.B. in einem Pflegeheim) von maximal sechs Monaten erteilt und dann wiederholt werden. Bei LangzeitpatientInnen muss der behandelnde Arzt, der die Pflegemassnahmen zu überwachen hat, dem Vertrauensarzt auf Anfrage hin in der Regel einmal jährlich berichten.

Die in Artikel 7 KLV aufgezählten Leistungen unterscheiden sich in a) Massnahmen der Abklärung und Beratung (z.B. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege) b) in Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (z.B. Verabreichung von Medikamenten, Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden) und c) Massnahmen der Grundpflege (z.B. Beine einbinden, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken). Als weitere Massnahmen der Grundpflege gilt die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege. Diese Massnahme wird in letzter Zeit von den Krankenversicherern vermehrt in Frage gestellt (vgl. Schauplatz Spitex, 2003/1:13).

2.4.2 Zulassung der Leistungserbringer

Das KVG regelt auch die Zulassung der verschiedenen Leistungserbringer. Im Bereich unserer Thematik ist die Zulassung der "Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause" im Artikel 51 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)⁹ geregelt. Diese Organisationen müssen nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein, einen Leistungsauftrag haben, über das erforderli-

⁸ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995. SR 832.112.31

⁹ Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995. SR 832.102

che Fachpersonal verfügen, das eine dem Leistungsauftrag entsprechende Ausbildung hat, ebenso Einrichtungen haben, die dem Leistungsauftrag entsprechen, und schliesslich an Massnahmen zur Qualitätssicherung teilnehmen. Es handelt sich vor allem um die spitalexternen Dienste (SPITEX), die in der Regel in Form von gemeinnützigen Trägerschaften organisiert sind, sowie um selbständig erwerbende Krankenschwestern und – pflegern (im Art. 49 der KVV geregelt). Stets ist jedoch die Anordnung der Massnahme durch einen Arzt erforderlich. Der Arzt ist auch verpflichtet, die Durchführung seiner Weisungen zu überwachen, da die Leistungen des KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Maurer, 1996:66).

Die anerkannten Pflegeheime sind diejenigen, die von den Kantonen auf die sog. Pflegeheimlisten aufgenommen worden sind. Während die Pflegemassnahmen, z.B. die Hilfe beim Essen und Ankleiden, sowie die medizinische Betreuung vom KVG übernommen werden, müssen die "Hotelkosten", d.h. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Heimen, von BewohnerInnen getragen werden (Maurer, 1996:70).

2.4.3 Spitex und Pflegeheime: Gleichberechtigte Versorgungsformen?

Das KVG nimmt zwar zur Priorität der Pflege zu Hause oder im Heim keine Stellung. Vielmehr sind diese Massnahmen gleichberechtigt in der obligatorischen Grundversicherung. Das KVG geht aber nicht so weit, dass Versicherte Massnahmen nach Wunsch verlangen können, denn die Leistungserbringer haben ihre Leistungen auf ein wirtschaftlich vertretbares Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Gehen Leistungen über dieses Mass hinaus, kann die Vergütung verweigert oder allenfalls zurückgefordert werden (vgl. Artikel 56 KVG). Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wirft zahlreiche inhaltliche und verfahrensmässige Fragen auf, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen wird. Wir verweisen lediglich auf einige Entscheidungen des

Eidg. Versicherungsgerichts (EVG) hin, in denen diese Frage eingehend behandelt worden ist (Eugster, 2001:47 ff sowie Schauplatz Spitex, 2001/6:12). Eugster diskutiert sechs Entscheide.

In vier Fällen kam das EVG zum Schluss, dass die Spitex zweckmässiger als das Pflegeheim ist und in zwei Fällen sind Pflegeheime und Spitex gleichermaßen zweckmässig. Das EVG lehnte bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine gesamt- oder volkswirtschaftliche Betrachtungsweise ab, wohl im Wissen der enormen Komplexität und beschränkte sich auf die Vergleichbarkeit der anrechenbaren Kosten der unterschiedlichen Massnahmen für die Aufwendungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Krankenkassen kürzen Leistungen, da sie die günstigeren Pflegeheimpauschalen (Tarif pro Tag) mit den Spitex-Tarifen, die nach einem Zeittarif pro Stunde verrechnet werden, vergleichen und dann auf die tieferen Pflegeheim-Pauschalen umstellen. Die Krankenversicherer prüfen also, wo die Pflegeleistungen zu günstigeren Kosten erhältlich wären. Eugster kritisiert diese Art der Kostenvergleiche (Zeittarif versus Tagespauschale und keine Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Kosten) hingegen als problematisch und weist auf den nach wie vor grossen Klärungsbedarf durch die Rechtssprechung hin.

Möglichst lange zu Hause leben, ist der Wunsch von vielen alten Menschen. Häufig wird mit möglichst lang in der eigenen Wohnung leben eine bessere Lebensqualität assoziiert als mit Leben in einem Heim. Es kommt aber nicht selten vor, dass unterstützungsbedürftige alte Menschen zu Hause vereinsamen und verwahrlosen können, vor allem wenn ein unzureichendes informelles Netz vorhanden ist. In der Politik wurde vieler Orts lange Zeit der Spitex eine höhere Priorität eingeräumt mit dem Argument, dass die Pflege zu Hause menschlicher und volkswirtschaftlich günstiger sei als im Heim. Solche Argumente haben beispielsweise zu einem Moratorium von Pflegeheimneubauten geführt, das unterdessen auf Grund der steigenden Zahl von pflegebedürftigen alten Menschen wieder relativiert worden ist (z.B. Kanton Genf). Unterdessen ist die erwähnte Betrachtung aus verschiedenen Gründen zu Recht differenzierter geworden.

Es wurde ersichtlich, dass nicht alle Situationen durch ambulante Pflege fachlich und ökonomisch befriedigend abgedeckt werden können. Alterspolitisch gesehen ist der Wahlfreiheit und damit der Autonomie der alten Menschen eine höhere Priorität zuzuordnen. Dies vor allem aus der Einsicht heraus, dass es "den alten Menschen" so nicht gibt, sondern, dass alte Menschen vielmehr auf Grund ihrer Lebenssituation und Herkunft sehr unterschiedlich sind. Alte Menschen sollen also möglichst selber die ihnen entsprechenden Wohn- und Pflegeformen wählen können. Es mag für sehr viele Menschen zutreffend sein, dass sie möglichst lange zu Hause leben möchten. Es gibt aber auch Menschen, die es vorziehen, in ein Alters- und Pflegeheim einzutreten, weil sie dort einerseits eigenständig leben können und gleichzeitig eine Sicherheit vorfinden, die für sie wichtig ist. Gleichzeitig haben sie dort vermehrt die Möglichkeit mit verschiedenen Menschen Kontakte zu pflegen (Egerszegi, 2003:3).

Die Erkenntnis scheint zu wachsen, dass situationsadäquate Entscheidungen der betroffenen alten Menschen im Zentrum stehen sollen. Damit kann auch eine wichtige Lebensqualität gewährleistet werden. Wenn alte Menschen die entsprechenden Wohn- und Pflegeformen nach ihren Bedürfnisse wählen können und damit möglichst auch die Rolle von kritischen KonsumentInnen übernehmen, so wird die Attraktivität und die Qualität des ambulanten und stationären Dienstleistungsangebots eine wichtigere Rolle spielen. Vergleicht man diese fachlichen Zielsetzungen mit der vielerorts noch existierenden Realität, so macht sich teilweise eine grosse Diskrepanz bemerkbar.

2.5 Die Entwicklung der Spitex

2.5.1 Geschichtlicher Exkurs

Zunächst soll der Begriff "Spitex", d.h. die spitalexterne Versorgung, deren Entwicklung und Zielsetzung geklärt werden. Erst anfangs der 80er Jahren des letzten Jahrhunderts begann man zunehmend von spitalexterner Krankenpflege zu sprechen, um dann schliesslich zum griffigen Begriff "Spitex" zu gelangen, der sich seitdem im deutschschweizerischen Sprachraum als allgemeine Bezeichnung etabliert hat. Die Spitex spricht von Kerndiensten und meint damit die Gemeindekrankenpflege und die Hauswirtschaft (z.T. spricht man von Hauspflege und Haushilfe). Um diese Kerndienste herum gruppieren sich weitere spitalexterne Dienste, wie Mahlzeitendienste, Mütter- und Väterberatung, Physiotherapie, Podologie, aber auch sozialarbeiterische Dienstleistungen, die Organisationen der Gesundheitsligen (z.B. Lungenliga, Krebsliga), der Betagten- und Behindertenhilfe (z.B. Pro Senecture und Pro Infirmis), ambulante und halbambulante ärztliche, psychiatrische und pharmazeutische Dienste. Diese nicht abschliessende Aufzählung zeigt, dass sehr unterschiedliche und vielfältige Dienste für die spitalexterne Versorgung verantwortlich sind. Das Angebot an solchen Diensten unterscheidet sich wiederum je nach Gemeinde und Region (Budowski et al, 1995: 17).

In den erwähnten Kerndiensten unterscheidet die Krankenpflege ihre Dienstleistungen in Behandlungspflege und in Grundpflege. Die Behandlungspflege umfasst Pflegeleistungen wie Abgabe von verordneten Medikamenten, Injektionen und Infusionen verabreichen, Verbandwechsel vornehmen. Die Grundpflege umfasst Pflegeleistungen wie Lagern, Betten, Mobilisieren, Hilfe beim Ankleiden, bei der Mund- und Körperpflege sowie beim Trinken. Die Hauswirtschaft umfasst u.a. die Unterstützung und Entlastung im Haushalt, das Sicherstellen einer angepassten Ernährung, Wäsche und Wohnung reinigen.

Die Tradition der Spitex-Dienste reicht bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück. Viele Behörden konnten damals einerseits mit den sozialpolitischen Entwicklungen nicht Schritt halten und ignorierten soziale Missstände. Andererseits war das Verständnis der Subsidiarität so, dass dem staatlichen Handeln enge Grenzen gesetzt waren. Dies hatte zur Folge, dass vornehmlich wohlhabende Privatpersonen sich in der Linderung von Notlagen engagierten. Es entstanden zahlreiche karitative und kirchliche Organisationen, von denen etliche die Förderung der allgemeinen Wohlfahrt und die Bekämpfung sozialer Not zum Ziele hatten (Küng, 1987:1).

Die Adressaten dieser Hilfe waren alleinstehende Personen, insbesondere aber kinderreiche Familien in schwierigen wirtschaftlichen Situationen. Es gab neben vielen Arbeitern auch eine breite Schicht von Kleingewerblern, die oft genug mit Armut und Krankheit zu kämpfen hatten. So bestand die Gefahr, dass Einzelpersonen auf Grund ihrer Probleme (z.B. Alkoholismus) verwarhlosten. Durch Wegfall oder Krankheit eines Elternteils gerieten Familien in gravierende Schwierigkeiten, die ohne externe Hilfe nicht bewältigt werden konnten. Es gab keine Sozialversicherungen; entsprechende Risiken, die auf Grund von Krankheit, Invalidität oder Erwerbslosigkeit entstanden, mussten die Betroffenen selber tragen (Rüegger, 1999:24 ff).

Die Dienstleistungen der Krankenpflege, der Hauspflege und Haushilfe waren in verschiedenen Vereinen organisiert. Viele von ihnen waren konfessionell geprägt und konzentrierten sich auf ein bestimmtes Gemeinwesen, rsp. in den Städten auf bestimmte Quartiere. Die ambulanten Hilfen waren also aufgeteilt in verschiedene Sparten. Brauchten Klienten Unterstützung in hauswirtschaftlicher und pflegerischer Hinsicht, so mussten verschiedene Leistungserbringer angefordert werden. Erst anfangs der 80- er Jahren des letzten Jahrhunderts begann man zunehmend von Spitex zu sprechen, in der eben nicht nur die Pflege, sondern auch die weiteren Dienstleistungen inbegriffen waren.

Ab 1990 fand zunehmend ein Umstrukturierungs- und Reorganisationsprozess in der ganzen schweizerischen Spitex-Landschaft statt, der

bis heute andauert. Trägerschaften schliessen sich zusammen, die Führung wird professionalisiert, es findet eine zunehmend enge Kooperation zwischen den einzelnen Sparten statt, wie Pflege und Hauswirtschaft. Mit der Einführung des KVG wurde dieser Druck noch verstärkt, da die Pflege zu einer Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung wurde und von daher der Gesetzgeber entsprechende Auflagen machte. Der Trend zu grösseren Betrieben erklärt sich aber auch dadurch, dass die ehrenamtlich zum Einsatz gelangenden Spitex-Vorstände den vielfältigen Anforderungen an die Führung einer Spitex-Organisation unter den neuen Gegebenheiten nur noch schwer erfüllen können.

Spitex ist ein klassisches Beispiel einer Problemlösung, die aus der privaten karitativen Initiative entstanden ist und die öffentliche Hand eine zunehmend aktivere Rolle spielt. Die Versorgungsprobleme im ambulanten Bereich konnte die öffentliche Hand allein nur schon aus demographischen und politischen Gründen nicht mehr vernachlässigen. Im Rahmen der Subsidiarität übernehmen die Spitex-Organisationen zwar weiterhin zentrale Funktionen in der Leistungserbringung vor Ort. Die öffentliche Hand hat aber eine wichtige Verantwortung. Sie übernimmt die Steuerungsfunktion und mit entsprechenden Finanzhilfen stellt sie die Funktionstüchtigkeit dieser Organisationen sicher.

2.5.2 Rechtliche Grundlagen und Finanzierung

Für den Bereich Spitex sind verschiedene gesetzliche Grundlagen relevant. Neben dem KVG, das die pflegerischen Leistungen regelt, bestehen gesetzliche Grundlagen auf den Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden, die mithelfen, die Organisationen der Spitex und allenfalls weitere Dienstleistungen zu finanzieren.

Das Bundesgesetz über die AHV (Artikel 101bis)¹⁰ ermöglicht Beiträge an Spitex-Organisationen. Auf kantonaler Ebene bestehen gesetzliche Grundlagen, die ebenfalls Beiträge an den Betrieb ausrichten, d.h. die Löhne der Spitex-Angestellten werden subventioniert. So ist im Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Zürich vom 4. November 1966¹¹ in Artikel 58 festgelegt, dass die Gemeinden für die Spitex zuständig sind und dass der Kanton an die Spitex nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Gesuchssteller einen Anteil bis zu 40 % der beitragsberechtigten Kosten leistet. In verschiedenen Gemeinden bestehen gesetzliche Grundlagen, die beispielsweise die Tarife für hauswirtschaftliche Leistungen durch einkommens- und vermögensabhängige Beiträge verbilligt. Der geplante Neue Finanzausgleich (NFA) zwischen Bund und Kantonen sieht – abgesehen von den KVG Leistungen - einen Rückzug des Bundes aus der Spitex-Finanzierung vor.

2.5.3 Qualitative und quantitative Aspekte

Was ist bezüglich der Nachfrage bei Pflegebedürftigkeit zu beachten? Latzel et al (1997:17 ff) machen auf die Komplexität dieser Fragestellung aufmerksam. Es spielen qualitative und quantitative Aspekte, politische und ethische Faktoren mit. Sie weisen darauf hin, dass angesichts des aktuellen Angebotes die Nachfrage stark gesteuert wird, da pflegebedürftige Menschen tendenziell in einer Position der Abhängigkeit zum Sicherungssystem stehen. Diese Sicherungssysteme sind oftmals noch in einer Monopol-ähnlichen Position und ermöglichen den Personen, die eine Leistung nachfragen, kaum eine Wahlmöglichkeit. Pflegebedürftigkeit definiert sich indirekt über den Autonomieverlust. Es müssen also Funktionen kompensiert werden, die den Autonomieverlust begründen. Die OECD unterscheidet den Bedarf folgendermassen (zitiert in Latzel et al, 1997: 18):

¹⁰ Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vom 20. Dezember 1946. SR 831.10

¹¹ Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Zürich vom 4. November 1966. LS 810.1

- medizinische Versorgung
- paramedizinische Leistungen
- Hygiene
- Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
- hauswirtschaftliche Leistungen
- soziale Unterstützung
- Überwachung.

Damit wird deutlich, dass unter dem Begriff Pflege eine Vielfalt von abzudeckenden Leistungen zu verstehen ist, wobei diese Vielfalt wiederum auf Grund der individuellen wie auch der sozialen Situation stark variieren kann. Zwar mag an der Leistungserbringung die medizinisch-pflegerische Leistung an der Spitze der Hierarchie der benötigten Leistungen sein. Andererseits ist zur Kenntnis zu nehmen, dass die Breite des geforderten Leistungsspektrums (z.B. Hilfe im Haushalt, Unterhalt der Wohnung, soziale Unterstützung in der Erschliessung von Kontakten) gross ist und von daher Pflegebedürftigkeit als umfassend gesehen werden muss, da verschiedene komplementäre Leistungen nötig sind, um das tägliche Leben eines Menschen in einem vertretbaren Mass zu garantieren (Latzel et al, 1997:49). So werden in der deutschen Pflegeversicherung u.a. hauswirtschaftliche Leistungen finanziert (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003:12).

Neben diesen qualitativen Aspekten spielen quantitative Aspekte bezüglich des Bedarfes eine wichtige Rolle:

- die demographische Entwicklung
- die Entwicklung des Gesundheitszustandes der alten Menschen
- die soziale Entwicklung
- die Entwicklung der Medizin und Therapie
- das öffentliche Angebot
- die Finanzen.

In diesem Zusammenhang wählen wir den Aspekt der Finanzen aus, da er in direktem Zusammenhang mit dem KVG steht, das ja das Finanzierungssystem der Spitex veränderte, wie an anderer Stelle schon dargelegt wurde. Latzel et al (1997:23) weisen auf mögliche unerwünschte Auswirkungen hin: " (...) ist zu befürchten, dass diese Finanzierung der Leistungen in eine unerwünschte Richtung steuern: Für die Klient/innen wird die von der Erstellung her kostengünstigste Leistung (Haushilfe) zur teuersten, weil sie nicht über die Kasse abgerechnet werden kann. Der Druck, vermehrt verrechenbare pflegerische Leistungen der hauswirtschaftlichen Leistungen zu erbringen, ist absehbar. Die Kantone und die Gemeinden könnten die Tendenz zur Medikalisierung der ambulanten Dienste bremsen, indem sie mindestens einen Teil ihrer durch das KVG eingesparten Beiträge zur Vergünstigung der hauswirtschaftlichen Leistungen einsetzen. Ob sie dies angesichts der Situation der öffentlichen Finanzen tun, ist z.Zt. allerdings noch fraglich".

Obwohl die erwähnte Studie von Latzel et al (1997:49) bereits zu Beginn des neuen KVG publiziert wurde, weist sie auf mögliche Konsequenzen hin, die hier noch zu diskutieren sind: "In der Praxis wird die Art der Leistung in der Regel durch die Leistungserbringer/innen definiert, und diese werden durch die Finanzquelle bestimmt. Während bisher die Krankenkassen – in beschränktem Rahmen zwar, aber immerhin – auch Beiträge an hauswirtschaftliche Leistungen entrichteten, sind diese im KVG ausdrücklich ausgeschlossen. Dafür enthält das Gesetz eine abschliessende Liste von vergütungsberechtigten Pflegeleistungen. Damit wird die Entwicklung in Richtung auf eine ganzheitliche Betrachtung der Pflegebedürftigkeit, die sich seit einigen Jahren abzeichnet, gefährdet".

An dieser Stelle soll der Begriff Medikalisierung, der in den obenerwähnten Ausführungen von Latzel et al. verwendet worden ist, erklärt werden. Bauch (1996:9 ff) führt aus systemtheoretischer Sicht aus, dass spätestens ab Mitte der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts Gesundheit zum gesellschaftlich dominanten Thema wurde. Die moderne Gesell-

schaft muss sich zunehmend mit den Folgen ihres Zivilisations- und Modernisierungsprozesses befassen.

Mit der Etablierung des Gesundheitswesens als ein eigenständiges gesellschaftliches System wurden immer mehr gesellschaftliche Problembereiche, die vordem juristischen, moralischen, religiösen Klassifizierungen unterlagen, mit Krankheit/Gesundheit etikettiert. Damit weitete sich der Zuständigkeitsbereich der Medizin und des Gesundheitswesens kontinuierlich aus. Diese Zunahme an Aufgaben des Gesundheitswesens führt also zu einer Medikalisation der modernen Gesellschaft, resp. zu einer medizinischen Vergesellschaftung (Loetz, 1993:14 ff). D.h. gesellschaftlich identifizierte Problemlagen werden direkt in die Bearbeitungskompetenz des Gesundheitswesens überführt (Bauch, 1996:12ff). Frevert (1985:42) erklärt in ähnlicher Weise, dass unter Medikalisation nicht nur die Einbeziehung tendenziell aller Menschen in ein immer dichteres, von akademischen Experten kontrolliertes Netz medizinischer Versorgung, zu verstehen sei. Die Medikalisation der Gesellschaft habe vielmehr auch auf der Ebene von Normen und Deutungsmuster stattgefunden, die die Mentalität sozialer Schichten prägte und ihr alltägliches Verhalten strukturierten. In diesem Prozess spielt auch die Professionalisierung eine wichtige Rolle (Bauch, 1996:26 ff).

Die Spitex-Leistungen und der Bedarf nach solchen Leistungen können nicht ohne Hinweis auf die stationäre Betreuung, resp. die Betreuung in den Alters- und Pflegeheimen diskutiert werden. Rund 15 – 35 % der Menschen über 80 Jahre in einem Alters- und Pflegeheim. Dieser Anteil kann je nach Region innerhalb der Schweiz beträchtlich variieren.

Bei einem Blick in die verschiedenen Statistiken scheint, dass der Anteil der Menschen, die in der Schweiz in einem Alters- und Pflegeheim leben, seit dem Jahr 1997 gestiegen ist¹²: Allerdings sind diese Zahlen

¹² Bundesamt für Statistik. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Neuenburg, 1997-2003

wenig aussagekräftig, da in den älteren Statistiken nicht alle stationären Leistungserbringer erfasst sind:

- Jahr 1997 61'689 Personen
- Jahr 1998 75'334 Personen
- Jahr 1999 80'797 Personen
- Jahr 2000: 80'139 Personen
- Jahr 2001 81'007 Personen
- Jahr 2002 81'877 Personen

Bei den erbrachten Spitex-Leistungen für die gesamte Bevölkerung in der Schweiz ergibt sich folgendes Bild: Die auf Grund der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) anerkannten Leistungsstunden steigen seit 1998 kontinuierlich. Die erbrachten Stunden von hauswirtschaftlichen Spitex-Leistungen sinken kontinuierlich.¹³

Dienstleistungsangebot nach Pflege und Haushalt n. Stunden

	Pflege (KLV)	Hauswirtsch./Soziales (HWS)
• Jahr 1998	4'511'000	5'917'100
• Jahr 1999	4'695'804	5'875'847
• Jahr 2000	4'907'022	5'528'963
• Jahr 2001	5'285'900	5'315'400
• Jahr 2002	5'676'088	5'163'866

¹³ Bundesamt für Sozialversicherung. Spitex-Statistik, Bern. 1998 - 2001

2.6 Hypothesen

Auf Grund der vorangehenden allgemeinen theoretischen Überlegungen formulieren wir zwei Hypothesen für die Untersuchung:

Hypothese 1

- Durch das mit dem KVG veränderte Finanzierungssystem der Krankenpflege zu Hause (Wegfall von freiwilligen finanzierten Beiträgen an die ambulanten hauswirtschaftliche Leistungen, die dadurch teurer werden) steigt der Druck, erbrachte Spitex-Leistungen als verrechenbare pflegerische Leistungen zu definieren. Dadurch entsteht die Tendenz zur Medikalisierung.
- Diese Tendenz stellt sich ein unabhängig vom Professionalisierungsgrad, der Anzahl Heime vor Ort, der Positionierung Stadt und Agglomeration sowie der Trägerschaft des Leistungserbringers.

Hypothese 2

- Da die von der Produktion her kostengünstigste Leistung (ambulante hauswirtschaftliche Leistungen) durch den Wegfall von freiwilligen Krankenkassen-Beiträgen für die KlientInnen zur teuersten wird, sinkt die Attraktivität einer ganzheitlich verstandenen Spitex und es ergibt sich als Konsequenz eine Verschiebung in der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich.
- Diese Tendenz ist wiederum unabhängig vom Professionalisierungsgrad, der Anzahl Heime vor Ort, der Positionierung Stadt und Agglomeration, sowie der Trägerschaft des Leistungserbringers.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Forschungsdesign

Im Kapitel 3 werden die vorgängig formulierten Forschungsfragen und Hypothesen im Bereich der Pflege zu Hause und im Heim lokalisiert, die Analysedimensionen präzisiert und die Auswahl der vier Gemeinden im Kanton Zürich, die als Fallsstudien dienen, wird begründet. Anschliessend wird ein Überblick über die Datengrundlage und ihre Verwendung gegeben.

Evaluation von öffentlicher Politik erfasst und bewertet die Wirkungen des staatlichen Handelns. Klöti (1997:51) erläutert, dass Wirkungen nicht nur auf der Zieldimension eintreten können. Es sind unter Umständen auch unbeabsichtigte Wirkungen verschiedener Art festzustellen. Dabei können sich diese unbeabsichtigten Wirkungen als erwünscht oder als unerwünscht herausstellen. Eine Evaluation soll also das staatliche Handeln und seine Wirkungen einer systematischen Analyse und Bewertung unterziehen mit dem Ziel bessere Problemlösungen zu erreichen, bzw. schlechtere Lösungen zu eliminieren (Klöti, 1997:40).

Die Prozesse in der Gesundheitspolitik sind komplex. Das KVG ist ein Teil dieser öffentlichen Politik und hier wiederum evaluieren wir lediglich einen Teilaspekt, nämlich die Pflege zu Hause und ihre Beziehung zur stationären Langzeitpflege. Von diesem Politikbereich sind rund 280'000 Personen in der Schweiz betroffen, die auf Grund des KVG entweder Pflegeleistungen der Spitex oder im Heim (teil-) finanziert erhalten. Die Frage stellt sich, ob das im KVG vorgesehene Instrument – die von den Krankenversicherern zu finanzierenden Pflege zu Hause – den vom Gesetzgeber beabsichtigten Zweck erfüllt.

So verlockend auch der Anspruch einer umfassenden Evaluation ist, so ist eine klare Begrenzung vorzunehmen. Auch in Anbetracht der Selektion

tivität der zu beantwortenden Fragestellungen drängt sich eine Begrenzung der Evaluation auf spezifische Teilgegenstände resp. Wirkungsaspekte auf. Die Gefahr liegt hier in einer nicht ausreichenden Ermittlung des Massnahmenkontexts und in der Nichtberücksichtigung von Querbeziehungen im Rahmen des Wirkungsgefüges (Knoepfel et al, 1997:67).

Die vorliegende Arbeit versteht sich deshalb als explorative Studie und konzentriert sich mit ihren zwei Forschungsschwerpunkten auf die Analyse der Umsetzung einer Teilpolitik des KVG in vier ausgewählten Gemeinden des Kantons Zürich, in denen Politikadressaten und Politikbetroffene davon betroffen sind. Bei den Forschungsschwerpunkten resp. Hypothesen 1 ("Tendenz zur Medikalisierung") und 2 ("Verschiebung der Nachfrage") interessieren uns die Auswirkungen der zu Diskussion stehenden Politik sozusagen in einer Mikroanalyse, die wir vor Ort vornehmen. Das Interesse konzentriert sich letztlich auf die Frage, ob die von der Politik eingesetzten Instrumente tauglich sind. Ist die Spitex ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?

Um die Leistungsfähigkeit des Forschungsdesigns zu steigern, werden wir für die Forschungsschwerpunkte resp. Hypothesen 1 und 2 eine Längsschnittanalyse mit einer Querschnittsanalyse verbinden. Die Entwicklung der Spitex- Leistungsstunden im KLV- und HWS-Bereich¹⁴ als ein wichtiger Output dieser Politik wird über den Zeitraum von 1993 – 2002, also vor und nach dem Inkrafttreten des KVG 1996 in vier Gemeinden im Kanton Zürich untersucht. Mit der gleichzeitigen Querschnittsanalyse von vier Gemeinden im Kanton Zürich sollen die Umsetzung der Politik bezüglich Spitex verglichen und die Hypothesen getestet werden.

¹⁴ KLV-Leistungen = pflegerische Leistungen gemäss Art. 7 KLV. HWS = hauswirtschaftliche und soziale Leistungen, die von den KlientInnen selber bezahlt werden

Verschiedene Indikatoren sollen mithilfe der Variablen der Hypothesen zu erklären. Wir haben die folgenden Indikatoren ausgewählt, da sie relevant sind im Zusammenhang mit der Leistungserbringung in der Spitex und von der Auswirkung des KVG betroffen sind. Die Indikatoren betreffen *Outputs*, *Impacts* und *Outcomes*.

- Auf der Ebene der Outputs (d.h. das „Endprodukt“ der Politik):
 - Leistungsstunden Spitex
- Auf der Ebene der Impacts (d.h. die von der Politik beabsichtigten oder nicht beabsichtigten Veränderungen, die bei den Adressaten eingetreten sind oder auch nicht):
 - Praxis der ärztlichen Verschreibung von Spitex-Leistungen
 - Praxis der Leistungserbringung durch Spitex
 - Interventionen der Krankenversicherer bei Leistungserbringern (Ärzte, Spitex)
 - Auswirkungen Tarifpolitik im nicht KLV-Bereich
 - Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf Spitex
 - Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime
- Auf Ebene der Outcomes (Gesamtheit der Auswirkungen der Verhaltensänderungen der Adressaten auf die von der Politik zu „lösenden“ Problemen):
 - Längeres Verweilen in der eigenen Wohnung

Neben dem Beizug von statistischen Datenquellen werden 14 Personen interviewt. 8 Personen sind Kadermitarbeitende in den Geschäftsleitungen der vier örtlichen Spitexorganisationen. Pro Gemeinde wird ein praktizierender Arzt, zusätzlich die Geschäftsführerin des Spitex-Verbandes Kanton Zürich und der Geschäftsführer der Santé Suisse Zürich-Schaffhausen (Dachverband der Krankenkassen) interviewt. 12 Personen verfügen über eine langjährige Erfahrung, d.h. diese waren bereits vor Inkrafttreten des KVG in diesem Bereich tätig. Zwei Personen sind erst seit dem Inkrafttreten des KVG in der Spitex tätig. Diese

Interviewten werden in der vorliegenden Arbeit als Expertinnen und Experten bezeichnet.

3.2 Auswahl der Fallstudien: 4 Gemeinden im Kanton Zürich

Für die Fallstudien wurden vier „Spitex-Gemeinden“ im Kanton Zürich ausgewählt. Wir haben folgende Auswahlkriterien gewählt:

- Unterschiedliche Grössen der Gemeinden.
- Unterschiedlich organisierte Spitex-Dienste.
- Unterschiedliches Angebot an Alters- und Pflegeheimen (in der Folge wird von Heimen gesprochen).

Ausgewählt wurden die Städte Zürich (364'558 EinwohnerInnen), Winterthur (89'960 EinwohnerInnen), die Agglomerations-gemeinden Adliswil (15'896 EinwohnerInnen) im Sihltal, Niederglatt (3'833 EinwohnerInnen) und Niederhasli (7'636 EinwohnerInnen) im Zürcher Unterland. Obwohl die Gemeinden Niederglatt und Niederhasli zwei politisch selbstständige Gemeinden sind, werden sie hier als eine Gemeinde definiert, da sie eine gemeinsame Spitex-Trägerschaft für beide Gemeinden bilden. Für die vorliegende Untersuchung wird von der Gemeinde Niederhasli-Niederglatt gesprochen. Drei Gemeinden haben einen ähnlich hohen Steuersatz (ohne Kirchensteuer im Jahr 2004): Niederhasli 120 Prozent, Winterthur und Zürich 122 Prozent, einen niedrigen Steuersatz haben dagegen Niederglatt 107% und Adliswil 102 %¹⁵.

In den Gemeinden Adliswil und Niederhasli-Niederglatt sind die Spitex Trägerschaften gemeinnützige Vereine, in denen u.a. auch Vertreter der politischen Gemeinden Einsitz nehmen. In der Stadt Zürich bestehen verschiedene gemeinnützige Vereine, die räumlich definierte Stadtteile

¹⁵ Der niedrigste Steuerfuss in einer Zürcher Gemeinde ist 69 %, der höchste 122 %.

mit Spitexleistungen versorgen. Das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich nimmt mit einer eigenen Dienststelle im Bereich der Spitexversorgung eine Steuerungsfunktion für die gesamte Stadt wahr („Zentralstelle Spitex“ resp. ab 1.1.2004 „Spitex-Kontraktmanagement“). Die Stadt Winterthur erbringt Spitex-Leistungen (KLV und Hauspflege) selber, wobei das Schwergewicht auf den pflegerischen Leistungen liegt. Die hauswirtschaftlichen Leistungen erbringt vorwiegend die Pro Senectute, die mit der Stadt Winterthur eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat.

In der Stadt Zürich gibt es rund 60 städtische und private gemeinnützige Heime, in der Stadt Winterthur 7 Heime. In Adliswil und in Niederglatt gibt es je ein Heim. In Niederhasli existiert kein Heim.

3.3 Datengrundlagen und Datenanalyse

In der vorliegenden Arbeit wird vorwiegend mit qualitativen Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung gearbeitet. Im Rahmen der drei Arbeitsphasen a) Aufarbeitung von Grundlagen b) empirische Erhebung und c) Analyse und Auswertung kamen die nachfolgend aufgeführten Methoden zur Anwendung. Dabei dienten die aus den Phasen a) und b) gewonnenen Informationen als Grundlage für die Phase c):

- a) Aufarbeitung von Grundlagen
 - Literaturrecherchen
 - erste Gespräche
 - Auswertung einschlägiger Dokumente und statistischer Materialien
- b) Empirische Erhebungen
 - ExpertInnen-Interviews (Leitfaden-geführte, themenzentrierte Interviewtechnik)
 - Dokumentenanalyse
 - Zeitungs- und Internetrecherchen
 - Auswertung statistischer Datenquellen
- c) Analyse und Auswertung

- Kategorisierung und Vergleich der empirischen Befunde
- Bewertung der empirischen Ergebnisse
- Hypothesenüberprüfung

Das hier gewählte Verfahren kann als Triangulation verschiedener Daten bezeichnet werden. Es geht darum, dass verschiedene Datenquellen und Einschätzungen von Expertinnen und Experten in die Untersuchung einbezogen werden (vgl. Bussmann, 1997:21), damit Verzerrungen der Ergebnisse möglichst vermieden werden können.

4 Ergebnisse der Fallstudien

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vier Gemeinden einzeln dargestellt und analysiert. Die statistischen Daten bestehen aus der Bevölkerungsentwicklung zwischen 1993 resp. 1996 und 2002 und der Entwicklung der Spitex-Leistungsstunden 1993 resp. 1995 - 2002. Ursprünglich war eine differenziertere Erhebung der Daten aus dem Spitex-Bereich vorgesehen. So sollten u.a. die Zahl der KlientInnen, ebenso ihr Geschlecht und die Zahl der Einsätze erhoben werden. In den Vorabklärungen wurde bald ersichtlich, dass es nicht möglich ist über den Zeitraum von 1993 - 2003 verlässliches und differenziertes Zahlenmaterial zu erhalten. In jeder Gemeinde waren aus verschiedenen Gründen Einschränkungen vorhanden (z.B. durch Fusion der Spitex-Organisationen, Altersstruktur wurde anders erfasst, es gab Mehrfachzählungen von Klientinnen, das Geschlecht der KlientInnen wurde lange Zeit nicht erfasst). Erst seit der Einführung des KVG werden zunehmend zuverlässigere und vergleichbarere Daten erhoben. Da wir uns aber über einen längeren Zeitraum auf zuverlässiges Zahlenmaterial abstützen wollten, mussten wir uns auf die Leistungsstunden konzentrieren. Die Spitex-Leistungsstunden sind für die Einholung von Subventionen eine wichtige Grundlage, so dass wir davon ausgehen können, dass es sich um eine verlässliche Grundlage handelt.

4.1 Adliswil

4.1.1 Statistische Daten

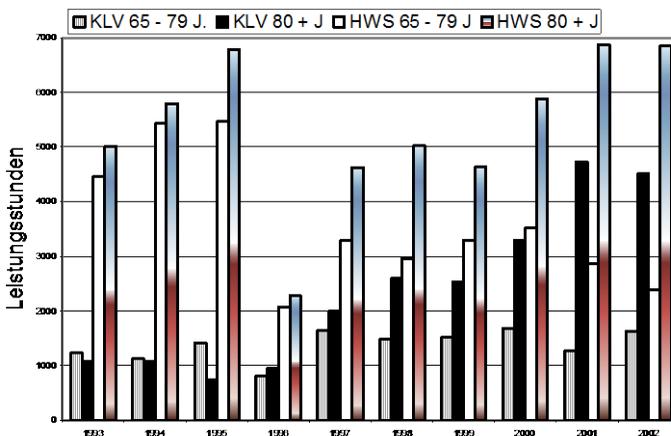
Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Adliswil	1996	2002	Zunahme Absolut	Zunahme In %
65 – 79 Jahre	1642	2007	365	22 %
80 +	428	527	99	23 %
Gesamtbevölkerung	15513	15896	383	2,4 %

Anmerkung: Die differenzierte Altersstruktur wird vom Statistischen Amt des Kantons Zürich erst seit 1996 erhoben.

Die starke Zunahme der älteren EinwohnerInnen in Adliswil ist für die Agglomerationsgemeinden im Kanton Zürich typisch.

Tabelle 3: Entwicklung der Spitex-Leistungstunden nach Sparten: KLV und HWS



Bei den KLV Leistungen im Bereich der 65 – 79 Jährigen zeichnet sich

ausser dem Einbruch im Jahr 1996 zwar ein relativ konstantes Niveau ab, das aber einige Schwankungen beinhaltet. Vergleicht man die Jahre 1993 und 2002 miteinander so ist eine Zunahme der Leistungsstunden um ca. 30% festzustellen. Sie ist stärker als die demographische Entwicklung dieser Bevölkerungsgruppe. Bei den 80 jährigen und älteren Personen steigt die Zahl der KLV-Leistungsstunden erst ab 1997 stark und geht praktisch unvermindert weiter bis 2002. Hier tritt eine Stabilisierung ein. Der Vergleich zwischen 1993 und 2002 ergibt eine Steigerung der KLV-Stunden in dieser Bevölkerungsgruppe um 320%.

Bei den HWS Leistungen im Bereich der 65 – 79 Jährigen zeichnet sich bis 1995 ein hohes Niveau ab, das sich dann mit einigen Ausschlägen sukzessive reduziert und 2002 einen Tiefstand erreicht. Ein starker Einbruch findet im Jahr 1996 statt. Vergleicht man die Jahre 1993 und 2003 miteinander, so ist ein markanter Rückgang um fast 50% festzustellen. Bei der Gruppe der 80 jährigen und älteren Personen sind die Leistungsstunden – ausser ebenfalls einem Einbruch im Jahr 1996 – auf einem konstant hohen Niveau und erreichen einen Rekord im Jahr 2002. Vergleicht man die Jahre 1993 und 2002 miteinander, so ist eine Steigerung von rund 35% festzustellen.

Die Expertinnen erklären diese Entwicklung mit einer Massierung von arbeitsintensiven KlientInnen resp. vom Ausbleiben von solchen je nach Jahr der Ermittlung. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die KLV-Leistungsstunden steigen. Die HWS-Leistungsstunden sinken im Segment der 65-79 Jährigen und halten sich auf einem konstant hohen Niveau bei den 80 jährigen und älteren Personen.

4.1.2 Indikatoren

Praxis der ärztlichen Verschreibung

Zuerst beschreiben wir hier das auf Grund des KVG verlangte Zusammenwirken zwischen Ärzteschaft, Spitex-Organisationen und Krankenversicherer. Anschliessend analysieren wir die auf Grund des KVG eingetretenen Änderungen in der Praxis.

Die ärztliche Verschreibung von Spitexleistungen ist in Artikel 8 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV geregelt¹⁶. Die ÄrztInnen geben der Spitex einen entsprechenden schriftlichen Auftrag, entweder direkt oder via ihrer PatientInnen. Der Auftrag wird von der Spitex-Organisation quantifiziert, unterschrieben und in Kopie an die ÄrztInnen zurückgeschickt. Die Quantifizierung der Spitex-Leistungen beinhaltet eine Abklärung bei den KlientInnen auf Grund eines sog. Bedarfsplanes. Sofern die ÄrztInnen mit der Quantifizierung der Spitex-Leistungen nicht einverstanden sind, müssen sie intervenieren. Die Spitex schickt ein ausgefülltes Formular mit der Rechnung an die KlientInnen, die dann die Rechnung ihrerseits an die Krankenversicherung schicken. Sofern der voraussichtliche Bedarf mehr als 60 Stunden pro Quartal umfasst, so schickt die Spitex zu Beginn der Pflege ein ausgefülltes Formular an die Krankenversicherung. Wenn die Krankenversicherung nicht innerhalb von 8 Tagen interveniert, so akzeptiert sie den voraussichtlichen Pflegeaufwand und verpflichtet sich, für die kassenpflichtigen Leistungen aufzukommen.

Die befragten ExpertInnen in Adliswil bezeichnen die durch das KVG definierte Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und der Spitex in der Regel als gut. „Die Ärzte sind in der Regel nicht restriktiv“ wird u.a. betont. Die Definition des abgeklärten Bedarfs durch die Spitex wird in der Regel von den ÄrztInnen akzeptiert. Eine zu grosszügige Auslegung des Bedarfs passiert nicht, u.a. da die personellen Ressourcen der Spitex eher knapp sind. Die Überschreitung der 60 Stunden pro Quartal pro KlientIn kommt selten vor. In den seltenen Fällen z.B. wenn sich eine Klientin in einem terminalen Zustand befindet und die palliative Pflege aufwändig ist, können entsprechende Leistungen erbracht werden und werden von der Krankenversicherung in der Regel ohne weiteres akzeptiert. Im Vergleich mit der Situation vor dem KVG, wo es ärztliche Verordnungen für die von den Krankenversicherer freiwillig bezahlten

¹⁶ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29.9.1995. SR 832.112.31

pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ebenfalls brauchte, ist das Verfahren – so wird bemerkt - heute eindeutig aufwändiger geworden.

Praxis der Leistungserbringung durch die Spitex

Allgemein wird die Einschätzung geteilt, dass auf Grund der Auswirkungen des KVG die Spitex professioneller geworden ist. Der revidierte Spitex-Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer und dem Spitex Verband Kanton Zürich vom 26. Oktober 2000 definiert alle relevanten Punkte, wie fachliche Anforderungen an das Personal und qualitätssichernde Massnahmen. Diese verschiedenen Massnahmen wurden von den grösseren Spitex-Organisationen im Kanton Zürich seit längerer Zeit umgesetzt. Seit Vertragsabschluss sind sie für sämtliche Spitex-Organisationen im Kanton Zürich verbindlich. Der Bedarfsplan, der für die Einschätzung der zu erbringenden Spitex-Leistungen eingesetzt wird, wurde von vielen Spitex-Organisationen bereits vor dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 eingeführt und ist unterdessen für alle Organisationen ebenfalls obligatorisch. Nach gewissen Einführungsschwierigkeiten auch bei den älteren Menschen (anfänglich kam häufig die Reaktion: „Was Sie alles wissen wollen!“), gehört das Instrument zur professionellen Leistungserbringung und wird nicht mehr in Frage gestellt. Obwohl mit dem Instrument der Bedarf der KlientInnen objektiver erfasst werden kann, sind sich alle ExpertInnen bewusst, dass weiterhin subjektive Aspekte mitspielen, „es geht ja um Menschen“. Die ExpertInnen sind sich in ihrer Einschätzung ebenfalls einig, dass der Anteil an psychisch und sozial auffälligen KlientInnen steigend ist. Allerdings können sie diesen Anteil nicht quantifizieren. Sie erklären das u.a. auch mit der immer noch steigenden Lebenserwartung der Menschen und dem damit verbundenen Risiko (auch psychisch) kränker zu werden. Von daher wird die Spitex mit z.T. komplexen Situationen konfrontiert. Es wird von den ExpertInnen bedauert, dass vielfach Zeit für wichtige Gespräche im Rahmen der Spitex-Leistungserbringung fehlt. „Das Soziale kommt zu kurz“.

Die zu erbringenden pflegerischen und kassenpflichtigen Leistungen sind in Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV vom 29. September 1995 abschliessend aufgeführt. Es sind Massnahmen der Abklärung, Beratung, der Untersuchung, der Behandlung und der Grundpflege¹⁷. Bei den Massnahmen der Grundpflege ist auch die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege aufgeführt. Der erwähnte Spitex-Vertrag hält fest für welche Massnahmen welches Fachpersonal eingesetzt werden muss. Die Tatsache, dass seit einigen Jahren die verschiedenen Sparten der Spitex miteinander fusioniert haben (pflegerische und hauswirtschaftliche Sparten) ergibt den Vorteil, dass für verschiedene Verrichtungen nur eine Person zur Klientin gehen muss. Zum Beispiel: eine gelernte Hauspflegerin kann unter Aufsicht einer Pflegefachperson einfache Behandlungspflege, Massnahmen der Grundpflege selber ausführen, die der Krankenversicherung verrechnet werden kann. Gleichzeitig kann diese Fachperson aber auch hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen, die von der Klientin selber bezahlt werden muss. Die psychiatrische oder psychogeriatrische Pflege ist nicht weiter definiert. Die Expertinnen äussern die Einschätzung, dass verschiedenste KlientInnen eigentlich psychiatrische Pflege bedürfen, aber dies zu wenig erkannt werde, da die KlientInnen häufig fachärztlich zu wenig abgeklärt seien. Es bestehen häufig Hemmungen auf Seite des Spitex-Personals, dies zu thematisieren. Gleichzeitig ist die psychiatrische Pflege auch ein Konfliktfeld mit den Krankenversicherern und z.T. mit den ÄrztInnen, die diese Leistung verschreiben sollten. Die Mitarbeitenden sind denn nicht unglücklich, wenn sie die Leistung nicht genauer definieren müssen, sondern als Grundpflege deklarieren können. Im Verschreibungsformular der Spitex und der ÄrztInnen wird nämlich lediglich der Begriff „Grundpflege“ aufgeführt und in Klammern steht „Stichworte“. Die Begriffe „psychiatrisch“ und „psychogeriatrisch“ fehlen. Es geht bei den erwähnten KlientInnen, die häufig durch ihr psychisches Verhalten auch isoliert sind, z.B. um das Anleiten

¹⁷ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995. SR 832.112.31

in der Haushaltsführung, um so einen Beitrag zur Bewältigung des Alltags zu leisten, die auch die präventive Wirkung hat die Gefahr einer Verwahrlosung zu minimieren. Die KlientInnen sollten aber einen Beitrag in der hauswirtschaftlichen Mithilfe leisten, so dass die Leistung als eine Pflichtleistung der Krankenversicherung deklariert werden kann. Gleichzeitig können so auch Gespräche im Rahmen der Leistungserbringung angeboten werden. Ein ärztlicher Experte weist darauf hin, dass die Kosten, die durch die psychiatrische Spitex-Pflege ausgelöst werden, vertretbar seien, wenn man dafür die teuren Kosten für eine stationäre Behandlung verhindern könne.

Interventionen der Krankenversicherer bei Leistungserbringer (Spitex und Ärzte)

Die Krankenversicherer können bei der Spitex oder bei den Ärzten intervenieren, wenn sie den Eindruck haben, dass die verschriebenen Leistungen zu „grosszügig“ bemessen sind oder keine Pflichtleistungen sind. Dies war vor allem in der Anfangszeit des KVG ein Punkt der Auseinandersetzung, wenn die 60 Stunden Spitex-Leistungen pro Quartal überschritten wurden. In den letzten drei Jahren ist offenbar praktisch kein Konflikt mehr entstanden. Intervenieren können die Krankenversicherer auch bei den frei praktizierenden ÄrztInnen, wenn sie beim Benchmark mit anderen ÄrztInnen substantielle Abweichungen feststellen. Dies war ebenfalls in der Anfangszeit des KVG ein strittiger Punkt vor allem bei den ÄrztInnen, die viele ältere Menschen behandelten. Unterdessen wird ein sog. Alterskorrekturfaktor berechnet, so dass weniger Interventionen von Seiten der Krankenversicherer bei den ÄrztInnen stattfinden. In Adliswil gibt es unterdessen nur noch gelegentliche Nachfragen von Krankenversicherer bei der Spitex und ÄrztInnen, die in der Regel problemlos geklärt werden können.

Auswirkungen der Tarifpolitik

Die Tarife für Pflichtleistungen der Krankenversicherer sind im Kanton Zürich seit dem 1. Januar 1998 gleich: Sie betragen Fr. 70 pro Stunde für Massnahmen der Abklärung und Beratung, Fr. 65 pro Stunde für

Massnahmen der Untersuchung und Behandlung und Fr. 51.40 für Massnahmen der Grundpflege. Dieser Betrag wird abzüglich Selbstbehalt von den Krankenversicherer übernommen.

Die Tarife für die hauswirtschaftlichen Leistungen werden von jeder Spitex-Organisation selber festgelegt. Sie können sich nach dem Einkommen und Vermögen der KlientInnen richten. Mitglieder der Spitex-Organisation erhalten häufig vergünstigte Tarife. Die Tarife werden u.a. von der Gemeinde subventioniert. In Adliswil müssen die KlientInnen für eine Stunde hauswirtschaftliche Leistungen 35 Franken bezahlen. Vereinsmitglieder zahlen 28 Franken. Die Einschätzung der ExpertInnen bezüglich der Auswirkungen der Tarifpolitik fällt übereinstimmend aus. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass hauswirtschaftliche Leistungen auf Grund von Tarifierhöhungen nicht mehr beansprucht wurden. „Ältere Leute gehen sorgsam mit Geld um“. Die ExpertInnen fürchten, dass bei einzelnen KlientInnen die Gefahr der Verwahrlosung steigt, wenn sie auf den Bezug von hauswirtschaftlichen Leistungen verzichten. Für diese KlientInnen fallen so wichtige soziale Kontakte weg, und für die Spitex-Mitarbeitenden die Möglichkeit zu intervenieren, wenn die soziale und gesundheitliche Situation es bedarf. Dadurch kann auch der Wunsch der KlientInnen, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu bleiben, beeinträchtigt werden.

Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf Spitex

Die Verweildauer in den Spitälern ist u.a. auch auf Grund des KVG kürzer geworden (z.B. neue kantonale Spitalplanung und damit verbundene Reduktion von Spitalbetten). Anfänglich wurde erwartet, dass durch die früheren Spitalaustritte eine starke Nachfrage nach Spitex-Leistungen entstehen würde. Diese Auswirkung ist gesamthaft gesehen nicht eingetreten. Nach Einschätzung des Spitex Verbandes Kanton Zürich kommen zwar komplexe Fälle früher nach Hause, die eine entsprechende Unterstützung brauchen (z.B. Behandlungspflege). Aber die meisten der austretenden SpitalpatientInnen können offensichtlich von ihrem informellen Netz genügend versorgt werden. Wie wird das in

Adliswil eingeschätzt? Hier besteht bei den ExpertInnen eine etwas andere Einschätzung. Es besteht durchaus der Eindruck, dass die Übertritte aus den Spitälern in den letzten Jahren z.T. leicht zugenommen haben, z.B. kommen mehr Leute nach Hause, um zu sterben; dies ist für die Spitex auf Grund der palliativen Pflege aufwändig. Eine eigentliche statistische Erfassung dieser Übertritte gibt es nicht.

Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime

Das KVG hat ähnliche Auswirkungen auf die Alters- und Pflegeheime wie auf die Spitex. So gilt Artikel 7 KLV auch für die Heime, die Pflegeleistungen anbieten. Es bestehen auch entsprechende Verträge zwischen den Heimen und den Krankenversicherer. Die Professionalisierung ist weiterentwickelt, und qualitätssichernde Massnahmen sind eingeführt worden. Auch hier verfügt die Spitex über keine Statistik, wie viele ihrer KlientInnen in ein Heim übertreten. Ein Experte äussert die Einschätzung, dass die Eintritte in Heime steigend sind. Er erklärt das mit der demographischen Entwicklung und dass die Angebote attraktiver und professioneller geworden seien. *„Ich höre weniger Klagen als früher, obwohl die Leute heute anspruchsvoller sind“.*

Längeres Verweilen in der Wohnung

Die ExpertInnen äussern übereinstimmend, dass die älteren Menschen möglichst lange in der eigenen Wohnung verweilen möchten, und sie sind der Meinung, dass durch das Zusammenspiel von Spitex und Ärzten, dieses Ziel bei vielen Menschen erreicht werden kann. Die ExpertInnen verweisen auf die Grenzen der Spitex, die zwar nicht genau definiert werden können, sondern abhängig sind von verschiedenen Faktoren, wie das soziale Netz und die Situation der KlientInnen (z.B. Art der Krankheit, wie Demenz, auffälliges psychisches Verhalten, Vereinsamung, unrealistische Erwartungen gegenüber der Spitex). Die ExpertInnen bemerken, dass meistens die Angehörigen und Fachpersonen und weniger die Betroffenen selber, die Vermittlung von Spitex-Diensten veranlassen. Die Betroffenen müssten im übrigen häufig von

ihren Angehörigen oder Fachpersonen motiviert werden, entsprechende Spitex-Leistungen anzunehmen. Die Bezugspersonen haben offensichtlich eine wichtige Steuerungsfunktion bezüglich der Verweildauer der alten Menschen in der eigenen Wohnung.

4.2 Niederhasli-Niederglatt

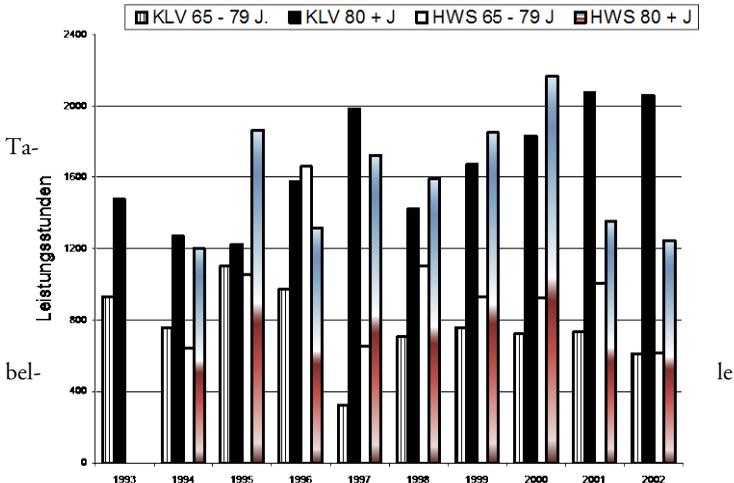
4.2.1 Statistische Daten

Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Niederhasli-Niederglatt	1996	2002	Zunahme Absolut	Zunahme In %
65 – 79 Jahre	655	858	208	32 %
80 +	152	192	40	26 %
Gesamtbevölkerung	10067	11469	1402	14 %

Anmerkung: Die differenzierte Altersstruktur wird erst ab 1996 vom Statistischen Amt des Kantons Zürich erhoben.

Hier ist die Situation mit der Gemeinde Adliswil identisch. Die Zunahme der Zahl der älteren EinwohnerInnen ist beträchtlich.



5: Entwicklung Spitex-Leistungsstunden nach Sparten: KLV und HWS

Anmerkung: Die HWS-Leistungsstunden wurden 1993 noch nicht erfasst, da die Spitex-Organisation Niederhasli-Niederglatt erst auf den 1. Januar 1994 entstand. Die Haushilfe wurde vor diesem Zeitpunkt von verschiedenen Organisationen angeboten (z.B. Gemeinde, Frauenverein).

Bei den KLV-Leistungsstunden für die Bevölkerungsgruppe der 65-79 Jährigen sind starke Schwankungen sichtbar. Im Jahr 1997 gehen die Leistungsstunden stark zurück, um im kommenden Jahr wieder zu steigen. 2001 ist erneut ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Im weiteren zeigt sich die Entwicklung relativ konstant mit einer leicht sinkenden Tendenz im Jahr 2002. Vergleicht man die Jahre 1993 und 2002 miteinander, so stellt man gar einen Rückgang von 34% fest, obwohl die demographische Entwicklung dieser Bevölkerungsgruppe eine starke Zunahme an Leistungsstunden erwarten lässt. Bei der Gruppe der 80 jährigen und älteren Personen fängt im Jahr des Inkrafttretens des KVG eine Zunahme an Leistungsstunden an, die 1998 zurückgehen, um dann bis 2001 stark zu steigen und um sich 2002 auf stabilem Niveau zu halten. Im Zeitraum zwischen 1993 und 2002 steigen die KLV-

Leistungsstunden bei dieser Bevölkerungsgruppe um 39%, was die demographische Entwicklung bei weitem übertrifft.

Die HWS-Leistungsstunden für die Bevölkerungsgruppe der 65-79 Jährigen haben in den Jahren 1994 und 2002 erheblich geschwankt. Sie sinken 2002 leicht unter das Niveau von 1994. Auf Grund der demographischen Entwicklung wäre allerdings eine Zunahme zu erwarten gewesen. Bei der Gruppe der 80 jährigen und älteren Personen sind zwischen den Jahren 1994 und 2002 ebenfalls erhebliche Schwankungen festzustellen. Im Jahr 1996 sind die Leistungsstunden im Vergleich zum Vorjahr eingebrochen. Im folgenden Jahr stiegen sie in etwa wieder bis zum Jahr 2000, um dann ab 2001 wiederum stark zu sinken. Der Vergleich zwischen den Jahren 1994 und 2002 ergibt eine geringe Zunahme von wenigen Leistungsstunden, obwohl die demographische Entwicklung eine starke Steigerung erwarten liesse.

Die Expertinnen erklären sich die starke Zunahme an KLV-Leistungsstunden der Gruppe der 80 Jährigen und älteren einerseits durch zusätzliche KlientInnen, von denen ein Teil stark unterstützungsresp. pflegebedürftig waren. Diese Spitzen seien vorübergehend und hätten sich wieder „normalisiert“. Der ärztliche Experte bringt die Zunahme auch in Zusammenhang mit dem Ausbau und Professionalisierung der Spitex. Diese Situation habe mitgewirkt, dass die Nachfrage zugenommen habe. Andererseits spielen gesamtgesellschaftliche Entwicklungen mit, indem die Menschen ihre Ansprüche vermehrt äußern und diese auch realisiert haben möchten, umso mehr, da die pflegerischen Leistungen von den Krankenversicherer bezahlt werden.

4.2.2 Indikatoren

Praxis der ärztlichen Verschreibung

In Niederhasli-Niederglatt wird die Zusammenarbeit zwischen Spitex und ÄrztInnen in der Regel als problemlos beschrieben. Eine Verschreibung von mehr als 60 Spitex-Stunden pro Quartal ist bei plausibler Begründung in der Regel ohne weiteres möglich, umso mehr als dies nur bei einer kleinen Zahl von KlientInnen der Fall ist (z.B. bei jüngeren Behinderten oder bei palliativer Pflege). Die Einschätzung der ExpertInnen ist, dass man sich bei der Definition der Leistungsmenge an der Realität (z.B. vorhandene personelle Ressourcen in der Spitex, die häufig begrenzt sind) und am professionellen Verständnis der Beteiligten (ÄrztInnen und Spitex-MitarbeiterInnen) orientiert. Mit anderen Worten: man orientiert sich eher am verfügbaren Angebot und weniger am Bedarf. Die Verschreibungspraxis vor dem KVG wird als einfacher und unkomplizierter bezeichnet. Mit der Einführung des KVG hätten sich die Rahmenbedingungen verändert und zu mehr Komplexität geführt (z.B. professionellere Spitex, ausgebauteres Angebot, steigende Ansprüche der KlientInnen, vermehrte administrative Tätigkeiten).

Praxis der Leistungserbringung durch die Spitex

Der Bedarfsplan wird hier erst seit 1999 eingesetzt und ist unterdessen von allen Beteiligten akzeptiert. Von allen ExpertInnen wird geäußert, dass auf Grund der eingeschränkten Mobilität der KlientInnen auch soziale Kontakte nötig sind, damit keine Isolation entsteht. Das wird als eine wichtige Funktion der Spitex betrachtet. Dieser Einschätzung steht häufig die Notwendigkeit einer effizienten Leistungserfüllung gegenüber. Die ExpertInnen teilen die Einschätzung, dass die Zahl der psychisch und sozial auffälligen KlientInnen steigt und von daher auch der Bedarf an psychosozialer Unterstützung von Seiten der Spitex. Einige ÄrztInnen verschreiben denn auch psychiatrische Grundpflege. Sofern die psychiatrische Grundpflege vom Arzt nicht explizit verschrieben wird, aber eine Spitex-Mitarbeiterin einen entsprechenden Bedarf erfasst, so werden diese Leistungen erbracht und im Rahmen der allge-

meinen Grundpflege verrechnet. Die Einschätzung, was alles unter psychiatrische Grundpflege fällt, wird hingegen als schwierig bezeichnet. Dazu gehören aber durchaus hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die z.T. gemeinsam mit den KlientInnen erledigt werden. Spitex-Mitarbeitende befinden sich häufig in einer schwierigen Situation, wenn sie mit einer psychisch auffälligen Klientin zu tun haben, da der Umgang anspruchsvoll und zeitweise überfordernd sein kann. Von daher vertreten die ExpertInnen die Auffassung, dass eine genaue Abgrenzung zwischen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nicht genau zu definieren ist. Da ein Teil der Mitarbeitenden Leistungen in den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereichen gleichzeitig erbringt, kann es auf Grund der geschilderten komplexen Situation durchaus passieren, dass eine Tätigkeit als eine pflegerische Handlung definiert wird. Die Meinung des ärztlichen Experten geht dahin, dass die psychiatrische Grundpflege „nicht zu grosszügig anzuwenden“ sei, die „Leute müssten auch etwas ausbarren“ und weist auf die Wichtigkeit der Eigenverantwortung hin. Es finden regelmässige kurze Kontrollbesuche durch die Spitex-Vermittlerin vor Ort statt, um allfällige Korrekturen in der Leistungserbringung vorzunehmen.

Interventionen der Krankenversicherer bei Leistungserbringern (Spitex und Ärzte)

Die ExpertInnen erachten diesen Bereich in der Regel nicht mehr als problematisch, seitdem sich das KVG etabliert und das Zusammenspiel zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherer sich eingespielt hat. Es finden selten Rückfragen der Krankenversicherer bei ÄrztInnen und Spitex statt. Die wenigen Rückfragen können in der Regel zur Zufriedenheit der Versicherer beantwortet werden. Es kann allerdings vorkommen, dass sich einzelne Krankenversicherer direkt schriftlich an die Versicherten wenden, um nachzufragen, welche Leistungen erbracht worden sind. Dies führt besonders bei älteren Menschen zu einer Verunsicherung. Sofern sich diese an die Spitex wenden, werden sie in der Beantwortung dieser Schreiben unterstützt.

Auswirkungen Tarifpolitik

Die HWS-Leistungen kosten pro Stunde für Nichtmitglieder des Vereins Spitex Niederhasli-Niederglatt 30 Franken und für Mitglieder 25 Franken. Im weiteren gibt es einen Fonds für Härtefälle, der beigezogen werden kann. Die Einschätzungen der ExpertInnen bezüglich dem Einfluss der Tarifpolitik in der Nachfrage von HWS-Leistungen fällt nicht eindeutig aus. „*Schwierig zu beurteilen*“. Es wird zwar gesagt, dass die Tarifpolitik möglicherweise nicht die zentrale Rolle spielt, aber es wird auch darauf hingewiesen, dass es Schmerzgrenzen gibt. Im hauswirtschaftlichen Bereich wird auf die „Konkurrenz“ hingewiesen (Putzfrau oder Freiwilligenarbeit), auf die ausgewichen wird. Es wird festgestellt, dass die Tarifpolitik die Auswirkung haben kann, dass Betroffene auf den Bezug von Leistungen verzichten. Dieser Effekt besteht bei den pflegerischen Leistungen nicht, da diese vollständig von den Krankenversicherern übernommen werden. Dass die Tarifpolitik eine wichtige Bedeutung hat, kommt in der Aussage von zwei Expertinnen zum Ausdruck. Sie hinterfragen das geltende Finanzierungssystem des KVG, in dem sie argumentieren, dass speziell ältere und psychisch auffällige Menschen nur länger in der eigenen Wohnung bleiben können, wenn auch hauswirtschaftliche Leistungen zum Leistungspaket gehören (und von den Krankenversicherer bezahlt werden). So wird betont, dass ein Teil der älteren Menschen die persönlichen Kosten für die hauswirtschaftlichen Leistungen möglichst gering halten will, und das zur Folge hat, dass sie auf Leistungen verzichten, die einen unmittelbaren Nutzen für sie haben könnten, indem sie so länger in der eigenen Wohnung leben könnten. Der ärztliche Experte spricht sich dagegen klar für das aktuelle KVG Finanzierungssystem aus, allerdings mit der Bemerkung, dass die Spitex durchaus auch eine soziale Funktion haben muss.

Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf Spitex

In Niederhasli-Niederglatt wird festgestellt, dass die Verweildauer in den Spitälern kürzer geworden und die Qualität der Austrittsplanung in den verschiedenen Spitälern sehr unterschiedlich sind. Ob der Druck auf die Spitex zugenommen hat, darüber sind sich die ExpertInnen

nicht einig. Die übereinstimmende Einschätzung ist allerdings, dass Überweisungen von den Spitälern zur Spitex nicht so häufig vorkommen, wie das bei Einführung des KVG befürchtet worden war.

Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime

Der Übertritt in ein Heim ist gelegentlich auch ein Thema im Rahmen der Leistungserbringung der Spitex bei ihren KlientInnen (z.B. bei Vereinsamung, beginnende Demenz, mangelndes informelles Netz). Die ExpertInnen wissen, dass sich ein Teil der KlientInnen Gedanken über einen Heimeintritt macht. Sie schätzen, dass die Eintritte in Heime tendenziell steigend sind. Es wird übereinstimmend betont, dass die Heime professioneller und qualitativ besser geworden seien. Ein Experte vermutet, dass die Nähe eines Heimes sich positiv auf die Eintrittsbereitschaft der KlientInnen zum Eintritt auswirkt und nimmt als Beispiel Niederhasli, das, im Gegensatz zu Niederglatt, kein eigenes Altersheim hat, und dort die Leute in seiner Wahrnehmung länger zu Hause bleiben.

Längeres Verweilen in der Wohnung

Ob jemand seinen Wunsch realisieren kann, möglichst lange in der eigenen Wohnung zu bleiben, hat mit den Rahmenbedingungen zu tun. Die ExpertInnen erwähnen die Kapazität der Spitex, das informelle Netz, die Zusammenarbeit zwischen Spitex, Ärzten und Fachorganisationen (z.B. Pro Senectute). Sie machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass es mehrheitlich die Angehörigen sind, die die Vermittlung von Spitex-Diensten veranlassen und so wohl eine wichtige Steuerungsfunktion haben, ob die älteren Menschen länger in der Wohnung verweilen resp. ins Heim eintreten.

4.3 Winterthur

4.3.1 Statistische Daten

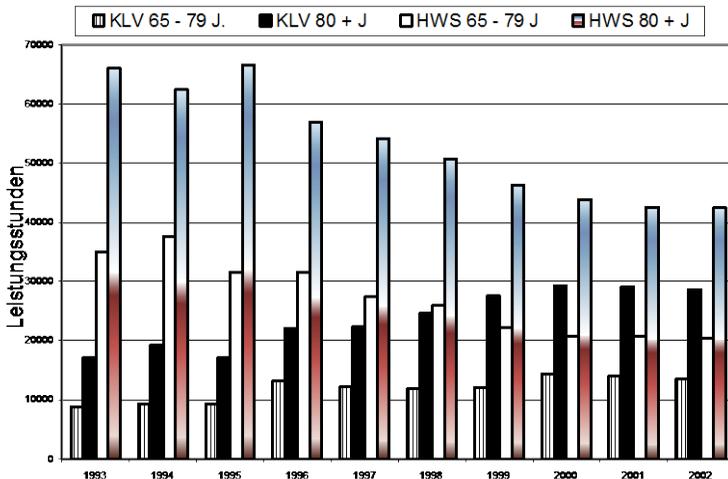
Tabelle 6: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Winterthur	1996	2002	Zunahme Absolut	Zunahme In %
65 – 79 Jahre	10473	10663	190	2 %
80 +	4100	4339	239	6 %
Gesamtbevölkerung	87211	89960	2749	3 %

Anmerkung: Die differenzierte Altersstruktur wird vom Statistischen Amt des Kantons Zürich erst ab 1996 erhoben.

Im Gegensatz zu den Agglomerations-Gemeinden ist in der Stadt Winterthur nur noch eine geringe Zunahme der Zahl der älteren EinwohnerInnen festzustellen.

Tabelle 7: Entwicklung der Spitex-Leistungsstunden nach Sparten: KLV und HWS



In der Tabelle 7 sind die Daten der Spitex-Stelle der Stadt Winterthur und der Haushilfe Pro Senectute Winterthur nach Sparten zusammengefasst. In der Statistik der Haushilfe Pro Senectute Winterthur wurde die Aufteilung in KLV- und HWS Stunden erst ab 1996 vorgenommen. Da der Anteil an KLV-Stunden, die von der Pro Senectute in den Jahren 1993 und 1994 erbracht wurden, sehr gering ist, wird das Gesamtbild nicht verzerrt.

In der Gruppe der 65 – 79 Jährigen stiegen die KLV-Stunden von 1993 bis 2001, mit einer Stagnation in den Jahren 1997 – 1999. Im Jahr 2002 gab es einen geringen Rückgang. Im Jahr 1996 (KVG-Einführung) gab es einen kräftigen Anstieg. Vergleicht man die Jahre 1993 und 2002 miteinander, so stiegen die KLV-Stunden um rund 50 %. Die Zahl der Angehörigen dieser Bevölkerungsgruppe änderte sich nur unmerklich. Bei den 80 jährigen und älteren Personen erhöhten sich die Zahl der KLV-Stunden ab 1996 markant. Auch hier gab es im Jahr 2002 einen leichten Rückgang. Vergleicht man hier die Jahre 1993

und 2002 miteinander, so beträgt die Erhöhung rund 60 %. Diese Bevölkerungsgruppe nahm zwischen 1996 und 2002 nur um rund 6 % zu.

Bei den HWS-Leistungen sieht das Bild bezüglich dem Verlauf in beiden Bevölkerungsgruppen gleich aus. Über alles gesehen, nimmt die Zahl der Leistungsstunden ab. Bei den 64 – 79 Jährigen sinken die Leistungsstunden kontinuierlich, ausser im Jahr 1994, wo es einen leichten Anstieg gibt, um dann ab dem nächsten Jahr kontinuierlich abzunehmen. Vergleicht man die Jahre 1993 und 2002 miteinander, so stellt man in dieser Gruppe einen Rückgang an Leistungsstunden um ca. 40 % fest. Bei den 80 jährigen und älteren Personen findet ein relativ starker Rückgang ab dem Jahr 1996 statt. Vergleicht man bei dieser Bevölkerungsgruppe die Leistungsstunden in den Jahren 1993 und 2002 miteinander, so ergibt sich ein Rückgang von rund 37 %.

1996 wurde die Tarifpolitik der Stadt Winterthur und der Haushilfe der Pro Senectute harmonisiert und im folgenden Jahr die Einsatzkriterien vereinheitlicht.

Die befragten ExpertInnen weisen auf verschiedene Faktoren hin: Einerseits besteht der Wunsch bei den älteren Personen möglichst lange in der eigenen Wohnung zu bleiben. Das Finanzierungssystem des KVG ermöglicht, dass die pflegerischen Leistungen von den Krankenversicherer übernommen werden und so von den Betroffenen (vermeintlich) nicht bezahlt werden müssen. So wie die KLV-Leistungen u.a. aus den oben ausgeführten Überlegungen zugenommen haben, so kann sich der Rückgang der HWS-Leistungen erklären. Je mehr finanzielle Ausgaben ins Gewicht der einzelnen Personen fallen, desto eher überlegen sie sich, ob sie diese Leistung wirklich brauchen, oder ob sie auf einen Teil verzichten können.

4.3.2 Indikatoren

Praxis der ärztlichen Verschreibung

Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Spitex wird auch hier in der Regel als gut bezeichnet, vor allem wenn es sich im Rahmen der von den Krankenversicherer ohne weiteres akzeptierten 60 Leistungsstunden pro Quartal pro Klientin bewegt. Bei der Definition des Bedarfes, der über 60 Stunden pro Quartal hinaus geht, bestehen gelegentlich Differenzen zwischen der Einschätzung der Spitex und verschiedenen ÄrztInnen, die in der Regel restriktiver sind. Eine Expertin vermutet, dass dies einen Zusammenhang hat mit dem Druck, den die Krankenversicherer auf die frei praktizierenden ÄrztInnen ausüben. Die in der Regel gute Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Spitex wird aber auch damit erklärt, dass die Spitex ohnehin limitierte Kapazitäten hat und von daher nicht in Versuchung kommt, den Bedarf zu sehr zu Gunsten der KlientInnen zu definieren.

Praxis der Leistungserbringung durch die Spitex

Der Bedarfsplan wird von der Stadt Winterthur seit 1997, bei der Haushilfe der Pro Senectute Winterthur seit 1994 eingesetzt und ist unterdessen schon lange auch von den KlientInnen akzeptiert. Es wird übereinstimmend die Einschätzung geteilt, dass dieses Instrument die Professionalisierung gefördert hat. Es geht weniger nach dem „Zufallsprinzip“, sondern es wird vermehrt auf den effektiven Bedarf und nicht auf das Bedürfnis einzelner KlientInnen geschaut. Eine Expertin äusserte die Einschätzung, dass der Bedarf bei der Pflege in der Regel einfacher definiert werden kann (z.B. Blutdruck messen, Verbände wechseln) als bei den hauswirtschaftlichen Leistungen, da hier unterschiedliche Vorstellungen bestehen wie ein Haushalt geführt werden soll. Auch hier besteht die übereinstimmende Einschätzung der ExpertInnen, dass die Zahl der sozial und psychisch auffälligen KlientInnen steigt. Eine Expertin stellt dies in Zusammenhang mit dem Kantonalen Psychiatriekonzept, das von den Gemeinden u.a. die Unterbringung und Pflege von psychisch Kranken fordert. Auch in den Psychiatrischen Kliniken geht – wie in den Akutspitalern – die Verweildauer der PatientInnen

stark zurück. „*Schwierige Fälle*“ werden auch von Drittstellen (Hausbesitzer, Sozialdienste etc.) gemeldet. Dies hat wiederum Auswirkungen in der Erbringung von Spitex-Leistungen. Bei diesen KlientInnen wird z.T. psychiatrische Pflege verbunden mit hauswirtschaftlichen Leistungen erbracht, in dem KlientInnen im Haushalt angeleitet werden. Dies wird als Leistung der Grundpflege definiert. Es wird erkannt, dass vielfach keine klare Grenzen zwischen „rein“ pflegerischer und hauswirtschaftlicher Leistung gezogen werden kann. Eine Expertin betont zwar, dass der Zustand einer Klientin und die Leistungserbringung nichts mit der Finanzierungsart der Leistung zu tun haben darf, aber es wird zugestanden, dass diese Differenzierung in der täglichen Praxis nicht immer ohne Konflikte für die Spitex-Mitarbeitenden ist. Der ärztliche Experte sieht in der psychiatrischen Krankenpflege einen Grund für eine unerwünschte Mengenausweitung, da ungenaue Definitionen vorliegen. Seiner Meinung nach müsste eine Zweitmeinung eingeholt werden, bevor diese Massnahme verschrieben wird. Die ExpertInnen sind sich in der Einschätzung einig, dass eine klare Steuerung wichtig sei, damit kein Missbrauch entstehen kann.

Interventionen der Krankenversicherer bei Leistungserbringer (Spitex und Ärzte)

Es kann vorkommen, dass die Krankenversicherer auch in Winterthur bei der Spitex und den Ärzten intervenieren, dies scheint jedoch sehr selten zu sein. In seltenen Fällen gelangen Krankenversicherer offenbar mit Briefen direkt an KlientInnen, um Auskunft über bezogene Leistungen zu erhalten.

Auswirkungen Tarifpolitik

Wie bereits erwähnt, ist die Tarifpolitik zwischen der Stadt Winterthur und der Haushilfe Pro Senectute Winterthur harmonisiert worden. Die Preise für die hauswirtschaftlichen Leistungen sind einkommensabhängig und wie üblich subventioniert. Sie belaufen sich von 23 bis 35 Franken pro Stunde.

Es wird festgestellt, dass bei Preiserhöhungen die Nachfrage nach HWS-Leistungen zurückgeht, bis sich die KlientInnen an das neue Preisniveau gewöhnt haben. Es wird ebenfalls beobachtet, dass der Nichtbezug von HWS-Leistungen auch eine zunehmende Vernachlässigung der persönlichen Situation der KlientInnen zur Folge haben kann.

Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf Spitex

Eine Zunahme des Druckes auf die Spitex infolge der kürzeren Verweildauer im Spital wurde nicht festgestellt. Es wird zwar registriert, dass einige zusätzliche komplexe Fälle vermehrt von der Spitex übernommen werden müssen, aber man kann nicht von einem eigentlichen neuen Trend sprechen. Offenbar funktioniert in solchen Fällen das soziale Netz der entlassenen SpitalpatientInnen in der Regel gut.

Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime

Die ExpertInnen erkennen die Grenzen der Spitex. Auf der einen Seite spielen Kapazitätsfragen der Spitex mit, auf der anderen Seite gibt es Situationen, wo KlientInnen eine vermehrte Struktur nötig haben (z.B. bei Suchtkrankheiten, Demenz, psychische Auffälligkeiten, Sturzgefahr). Oder auf Grund sozialer Indikatoren (z.B. der Alltag kann nicht mehr bewältigt werden, das soziale Netz ist mangelhaft, Angehörige drängen auf Heimeintritt) kommt der Übertritt in ein Heim in Frage. Die ExpertInnen stimmen überein, dass die Heime professioneller und qualitativ besser geworden sind und auch die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Heime sich verbessert hat. Heimeintritte werden auch von der Spitex bei ihren KlientInnen je nach Situation thematisiert. Nur die Haushilfe Pro Senectute Winterthur verfügt seit 1998 über eine Statistik von Übertritten in Heime. Sie verzeichnet eine steigende Tendenz der Übertritte (1998: 82 Übertritte, 2002: 126 Übertritte). Die anderen ExpertInnen können diesbezüglich keine Einschätzung vornehmen.

Längeres Verweilen in der Wohnung

In Winterthur sind sich die ExpertInnen einig, dass die Betroffenen

möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben wollen und die Spitex ihnen im Rahmen ihrer Möglichkeit dabei helfen will. Es wird auch die Wichtigkeit des sozialen Netzes betont. Auch in Winterthur sind es vor allem Angehörige und Ärzte, die die Beanspruchung von pflegerischen Spitex-Leistungen für die Betroffenen initiieren. Die direkt betroffenen älteren Menschen sind es selten. Dagegen melden sich eher die älteren Menschen selbst bei der Pro Senectute um HWS-Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Dort wo Angehörige und Fachpersonen Dienstleistungen initiieren, kann angenommen werden, dass sie auch mitbestimmen werden, wenn die Grenzen der ambulanten Leistungserbringung als erreicht betrachtet werden.

4.4 Zürich

4.4.1 Statistische Daten

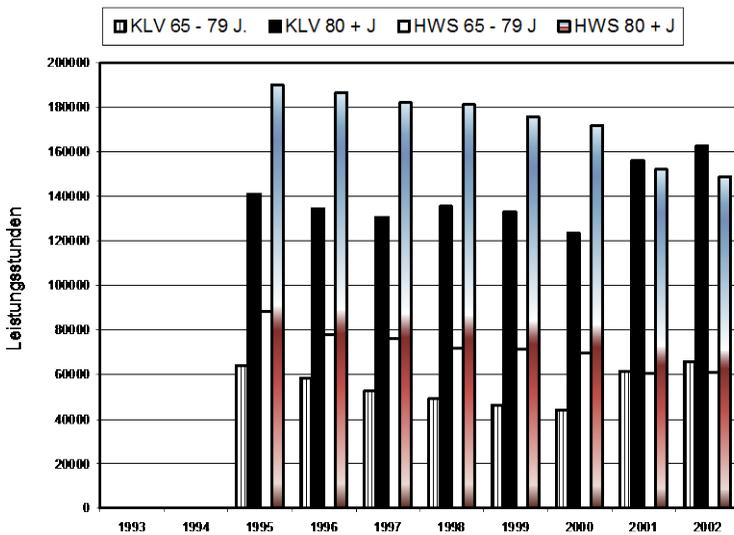
Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Zürich	1993	2002	Abnahme resp. Zunahme Absolut	Abnahme (-) resp. Zunahme (+) in %
65 – 79 Jahre	48087	44179	- 3908	- 8 %
80 +	21034	20095	- 939	- 4 %
Gesamtbevölkerung	360898	364558	+ 3660	+ 1 %

In der Stadt Zürich unterscheidet sich die demographische Entwicklung von den anderen untersuchten Gemeinden. Die Alterung der Bevölkerung hat in einer früheren Phase angefangen, so dass die Zahl der älteren und alten Menschen im untersuchten Zeitraum seit 1993 bereits wieder leicht rückläufig ist, obwohl die Gesamtbevölkerung leicht angestiegen ist. Beim Zuzug in die Stadt handelt es sich vor allem um jünge-

re Personen. Die Gruppe der 65 – 79 Jährigen hat um 8 %, die der 80 jährigen und älteren Menschen um 4 % abgenommen.

Tabelle 9: Entwicklung der Spitex-Leistungsstunden nach Sparten: KLV und HWS



Anmerkung: Für die Jahre 1993-1994 existieren keine Daten, die die Leistungsstunden nach KLV und HWS Sparten unterscheiden. Erfasst wurden damals sämtliche Leistungsstunden nach Altersgruppen ohne Differenzierung nach Sparten.

In der Gruppe der 65 – 79 Jährigen ist bei den KLV-Stunden im Zeitraum von 1995 – 2000 ein Rückgang festzustellen. Erst ab dem Jahr 2001 steigen die KLV-Stunden wieder. Vergleicht man die Jahre 1995 und 2002 miteinander, so ist eine leichte Zunahme der KLV-Stunden um 2,5% festzustellen. Bei den 80 jährigen und älteren Personen ist zwischen den Jahren 1995 und 1999 eine Wellenbewegung festzustellen: Die Leistungsstunden sinken zuerst leicht bis ins Jahr 1997, um dann wieder leicht zu steigen. Nach einem Rückgang im Jahr 2000, steigen die Leistungsstunden ab 2001 stark an. Vergleicht man das Jahr

1996 mit dem Jahr 2002 so ist eine Steigerung der Leistungsstunden um fast 15 % zu verzeichnen, obwohl die Zahl dieser Bevölkerungsgruppe im gleichen Zeitraum rückläufig war.

Bei den HWS-Leistungen sind bei beiden Bevölkerungsgruppen die Leistungsstunden ab 1995 stark rückläufig. Bei der Gruppe der 65 - 79 Jährigen sanken die Stunden im Zeitraum 1995 – 2002 um 30 %, bei der Gruppe der 80 jährigen und älteren Personen um 21 %, was sich nicht mit der demographischen Entwicklung erklären lässt.

Die ExpertInnen versuchen die Entwicklung der Leistungsstunden ebenfalls mit verschiedenen Faktoren zu erklären. Die Einführung des Bedarfsplans hatte eine Straffung des Angebots zur Folge. Eine Mengeneinschränkung vom Anbieter hat also stattgefunden. So ist zum Beispiel die Einsatzdauer pro Intervention kürzer geworden. Die stark rückläufigen HWS-Leistungen können wohl vor allem mit finanziellen Aspekten erklärt werden. So spielte eine Tariferhöhung eine Rolle. Ein ärztlicher Experte erklärt, dass die Leute kostenbewusster geworden sind, und gleichzeitig stelle er einen neuen „Trend“ zu vermehrter Nachbarschaftshilfe fest, sozusagen auch als Reaktion des „Informellen“ auf die „starke Professionalisierung“ der Spitex.

4.4.2 Indikatoren

Praxis der ärztlichen Verschreibung

Die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Spitex wird von allen ExpertInnen in der Regel als gut bezeichnet. Der Spitex wird von den ÄrztInnen eine angemessene Professionalität und Vertrauen zugestanden. Vor der Einführung des KVG brauchte es ebenfalls eine ärztliche Verordnung, damit die Krankenversicherer pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen freiwillig bezahlten. Es besteht die einhellige Einschätzung der ExpertInnen, dass der administrative Aufwand seit dem KVG zwar eindeutig gestiegen, aber das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten systematischer und professioneller geworden ist.

Praxis der Leistungserbringung durch die Spitex

Der Bedarfsplan wurde 1997 eingeführt. Nach anfänglichen Einführungsschwierigkeiten ist er auf Akzeptanz gestossen. Der Bedarfsplan wird grundsätzlich positiv bewertet. Die zu erbringenden Leistungen werden damit genauer erfasst. Damit hat der Bedarfsplan einen wichtigen Beitrag für die weitere Professionalisierung der Spitex geleistet. Die ExpertInnen führen aus, dass die Bedürfnisse der KlientInnen nach Kommunikation vermehrt berücksichtigt werden sollten, da viele ältere Spitex-KlientInnen auf Grund der eingeschränkten Mobilität isoliert sind. „Bedürfnis ist auch Bedarf“. In diesem Zusammenhang wird plädiert, dass die Spitex einen ganzheitlichen Anspruch erfüllen soll.

Durch das Älterwerden der Menschen nehmen auch psychische Auffälligkeiten zu. Die ExpertInnen sind sich auch hier in der Einschätzung einig, dass die Zahl der psychisch auffälligen KlientInnen steigt. Als Erklärungsversuch wird in Zürich auf das Psychiatrie-Konzept des Kantons verwiesen. Die ExpertInnen meinen, dass im Bereich der psychiatrischen Pflege keine klaren Abgrenzungen bestehen. Es besteht ein „Graubereich“, eine „Uneinheitlichkeit“. Aktivitäten, die mithelfen, den Tag für die psychisch auffälligen Menschen zu gestalten, betreffen auch die Haushaltsführung, die in der Regel als Grundpflege deklariert wird.

Eine Expertin erzählt zwei Fallbeispiele: Eine demente Klientin uriniert in den Papierkorb und verunreinigt dadurch einen Teil der Wohnung. Dieses Verhalten ist krankheitsbedingt. Die Hauspflege verbucht diese Reinigung als Grundpflege, eine Pflichtleistung der Krankenversicherung. In der Argumentation mit dem Spitex-Personal wird sich so beholfen, dass der durch die psychische Auffälligkeit verursachte Mehraufwand als KLV-Pflichtleistung definiert wird. Eine Spitex-Mitarbeiterin begleitet eine psychisch auffällige Klientin beim Einkaufen oder beim Kaffee trinken. Eine solche Leistung könnte bei einer „normalen“ Klientin nicht als KLV-Leistung verbucht werden. Hier würde auch die fachliche Begründung für eine solche Intervention fehlen. Dagegen helfe diese aktivierende Intervention die psychisch kranke Person aus der Isolation zu holen. Häufig wird auch festgestellt, dass auf Grund der vielfach vorhandenen Isolation der KlientInnen der Bedarf besteht, Gespräche zu führen, was für das Spitex-Personal durchaus auch ein Konflikt ergeben kann, inwieweit es diesen Erwartungen entsprechen kann und wie diese Leistungen zu definieren und zu verrechnen sind.

Intervention der Krankenversicherer bei Leistungserbringer (Spitex und Ärzte)

Generell wird von den ExpertInnen vertreten, dass sich das Zusammenspiel zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern seit der Einführung des KVG eingependelt hat. Gelegentlich intervenieren Krankenversicherer bei der Spitex und den ÄrztInnen. Im Anfangsstadium des KVG bestanden Unsicherheiten. ÄrztInnen befürchteten, dass sie auf Grund häufiger Verschreibungen von Spitex-Leistungen in einen Konflikt mit den Krankenversicherer geraten. Die Situation hat sich heute weitgehend geklärt und die Spitex-Verschreibungen finden auf Grund der Einschätzung der vorhandenen Situation statt. Das Verschreiben von mehr als 60 KLV-Stunden pro Quartal muss zwar gegenüber den Krankenversicherer begründet werden, sei aber ohnehin nur in Einzelfällen nötig.

Auswirkungen Tarifpolitik

In Zürich sind die Preise für die hauswirtschaftlichen Leistungen ebenfalls subventioniert. Sie bewegen sich je nach steuerbarem Einkommen zwischen 25 und 37 Franken pro Stunde. Die Einschätzung der ExpertInnen geht dahin, dass die Tarifpolitik einen direkten Zusammenhang mit dem Bezug von hauswirtschaftlichen Leistungen hat, wobei moderate Tarifierhöhungen nicht besonders ins Gewicht fallen. Je teurer eine Leistung wird, umso mehr machen sich die KlientInnen Überlegungen, ob es nicht alternative Möglichkeiten gibt (z.B. Putzfrau, bezahlte Botengänge durch Nachbarskinder, Nachbarschaftshilfe) oder ob die Leistungen nicht eingeschränkt werden können. Es wird darauf hingewiesen, dass je teurer eine Leistung wird, desto legitimer fühlen sich die KlientInnen, ihre Ansprüche an den Leistungserbringer zu erhöhen. Der ärztliche Experte erklärt, dass ein ausgeprägtes Kostenbewusstsein entsteht, wenn die KlientInnen die von ihnen bezogenen Leistungen selber bezahlen müssen. Deshalb wird von den KlientInnen weniger Geld für HWS-Leistungen ausgegeben. Mit Blick auf die KLV-Pflichtleistungen meint er, dass vielfach die Meinung vorherrsche *„wir bezahlen Krankenkassen-Prämien, deshalb wollen wir auch von den Leistungen profitieren“*.

Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf die Spitex

In Zürich besteht die Einschätzung, dass es kaum konkrete Hinweise gibt, dass die kürzere Verweildauer in den Spitälern eine starke Nachfrage nach Spitex-Leistungen ausgelöst hat. Eher kann man sagen, dass komplexere Fälle (z. B. Menschen in einer terminalen Phase, die zu Hause sterben möchten) zugenommen haben.

Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime

Die Grenzen der Spitex-Leistungen werden dort definiert, wo Menschen ständig überwacht werden müssen, wo sie selbstgefährdet sind und auch die Nacht nicht allein verbringen wollen oder können. Sofern kein soziales Netz vorhanden ist, stösst man in der Regel früher an solche Grenzen. In diesen Fällen kommt ein Heimeintritt in Frage, der

auch von den Fachpersonen thematisiert werden kann. Es wird von den ExpertInnen festgestellt, dass die Heime in den letzten Jahren professioneller und attraktiver geworden sind. Ob eine steigende Tendenz an Übertritten in Heime festgestellt wird, kann von ihnen nicht schlüssig beurteilt werden.

Längeres Verweilen in der eigenen Wohnung

Die ExpertInnen erklären, dass den Menschen geholfen werden soll möglichst lange in der eigenen Wohnung zu bleiben. Die Spitex versucht viel zu unternehmen, damit ihren KlientInnen dieser Wunsch erfüllt wird. Das soziale Netz wird neben der professionellen Hilfe als wichtig angesehen. Auch in Zürich sind es vor allem Angehörige und ÄrztInnen, die die Beanspruchung von Spitex-Dienstleistungen für die älteren Menschen auslösen. Es scheint, dass die Erwartungen, die die alten Menschen an ihre Angehörigen stellen, bei letzteren häufig den Effekt auslösen, dass sie die Spitex ins Spiel bringen, da sie die von ihnen erwarteten Leistungen aus irgendwelchen Gründen nicht erbringen können. Es kann angenommen werden, dass die Angehörigen und das weitere Umfeld stark mitbestimmend sind, wie lange der betroffene Mensch in der eigenen Wohnung verbleiben kann oder ein Heimeintritt als Alternative in Frage kommt.

4.5 Vorläufiges Fazit

In diesem Teil geht es darum, die statistischen Daten und die Einschätzungen der ExpertInnen aus den vier Gemeinden zu vergleichen und zusammenzufassen, Befunde zu formulieren und zu einem vorläufigen Fazit zu gelangen, damit im nächsten Schritt (Kapitel 5) die Hypothesen überprüft werden können. Hier werden wir als Ergänzung auch auf einzelne kantonale Statistiken hinweisen.

4.5.1 Statistische Daten

Die statistischen Daten (demographische Entwicklung und die Entwicklung der Leistungsstunden von 1993 resp. 1995 bis 2002) der vier

Gemeinden werden hier zusammengefasst, die Tendenzen dargestellt und miteinander verglichen.

Tabelle 10: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 1993, rsp. 1996 – 2002

Altersstruktur	Adliswil	Niederhasli-Niederglatt	Winterthur	Zürich
65 – 79 Jahre	Zunahme um 22 %	Zunahme um 32 %	Zunahme um 2 %	Abnahme um 8 %
80 Jahre und älter	Zunahme um 23 %	Zunahme um 26 %	Zunahme um 6 %	Abnahme um 4 %

Der Anteil der älteren Bevölkerung der Agglomerationsgemeinden Adliswil und Niederhasli-Niederglatt ist im Gegensatz zu den Städten Winterthur und Zürich stark gestiegen. In Winterthur ist nur noch ein leichter Anstieg, in der Stadt Zürich hingegen eine leichte Abnahme der Zahl der älteren EinwohnerInnen festzustellen.

In der Tabelle 11 werden die KLV- und HWS Leistungsstunden von 1993 rsp. 1995 mit denjenigen von 2002 verglichen. Der eine Wert liegt vor, der andere nach Einführung des KVG. Allfällige Schwankungen zwischen diesen Jahren wurden bereits im Kapitel 4.1. – 4.4. kommentiert. Es geht also darum zu sehen, welche Veränderungen bezüglich der Leistungsstunden innerhalb von 10, rsp. 8 Jahren entstanden sind.

Tabelle 11: Spitex-Leistungsstunden: KLV und HWS 1993 resp. 1995 und 2002 im Vergleich

<i>Gemeinde</i> Altersgruppe	KLV-Leistungsstunden	HWS- Leistungsstunden
<i>Adliswil</i> 65 – 79 Jahre 80 Jahre und älter	Zunahme um 30 % Zunahme um 320 %	Abnahme um 50 % Zunahme um 35 %
<i>Niederhasli- Niederglatt</i> 65 – 79 Jahre 80 Jahre und älter	Abnahme um 34 % Zunahme um 39 %	Abnahme um 5 % Zunahme um 4 %
<i>Winterthur</i> 65 79 Jahre 80 Jahre und älter	Zunahme um 50 % Zunahme um 60 %	Abnahme um 40 % Abnahme um 37 %
<i>Zürich</i> 65 – 79 Jahre 80 Jahre und älter	Zunahme um 2,5 % Zunahme um 15 %	Abnahme um 30 % Abnahme um 21 %

Die KLV-Leistungsstunden sind im erwähnten Zeitraum in allen Gemeinden und in den beiden Bevölkerungsgruppen steigend, ausser bei der Gruppe der 65 – 79 Jährigen in Niederhasli-Niederglatt. Hier nahmen die Leistungsstunden ab. Die HWS-Leistungsstunden sind in sämtlichen Gemeinden und bei den zwei Bevölkerungsgruppen in der Regel stark abnehmend, ausser bei der Gruppe der 80 jährigen und älteren Personen in Adliswil und in Niederhasli-Niederglatt. Die Entwicklung der Leistungsstunden in beiden Sparten decken sich mit dem demographischen Trend in den untersuchten Gemeinden nur in einem Fall (Niederhasli-Niederglatt bei den KLV-Leistungen für die 65 - 79 Jährigen).

Betrachtet man die Versorgungsdichte der Einwohnerschaft mit Spitex-Leistungen so fallen grosse Unterschiede auf. Tabelle 12 vergleicht die Versorgungsdichte pro 100 Einwohner der Jahre 1996 und 2002 in den vier Gemeinden. Die unterschiedliche Versorgungsdichte kann so

interpretiert werden, dass es historische, kulturelle, sozioökonomische und personelle Gründe gibt, die die Entwicklung der Spitex-Versorgung beeinflusst haben. Auf Grund der Unzuverlässigkeit der KlientInnen-Zahlen verzichten wir auf einen Vergleich der Verteilung der Leistungsstunden pro Klient. Die uneinheitliche Versorgungsdichte resp. unterschiedliche Gesundheitsausgaben machen sich auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung bemerkbar, wie z.B. bei den Spitalkosten (vgl. Leu, 2004:11 ff). Dieses generelle Phänomen in der Gesundheitsversorgung kann hier nicht weiterverfolgt werden.

Tabelle 12: Versorgungsdichte: Spitex-Leistungsstunden pro 100 EinwohnerInnen – Vergleich 1996 und 2002

		Adliswil	Niederhasli-Niederglatt	Winterthur	Zürich
Leistungsart	Alter	1996 / 2002 Stunden	1996 / 2002 Stunden	1996 / 2002 Stunden	1996 / 2002 Stunden
KLV	65 – 79	75,0 / 81,6	148,2 / 71,2	125,8 / 126,1	121,5 / 149,4
	80 +	251,6 / 856,0	1036,2 / 1073,4	539,4 / 659,1	638,7 / 808,2
HWS	65 – 79	271,9 / 118,6	254,0 / 71,4	301,7 / 191,2	161,8 / 138,1
	80 +	1170,6 / 1301,7	865,8 / 650,0	1389,9 / 979,6	886,4 / 738,7

4.5.2 Indikatoren

Die bereits diskutierten Indikatoren werden analysiert und in folgender Reihenfolge kommentiert: Praxis der ärztlichen Verschreibung, Interventionen der Krankenversicherer bei den Leistungserbringern (Spitex

und Ärzte), Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf die Spitex, Praxis der Leistungserbringung durch die Spitex, Auswirkungen der Tarifpolitik; Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime und längeres Verweilen in der eigenen Wohnung. In diesem Teil werden die Einschätzungen der ExpertInnen des Spitex Verbandes Kanton Zürich und der Santé Suisse Zürich ebenfalls integriert.

Tabelle 13: Praxis der ärztlichen Verschreibung

Themen	Adliswil	Niederhasli-Niederglatt	Winterthur	Zürich
Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Spitex nach Einführung KVG	in der Regel gut	in der Regel gut	in der Regel gut	in der Regel gut
Administratives Verfahren seit Einführung KVG	aufwändiger	aufwändiger	aufwändiger	aufwändiger

Die Einschätzung ist in allen Gemeinden und auch bei den Leistungserbringern identisch. Mit der Einführung des KVG entstanden vorerst bei allen Akteuren Unsicherheiten und die Zusammenarbeit musste von ihnen neu organisiert werden. Übereinstimmend wird festgestellt, dass dabei der administrative Aufwand seit der Einführung des KVG beträchtlich gestiegen ist. Die Praxis der ärztlichen Verschreibung vor dem KVG wurde als bedeutend einfacher bezeichnet.

Tabelle 14: Interventionen der Krankenversicherer bei Leistungserbringer (Spitex und Ärzte)

Themen	Adliswil	Niederhasli-Niederglatt	Winterthur	Zürich
Interventionen der Krankenversicherer sind in der Regel selten. Die Spitex kann die Nachfragen in der Regel zur Zufriedenheit beantworten. Dies hat sich im Vergleich zur Anfangszeit des KVG verbessert.	Ein-schätzung wird geteilt	Ein-schätzung wird geteilt	Ein-schätzung wird geteilt	Ein-schätzung wird geteilt
Seit KVG üben die Krankenversicherer mehr Druck auf Ärzte. Auf Grund der demographischen Entwicklung wurde ein Alterskorrekturfaktor beim Benchmark eingebaut. Was Spitex-Verschreibungen betrifft, so finden in der Regel kaum Interventionen statt.	Ein-schätzung wird geteilt	Ein-schätzung wird geteilt	Ein-schätzung wird geteilt	Ein-schätzung wird geteilt

Die Einschätzungen der ExpertInnen in den untersuchten Gemeinden sind praktisch identisch. Die Umsetzung des KVG bereitete anfänglich Schwierigkeiten. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern (ÄrztInnen, Spitex) und Krankenversicherern musste neu organisiert und intensiviert werden. Die Krankenversicherer intervenierten anfänglich häufiger, beispielsweise wenn mehr als 60 Stunden Spitexleistungen pro Quartal verschrieben wurden. Ein Teil der ÄrztInnen kam durch diese Interventionen der Krankenversicherer vermehrt unter Druck, und es wird vermutet, dass dies bei einem Teil von ihnen anfänglich zu einer teilweise rigideren Verschreibungspraxis bezüglich Spitexmassnahmen führte. Unterdessen ist eine weitgehende Normalisierung eingetreten und im Regelfall funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Spitex gut. Für die Krankenversicherer ist die Spitex kein bedeutendes Thema, abgesehen von einzelnen Streitigkeiten, die die psychiatrische Pflege betreffen. Dieses Thema werden wir später diskutieren.

Tabelle 15: Auswirkungen der kürzeren Verweildauer im Spital auf die Spitex

Thema	Adliswil	Niederhasli-Niederglatt	Winterthur	Zürich
Hat der Druck auf die Spitex auf Grund der kürzeren Verweildauer im Spital zugenommen?	Ja, aber nur leicht	Keine Übereinstimmung der Einschätzung der ExpertInnen. Sofern Druck zugenommen, dann nur leicht.	Keine konkreten Hinweise, eher nicht.	Keine konkreten Hinweise, eher nicht

Das KVG hat den Druck auf die Spitäler erhöht. So hat der Kanton Zürich eine neue Spitalplanung vorgenommen, die u.a. zu einer Reduktion von Spitalbetten führte. In der Folge ist die Verweildauer der PatientInnen im Spital zusehends gesunken. Die ExpertInnen äussern die Einschätzung, dass die durch die kürzere stationäre Verweildauer erwar-

tete Zunahme der Arbeit der Spitex kaum eingetreten ist. „Die Spitex wurde nicht überrollt“. Offenbar haben die meisten entlassenen PatientInnen ein genügend tragfähiges soziales Netz, so dass eine Spitex-Unterstützung vielfach gar nicht nötig wird. Und wenn die Spitex zum Zug kommt, so handelt es sich meistens um komplexere Fälle, z.B. Menschen, die zum Sterben nach Hause wollen. Einige ExpertInnen sprechen höchstens von einer leichten Zunahme der Fälle. Interessant ist, dass die Spitex über keine Statistik verfügt, die Auskunft gibt, von wo die KlientInnen stammen. Vom Stadtzürcher Waid-Spital ist beispielsweise bekannt, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der PatientInnen in den letzten 10 Jahren von 21 auf 12 Tagen gesunken ist und ca. 16 Prozent der austretenden PatientInnen Leistungen der Spitex erhalten (Schwendimann, 2004:12). Inwiefern diese Daten auch für andere Spitäler gültig sind, kann hier nicht beurteilt werden.

Praxis der Leistungserbringung durch die Spitex

Zwar war bereits vor der Einführung des KVG eine beachtliche Veränderung im Spitex-Bereich im Gang. Vermehrte Fusionsprozesse brachten die ehemals getrennten Sparten der Gemeindekrankenpflege, der Hauspflege und Haushilfe näher zueinander und eine vermehrte Professionalisierung entwickelte sich. Aber erst mit der Einführung und dem Vollzug des KVG kamen nach übereinstimmender Einschätzung der ExpertInnen grundsätzliche Veränderungen zustande. „Langsam greift das KVG“. Das Zusammenspiel der Leistungserbringer (Ärztenschaft und Spitex) und Krankenversicherer wurde formeller und systematischer durch Aushandlungsprozesse geregelt. So gibt es einen entsprechenden Vertrag zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer und dem Spitex Verband Kanton Zürich, der verschiedentlich angepasst wurde¹⁸. Es besteht eine Verpflichtung zur Erfassung von definierten Daten. Es sind qualitätssichernde Massnahmen definiert, wie die bereits erwähnte

¹⁸ Spitex-Vertrag zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwischen dem Verband Zürcher Krankenversicherer und dem Spitex Verband Kanton Zürich vom 26.10.2000

Bedarfsklärung durch das Instrument des Bedarfsplanes. Die Spitex verfügt vermehrt über geschultes Personal, und es ist definiert, welche Personalgruppe welche Leistungsbereiche gemäss Artikel 7 KLV erbringen kann. Von den ExpertInnen wird darauf hingewiesen, dass durch den Einsatz des Bedarfsplanes bei der Bedarfsklärung die Interdisziplinarität gefördert wird, da HauspflegerInnen und Pflegefachpersonen diese Abklärung vornehmen und den Bedarf der KlientInnen nach pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen erfassen können. Verschiedene Massnahmen der Pflege, wie Massnahmen der Abklärung und der Beratung, sowie einfache Behandlungspflege und Grundpflege können neben pflegerischem Personal auch von gelernten Hauspflegerinnen und unter Supervision der diplomierten Pflegefachpersonen auch von anderen Berufsgruppen geleistet werden. D.h. es ist möglich, dass eine Fachperson bei den KlientInnen gleichzeitig pflegerische und hauswirtschaftliche Arbeiten erledigen kann.

Die durch das KVG bewirkten Veränderungen erzeugen aber auch einen zunehmenden Legitimationsdruck auf Seiten der Leistungserbringer. Führung, Administration und Dokumentation der erbrachten Leistungen der Spitex sind aufwändiger geworden. Von einzelnen ExpertInnen wird mit Bedauern festgestellt, dass durch die Professionalisierung der Spitex und vor allem durch die Kostenübernahme der pflegerischen Pflichtleistungen durch die Krankenversicherer die Tendenz entstanden ist, dass die freiwillige Hilfe des sozialen Netzes - sei es durch Angehörige oder Nachbarschaft - rückläufig ist.

Die ExpertInnen der untersuchten Gemeinden stellen in der Praxis bei den KlientInnen der Spitex ein Bedürfnis nach Kommunikation fest, das auf Grund der durch die eingeschränkte Mobilität entstandenen Isolierung erklärt wird. Viele betreuungsbedürftige Menschen können keine angemessenen Kontakte mehr pflegen. Gleichzeitig wird das Netz der Bezugspersonen mit steigendem Alter durchlässiger, da gleich altrige Bekannte wegsterben. Diese Situation kann für die Spitex-MitarbeiterInnen zu Konflikten führen, da die von ihnen zu investierende Zeit für die definierten Leistungen begrenzt ist. Viele von ihnen

möchten vermehrt dem Bedürfnis der KlientInnen nach Kommunikation entsprechen. Die Tendenz, die Leistungen möglichst effizient zu erbringen wird denn aus dem Kreis des Spitex-Personals auch beanstandet. So wird in einem Artikel „Pflegen mit der Stoppuhr“, der Bezug nimmt auf die Situation der Spitex in der Stadt Zürich, u.a.kritisiert: “Seither heisst es: Produktivität steigern – mehr KlientInnen in weniger Zeit betreuen. 1998 dauerte ein Einsatz im Durchschnitt 1,01 Stunden, drei Jahre später nur noch 0,77 Stunden. Trotz der schnelleren Abfertigung schaffen es die Spitex-Vereine deswegen aber noch nicht, schwarze Zahlen zu schreiben“ (WOZ, 9.10.2003:7).

Wird in die Erbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen wegen Gesprächen mehr Zeit investiert, so ergeben sich für die KlientInnen unmittelbar negative Auswirkungen, da sie die Kosten dafür übernehmen müssen. Die pflegerischen Pflichtleistungen werden von den ÄrztInnen verordnet. Die voraussichtlich benötigte Zeit für die Dauer der Verordnung in den Bereichen Abklärung, Beratung, Untersuchung, Grund- und Behandlungspflege wird im Rahmen der Bedarfserfassung von der Spitex eingeschätzt. Trotz dem Bemühen, den Bedarf möglichst objektiv einzuschätzen, besteht für die Mitarbeitenden durchaus ein Interpretationsspielraum, der von ihnen unterschiedlich wahrgenommen wird. Bei der Verrichtung der verschiedenen Pflegeleistungen bestünde durchaus die Möglichkeit auf die kommunikativen Bedürfnisse der KlientInnen zumindestens teilweise einzugehen. So ist es möglich, dass beim Blutdruck messen oder bei der Verrichtung der Körperpflege auch Gespräche geführt werden können. Zwar äussern sich die ExpertInnen klar, dass auf Grund des Bedarfsplanes und der Kontrolle durch die Einsatzleitungen die Versuchung klein ist, den Bedarf für die pflegerischen Leistungen aus erwähnten Gründen eher grosszügig zu quantifizieren, es wird aber erkannt, dass die subjektive Komponente bei den Mitarbeitenden in der Wahrnehmung ihres Auftrages eine Rolle spielt. Dazu ist zu sagen, dass gemäss den befragten ärztlichen Experten die Spitex in der Regel das Vertrauen der Ärzteschaft geniesst. Letztgenannte mischt sich wenig in die operativen Angelegenheiten der Spitex ein und akzeptiert die quantitative Bedarfs-Einschätzungen meis-

tens. Es bestehen aber durchaus Grenzen, die wir bereits angesprochen haben, in Folge derer die Spitex die Leistungen nicht zu grosszügig bemessen kann.

Ein weiteres Konfliktfeld in der Umsetzung des Auftrages der Spitex sind die psychisch und sozial auffälligen KlientInnen. Übereinstimmend tönt es aus allen vier Gemeinden gleich. Die Zahl dieser KlientInnen scheint zuzunehmen. Es können zwar auch hier keine statistischen Daten von den ExpertInnen vorgewiesen werden, aber die Wahrnehmung in der Praxis ermöglicht diesen Schluss. Als Erklärung weisen einige ExpertInnen auf das kantonale Psychiatrie-Konzept hin und vermuten entsprechende Auswirkungen, da die Unterbringung und Betreuung von psychisch kranken Menschen eine kommunale Aufgabe ist, und auch die Hospitalisierungsdauer in den psychiatrischen Kliniken kürzer geworden ist. So wird die Meinung vertreten, dass ein Bedarf besteht, solche KlientInnen psychiatrisch besser abzuklären, damit gezielter geholfen werden kann. Es bestehen bei den MitarbeiterInnen häufig Unsicherheiten im Umgang mit diesen KlientInnen. Die ExpertInnen erwähnen, dass die geleistete psychiatrische Grundpflege in der Quantifizierung der Grundpflege auf dem Formular der ÄrztInnen häufig nicht explizit aufgeführt wird, damit man allfälligen Diskussionen mit Krankenversicherern, aber auch mit ÄrztInnen aus dem Weg gehen kann. Eine Studie über Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen liefert Belege für einen diesbezüglichen Handlungsbedarf (Abderhalden et al, 2003:4 ff). Die Autoren führten eine Querschnitterhebung durch bei einer Zufallstichprobe von 595 an einem Stichtag als KlientInnen von 23 Spitexdiensten in den Kantonen Zürich und St. Gallen registrierten Personen und kommen zum Schluss, dass ein beträchtlicher Teil der SpitexklientInnen auch an psychiatrischen Problemen leidet. Sie führen aus, dass die Spitexorganisationen bereits heute einen Beitrag an die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Problemen leisten und sehen einen entsprechenden Handlungsbedarf für Praxis, Theorie und Ausbildung in der Spitex.

Die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege wird in der Krankenpflege-Leistungsverordnung in Artikel 7 Abs.2 lit. c unter die Massnahmen der Grundpflege aufgezählt. Anders als in Artikel 7 Abs. 1 lit. c 1. wo die Massnahmen der Grundpflege relativ detailliert definiert sind, enthält die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege keine weitere Präzisierung. Es kann angenommen werden, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass in der Praxis ein allgemein gültiges Fachverständnis besteht, was unter psychiatrischer Pflege zu verstehen ist. Der Spitex-Verband Schweiz hat 1997 in einem Grundlagenpapier „Psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege und was darunter zu verstehen ist“ entsprechende Definitionen vorgenommen. Die Leistungen der psychiatrischen Pflege können drei Gruppen zugeordnet werden:

- „Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit Medikamentenabgabe, Beobachtung und Motivierung bezüglich Compliance, am gleichen Strick ziehen wie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte
- Pflegerisch-therapeutische Leistungen wie Aufbau einer tragfähigen Beziehung, Gespräche zur Entlastung und Problembewältigung, aber auch ergänzende oder stellvertretende Massnahmen, die ermöglichen, lebenswichtige Bedürfnisse zu erfüllen (Ernährung, Sicherheit, Bewegung/Ruhe...)
- Soziotherapeutische Leistungen wie Unterstützung in der Alltagsbewältigung, Hilfe zur Selbsthilfe, Beratung von Angehörigen, Aufbau von Strukturen und sozialen Kontakten etc.“ (Schauplatz Spitex, Nr. 1, 2002).

Stützt man sich auf diese Definition, so ist im Rahmen der psychiatrischen Pflege als KLV-Pflichtleistung viel möglich. Allerdings stellt sich dann die Frage, ob die KlientInnen, die in „Genuss“ der psychiatrischen Pflege kommen, auch als psychisch kranke Menschen diagnostiziert sind. Auf Grund der Einschätzungen der ExpertInnen aus allen Gemeinden ist zu vermuten, dass viele KlientInnen fachärztlich schlecht abgeklärt sind, dagegen die Spitex-MitarbeiterInnen auf Grund des bei den KlientInnen beobachteten Verhaltens den Schluss ziehen, dass

entsprechende Interventionen in Form von psychiatrischer Pflege nötig sind. Diese sollen mithelfen, dass eine allfällige Vereinsamung und Verwahrlosung bei den KlientInnen vermieden oder zumindest reduziert werden kann. Bei den ÄrztInnen, die entsprechende Spitex-Leistungen verschreiben, handelt es sich vorwiegend um AllgemeinpraktikerInnen, die häufig ebenfalls nicht das nötige psychiatrische Wissen haben. Dieses Thema wird künftig wohl noch aktueller, da bei steigender Lebenserwartung das Risiko sowohl somatischer als auch psychischer Erkrankungen steigt. Dazu kommt, dass bei der älteren Generation die psychischen Erkrankungen häufig stigmatisiert sind, so dass die Thematisierung dieses Problems für das Spitex-Personal in der Regel schwierig ist.

Eine Expertin erklärt, dass nach ihrem Verständnis alles unter psychiatrischer Pflege im Sinne des KVG fällt, was infolge einer psychischen Erkrankung bei KlientInnen einen Mehraufwand verursache. Die Expertinnen der Spitex erachten die psychiatrische Krankenpflege als wichtig, teilen aber die Einschätzung, dass ein Klärungsbedarf besteht, was alles unter diese Grundpflege fällt. Die ärztlichen Experten, Allgemeinpraktiker, vertreten tendenziell eine kritischere Haltung zur psychiatrischen Grundpflege. So stellt für den einen Experten diese eine unerwünschte Mengenausweitung dar, die durch das KVG initiiert wurde. Ein anderer Experte weist hingegen darauf hin, dass mit der psychiatrischen Pflege in der Spitex die Kosten zwar steigen, aber dadurch allfällige Hospitalisierungen vermieden werden können (vgl. Lüthi, 2004:14). Für die Krankenversicherer ist die psychiatrische Krankenpflege ebenfalls interpretationsbedürftig. Sie vermuten, dass unter diesem Titel zu viele hauswirtschaftliche und soziale Leistungen subsummiert werden. Einige Krankenversicherer weigern sich seit kurzem, entsprechende Leistungen zu zahlen und wollen eine richterliche Beurteilung herbeiführen. Vor kurzem kam das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in einer Klage gegen die Helsana zum Schluss, dass diese die Kosten für die psychiatrische Krankenpflege übernehmen muss (Neue Luzerner Zeitung, 15.7.04).

Der Ombudsman der sozialen Krankenversicherung äusserte sich in seinem Tätigkeitsbericht für das Jahr 2002 zu diesem Thema, da er wiederholt zwischen Versicherten und Krankenversicherer vermitteln musste: „Im Mittelpunkt stand die Frage, was unter dem Begriff der psychiatrischen Grundpflege gemäss Artikel 7 Abs. 2 lit. C KLV sehr unbestimmt ist und die Rechtsprechung dazu erst wenige Aussagen gemacht hat“ (2002:9). Er beschreibt folgenden Fall, in dem er zu Gunsten einer Versicherten bei einem Krankenversicherer intervenierte: „Wenn ein körperlich kranker oder behinderter Mensch nicht mehr in der Lage ist, selbständig zu essen und zu trinken oder sich zu pflegen, so gehört die ihm gewährte Hilfe zur versicherten Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit. C KLV). Es kann wohl nicht anders sein, wenn ein psychisch kranker Mensch nicht mehr isst und trinkt, sich nicht mehr pflegt und seine Kleider nicht mehr wechselt, weil er diese Bedürfnisse seiner seelischen Erkrankung wegen nicht mehr wahrnehmen oder befriedigen kann. Hier ebenfalls psychiatrische Grundpflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. C KLV anzuerkennen, erfordert auch die Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken. Beide haben in gleicher Weise Anspruch auf Spitex, die ihnen ein Leben in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung gestattet“ (2002:10 ff). Unterdessen wurde das vorliegende Thema auch in einer Einfachen Anfrage einer Nationalrätin an den Bundesrat thematisiert¹⁹

Auswirkungen Tarifpolitik

Welchen Einfluss hat die Tarifpolitik auf die Nachfrage nach Spitex-Leistungen? Die Tarife für hauswirtschaftliche Leistungen sind seit der Einführung des KVG für die KlientInnen immer wieder gestiegen. Dagegen werden die pflegerischen Pflichtleistungen seit der Einführung des KVG von den Krankenversicherer übernommen. Die KlientInnen zahlen lediglich den üblichen Selbstbehalt.

¹⁹ Amtliches Bulletin. Einfache Anfrage Nationalrätin S. Baumann vom 25. 1. 2002, erledigt am 29. 1. 2003

Vor der Einführung des KVG sah die Tarifsituation folgendermassen aus: In der Stadt Zürich mussten für hauswirtschaftliche Leistungen pro Stunde zwischen 18 Franken und 30 Franken je nach Einkommen und Vermögen bezahlt werden (Stand 1993). Vielerorts in Gemeinden der Agglomeration oder auf dem Land war der Stundenansatz noch tiefer. Die Krankenversicherer zahlten bis zur Einführung des KVG maximal 8 Franken pro Stunde an die hauswirtschaftlichen Leistungen. Die Krankenversicherer limitierten ihre Beiträge an Spitex-Leistungen auf maximal 6 Stunden pro Tag. Berücksichtigt man die Beiträge der Krankenversicherer vor dem KVG, so kostete eine Stunde HWS-Leistungen für die KlientInnen netto zwischen 10 Franken und 22 Franken. Im Jahr 2003 beträgt der Tarif für eine Stunde HWS-Leistungen zwischen 23 und 37 Franken je nach Einkommen und Vermögen je nach Gemeinde. D.h. 10 Jahre später kostet für alle KlientInnen eine Stunde HWS-Leistungen ungefähr das Doppelte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass BezügerInnen von Ergänzungsleistungen zur AHV noch gewisse Zuschüsse erhalten.

Für pflegerische Leistungen mussten vor dem KVG pro Stunde zwischen 23 und 38 Franken von den KlientInnen bezahlt werden. Die Krankenversicherer zahlten maximal 12 Franken pro Stunde. D.h. für die KlientInnen kostete eine Stunde Pflege netto zwischen 11 Franken und 26 Franken (Stand 1993). Mit anderen Worten: Vor Einführung des KVG kostete eine Stunde Pflegeleistungen resp. HWS-Leistungen ungefähr gleichviel für die KlientInnen. Die KLV-Pflichtleistungen, die je nach Massnahme den KlientInnen zwischen Fr. 51.40 und Fr. 70.- pro Stunde verrechnet werden, werden seit 1996 von den Krankenversicherer übernommen.

Wie sehen die Produktionskosten für die Leistungserbringer resp. die Standortgemeinden aus? Das soll hier am Beispiel der Spitex in der Stadt Zürich dargestellt werden. Die Bruttokosten für eine produzierte HWS-Stunde in der Stadt Zürich betrug Fr. 79.17 (Stand 2002). Die ungedeckten Kosten betragen pro Stunde (abzüglich Subventionen des Bundes und Kantons sowie der Tarifeinnahmen) Fr. 25.03, die von der

Stadt Zürich zu decken ist. Die Bruttokosten pro produzierte KLV-Stunde betragen Fr. 103.01 (Stand 2002). Die ungedeckten Kosten betragen pro Stunde (abzüglich Subventionen des Bundes und des Kantons sowie der Tarifeinnahmen) für die Stadt Zürich Fr. 12.74, ungefähr die Hälfte der ungedeckten Kosten für HWS-Leistungen²⁰.

Die Einschätzungen der befragten ExpertInnen sind zwar nicht grundsätzlich verschieden, aber sie variieren graduell. Generell besteht zwar die Meinung, dass die Tarifpolitik bei den HWS-Leistungen unmittelbar eine Auswirkung auf die Nachfrage nach Leistungen hat. Aber es wird auch differenziert. Einige ExpertInnen weisen darauf hin, dass es bei der Tarifpolitik eine „Schmerzgrenze“ gibt, die je nach Persönlichkeit und sozioökonomischer Position bei den einzelnen KundInnen unterschiedlich ist. Eine Generalisierung vorzunehmen ist schwierig. Einzelne ExpertInnen weisen darauf hin, dass es bei Tarifierhöhungen eine Gewöhnungszeit braucht, um dann wieder zum „*courant normal*“ zurückzukehren, d.h. Leistungen weiterhin oder erneut zu konsumieren, obwohl der Preis unterdessen gestiegen ist. Was sind die Konsequenzen? Ein Experte bringt es auf den Punkt: „*Wenn man selber zahlt, ist man kostenbewusster*“. D.h. es führt dazu, dass die zu teuer empfundenen HWS-Leistungen beschränkter konsumiert werden, resp. auf einen Teil der Leistungen verzichtet wird mit den entsprechenden Konsequenzen. Im Jahresbericht 2002 des Spitex Verbandes Thurgau ist beispielsweise zu lesen: „Die leichte Abnahme der hauswirtschaftlichen Einsätze dürfte wohl weniger im sinkenden Bedarf als eher in der Tatsache begründet zu sein, dass die Unterstützung trotz massgeblicher Subventionen der öffentlichen Hand oft eine finanzielle Belastung für die Betroffenen darstellt“ (Schauplatz Spitex, Nr. 5, 2003:29). Als Folge dieser Entwicklung beobachten verschiedene ExpertInnen bei einem Teil der KlientInnen eine Tendenz zur vermehrten Verwahrlosung, so dass ein längeres Verweilen zu Hause verunmöglicht und somit der Eintritt in ein Heim eher nötig wird. Andererseits wird von den

²⁰ Zentralstelle Spitex Stadt Zürich. Schriftliche Mitteilungen vom 27. 10. 2003

ExpertInnen auch berichtet, dass die teuren HWS-Leistungen durch billigere Alternativen konkurrenziert resp. ersetzt werden. So wird hingewiesen, dass eine Putzhilfe nicht teuer kommt, dass auf Botengänge und Dienstleistungen durch Personen, die in der Nachbarschaft leben, ausgewichen wird, die kostengünstiger sind. Sofern KlientInnen oder ihre Angehörigen in der Lage sind, werden auch freiwillige HelferInnen rekrutiert. Dieser Zugriff auf kostengünstigere Alternativen ist aber wohl nur denjenigen älteren Personen möglich, die noch über entsprechende „Managementfähigkeiten“, resp. über ein funktionierendes soziales Netz verfügen.

Bei den KLV-Leistungen zeigt sich für die KlientInnen ein anderes Bild. Die Pflichtleistungen werden von den Krankenversicherern bezahlt. Alle befragten ExpertInnen begrüßen das KVG-Finanzierungssystem für die pflegerischen Leistungen. Einzelne wenige vertreten die Meinung, dass es auf die HWS-Leistungen ausgeweitet werden sollte, sofern Spitex umfassend verstanden werden soll. Damit könnte auch die Verweildauer der KlientInnen zu Hause in der Regel verlängert werden. Die klare Mehrheit der ExpertInnen weist bei einer allfälligen Ausweitung der Leistungspflicht auf die potentiellen Kosten hin und erachtet eine solche Ausweitung entweder als politisch nicht realisierbar oder nicht wünschbar. Es werden von Seiten einzelner ExpertInnen, vor allem von Ärzten und den Krankenversicherer, auch kritische Einschätzungen zum aktuellen Finanzierungssystem gemacht. Da die KlientInnen – ausser dem Selbstbehalt – keinen Beitrag an die pflegerischen Leistungen zahlen müssen, hat dies unweigerlich eine Mengenausweitung zur Folge. „Was nichts kostet wird entsprechend konsumiert“. Allerdings ist zu erwähnen, dass ja der eingesetzte Bedarfsplan eine objektivierende Funktion haben sollte und allfälligen Wunschbedarf von Seiten der KlientInnen einschränken müsste.

Die Spitex, resp. die Gemeinden halten sich bei den KLV-Leistungen an den in Artikel 44 KVG festgelegten Tarifschutz und verrechnen nur die mit den Krankenversicherern ausgehandelten Tarife. Bei der Tarifgestaltung bei den HWS-Leistungen ist die Spitex resp. die Gemeinde frei.

Im Bemühen, die Kostendeckung zu verbessern, wurden in praktisch sämtlichen Gemeinden die Tarife für die HWS-Leistungen immer wieder erhöht. Trotzdem ist das Restdefizit für die billigeren HWS-Leistungen für die Gemeinden höher als dasjenige bei den teureren KLV-Leistungen. Exemplarisch nehmen wir erneut die Stadt Zürich. Im Jahr 2002 musste die Stadt pro KLV-Stunde 12,74 % als ungedeckte Kosten übernehmen, was ein Total von 3,4 Millionen Franken ausmachte. Bei den HWS-Leistungen lagen die ungedeckten Kosten pro Stunde bei 31,62 %, was ein Total von 6,3 Millionen Franken ausmachte²¹. Der Finanzierungsmechanismus ist in sämtlichen Gemeinden in der Regel gleich, so dass diese Situation überall anzutreffen ist. Paradoxerweise kommt also die Produktion der teureren KLV-Leistungen den Budgets der Gemeinden letztendlich billiger als die der billigeren HWS-Leistungen.

Auswirkungen auf die Leistungserbringung der Heime

Die Spitex und die Heime sind die wichtigen Leistungserbringer im ambulanten und stationären Langzeitbereich. Der Eintritt in ein Heim ist, neben der Tatsache, dass er in der Regel für die betroffenen alten Menschen ein kritisches Ereignis ist, von verschiedenen Faktoren abhängig. Ein Faktor ist die Attraktivität des entsprechenden stationären Angebotes. Von sämtlichen ExpertInnen wird die Einschätzung geteilt, dass der Ruf der Heime, vor allem in Fachkreisen, in den letzten Jahren bedeutend besser geworden ist. Dies wird u.a. stark in Verbindung mit dem KVG gebracht, das in den Heimen ebenfalls entsprechende Professionalisierungsprozesse ausgelöst hat. So werden die Dienstleistungen als qualitativ besser beurteilt, sei es nun in der Pflege oder in anderen Bereichen. Bei keiner Spitex-Organisation in den befragten Gemeinden existiert eine Statistik über Heimeintritte ihrer KlientInnen, ausser bei der Pro Senectute Winterthur. Auf Grund der Erfahrung hat eine klare Mehrheit der ExpertInnen den Eindruck, dass in den letzten Jahren die

²¹ Zentralstelle Spitex Stadt Zürich. Tarifevaluation 2000 – 2002. Unveröffentlichte Arbeitsunterlage, 19.9.2003

Heimeintritte von Spitex-KlientInnen gestiegen sind. Nur eine kleine Minderheit fühlt sich nicht in der Lage eine Einschätzung vorzunehmen. Die entsprechenden ExpertInnen nennen als Grund für die vermehrten Heimeintritte die demographische Entwicklung und weniger die Grenzen in der Leistungserbringung durch die Spitex. Ein ärztlicher Experte vermutet auf Grund seiner Erfahrung, dass die physische Nähe eines Heimes einen Übertritt fördert. Ein Blick auf die wissenschaftliche Literatur weist auf die Komplexität der Beziehung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich hin. Als Beispiel sei auf die Studie von Wettstein et al (1993:2 ff) hingewiesen, die für die Stadt Zürich nachweist, dass mit höherem Anteil Spitex-Stellen pro Hochbetagte im Quartier auch deren Eintrittshäufigkeit in Pflegeheime zunimmt, was die Autoren u.a. mit der Professionalisierung der Spitex erklären, die einerseits die Spontanhilfe lähmen kann, rsp. deren professionelle Standards die häuslichen Verhältnisse oftmals als mangelhaft erscheinen lassen und von daher gerne ein Übertritt in das nahe gelegene Pflegeheim zur Diskussion gestellt wird.

Wie sieht die Versorgung an Heimplätzen im Kanton Zürich aus? Auf der Pflegeheimliste des Kantons sind sämtliche anerkannte Heime aufgeführt, in denen die Pflichtleistungen der Pflege den Krankenversicherer verrechnet werden können. Im Kanton Zürich gibt es keine eigentliche Heimplanung. Das Erstellen von Alters- und Pflegeheimen ist eine kommunale Angelegenheit, rsp. die Aufgabe von gemeinnützigen Körperschaften oder Zweckverbänden. Waren früher die Altersheime der Aufsicht der Fürsorgedirektion und die Pflege- rsp. Krankenheime der Gesundheitsdirektion unterstellt, sind seit der Einführung des KVG sämtliche Heime für ältere Menschen der Aufsicht der Gesundheitsdirektion unterstellt. Auf Grund der statistischen Grundlagen verfügte der Kanton Zürich 1993 über 13'534 und 2001 über 15'410 Heimplätze. D.h. innerhalb dieser Zeitspanne stieg das stationä-

re Angebot um 1876 Plätze oder um rund 14 %²². Im gleichen Zeitraum ergab sich folgende demographische Entwicklung:

Tabelle 16: Demographische Entwicklung im Kanton Zürich: 1993 und 2002

Altersgruppen	1993 Anzahl Personen	2002 Anzahl Personen	Zunahme Absolut in %
65 – 79 Jährige	124'548	140'140	15'592 13 %
80 Jährige und ältere	47'433	50'291	2'858 6 %
Total Bevölkerung	1'162'034	1'237'920	75'886 6 %

Im ganzen Kanton erhöhte sich die Gruppe der 65 – 79 Jährigen um 13 %, diejenige der 80 Jährigen und älteren um 6 %. Die HeimbewohnerInnen sind in der Regel Personen, die 80 Jahre und älter sind. D.h. die Zahl der Heimplätze ist relativ betrachtet stärker gestiegen, als die Zahl der 80 jährigen und älteren Personen. Ein Blick auf die untersuchten Gemeinden zeigt, dass im erwähnten Zeitraum die Zahl der Heimplätze in den Gemeinden Adliswil, Niederglatt und Winterthur praktisch unverändert geblieben ist. In der Stadt Zürich wurden rund 350 Pflegebetten neu geschaffen, dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der ausserhalb der Stadt Zürich platzierten pflegebedürftigen Menschen, die in der Stadt Zürich wohnhaft waren, im gleichen Zeitraum von rund 650 Personen auf 480 Personen gesunken ist. Die Wartezeit von mehreren Monaten ist auf rund 30 Tagen gesunken ist, bis ein Eintritt in ein Pflegeheim erfolgen kann²³.

²² Statistik Altersheimplätze 1993, Fürsorgedirektion des Kantons Zürich, 1994. Statistik Krankenheimplätze 1993; Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 1994. Langzeitpflege Kenndaten 2001, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2003.

²³ Geschäftsberichte 1995 – 2003 Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich

Längeres Verweilen in der Wohnung

Alle ExpertInnen sehen in der Spitex das Ziel, den Menschen ein möglichst langes Verweilen in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Allerdings sehen sie die Realität und weisen auf Grenzen hin. Die Spitex kann nicht für sämtliche Menschen, die es wünschen, das Leben in der eigenen Wohnung garantieren. Die ExpertInnen nennen verschiedene Faktoren, die das Angebot der Spitex limitieren. So werden der gesundheitliche Zustand der KlientInnen, das mangelnde soziale Netz, die Gefahr der Isolation wiederholt genannt. Eine Expertin erklärt, dass viele Spitex-Mitarbeitende nur das „möglichst lange zu Hause bleiben“ als Ziel sehen und dabei verkennen, dass ein Heimeintritt für einzelne KlientInnen mit mehr Lebensqualität verbunden sein könnte. Damit könnte vermehrt verhindert werden, dass sich Angehörige wegen Betreuungspflichten überfordern. Interessant ist der Hinweis von praktisch sämtlichen ExpertInnen, dass es vor allem die Angehörigen resp. die Bezugspersonen der älteren Menschen sind, die Spitex-Leistungen für sie organisieren.

Da meist die familiären Bezugspersonen dies in Absprache mit den alten Menschen machen, kann davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen eine starke Steuerungsfunktion haben und so stark mitbestimmend sind, ob das Bleiben in der eigenen Wohnung realisiert werden kann, indem sie Spitex-Dienstleistungen organisieren, die allenfalls die Leistungen der Familienangehörigen ergänzen. Wenn diese Steuerungsfunktion der Familienangehörigen bei der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen zentral ist, so nehmen wir an, dass sie es auch beim Initiieren eines Heimeintrittes ist. Eine amerikanische Studie von Shugarman et al (2002:48) gibt dafür einen Hinweis. Die Forscher untersuchten 527 durch Spitex betreute alte Menschen in Michigan auf das Risiko hin hospitalisiert zu werden. Innert 90 Tagen nach Beginn der Spitexbetreuung wurden 84 Personen hospitalisiert. Eines der signifikanten Risiken war die Unzufriedenheit der familiären Betreuungspersonen mit der Situation und nicht primär der Gesundheitszustand der alten Menschen. Zwar bezieht sich diese Untersuchung auf die Beziehung Spitex zum Spital und nicht zum Heim. Aber die Situation ist

insofern vergleichbar, als dass es um Belastungssituationen von familiären Bezugspersonen geht, die in Konflikte münden und so einen Eintritt von älteren Menschen in eine stationäre Situation beschleunigen.

4.5.3 Viele Gemeinsamkeiten

Der Vollzug des KVG hatte in den Gemeinden resp. in der Praxis der Spitex nachhaltige Veränderungen zur Folge. Diese Auswirkungen können in allen untersuchten Gemeinden resp. in den Spitex-Organisationen nachgewiesen werden. Die bereits vor dem KVG eingesetzten Professionalisierungs- und Fusionsprozesse der Spitex – besonders bei den grösseren Organisationen – hatten spätestens ab 1996 mit dem Inkrafttreten des KVG überall ähnliche Auswirkungen. Es kann gesagt werden, dass diese Prozesse in der Regel in den grösseren Gemeinwesen und Spitex-Organisationen früher angingen. Das Zusammenspiel zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (ÄrztInnen, Spitex) wurde nach den anfänglichen Schwierigkeiten, die sich bei einem Gesetzesvollzug wie demjenigen des KVG ergeben, systematischer, formeller und intensiver. Die entsprechenden Aushandlungsprozesse wurden in Form eines Vertrages und von Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern definiert. In diesem Umsetzungsprozess hatte der Spitex Verband Kanton Zürich im Rahmen der Subsidiarität eine Führungsrolle im Kanton Zürich gespielt. Vor allem kleinere Gemeinden und Spitex-Organisationen wären wohl nicht in der Lage gewesen, entsprechende Grundlagen zu erarbeiten und die Umsetzungsprozesse zu vollziehen ohne die Unterstützung durch den Spitex Verband Kanton Zürich. Der Kanton Zürich hatte die entsprechenden Tarifverträge sanktioniert und kontrolliert den Vollzug. Der Legitimationsbedarf ist auf Grund der gesetzlichen Vorgaben im Vergleich vor der Einführung des KVG für die verschiedenen Akteure wesentlich gestiegen. So nahmen administrative Prozesse, wie der Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer, beträchtlich zu.

Es bestehen hinlänglich Hinweise, dass die Zahl von psychisch auffälligen KlientInnen zugenommen hat. Die psychiatrische Pflege als KLV-Pflichtleistung ist vom Gesetzgeber eindeutig weniger klar definiert worden als die anderen Pflichtleistungen. Die Tarifpolitik im Spitex-Bereich ergibt für die KlientInnen, dass sie finanziell vom Konsum von KLV-Pflegeleistungen finanziell gesehen praktisch nichts spüren, dagegen können sie durch die HWS-Leistungen finanziell erheblich belastet werden.

Beim wiederholt erwähnten Konflikt, dass die KlientInnen auf Grund ihrer eingeschränkten Mobilität einen Bedarf nach kommunikativem Austausch haben und das Spitex-Personal sich vielmehr mit dem Auftrag konfrontiert sieht, seinen Auftrag möglichst effizient zu erledigen, fallen gewisse Widersprüchlichkeiten auf. Auf Grund der in Art. 7 KLV definierten Pflichtleistungen wären – nicht nur bei der psychiatrischen Pflege – durchaus entsprechende Gespräche möglich. Zumindest besteht ein solcher Interpretationsspielraum. Zwar wird immer wieder auf die Kapazitätsgrenzen hingewiesen, mit dem sich das Personal konfrontiert sieht, aber es besteht auch eine Zurückhaltung, sich einer vermehrten fachlichen Auseinandersetzung zu stellen, um gegenüber der Ärzteschaft oder den Krankenversicherern entsprechende Interessen zu vertreten

Wird das Ziel der Spitex erreicht, dass die älteren Menschen möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben können? Diese Ziel stellt angesichts der demographischen Entwicklung in den Gemeinden eine besondere Herausforderung dar. Wirft man einen Blick auf die Spitex-Statistik für den Kanton Zürich für die Jahre 1999 - 2002, so fallen die stagnierenden Klientenzahlen auf²⁴.

²⁴ Spitex-Statistiken 1998 – 2002, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern

Tabelle 17: Sämtliche Spitex-KlientInnen (ohne Doppelzählung) im Kanton Zürich

Jahr	Sämtliche Altersgruppen
1998	30'503
1999	31'478
2000	27'937
2001	27'747
2002	28'638

Anmerkung: Die Zahlen der Spitex-KlientInnen ohne Doppelzählung existieren nur beim Zusammenzug aller Altersgruppen und werden nicht nach einzelnen Alterskategorien oder Leistungen ausgeschieden.

Für den gleichen Zeitraum betrachten wir die Entwicklung der KLV-Stunden und HWS-Stunden im Kanton Zürich. Die KLV-Stunden steigen, die HWS-Stunden sinken kontinuierlich. Gesamtkantonal ist grundsätzlich die gleiche Entwicklung festzustellen, wie in den untersuchten vier Gemeinden.

Tabelle 18: Dienstleistungsangebot: KLV und HWS Stunden im Kanton Zürich

Jahr	KLV	HWS	Weitere Leistungen	Total
1998	608'566	867'347	2'589	1'478'502
1999	646'317	865'572	4'005	1'515'884
2000	649'347	789'149	43'976	1'482'472
2001	722'565	788'093	11'287	1'521'945
2002	771'329	779'727	86'312	1'637'368

(Es gibt keine Statistik, in der das Dienstleistungsangebot aufgeteilt nach Klientenaltersgruppe differenziert ist)

Gleichzeitig ist die Zahl der Heimplätze im Kanton Zürich in den letzten Jahren proportional stärker gestiegen, als die Zahl der 80 jährigen

gen und älteren Personen. Auf Grund der vorhandenen eher wenig differenzierten Daten können wir kaum klare Schlüsse ziehen, inwiefern die Ziele der Spitex wirksam erreicht werden.

Unbestritten ist in diesem Zusammenhang, dass die Angehörigen eine wichtige Rolle spielen. Sie beantragen sozusagen als Stellvertreter für die Betroffenen die entsprechenden Spitex-Leistungen und haben dadurch eine wichtige Steuerungsfunktion. Die Vermutung liegt nahe, dass sie in vielen Fällen ebenso so stark mitbestimmend sind in der Frage, ob und wie lange der ältere Mensch zu Hause bleibt.

Das KVG hat im Vollzugsprozess grosse Auswirkungen auf die verschiedenen Politikadressaten (Krankenversicherer, Leistungserbringer) gehabt, die sich in der Folge in ihrem Verhalten änderten. Die Spitex hat das Ziel, dass Menschen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung bleiben können. Hat das KVG bezüglich Pflege zu Hause auch das zum Ziel formuliert? Die Finanzierung der Pflege zu Hause und im Heim war bereits im Bericht und Entwurf der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990, ein marginales Thema. Im Bericht wird klar auf die Gleichwertigkeit der Pflege zu Hause und im Heim hingewiesen: „Hält ein Versicherter sich in einem Pflegeheim (...) auf, so hat er Anspruch auf die Uebernahme der gleichen Kosten wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause (SPITEX)“²⁵ Diese Haltung des Gesetzgebers wurde in Art. 25 KVG festgehalten. Ziel ist also, dass die Pflege zu Hause und im Heim gleich behandelt und entsprechend finanziert wird.

²⁵ Revision der Krankenversicherung. Bericht und Entwurf der Expertenkommission vom 2.1.1990, EDMZ, 1990:64

5 Hypothesenüberprüfung

In diesem Kapitel überprüfen wir die zwei Hypothesen der vorliegenden Arbeit. Auf Grund der explorativen Art der Evaluation, die wir vor Ort der Spitex-Praxis in vier Gemeinden vorgenommen haben, bestehen trotz vorhandenem Datenmaterial Grenzen der Präzision, was uns deshalb bei der Überprüfung der Hypothesen zu einer gewissen Vorsicht anhält.

5.1 Tendenz zur Medikalisierung

Die 1. Hypothese haben wir folgendermassen formuliert:

- Durch das mit dem KVG veränderte Finanzierungssystem der Krankenpflege zu Hause (Wegfall von freiwilligen, finanzierten Leistungen an die ambulanten hauswirtschaftlichen Leistungen, die dadurch teurer werden) steigt der Druck, erbrachte Leistungen der Spitex als verrechenbare pflegerische Leistungen zu definieren. Dadurch entsteht die Tendenz zur Medikalisierung.
- Diese Tendenz stellt sich ein unabhängig vom Professionalisierungsgrad, der Anzahl Heime vor Ort, der Positionierung Stadt und Agglomeration sowie der Trägerschaft des Leistungserbringers.

Die Entwicklung der Spitex-Leistungen in den erwähnten Gemeinden und im untersuchten Zeitraum verläuft nicht linear. Es machen sich Schwankungen nach unten oder oben bemerkbar. Bei Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 hat sich die Entwicklung der Spitex-Leistungen nicht sofort und überall stark verändert. Folgendes kann gesagt werden: Die pflegerischen KVG-Pflichtleistungen steigen, die HWS-Leistungen sinken. Es gibt einige Ausnahmen, die wir bereits diskutiert haben, aber die das Bild nicht grundsätzlich ändern. Die Zuwachsraten der KLV-Leistungsstunden übersteigt die demographische Entwicklung der älteren Bevölkerung.

Begründet eine zunehmende Pflegebedürftigkeit den Anstieg der KLV-Leistungen? Durch den Abbau von Spitalbetten und die Verkürzung der Aufenthaltsdauer sind durchaus gewisse zusätzliche Fälle zur Spitex gekommen. Dieser Effekt hat sich aber in Grenzen gehalten. Die Untersuchung ergibt weiter, dass offenbar komplexe Fälle zugenommen haben, darunter gehören auch psychisch und sozial auffällige KlientInnen. Aber wenn dies der entscheidende Faktor wäre, so bedürften diese Menschen wohl auch Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich, damit ein Verbleib in der eigenen Wohnung weiterhin möglich wäre. Die HWS-Leistungen sind aber in der Regel stark zurückgegangen. Die Untersuchung ergibt genügend Belege dafür, dass tarifpolitische Gründe zu einem Rückgang der HWS-Leistungen geführt haben, resp. dass eine teilweise Verlagerung auf andere Dienste stattgefunden hat. Diese Verlagerung hat allerdings enge Grenzen, da es für die Betroffenen entweder genügend „Managementkapazität“ braucht oder ein einigermaßen intaktes soziales Netz vorhanden sein muss, das für die entsprechende Organisation zur Verfügung steht. Wahrscheinlicher ist, dass auf HWS-Leistungen verzichtet wird. So wie die HWS-Leistungen aus tarifpolitischen Gründen unattraktiver sind, so sind die KLV-Leistungen aus gleichen Gründen attraktiver geworden.

Allerdings gibt es für die KlientInnen keine „Selbstbedienung“ an KLV-Leistungen. Das Prozedere ist genau definiert, damit entsprechende Leistungen konsumiert werden können. Es braucht eine ärztliche Verschreibung, die ÄrztInnen sind die „gate keeper“, die die Zulassung zu Spitex-Leistungen ermöglichen oder verhindern. Der Blick auf die Spitex-KlientInnen Zahlen im Kanton Zürich weist auf eine gewisse Stagnation hin. Die KLV-Stunden steigen, die HWS-Stunden sinken, und die Zahl der KlientInnen ändert sich nicht stark, obwohl eigentlich die demographische Entwicklung für eine Zunahme der Zahl der älteren KlientInnen in den meisten Gemeinden im Kanton Zürich spricht. Wie können wir uns also die Mengenausweitung im Bereich der KLV-Leistungen erklären?

Mit der Einführung des KVG wurde die Pflege zu Hause und im Heim

als Pflichtleistungen definiert. Die Spitex wurde zu einem Bereich der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens definiert. Die Zuständigkeit der Gesundheitspolitik weitet sich aus. Dieser kontinuierliche Etikettierungsprozess der Spitex zu einer fast ausschliesslichen Domäne des Gesundheitswesens hat auch eine entsprechende Professionalisierung ausgelöst. So wurden Standards und Rahmenbedingungen eingeführt, die vor dem KVG noch kaum bestanden (z.B. Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsansprüche, Kostenrechnung, Ausbildungsstandards, Bedarfserfassung, definierte Kompetenzverteilung zwischen Ärzteschaft und Spitex). Diese Entwicklung ist auch mit entsprechendem Aufwand verbunden, wie vermehrte Schulung, Dokumentationsbedarf und Koordinationsaufwand. Wir können davon sprechen, dass eine Medikalisierung stattgefunden hat. Spitex, als gesellschaftlicher Bereich, unterlag vor der Einführung des KVG teilweise noch anderen Klassifizierungen (z.B. der Sozialpolitik und des Sozialwesens). Wie bereits diskutiert, gehören zum Bereich Spitex vielfältige Dienstleistungen, die mithelfen sollen, dass die KlientInnen entweder vorübergehend unterstützt oder so begleitet werden, dass sie möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung leben können. Wichtige Dienstleistungen befinden sich im hauswirtschaftlichen und im sozialen Bereich. So gehören die Ernährung und Hygiene beispielsweise zur Bearbeitungskompetenz der Hauswirtschaft. Zum sozialen Bereich gehören kommunikative Aspekte und Beiträge die mithelfen, den Alltag zu strukturieren und zu bewältigen. Diese nicht KLV-Leistungen werden zwar angeboten, aber die Nachfrage sinkt, vorwiegend auf Grund des Finanzierungssystems. Entsteht auf Grund der tarifpolitischen Situation der HWS-Leistungen also ein Druck, entsprechende Leistungen als KVG-Pflichtleistungen zu definieren?

In der Untersuchung wurde klar ersichtlich, dass die KlientInnen mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten ein aktuelles Thema in der Spitex sind. Die Einschätzung besteht, dass dieses Thema noch aktueller wird, da mit höherem Alter das Risiko von psychischer Krankheit zunimmt (z.B. Depressionen). Verschiedene Faktoren weisen auf eine Medikalisierung in diesem Bereich hin. D.h. erbrachte Leistungen

werden als psychiatrische KLV-Pflichtleistung definiert. Es ist offensichtlich, dass viele KlientInnen, die von HausärztInnen und Spitex-Personal als psychisch auffällig eingeschätzt werden, häufig fachärztlich nicht abgeklärt sind, wegen der Tabuisierung dieses Themas. Dazu kommt, dass die psychiatrische Pflege als KLV-Pflichtleistung gilt, die im Gegensatz zu den anderen Pflichtleistungen nicht näher definiert ist und deren Interpretation dem Fachpersonal überlassen ist. Wie gross der Anteil der so definierten Leistungen ist und als KLV-Grundpflege deklariert wird, können weder die Spitex-Organisationen noch die Krankenversicherer beantworten. Eine Statistik fehlt. Aus fachlicher Sicht ist dieses Verständnis zwar zu begrüßen, denn es stellt psychische Erkrankungen den somatischen gleich. Diesen Menschen soll ermöglicht werden zu Hause bleiben, wie jemand der auf Grund eines Knochenbruchs vorübergehend behindert ist und Unterstützung braucht. Erforderlich wäre aber eine vermehrte Verständigung und eine einheitlichere Praxis, in wiefern Interventionen im Rahmen der Spitex-Tätigkeit als KLV-Pflichtleistungen definiert werden können. Die stattfindende Professionalisierung in der Spitex müsste daran einen wesentlichen Beitrag leisten.

Ein Blick auf einen anderen Bereich der Sozialversicherungen erinnert uns an ähnliche Prozesse und an heftige Diskussionen bezüglich des Themas der psychischen Auffälligkeiten: die Invalidenversicherung. Die Zahl der IV-Renten aus psychischen und psychosomatischen Gründen hat stark zugenommen. Viele von diesen Krankheiten sind beeinflusst durch wirtschaftliche Umstände und das soziale Umfeld. Ein wichtiger Faktor ist der Druck am Arbeitsplatz durch steigende Anforderungen oder die Angst den Arbeitsplatz zu verlieren. Auch hier wird die Bearbeitung eines gesellschaftlichen Problems der Medizin zugeführt, es findet eine Medikalisation statt. Krankheitsbedingte Ausfälle werden durch einen Austritt aus der Arbeitswelt „erledigt“, in dem eine Invalidisierung verfügt wird, die eine IV-Rente auslöst, obwohl der Handlungsbedarf in verschiedenen anderen Bereichen vorhanden wäre. Dazu kommt, dass die Praxis der Rentenverfügung in den Kantonen sehr unterschiedlich ist (Weber, 2004:44 ff).

Abgesehen davon, dass es durch die psychiatrische Pflege zu einer Medikalisation der Leistungen kommt, so hat die vorliegende Untersuchung hingegen keine überzeugenden Beweise ergeben, dass in der täglichen Praxis HWS-Leistungen zu KLV-Leistungen uminterpretiert werden. Das Spitex-Personal arbeitet gemäss den Vorgaben korrekt. Bei der Erbringung von Spitex-Leistungen in der Privatsphäre von älteren Menschen, die vielfach isoliert sind, ergibt sich in der Regel eine Nähe in der Beziehung zwischen Personal und KlientInnen. Viele der älteren Menschen sind auf diesen Kontakt angewiesen. Es kann angenommen werden, dass das Personal in der Regel versucht, den Erwartungen ihrer KlientInnen zu entsprechen. Es wird in diesen Interaktionen entscheidend darauf ankommen, inwiefern die einzelnen MitarbeiterInnen ihren Handlungsspielraum ausschöpfen. Ist man etwas grosszügiger oder etwas rigider? Das trifft auch in jenen Fällen zu wo eine Spitex-Mitarbeiterin gleichzeitig KLV- und HWS-Leistungen erbringt. Trotz Verschreibung durch den Arzt und Bedarfsabklärung durch die Spitex bestehen Handlungsmöglichkeiten und Interpretationsspielräume. Es scheint, dass die MitarbeiterInnen diese Handlungsmöglichkeiten unterschiedlich nutzen. Beispielsweise kann öfters oder weniger oft Blutdruck gemessen werden, oder Verrichtungen der Grundpflege (z.B. Hilfe beim Waschen) vorgenommen werden, so dass auf Grund der vorhandenen Zeit durchaus kommunikative Bedürfnisse der KlientInnen befriedigt werden können. Obwohl in der Untersuchung gewisse Belege für diesen Mechanismus in einzelnen Fällen transparent geworden sind, kann nicht von einer Systematik gesprochen werden, in dem Sinn, dass HWS-Leistungen zu KLV-Leistungen uminterpretiert würden. Vielmehr zeigt die Untersuchung, dass auf Grund der Tarifpolitik im Bereich der HWS-Leistungen die Nachfrage sinkt, mit allenfalls entsprechenden Folgen, so werden von den ExpertInnen vermehrte Ansätze von Verwehrlosungen festgestellt. Oder privat organisierte Leistungen (Putzfrau, Nachbarschaftshilfe) decken den entsprechenden Bedarf ab. Die Analyse ergibt vielmehr, dass durch das KVG die Professionalisierung der Spitex zugenommen hat. Für die Erbringung der verschiedenen Pflichtleistungen sind entweder definierte Ausbildungs-

gänge vorzuweisen, oder die Arbeit muss unter der Supervision einer diplomierten Pflegefachperson gemacht werden. Ausgebildetes Personal ist tendenziell für Fachfragen sensibilisierter und stellt höhere Ansprüche an die professionellen Standards. So verfügen rund 80 % der in sämtlichen Spitex-Organisationen in der Schweiz beschäftigten 27'000 MitarbeiterInnen über eine pflegerische Ausbildung (Schauplatz Spitex Nr. 2/ 2004:13).

Die Untersuchung der verschiedenen Aspekte in den vier Gemeinden hat die gleichen Ergebnisse ergeben, unabhängig vom Professionalisierungsgrad der Spitex (der unterdessen überall auf Grund der KVG-Vorgaben sehr ähnlich ist), von der Anzahl der Heime, von der Art der Gemeinde oder von der Trägerschaft des Leistungserbringers.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Aussage in Hypothese 1 bezüglich der Medikalisierung in einer allgemeinen Art zutreffend ist, insofern dass durch das KVG die Spitex in die dominierende Beratungskompetenz des Gesundheitswesens gekommen ist. Allerdings gibt es keine genügenden Belege, dass vor Ort in der Praxis auf Grund der tarifpolitischen Vorgaben die Tendenz besteht, erbrachte HWS-Leistungen vermehrt als KLV-Leistungen zu interpretieren. Im Einzelfall lässt sich das aber nicht ausschliessen. Vielmehr wird die Nachfrage nach HWS-Leistungen geringer, da weniger solche Leistungen konsumiert oder andere Lösungswege durch die KlientInnen gesucht werden. Im Bereich der psychisch und sozial auffälligen KlientInnen geschieht aber eine Medikalisierung, indem verschiedene Leistungen als Grundpflege definiert werden, die KVG-Pflichtleistungen sind. Dies entspricht aber fachlichen Vorgaben und steht nicht im Widerspruch zum KVG.

Tabelle 19: Überprüfung Hypothese 1: Tendenz zur Medikalisierung

<ul style="list-style-type: none"> • Medikalisierung geschieht auf Makroebene. Mit Einführung KVG (Aufnahme von Pflichtleistungen der Pflege zu Hause) kommt Spitex in den Einflussbereich der Gesundheitspolitik und in die Beratungskompetenz des Gesundheitswesens. 	Bestätigt
<ul style="list-style-type: none"> • Medikalisierung im Mikrobereich, d.h. in der Praxis vor Ort. In Einzelfällen bestehen zwar Belege, dass nicht KLV-Leistungen zu KVG-Pflichtleistungen uminterpretiert werden. Allerdings kann aber keine generelle Praxis festgestellt werden, dass nicht KLV-Leistungen zu KLV-Leistungen uminterpretiert werden. HWS-Leistungen erzeugen auf Grund der Tarifpolitik weniger Druck, dass sie medikalisiert werden, als dass sie vielmehr im Konsum reduziert oder „ausgelagert“ werden. 	Widerlegt
<ul style="list-style-type: none"> • Medikalisierung bei (nicht abgeklärten) psychisch und sozial auffälligen KlientInnen passiert, indem Leistungen, die zur Alltagsgestaltung (bezüglich Haushalt und Kommunikation/Interaktion) gehören als KVG-Pflichtleistung der Grundpflege interpretiert werden. Dies ist fachlich korrekt und steht nicht im Widerspruch zum KVG. 	Bestätigt
<ul style="list-style-type: none"> • Die Vermutung, dass die Tendenz zur Medikalisierung, ob sie nun bestätigt wird oder nicht, unabhängig ist von den Variablen Professionalisierungsgrad, Anzahl Heime vor Ort, Art der Gemeinde sowie der Trägerschaft des Spitex-Leistungserbringers, ist zutreffend. 	Bestätigt

5.2 Verschiebung der Nachfrage

Die 2. Hypothese haben wir folgendermassen formuliert:

- Da die von der Produktion her kostengünstigste Leistung (ambulante hauswirtschaftliche Leistungen) durch den Wegfall von freiwilligen Krankenkassen-Leistungen für die KlientInnen zur teuersten wird, sinkt die Attraktivität einer ganzheitlich verstandenen Spitex und es ergibt sich als Konsequenz eine Verschiebung in der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich.
- Diese Tendenz ist wiederum unabhängig vom Professionalisierungsgrad, der Anzahl Heime vor Ort, der Positionierung Stadt und Agglomeration sowie der Trägerschaft des Leistungserbringers.

In der 2. Hypothese geht es um die Beziehung zwischen der Spitex und den Alters- und Pflegeheimen. Es wird auf Grund der diskutierten Situation eine Abnahme der Attraktivität der Spitex vermutet, was sich zu einer Nachfrageverschiebung in Richtung Heime auswirken könnte. Da vor allem Personen, die 80 Jahre und älter sind, in Heime übertreten, konzentrieren wir uns in der Diskussion auf diese Zielgruppe. Die Veränderung der KLV- und HWS Leistungsstunden haben wir schon hinlänglich diskutiert. Was die GesamtklientInnenzahl der Spitex im Kanton Zürich betrifft, so haben wir in den letzten 4 Jahren eher eine Stagnation festgestellt. Die Heimplätze sind im Untersuchungszeitraum im Kanton Zürich um weitere 14 % gestiegen. Diese Zuwachsrate ist höher als die entsprechende demographische Entwicklung bei den 80 jährigen und älteren Personen im Kanton Zürich. Allerdings ist die Zahl der Heimplätze in den untersuchten Gemeinden nur in der Stadt Zürich gestiegen, in den anderen Gemeinden gab es praktisch keine Veränderung.

Kann auf Grund des durch das KVG veränderte Finanzierungssystem auf eine Reduktion der Attraktivität der Spitex geschlossen werden? Nicht zwingend. Wir haben bereits analysiert, dass die Reduktion der HWS-Stunden bedeuten könnte, dass eine Konzentration auf wesentliche Leistungen stattfindet, rsp. dass diese Bedürfnisse durch andere

ausserhalb der Spitex lokalisierten Dienstleistungserbringer zumindest teilweise abgedeckt werden. Spitex-Leistungen werden kundenfreundlich angeboten. In der Regel sind weder in der Verschreibungspraxis durch die ÄrztInnen, noch in der Einschätzung des Bedarfes durch das Spitex-Personal spezielle Hürden eingebaut. Auch der Umgang mit den Krankenversicherern hat sich im Laufe der letzten Jahre eingespielt, und Konflikte mit der Spitex sind selten. In der vorliegenden Untersuchung wurde von allen ExpertInnen erstens die Einschätzung vorgenommen, dass die Heime professioneller und qualitativ besser geworden sind. Ein wichtiger Faktor ist das KVG, das auch in der stationären Langzeitpflege entsprechende Auswirkungen hatte (z. B. Qualitätssicherung, Professionalisierung). Zweitens haben fast alle ExpertInnen den Eindruck, dass die Zahl der Übertritte in ein Heim eher steigt als sinkt. Dies wird in der Regel mit der demographischen Entwicklung in Zusammenhang gebracht und nicht mit einer allfälligen Unzufriedenheit der KlientInnen mit der Spitex.

Wir stellen uns die Frage, ob den alten Menschen, die möglichst lange in der eigenen Wohnung verweilen wollen, dies durch die Spitex ermöglicht wird. In der Untersuchung kam interessanterweise zum Ausdruck, dass vorwiegend die Angehörigen die Spitex-Leistungen organisieren und auf Grund ihrer Einschätzung definieren, wann diese Leistungen bezogen werden. Obwohl wir annehmen, dass die Angehörigen in engem Kontakt mit den alten Menschen stehen, so wird ersichtlich, dass die Angehörigen die Beanspruchung von Leistungen weitgehend definieren und daher auch bestimmen, welche Situation ambulant zu verkraften ist, da ja neben der Leistungsbereitschaft der Spitex in vielen Fällen auch ihre Kooperation erforderlich ist. Weitere Untersuchungen haben darauf hingewiesen, dass überforderte Angehörige bei der Entscheidung, ob ein Heimeintritt in Frage kommt, einen starken Einfluss ausüben (Gebert et al, 1994:119).

Art. 7 der KLV²⁶ ist die Grundlage für die Übernahme der Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen. Ausgeschlossen ist die Angehörigenpflege im Bereich des KVG. Die von einer Angehörigen erbrachte Hauspflege ist grundsätzlich nicht als leistungspflichtig anerkannt, ausser sie sei ein von der Krankenversicherung anerkannte Leistungserbringerin (z.B. wenn sie bei einer Spitex-Organisation angestellt ist und die entsprechenden Bedingungen erfüllt). Landolt (2002:91 ff) kritisiert aus rechtlicher Sicht diese Situation: "Die Angehörigen- ist der Spitexpflege in qualitativer Hinsicht ebenbürtig. Spitex-Organisationen müssen zwar über ausreichendes Fachpersonal verfügen, können Pflegeleistungen aber auch durch angeleitetes und beaufsichtigtes "Laienpersonal" ausführen lassen, das selbst nicht die Voraussetzungen anerkannter Leistungserbringer erfüllt. Es besteht kein sachlicher Grund, Angehörige generell auszuschliessen, Laienpersonal bei Spitex-Organisationen aber zuzulassen, umso mehr, als Massnahmen der Abklärung und Beratung, insbesondere von Angehörigen, auch Pflichtleistungen sind." Im weiteren weist Landolt auf einen ökonomischen Faktor hin (2002:92): "Die Angehörigenpflege ist rund eine Hälfte billiger als Spitexpflege. Der Ausschluss der Angehörigenpflege führt daher – soweit sie durch Spitexpflege substituiert wird – zu unnötigen Mehrkosten. Der Ausschluss des Grundsatzes der Austauschbefugnis begünstigt zudem nicht nur eine "Flucht" in die (teure) Spitex-, sondern auch in die (teurere) Heimpflege, was dem Ziel einer finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung zuwider läuft". Eine weitere Erklärung zu diesem Thema wird aus gesundheitsökonomischer Sicht gemacht. Zdrowomyslaw und Dürig (1999:187) weisen darauf hin, dass es gewisse „Mitnahmeeffekte“ in der Gesundheitsversorgung gibt. Diese entstehen dann, wenn für bislang von Angehörigen und Bekannten kostenlos erbrachte Pflegeleistungen künftig Geld- und Sachleistungen erstattet werden. Diese Leistungen werden in Anspruch

²⁶ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995. SR 832.112.31

genommen („mit genommen“) und die kostenlos erbrachte Hilfe wird reduziert.

Das Spitex-Personal spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Es steht in Kontakt mit den Angehörigen und es definiert mit, wann die Grenzen der Leistungserbringung erreicht sind. Es spielen verschiedene Aspekte mit: Kapazitätsgrenzen, Rahmenbedingungen, wie das Verhalten der KlientInnen, das professionelle Verständnis, ob die vorliegende Situation zu Hause noch als akzeptabel gilt. All diese Aspekte spielen eine bedeutende Rolle, ob die Angehörigen mit entsprechenden Forderungen des Personals konfrontiert werden, nämlich den alten Menschen allenfalls in einem Heim zu platzieren.

Es ist unbestritten, dass die Spitex wichtige Dienstleistungen für hilfsbedürftige Menschen anbietet und das zu Hause bleiben ermöglichen möchte. Die Frage ist vielmehr die, wie häufig der Wunsch der alten Personen in der eigenen Wohnung zu bleiben, realisiert werden kann, resp. inwiefern durch die Spitex-Leistungen ein Heimeintritt vermieden werden kann? Glaubt man der Rhetorik der Spitex, so ist das die Realität. Uns scheint die Realität bedeutend komplexer zu sein. Es braucht nicht ausschliesslich eine Ausweitung von KLV-Leistungen, sondern ein Paket von verschiedenen Leistungen und vielfach ein informelles Netz, damit möglichst lange in der eigenen Wohnung gelebt werden kann.

Wir fassen zusammen. Das auf Grund des KVG geänderte Finanzierungssystem hat die HWS-Leistungen für die KlientInnen teurer gemacht und lässt uns vermuten, dass die Attraktivität einer ganzheitlich verstandenen Spitex gesunken ist. Gleichzeitig ist die Zahl der Heimplätze gestiegen und die Zahl der Spitex-KlientInnen stagniert im Kanton Zürich. Die Untersuchung weist allerdings auf eine komplexe Situation hin. Die Angehörigen resp. die Bezugspersonen spielen eine zentrale Rolle in der Beurteilung, ob die Lebensumstände der älteren Menschen in der aktuellen Situation als akzeptabel definiert werden. Die Rolle, die die Angehörigen und Bezugspersonen spielen, erscheint uns bedeutend relevanter zu sein, als die Tatsache, dass die HWS-Leistungen teurer sind und dadurch die Spitex weniger attraktiv macht.

Wir vermuten, dass eine Verschiebung der Nachfrage nach stationären Lösungen stattgefunden hat, können dies aber auf Grund der vorliegenden Daten nicht schlüssig beantworten. Ebenfalls ist die Rolle des Spitex-Personals ebenso bedeutend in der Definition der Grenze in der Leistungserbringung. Die beiden Gruppen – Angehörige und Personal – haben die stärkste Definitionsmacht, ob ein Verbleiben in der eigenen Umgebung ermöglicht wird.

Tabelle 20: Überprüfung der Hypothese 2: Verschiebung der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich

<p>Was spricht für die Attraktivität der Spitex?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbleib in der eigenen Wohnung je nach Situation möglich • In der Regel kundenfreundliches Verfahren der Spitex-Vermittlung für ältere Menschen resp. ihre Angehörigen <p>KLV-Leistungen sind für KundInnen „gratis“</p>	Positive Aspekte, die für Attraktivität sprechen
<p>Was macht die Spitex weniger attraktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> • HWS Leistungen sind aus der Sicht der älteren Menschen teuer 	Negativer Aspekt, der Attraktivität reduziert
<p>Die Angehörigen spielen eine wichtige Rolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie organisieren in der Regel Spitex-Leistungen für die älteren Menschen • Sie haben Definitions- und Steuerungsmacht, inwiefern die älteren Menschen in der eigenen Wohnung verbleiben resp. ob eine andere Lösung in Erwägung gezogen wird. • Sie stehen in Interaktionen mit dem Spitex-Personal und es werden miteinander Betreuungsstandards und Belastungsgrenzen definiert („was ist möglich“, „was ist nicht möglich“) <p>Das Spitex-Personal spielt eine wichtige Rolle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie bestimmen Grenzen der Leistungserbringung, vielfach in Absprache mit den Angehörigen 	Wichtige Schlüsselpersonen, die im Thema Nachfrage nach Leistungen eine zentrale Rolle spielen
<p>Die Heime werden von den ExpertInnen heute als</p> <ul style="list-style-type: none"> • attraktiver und qualitativ besser eingeschätzt. 	Wichtiger Aspekt im Thema Nachfrage nach Leistungen. Eine andere Leistung könnte je nach Lebensumstände attraktiver sein als die Leistungen der Spitex.
<p>Die Heimplätze im Kanton Zürich sind im untersuchten Zeitraum im Vergleich zu der Zahl der 80 jährigen und älteren EinwohnerInnen stärker gestiegen</p>	Wichtiger Aspekt im Thema Nachfrage nach stationären Leistungen

<p>Die Zahl der KlientInnen der Spitex im Kanton Zürich ist seit 1999 einigermaßen konstant.</p>	<p>Wichtiger Aspekt im Thema Nachfrage nach Leistungen, der allerdings zu relativieren ist, da es sich um die Gesamtzahl der KlientInnen handelt, die nicht nach Alterskategorie differenziert ist.</p>
<p>Fazit: Es bestehen gewisse Belege, dass eine Verschiebung der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich stattfindet. Allerdings sind die Daten in dieser explorativen Untersuchung zu wenig erhärtet. Gründe für eine allfällige Verschiebung liegen eher nicht in der Änderung des Finanzierungsmodus der HWS-Leistungen. Vielmehr spielen die Angehörigen resp. das Spitex-Personal eine wichtige Rolle in der Definition, ob die aktuellen Lebensumstände der älteren Menschen als akzeptabel bezeichnet werden. Von daher wird die Hypothese widerlegt. Dieses Fazit kann gezogen werden unabhängig vom Professionalisierungsgrad, der Anzahl Heime vor Ort, der Art der Gemeinde sowie der Trägerschaft des Leistungserbringers.</p>	

6 Bilanz und Erkenntnisse

Die Arbeit hat folgende Ziele verfolgt:

- anhand der auf Grund des KVG im Rahmen der Umsetzung ausgelösten Entwicklung die entstandenen Wirkungen im Bereich der Spitex in ausgewählten Gemeinden vor Ort zu analysieren
- zu untersuchen, inwiefern die Umsetzung des KVG die Beziehungen zwischen Spitex und Heim beeinflusst hat
- Vorschläge zu entwickeln, die mithelfen, allfällig identifizierte Defizite in der Umsetzung des KVG zu reduzieren.

6.1 Ergebnisse der Politikevaluation

In der vorliegenden Arbeit haben wir uns ausschliesslich auf einen Teilaspekt des KVG konzentriert, nämlich auf die Pflege zu Hause. Uns hat die Wirkungsanalyse dieses Teilaspekts des KVG interessiert und zwar in der Umsetzung und in der konkreten Leistungserbringung in der Spitex-Praxis in vier Gemeinden des Kantons Zürich. Die entsprechenden Hypothesen haben wir eingehend untersucht und überprüft.

Hier interessiert uns noch eine abschliessende Einschätzung der Wirkungsanalyse des Teilaspekts Pflege zu Hause anhand der in der Politikevaluation üblichen Begriffe *Outputs*, *Impacts* und *Outcomes*.

Was sind die realen Effekte der öffentlichen Politiken, sei es bei den Politikadressaten oder bei den Politikbetroffenen? Werden die entsprechenden Ziele erreicht, die sich der Gesetzgeber gesteckt hat? In welcher Weise und in welchem Ausmass führt eine Politik zu einer Verhaltensänderung bzw. zu einer Nicht-Änderung des Verhaltens bei ihren Adressaten? Die Beantwortung dieser Fragen gibt uns letztlich Aufschluss darüber, ob ein Instrument, das für die Realisierung einer Politik eingesetzt wird, überhaupt geeignet ist, die erhoffte oder erwartete Verhal-

tensänderung zu bewirken. Das Hauptinteresse gilt der Frage, ob die Ziele einer Politik mit den eingesetzten Massnahmen und Ressourcen tatsächlich erreicht werden können (vgl. Knoepfel et al., 1997:100 ff und 2001:254 ff). Was sind letztlich die Resultate, die aus dem staatlichen Handeln herauskommen?

Outputs sind die nötigen „Endprodukte“, wie Verfügungen, Beratungsaktivitäten, die eine direkte Beziehung zwischen Vollzugsinstanz und Politikadressaten schaffen. In unserem Fall sind entsprechende Vereinbarungen und Verträge zwischen den Leistungserbringern und Krankenversicherern (Spitex Verband Kanton Zürich, Ärztegesellschaft und Krankenversicherer Santé Suisse) im Kanton Zürich ausgehandelt worden, die die Voraussetzungen geschaffen haben, dass der Vollzug ermöglicht wird und so die Produktion der Spitex-Leistungen vor Ort passiert. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat diesen Vollzug überwacht. Nach anfänglichen hier diskutierten Problemen beim Inkrafttreten des KVGs haben sich im Vollzug keine grundsätzlichen Probleme ergeben.

Die Gesamtheit der bei den Politikadressaten eingetretenen beabsichtigten oder nicht beabsichtigten Veränderungen werden als *Impacts* bezeichnet. Es sind also zielrelevante Wirkungen einer Politik. Die vorhergehende ausführliche Diskussion der Umsetzung in der Praxis hat eingehend dargestellt, dass das KVG bei den Leistungserbringern und Krankenversicherern Veränderungen erzeugt hat, die beabsichtigt waren und die durchaus als effektiv zu bezeichnen sind.

Handelt es sich bei diesem Teilaspekt des KVG letztlich um eine wirksame Politik? Wenn wir die *Outcomes* analysieren, kommen wir dann zum Schluss, dass die angestrebten gesellschaftlichen Ziele des KVG realisiert werden konnten? Bei dem hier behandelten Teilaspekt des KVG, der Pflege zu Hause und im Heim stellt sich die Frage, was die angestrebten gesellschaftlichen Ziele des Gesetzes sind. Das KVG will die Pflege zu Hause und im Heim finanzieren. Das Gesetz spricht sich

aber nicht explizit dafür aus, dass eine Person mit entsprechender Pflege möglichst lange zu Hause bleiben oder möglichst früh in ein Heim eintreten soll. Das KVG spricht sich u.a. dafür aus, dass die Massnahmen wirtschaftlich sein müssen. Auf Grund dieser Betrachtung könnte man diesen Einzelaspekt des KVG als *wirksam* beurteilen, das gesellschaftliche Ziel ist erreicht. Zieht man den in dieser Arbeit bereits erwähnten Expertenbericht zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990 bei und nimmt den Kommentar zur Kenntnis, der weit über die nüchterne Formulierung des Gesetzestextes geht, so wird dort hingewiesen, dass die Spitex sich kurzfristig, wie jede Leistungserweiterung, zwar kostenerhöhend auswirken wird. Es wird im weiteren aber folgendes ausgeführt: „Langfristig gesehen wird ein funktionsgerechter Ausbau der Hauskrankenpflege folgende hauptsächliche Konsequenzen nach sich ziehen: eine erhebliche Verminderung der benötigten Anzahl zusätzlicher Pflegeheime (bei unveränderten Voraussetzungen würde die starke Alterszunahme der Bevölkerung nämlich sonst in den nächsten 35 Jahren nahezu eine Verdoppelung des Angebotes an Pflegebetten nötig machen); eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen. Das wird zu einer deutlichen Eindämmung des Kostenanstieges führen. Hinzu kommt im qualitativen Bereich, dass die SPITEX vielen Kranken erlaubt, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben“ (1990:33).

Aus dieser Sicht ist das Gesetz für diesen Teilaspekt *nicht wirksam*, denn das gesellschaftliche Ziel ist bei weitem nicht erreicht. Wenn man noch berücksichtigt, dass die KVG-Pflichtleistungen eine Mengenausweitung bei der Spitex und den Heimen zur Folge hat, die proportional weit über der demographischen Veränderung der älteren Bevölkerung liegt, so verstärkt sich diese Einschätzung. Allerdings muss relativierend angefügt werden, dass Politik und Verwaltung bei der Erarbeitung von neuen Gesetzen häufig eine optimistische Einschätzung vornehmen, der auch taktische Motive zu Grunde liegen.

Ist diese Teilpolitik *effizient*, d.h. kann der Verwaltungsaufwand relativ niedrig gehalten werden? Berücksichtigt man die Forderungen des

KVG, die von den Leistungserbringern umgesetzt worden sind und hört man sich die Einschätzungen der befragten ExpertInnen an, so weist vieles auf einen grossen Verwaltungsaufwand hin, vor allem wenn man berücksichtigt, dass die Leistungserbringer in der Regel kleine Organisationseinheiten sind (kommunale Spitex-Organisationen und Privatpraxen der ÄrztInnen). Die Dokumentationen, Bedarfserfassungen, Einführung der Kostenrechnung, Abrechnungen, Qualitätssicherungs-massnahmen, Nachweise über absolvierte Aus- und Fortbildungen, etc. werden von den Politikadressaten in der Praxis als beträchtlich aufwändig erlebt. Wir teilen diese Auffassung und bezeichnen deshalb diese den erwähnten Teilaspekt betreffende Politik *nicht als effizient*.

Hat das KVG mit der Finanzierung der Pflege zu Hause ein adäquates Instrument bereitgestellt? Was uns mehr als die optimistische Sicht des erwähnten Expertenberichts zum Stellenwert der Spitex beschäftigt, ist die Tatsache, dass trotz der Verschiebung der Nachfrage nach Leistungen (KLV mehr, HWS weniger) die Zahl der Spitex-KlientInnen trotz der demographischen Entwicklung in den letzten Jahren praktisch gleich geblieben ist. Es kann gesagt werden, dass es bei den Pflegeleistungen eine beachtliche Mengenausweitung gegeben hat. Allenfalls könnte man die These vertreten, dass die Pflegeleistungen professioneller und qualitativer angeboten werden. Wie ist aber die Chance, dass die alten Menschen länger in der gewohnten Umgebung bleiben können? Ist diese Entwicklung der Ausweitung von KVG-Pflichtleistungen, verbunden mit dem Rückgang der HWS-Leistungen, eine wirksame Politik?

Es ist fachlich unbestritten, dass ein Verweilen zu Hause eines umfassenden Pakets von Leistungen bedarf: Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen, die auch die Ernährung und Hygiene betreffen, soziale Leistungen, Kommunikation etc. Die aktuelle Situation zeichnet sich dadurch aus, dass ein Anreiz besteht Pflegeleistungen zu konsumieren und aus tarifpolitischen Gründen HWS-Leistungen zu reduzieren, da sie die KlientInnen als teuer empfinden. Dazu kommt, dass in den Gemeinden ein starker finanzieller Druck besteht, der wohl noch zu-

nehmen wird. Wir gehen davon aus, dass die HWS-Tarife noch steigen werden. Die Gemeinden haben an den HWS-Leistungen mit dem aktuellen Finanzierungsmodus kein ausgeprägtes Interesse, da das Restdefizit, wie wir das dargestellt haben, höher ist als das Restdefizit der KLV-Pflichtleistungen.

Die Wirkungsanalyse eines Teilaspekts des KVG, die wir in der Umsetzung in der Praxis der Spitex vor Ort vorgenommen haben, hat ergeben, dass starke Zweifel an der Wirkung des Instrumentes bezüglich der Pflege zu Hause entstanden sind.

Die vorliegende Arbeit hat zwar nicht die Aufgabe, ein neues alternatives Instrument zur heutigen Lösung der KVG finanzierten Pflegeleistungen zu entwickeln, aber sie will als Rückmeldung einige Ideen zur Diskussion stellen, die das Wirkungsdefizit zumindest minimieren könnten.

Grundsätzliche Reformen im Bereich der Sozialversicherungen stehen seit langem zur Diskussion. Gleichzeitig blockieren sich verschiedenste Akteure auf Grund unterschiedlichster Interessen. Die aktuelle Strategie des Bundesrates zeugt von einem stattfindenden Lernprozess, so dass einzelne Revisionspunkte des KVG den Räten möglicherweise schon im Jahr 2004 in zwei Paketen vorgelegt werden sollen. Jedes Paket umfasst verschiedene Botschaften. So sollen im ersten Paket die Pflgetarife im Bereich der Langzeitpflege zur Debatte stehen (infosantésuisse, Nr. 4, 2004:10 ff). Dieser gewählte Weg der einzelnen Schritte scheint politisch realistisch zu sein, indem mit einer pragmatischen Kooperationsstrategie versucht werden soll zu einem Konsens zu gelangen. Allerdings sind die unterschiedlichen Interessen der einzelnen Akteure unterdessen nicht kleiner geworden.

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass durch die Medikalisierung, begleitet von einer sukzessiven Professionalisierung, eine Mengenausweitung der Leistungen entsteht, die mit entsprechenden Kostenfolgen verbun-

den ist. Diesen Prozess werten wir weder als grundsätzlich positiv noch als negativ. Es ist unbestritten, dass die fachlich kompetente Ausführung der Leistungen eine entsprechende Professionalität und Professionalisierung voraussetzt. Dies zeigt sich auch bei der Spitex, die eine solche Professionalisierungsgeschichte kennt.

Das folgende Modell skizzieren wir anhand von zwei Themen, die miteinander verbunden sind:

Die Professionalisierungsdebatte soll in der Spitex neu geführt werden. Wenn der Wunsch von hochbetagten Menschen, möglichst lange in der eigenen Umgebung zu bleiben, ernst genommen werden soll, so braucht es zusätzliche Instrumente im KVG.

6.2 Neue Professionalisierungsdebatte in der Spitex

Das Professionalisierungsverständnis in der Spitex sollte ausgeweitet werden durch den Einbezug von LaienmitarbeiterInnen, Angehörigen und Freiwilligen. All diese Gruppen erfüllen zwar unterschiedliche Funktionen in der Leistungserbringung der Spitex, sie sollen aber als gleichberechtigte PartnerInnen akzeptiert werden. Damit kann der Wirkungsgrad der Spitex erhöht werden. Ziel ist ja, dass ältere Menschen auf ihren Wunsch möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Dieses Verständnis von Professionalisierung erfordert eine intensive Debatte innerhalb der Spitex, die grundsätzliche Veränderungen auslösen wird. Eine solche Professionalisierungsdebatte ist kein Rückfall in die vorprofessionelle Zeit der Spitex, sondern ein Schritt nach vorne. Die Professionalisierungsdebatte soll neue Ressourcen systematisch fördern, und diese sollen durch ganzheitliche Unterstützung die älteren Menschen zu längerer Selbstständigkeit befähigen. Das geht weit über das aktuelle Verständnis der Spitex hinaus, die zunehmend eine Bearbeitungsinstanz des Gesundheitswesens geworden ist, indem sie sich eines limitierten Verständnis von Gesundheit bedient.

Diese Entwicklung beinhaltet, wie wir in der vorliegenden Arbeit analysiert haben, eine Zunahme von KLV-Pflegeleistungen und eine Abnahme von HWS-Leistungen und beantwortet die Frage nicht, inwiefern ältere Menschen möglichst lange in der eigenen Umgebung bleiben können. In der Bedarfserfassung der Spitex wird zwar abgeklärt, ob Angehörige oder Bezugspersonen vorhanden sind und ob diese auch bestimmte Aufgaben übernehmen können. Die vorliegende Arbeit hat auf den starken Einfluss der Angehörigen und Bezugspersonen der KlientInnen sowie des Personals der Spitex hingewiesen. D.h. diesen Akteuren kommen im Abrufen von Spitex-Leistungen und im Bestimmen von deren Dauer eine wichtige definitorische Rolle zu. Die Angehörigen resp. die Bezugspersonen müssen deshalb in der Erbringung von Spitex-Dienstleistungen einen partnerschaftlichen Status erlangen, der demjenigen der Professionellen ebenbürtig ist.

Es ist unbestritten, dass der pflegerische und der hauswirtschaftliche Bereich der Spitex auch künftig von ausgebildeten Fachpersonen geführt werden soll. Die ausgebildeten Personen in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft übernehmen eine „Supervisionsfunktion“, sie verstärken das Netzwerk, indem LaienmitarbeiterInnen, Angehörige und Bezugspersonen befähigt werden, ihre wichtigen Rolle zu übernehmen. Sie üben ein professionelles „Casemanagement“ aus. Im erwähnten Netzwerk sind Menschen einbezogen, die bereit sind, Leistungen auf einer kontinuierlichen Basis zu erbringen und die allenfalls auch entlohnt werden. Es mag eingewendet werden, dass durch die Ausweitung auf angelernte MitarbeiterInnen - vor allem im Bereich der Pflege - das Professionalisierungsniveau sinke. Wir halten diesem Argument entgegen, dass die Einschätzungen der KlientInnen sich nicht immer mit denjenigen der Professionellen decken, welche letztere eine optimale fachliche Dienstleistung anbieten wollen. Für die KlientInnen ist eine gute Beziehung zu den entsprechenden MitarbeiterInnen wichtig; sie wollen, dass die Aufträge in einer respektvollen Art ausgeführt und ihrem gesundheitlichen und sozialen Zustand gerecht werden. Im Bereich der Mitarbeit von Angehörigen ist es nötig, dass die bisherigen informellen Tätigkeiten weiterhin bestehen bleiben.

Die Funktionen der Spitex-Betreuung sollen daraufhin analysiert werden, welche fachliche, soziale oder personale Kompetenz bei den MitarbeiterInnen resp. Freiwilligen erfordert wird, damit die Aufträge optimal erledigt werden können. Mit anderen Worten: Es soll geprüft werden, für welche Funktionen in der Betreuung eine formale Ausbildung nötig ist und für welche Funktionen andere Kompetenzen prioritär sind. Wichtig aber ist, dass die Erfüllung der verschiedenen Funktionen zielgerecht gewährleistet wird.

Die neue Professionalisierungsdebatte zeichnet sich also dadurch aus, dass Professionelle vermehrt mit Laien und Freiwilligen in der Spitex zusammenarbeiten, dass entsprechende Ressourcen gebündelt und optimiert angeboten werden, und dass die gesellschaftliche Zielsetzung erreicht wird, ältere Menschen – sofern sie dies wünschen – möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen mit der entsprechenden Unterstützung.

6.3 Erweiterung der KVG – Pflichtleistungen für Hochbetagte

Wie wir wissen, vergütet das KVG die Kosten für die Pflege zu Hause und im Heim. Während bei der Spitex die hauswirtschaftlichen Leistungen von den KlientInnen selber bezahlt werden müssen, müssen die HeimbewohnerInnen für die sog. Hotelkosten selber aufkommen. In der ambulanten wie in der stationären Langzeitpflege übernehmen die Ergänzungsleistungen zur AHV auf Grund einer Bedarfsrechnung die hauswirtschaftlichen resp. die Hotelkosten bei bedürftigen Personen. Soweit ist das System des KVG kongruent und plausibel für den ambulanten wie stationären Langzeitbereich.

Wie bereits ausgeführt, hat die Expertenkommission zum KVG 1990 eine sehr optimistische Einschätzung zur Wirkung der Spitex vorgenommen, indem eine Eindämmung des Kostenanstieges prognostiziert wurde, die sich so in der Realität nie erfüllt hat. Wenn ein Eintritt in

ein Pflegeheim nicht stattfinden soll, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Das Spitex-Angebot muss ganzheitlich sein und kostenmässig einen Anreiz bieten, damit KlientInnen sich für diese Option entscheiden. Allerdings müssen sie zur Kenntnis nehmen, dass mit dem Verweilen in der eigenen Wohnung auch Nachteile verbunden sind. In der eigenen Wohnung kann nicht die gleiche Sicherheit garantiert werden, und es bestehen nicht die gleichen Möglichkeiten des kommunikativen Austausches wie in einem Heim. Ebenfalls wird es immer wieder Grenzen geben bezüglich des Verweilens in der angestammten Umgebung. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn jemand zunehmend Orientierungsprobleme hat oder die Nacht nicht allein verbringen kann. Wenn die Beziehung Spitex zum Heim angesprochen wird, so betrifft das vorwiegend die Zielgruppe der 80-jährigen und älteren Menschen. Hier sollte im Verständnis des KVG der Gesundheitsbegriff erweitert werden und Aspekte der Ernährung und der Hygiene, die zum Bereich Hauswirtschaft gehören, integriert werden. Wenn der Nachweis erbracht wird, dass eine hohe Chance besteht, einen Eintritt in ein Pflegeheim zu vermeiden und dies im Einvernehmen mit den KlientInnen passiert, müsste das Paket der KVG-pflichtigen Leistungen um die erwähnten Elemente bedarfsgerecht und Ziel orientiert erweitert werden. Eine Ausweitung des Leistungspakets müsste sich auf definierte Kriterien abstützen und die Massnahmen entsprechend evaluiert werden.

Im weiteren bestehen gute Gründe, das Finanzierungssystem der hauswirtschaftlichen Leistungen zu überprüfen. Wenn für eine Gemeinde in Zukunft der Anreiz immer kleiner wird, solche Leistungen zu produzieren, resp. sie diese Leistungen immer noch teurer verkaufen will, wird die Dominanz der KLV-Pflegeleistungen noch bedeutender und die Chance, das Ziel der Spitex – möglichst lange in der vertrauten Umgebung zu bleiben - zu erreichen, noch kleiner.

Kombiniert man beide Vorschläge, die Lancierung einer neuen Professionalisierungsdebatte in der Spitex und die Erweiterung der KVG-Pflichtleistungen für eine definierte Zielgruppe, bei der ein Übertritt in

ein Pflegeheim vermieden resp. aufgeschoben werden kann, so wird die Frage abzuklären sein, ob damit ein weiterer Kostenanstieg verbunden ist. Verschiedene Aspekte und Fragen spielen eine Rolle. Kann durch eine umfassenderes Professionalisierungs-Verständnis der Spitex der Anstieg der KLV-Pflichtleistungen gebremst werden, indem andere Leistungen erbracht werden? Diese und weitere Fragen sind wichtig, können hier aber nicht abschliessend geklärt werden.

Veränderungen passieren nicht automatisch. Gefordert sind vor allem die Interessenvertreter der Spitex, die ohnehin in der aktuellen politischen Lage einem zunehmenden und schwierigen Legitimationsbedarf ausgesetzt sind.

6.4 Vermehrter Legitimationsbedarf der Spitex

Beim Betrachten der Ausgabenposten in der obligatorischen Krankenpflege zeichnen sich die wichtigsten und mächtigsten Akteure auf den ersten Blick ab: Ärzteschaft, pharmazeutische Industrie, Spitäler und die Krankenversicherer als Verhandlungspartner der Leistungserbringer. Diesen Akteuren gelingt es immer wieder politische Lobby für ihre Anliegen zu mobilisieren. Die Langzeitpflege - die Spitex und die Heime - sind im Vergleich Akteure mit bescheidenem Gewicht. Von daher ist es für die Spitex und die Heime nötig, ihre Interessen nicht als gegensätzlich sondern als ergänzend zu definieren und sich als Allianzpartner zu verstehen, die gemeinsam für die Interessen der älteren Menschen eintreten. Es geht darum, dass ältere Menschen die Wahl haben ihre Lebenssituation nach ihren Wünschen zu gestalten und dass sie daher an effizienten Leistungen im ambulanten und stationären Langzeitbereich interessiert sind. Sofern dies gelingt, ergeben sich für die Betroffenen echte Wahlmöglichkeiten in der Realität.

Die kantonalen Spitex Organisationen und der schweizerische Spitex Verband nehmen als Vertreter eine wichtige Rolle ein. In unserem föderalistisch organisierten Staat mit seinem Subsidiaritätsverständnis

sind die Spitex-Organisationen wichtige Organe der Zivilgesellschaft. Die vorgesehene Neugestaltung des Finanzausgleiches und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) wird die Spitexaufgaben an die Kantone delegieren. Im Rahmen der finanziell knappen kantonalen Ressourcen besteht das Risiko, dass die Spitex zumindest in einzelnen Kantonen ausschliesslich an die Gemeinden weiterdelegiert wird, was problematisch wäre. Die einzelnen, in der Regel privaten und gemeinnützigen Spitex-Organisationen vor Ort haben neben der Aufgabe, Spitex-Leistungen zu erbringen, kaum Kapazität für die Wahrnehmung von übergeordneten Aufgaben. Deshalb sind die kantonalen Spitex-Organisationen und der Spitex-Verband auf schweizerischer Ebene wichtige Instrumente, um ein politisches Netzwerk zu flechten und um die Anliegen der Spitex in die Öffentlichkeit zu tragen. Dazu braucht es verschiedene Voraussetzungen.

Die Behauptung, dass Menschen dank der Spitex möglichst lange zu Hause betreut werden, genügt nicht. Die Spitex-Organisationen müssten beispielsweise in der Lage sind, mit einfachen Statistiken darüber Auskunft zu geben, wie viele ihrer KlientInnen in ein Heim übertreten, wie viele ihrer KlientInnen von den Spitälern überwiesen werden, wie viele ihrer KlientInnen psychisch und sozial auffällig sind und psychiatrischer Pflege bedürfen. Der Beweis muss von der Spitex angetreten werden, dass Menschen, die es wünschen, möglichst lange zu Hause bleiben können, und sie muss darlegen können, wie sie dies erfolgreich macht. Die Tatsache, dass die KLV-Pflegeleistungen sukzessive steigen und gleichzeitig die Zahl der Spitex-KlientInnen stagniert ist noch lange kein schlüssiges Ergebnis, dass das von der Spitex propagierte Ziel erreicht wird. Vielmehr ist eine fachliche Diskussion gefragt, indem Modelle entwickelt werden, die aufzeigen, dass Menschen - optimal betreut - möglichst lange zu Hause leben können. Gewisse Ansätze bestehen zwar bereits, z.B. das Projekt für die psychosoziale Pflege und Betreuung in der Spitex der Stadt Zürich oder das Projekt Eiger in der Stadt Bern, in dem systematisch Hausbesuche durchgeführt werden, die einen präventiven Charakter haben (vgl. Schauplatz Spitex Nr. 1, 2003:7). Aber es braucht im Rahmen der Qualitätssicherung definierte

Standards in der Spitex, die überprüft werden können und so mithelfen, das Ziel des Verweilens in der gewohnten Umgebung zu erreichen.

In diesem Zusammenhang könnte es von Bedeutung sein, wenn die Spitex Organisationen sich um eine vermehrte Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Gruppierungen bemühen würden, damit ihre Anliegen vermehrt gefördert werden könnten. Wir denken beispielsweise an Fachverbände (z.B. Soziale Arbeit, Hauswirtschaft), Berufsorganisationen (z.B. Pflegepersonal) und an weitere gesellschaftliche Gruppierungen (z.B. Kirchen), die sich für das erwähnte Thema engagieren würden. Solche systematisch gepflegte Netzwerke könnten sich durchaus zu einer bedeutenden Lobby entwickeln.

Die oben skizzierten Vorstellungen einer neuen in der Spitex zu lancierenden Professionalisierungsdebatte verbunden mit einer bedarfsgerechten Erweiterung des Instruments der KVG-Pflegeleistungen für eine definierte Zielgruppe kann ein Weg dazu sein. Dies würde die Spitex zu einem tauglicheren Instrument in der Gesundheitspolitik befähigen.

Weitere zu untersuchende Fragestellungen im Mikro- und im Makrobereich der hier behandelten Thematik sind angezeigt. Wir nennen abschliessend einige Beispiele:

- Wie findet der Prozess der Leistungserbringung zwischen Spitex-Mitarbeiterinnen und KundInnen statt? Wie werden Leistungen definiert resp. wie klar finden die Abgrenzungen von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen statt? Welches ist die Rolle der Angehörigen und des Spitex-Personals in der Definition des Leistungsbezugs der Spitex, resp. in der Entscheidung des Heimübertrittes?
- Wie viele KlientInnen werden mit welchen Indikationen von den Spitälern der Spitex überwiesen? Wie viele Spitex-KlientInnen treten in ein Heim über? Welche Rahmenbedingungen sind nötig, damit der Verbleib im gewohnten Umfeld möglichst lang sein kann? Wie viele KlientInnen und aus wel-

chen Gründen beziehen Leistungen, die als psychiatrische Pflege definiert werden könnten?

Literaturverzeichnis

- Abderhalden Ch., Lüthi R., Mazzola R., Wolff S. Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen, Entwurf Schlussbericht, Zürich, 2003.
- Aktuell, Kundenzeitschrift der SWICA. „Pfleheimkosten: Politischer Klärungsbedarf vorhanden“, Winterthur, Nr. 4, 2002.
- Balthasar A., „Was und wie wird evaluiert? Eine Übersicht über die Evaluationspraxis in der Energiepolitik“. In: LeGes-Gesetzgebung & Evaluation, Nr. 1/2002.
- Bauch J., Gesundheit als sozialer Code. Juventa-Verlag, Weinheim und München, 1996.
- Breyer F., Zweifel P., Gesundheitsökonomie, Springer-Verlag, Berlin, 1999.
- Budowski M., Schmied Mattanza W., Kooperation und Rivalität in der spitalexternen Gesundheitsversorgung. Seismo Verlag, Zürich, 1995.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Pflegeversicherung. Berlin, 2003.
- Bussmann W., „Evaluationen in der Schweiz“. In: Bussmann W., Klöti U. und Knoepfel P. (Hrsg). Einführung in die Politikevaluation. Helbing & Lichtenhahn Verlag, Basel und Frankfurt a. M., 1997.
- Egerszegi Ch. „Pflegekosten im Alter – eine Herausforderung für die kommenden Jahre“. Referat der Tagung vom 15. Mai 2003 des 5. Schweiz. Forums der sozialen Krankenversicherung, Zürich.
- Eugster G., „Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung“. Referat der Tagung vom 9. November 2000 in

- Luzern in: Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, St. Gallen, 2001.
- Frevert U., „Fürsorgliche Belagerung“. In: Geschichte und Gesellschaft, Berlin, 11/1985.
- Gebert A., Latzel G., Bartelt G. Integrale Überprüfung des stationären und ambulanten Akut- und Langzeitbereichs und Ausrichtung des Angebots auf neue Gegebenheiten im Kanton Bern. Schlussbericht. Bern, 1994.
- Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich. Geschäftsberichte 1995 – 2003.
- Giroud Ch., „Soziale Krankenversicherung und Alterspflegekosten – eine Einheit?“. Referat der Tagung vom 15. Mai 2003 des 5. Schweiz. Forums der sozialen Krankenversicherung, Zürich.
- Greppi S., Rossel R., Strüwe W. Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Bundesamt für Sozialversicherung, 1998.
- Hammer St., Pulli R., Schmidt N., Iten R., Eggimann J.C.. Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 2000.
- Höpflinger F., Hugentobler V., Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Verlag Hans Huber, 2003.
- Infosantésuisse. Magazin der Schweizer Krankenversicherer. „Starke Kostenzunahme in der Grundversicherung 2001“. Solothurn, 6/2002.
- Infosantésuisse. Magazin der Schweizer Krankenversicherer. „Kosten und Prämien in den Griff bekommen“. Solothurn, 4/2004.
- Klöti U. „Inhaltliche und methodische Anforderungen an wissenschaftliche Politikevaluationen“. In: Bussmann W.,

- Klöti U., Knoepfel P. (Hrsg.) Einführung in die Politikevaluation. Verlag Helbing & Lichtenhahn, Basel und Frankfurt a. M., 1997.
- Knoepfel P., Bussmann W. „Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt“. In: Bussmann W., Klöti U., Knoepfel P. (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Verlag Helbing & Lichtenhahn, Basel und Frankfurt a. M., 1997.
- Knoepfel P., Varone F., Bussmann W., Mader L. „Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien“. In: Bussmann W., Klöti U., Knoepfel P. (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Verlag Helbing & Lichtenhahn, Basel und Frankfurt a. M., 1997.
- Knoepfel P., Larrue C., Varone F. Analyse et pilotage des politiques publiques. Verlag Helbing & Lichtenhahn, Basel und Frankfurt a. M., 2001.
- Küng M., Spitex. Die Entwicklung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege in der Stadt Zürich. Unveröffentlichte Auftragsarbeit des Gesundheits- und Wirtschaftsamt der Stadt Zürich, 1987.
- Landolt H., Das soziale Pflegesicherungssystem. Stämpfli Verlag, Bern 2002.
- Latzel G., Andermatt Ch., Walther R., Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Bundesamt für Sozialversicherung. Bern, 1997
- Leu R., „Perspektiven für eine sozialverträgliche Finanzierung unseres Gesundheitswesens“. Referat der Tagung vom 13. Mai 2004 des 6. Schweiz. Forums der sozialen Krankenversicherung, Zürich.
- Loetz F., Vom Kranken zum Patienten. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 1993.
- Lüthi U., „Auf den Spuren der „versteckten“ Psychiatrie. In: Krankenpflege, Zürich, 1/2004.

- Maurer A., Das neue Krankenversicherungsrecht, Verlag Helbing & Lichtenhahn, Basel und Frankfurt a. M., 1996.
- Neue Luzerner Zeitung, „Helsana muss für die psychiatrische Spitex-Leistungen zahlen“, 15.7.2004
- NZZ, „Ständerätliches Kolloquium zum Krankenversicherungsgesetz“, 14.3.2003.
- NZZ, „Gegen höhere Bezahlung der Prämienzahler“, 6.6.2003.
- Oggier W., „Die Alterung – eine „Kostenbombe“? In: infosantésuisse, Solothurn, 5/02.
- Oggier W., „Aktuelle und zukünftige gesellschafts- und gesundheitspolitische Herausforderungen für die Pflegeversorgung in der Schweiz“. Referat der Tagung vom 15. Mai 2003 des 5. Schweiz. Forums der sozialen Krankenversicherung, Zürich.
- Ombudsman der sozialen Krankenversicherung, Luzern. Tätigkeitsbericht 2002.
- Peters M., Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 2001.
- Piller O., „Das KVG gemeinsam optimieren“. In: Schweizerische Ärztezeitung, Bern, 44/2000.
- Rebscher H., „Gesundheitskosten im internationalen Vergleich am Beispiel Deutschland“. Referat der Tagung vom 15. Mai 2003 des 5. Schweiz. Forums der sozialen Krankenversicherung, Zürich.
- Rüegger M., „Neumünster: Rückblick auf 150 Jahre Quartier- und Gesundheitsgeschichte“. In: Spitext 1/99, Zürich.
- Schauplatz Spitex. „Spitex-Pflege und Heimpflege aus der Sicht des Versicherungsgerichts“, Nr. 6/2001, Zürich.
- Schauplatz Spitex. „Psychosoziale Pflege und Betreuung in der Spitex“, Nr. 1/2002.
- Schauplatz Spitex. „Brisanter Vorschlag von SantéSuisse und

- SDK zur Finanzierung von Pflegekosten“, Nr. 6/2002.
- Schauplatz Spitex. „Statistik 2002: Spitex-Organisationen sind auf Kurs“, Nr. 5/2003.
- Schauplatz Spitex. „Finanzierung der Langzeitpflege: Eine Frage der Solidarität“, Nr. 6/2003.
- Schauplatz Spitex. „Psychiatrische und psychogeriatrische Pflege“, Nr. 2/2004.
- Schips B., „Generationenkonflikt im Gesundheitswesen“. In: infosantésuisse, 1-2/2003.
- Schwendimann R., „Vernetzung stationär-ambulant: Das Spitex-Spitex Forum Waid“. In: Schauplatz Spitex, Nr. 1/2004.
- Shugarman et al. „Caregiver Attitudes and Hospitalization Risk in Michigan Residents Receiving Home- and Community-Based Care“. In: Intercura, Nr. 80, Winter 2002/03.
- Tages-Anzeiger, Anderegg S. und Hasler B. „Wieviel Markt für die Krankenversicherung?“ Interview mit R. Barfuss und W. Oggier., 28.12.1998.
- Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) und Spitex Verband Kanton Zürich. Spitex-Vertrag vom 26.10.2000.
- Weber Th., „Krankheiten, die keine sind“. In: Weltwoche, Nr. 4, 2004.
- Wettstein A., Tschopp A., Gasser Th., „Warum führt auch mehr Spitex nicht zu weniger Krankeneintritten?“. In: Intercura, Nr. 43/1993.
- Wicki M., „Erfahrungen mit dem Evaluationsprojekt „Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz“. In: LeGes – Gesetzgebung & Evaluation, Nr. 2/2002.
- WOZ. „Pflegen mit der Stoppuhr“. Nr. 41/2003.
- Zdrowomyslaw N., Dürig W., Gesundheitsökonomie, Oldenbourg Verlag, München, 1999.
- Gesetze und Dokumentationen Bund und Kanton Zürich*

- Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG). SR 831.10
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994. SR 832.10
- Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung vom 12. April 1995. SR 832.101
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995. SR 832.102
- Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995. SR 832.112.31
- Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK) vom 12. April 1995. SR 832.112.4
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002. SR 832.104
- Bericht und Entwurf der Expertenkommission vom 2. November 1990 zur Revision der Krankenversicherung, Bern, 1990.
- Amtliches Bulletin. 021130 Einfache Anfrage NR Baumann St. Ambulante psychiatrische Pflege, 2002.
- Statistiken zur Sozialen Sicherheit. Spitex-Statistiken 1998 – 2002. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 1999 – 2003.
- Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, 1998 – 2002. Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 1999 – 2003.

- Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Zürich (Gesundheitsgesetz) vom 4. November 1962. LS 810.1
- Kenndaten Zürcher Krankenhäuser 1993 – 1996, Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, Zürich, 1994 – 1997.
- Statistik Altersheime im Kanton Zürich, 1993 – 1998, Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich, Zürich, 1994-1999
- Langzeitpflege Kenndaten 2001, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Zürich, 2003
- Statistisches Amt des Kantons Zürich. Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2004, Zürich 2003

Anhang

Interviewte ExpertInnen in den Fallstudiengemeinden und in den Organisationen

Bei den folgenden ExpertInnen in den vier Fallstudiengemeinden und in den Organisationen bedanke ich mich herzlich für die Bereitschaft zu einem Interview.

- Frau Janine Schorderet, Vermittlerin Hauspflege, Spitex Adliswil
- Frau Young-Hee Bär, Vermittlerin Gemeindekrankenpflege, Spitex Adliswil
- Herr Dr. med. Patrick Landolt, Adliswil
- Frau Moosberger, Vermittlerin Haushilfe, Spitex Niederhasli-Niederglatt
- Frau Ruth Maag, Vermittlerin Gemeindekrankenpflege, Spitex Niederhasli-Niederglatt
- Herr Dr. med. Urs Jermann, Oberhasli
- Frau Susanne Tanner, Leiterin, Spitex Stadt Winterthur
- Frau Christine Kolb, Abteilungsleiterin Haushilfe, Pro Senectute Winterthur
- Herr Dr. med. Niklaus Meyer, Winterthur
- Frau Myriam Forni, Leiterin Zentralstelle Spitex der Stadt Zürich (bis 31.12.03)
- Herr Thomas Büchler, Leiter ad interim Spitex-Kontraktmanagement der Stadt Zürich (ab 1.1.04)
- Herr Dr. med. Klaus Rüdy, Zürich
- Herr Dr. med. Guido Geser, Geschäftsführer, Santésuisse Zürich-Schaffhausen, Zürich
- Frau Annemarie Fischer, Co-Geschäftsführerin Spitex Verband Kanton Zürich, Zürich

Dans la même collection

N°	Auteurs, titres, date
159	KNOEPFEL Peter Total quality management et fédéralisme: le point de vue de l'analyse des politiques publiques / Total Quality Management und Föderalismus – Betrachtungen aus der Sicht der Politikanalyse, octobre 1996
160	EMERY Yves Quality Management in public administrations: one of the cornerstones of New Public Management, octobre 1996
161	SOGUEL Niils, ZUFFEREY Jean-Louis La planification financière des collectivités publiques: un instrument de conduite précieux, novembre 1996
162	KNOEPFEL Peter, ACHERMANN Daniel, ZIMMERMANN Willi Bilanzstudie Bodenpolitik 1990 - 1995, novembre 1996
163	CALDERÓN Donato Das Verfahren der Mitentscheidung in der EU (Art. 189B EVG). Ein überblick und Perspektiven, août 1996
164	KNÜSEL René Chômage et emploi en Suisse, quel avenir? Chiffrage, bilan et perspectives. août 1996
165	SAILER Giorgio Chiasso e moderazione del traffico: Analisi delle reti di contatto tra gli operatori dei principali provvedimenti, avril 1997
166	EMERY Yves Le centre d'évaluation pour managers publics (CEMAP), mars 1997
167	KNOEPFEL Peter Conditions pour une mise en oeuvre efficace des politiques environnementales, mars 1997
168	WYSS Stefan, ZIMMERMANN Willi Kohärenz durch Kooperation und Koordination. Ansätze und Fragmente der politikwissenschaftlichen Theorie und empirische Beispiele aus der Regional- und Umweltpolitik, octobre 1997
169	EMERY Yves, CLIVAZ Christophe, SEBASTIANUTTO Daniela, avec la collaboration de PELLATON-LERESCHE Sylvie L'image du fonctionnaire dans le Canton de Genève, juillet 1997
170	ZIMMERMANN Willi, WYSS Stefan, NEUENSCHWANDER Peter Informationskampagnen zur Reduktion der verkehrsinduzierten Luftbelastungen in den Städten Zürich und St. Gallen, octobre 1997
171	GIAUQUE David La Poste Suisse à l'épreuve d'un nouveau modèle productif, août 1997
172	POFFET Gérard Les instruments d'une nouvelle politique de gestion des aides fédérales aux forêts suisses, novembre 1997

N°	Auteurs, titres, date
173	GERMANN Raimund E. Drei Essays zur schweizerischen Verwaltungsgeschichte, octobre 1997
174	KNOEPFEL Peter Eingriffsverzichte in öffentlichen Schutzpolitiken, avril 1998
175	CLIVAZ Christophe Réseaux d'action publique et changement de politique publique. Valeur heuristique du concept de réseau et élaboration d'un modèle analytique du changement politique, avril 1998
176	LAUTNER Marion Evaluation staatlicher Massnahmen im Bereich der Auen, novembre 1998
177	FINGER Matthias, LOBINA Emanuele Managing globalisation in public utilities : public service transnational corporations and the case of the global water industry, avril 1999
178	KNOEPFEL Peter Natural Resource Quotas and Contracts – A New Institutional Regime for our Common Resources, janvier 2000
179	AMHERDT Charles-Henri, EMERY Yves Le Centre en Développement de Carrière pour managers publics (CDC), décembre 1998
180	FARINE Anouk Transparence de l'information officielle – impacts du principe de la publicité dans le canton de Bern, février 2000
181	ISENI Bashkim Transition et stratégies de privatisation en Europe de l'Est. Etude de cas de la Macédoine, avril 1999
182	WIDMER Conrad Umsetzung des Biodiversitätsübereinkommens der Vereinten Nationen; Vergleich von Artikel 18b --18d des Natur- und Heimatschutzgesetzes und Artikel 31b des Landwirtschaftsgesetzes, octobre 1999
183	EHRENSPERGER Marc Erfolgsfaktoren von Verwaltungsreform – eine Analyse anhand der Reformen in den Kantonen Luzern und Waadt, décembre 1999
184	REICHEN Pascal Guide de projet Internet dans l'Administration, avril 2000
185	SOGUEL Nils, van Griethuysen Pascal Evaluation contingente, qualité de l'air et santé: une étude en milieu urbain, avril 2000
186	CLIVAZ Christophe Ecologisation de la politique agricole en Suisse et dans le canton du Valais. Analyse de l'influence des réseaux d'action publique sur l'évolution environnementale de la politique agricole, mai 2000

N°	Auteurs, titres, date
187	CLIVAZ Christophe Ecologisation de la politique des transports en Suisse et dans le canton du Valais. Analyse de l'influence des réseaux d'action publique sur l'évolution environnementale de la politique des transports, mai 2000
188	GENOUD Christophe La régionalisation des transports publics. Implications de la nouvelle loi sur les chemins de fer à l'exemple des cantons de Berne, Zürich, Neuchâtel et Jura, août 2000
189	KNOEPFEL Peter Rationality Changes in West European Clean Air Policies (1960-2000), juin 2000
190	KNOEPFEL Peter Les paiements directs à la lumière des sciences politiques: une politique publique des plus fragiles, août 2000e
191	FROSSARD Stanislas, HAGMANN Tobias La réforme de la politique d'asile suisse à travers les mesures d'urgence - "Le vrai, le faux et le criminel", août 2000
192	EMERY Yves, LAMBELET ROSSI, Laurence Les politiques du personnel: conception, analyse et recommandations pour les administrations publiques suisses: octobre 2000
193	MAUCH Corine Stadtentwicklung zwischen Plan und Stadt, mars 2001
194	HAGMANN Tobias Dynamiques conflictuelles résultant de l'accueil des requérants d'asile dans les communes suisses. Constats et causes, avril 2001
196	GENOUD Christophe Privatization and Regulation: The Case of European Electricity, décembre 2001
197a	RODEWALD Raimund, in Zusammenarbeit mit KNOEPFEL Peter Regionalpolitik und ländliche Entwicklung in der Schweiz - Eine Ausle-geordnung (deutsche Version), octobre 2001
197b	RODEWALD Raimund, in collaboration with KNOEPFEL Peter Regional Policy and Rural Development in Switzerland. An Overview (English version), décembre 2001
197c	RODEWALD Raimund, en collaboration avec KNOEPFEL Peter Politique régionale et développement de l'espace rural en Suisse. Etat des lieux (version française), juin 2002
198	CHAPPELET Jean-Loup Cyberparlementaires. L'appropriation de l'Internet par les parlementaires fédéraux, décembre 2001

-
- 199 SIMON Ansgar
Die Privatisierung des Flughafens Zürich und deren Auswirkungen,
octobre 2002
-
- N° Auteurs, titres, date
-
- 200 BATORI Frédéric, PFISTER Monique, SAVARY Jérôme
La Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO): dé-
marche chaotique ou politique publique planifiée? juin 2002
-
- 201 KNOEPFEL Peter
Regulative Politik in föderativen Staaten – das Beispiel der Umweltpoli-
tik, mai 2002
-
- 202a FROSSARD Stanislas
Entstehung und Entwicklung der Jugendpolitik in den Kantonen (Über-
blick, Tendenzen und Analyse), avril 2003
-
- 202b FROSSARD Stanislas
Emergence et développement des politiques cantonales de la jeunesse
(Aperçu, tendances et analyse), avril 2003
-
- 202c FROSSARD Stanislas
Nascita e sviluppo delle politiche giovanili cantonali (valutazione,
tendenze e analisi), avril 2003
-
- 203 EMERY Yves, HÜRLIMANN Boris
Les processus dynamiques de l'employabilité, août 2002
-
- 204 SAVARY Jérôme
Des acteurs et des règles. Une analyse de la réforme du gouverne-
ment suisse (1990-2002), octobre 2002
-
- 205 HUGENTOBLE Alfred
Presseförderung in der Schweiz. Alternative zum heutigen Subventionie-
rungsmodell, février 2003
-
- 206 FAVRE David
Access pricing et régulation ferroviaires. La Suisse face aux expé-
riences européennes, mars 2003
-
- 207 GUALTIEROTTI Antoine F.
Du bon usage de la statistique dans la conduite de l'Etat: Placent ad
nauseam repetita?, mars 2003
-
- 208 EFIONAYI-MÄDER Denise, CHIMIENI Milena, CATTACIN Sandro
Evaluation des Rahmenprogramms Schulen und Gesundheit - Evaluation
du programme-cadre Ecoles et santé, juillet 2003
-
- 209 HÄUSERMANN Sijlja
Internationalisation des politiques publiques et mise en œuvre fédéraliste
– La libéralisation des marchés publics cantonaux en Suisse, juillet
2003
-
- 210 STEMMLE Dieter, CATTACIN Sandro, unter Mitarbeit von LOSA Stefano
und SCHLEITER Susanne
Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation. Eine Analyse der Stop-
Aids-Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter
besonderer Berücksichtigung des Social Marketing, juillet 2003

211 SOGUEL Nils, IOGNA-PRAT Simon, MARTIN Marc-Jean
Comparatif 2002 des finances cantonales et communales, septembre
2003

N°	Auteurs, titres, date
212	HÄUSERMANN Silja, SPAGNOLO Antonello Le rôle des énoncés évaluatifs dans la politique de lutte contre le chômage, août 2004
213	MARIÉTHOZ Marc, SAVARY Jérôme Des droits sur l'air? Une analyse de la gestion de l'air en Suisse sous l'angle de l'approche des régimes institutionnels de ressources naturelles, août 2004
214	BATORI Frédéric EVM et l'institutionnalisation du partenariat entre l'école et les parents: quelles conséquences sur l'orientation des élèves? août 2004
215	GERBER Jean-David La nouvelle gouvernance comme moyen d'arbitrage entre les intérêts de développement et de protection du paysage. Le cas du parc naturel régional de Chartreuse, août 2004
216	HONEGGER Edith Die Gemischten Ausschüsse in den Sektorischen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG, août 2004
217	SOGUEL Nils, IOGNA-PRAT Simon, BEUTLER Toni Comparatif 2003 des finances cantonales et communales, septembre 2004
218	en attente
219	AUBIN David, NAHRATH Stéphane, VARONE Frédéric Paysage et propriété: patrimonialisation, communautarisation ou pluri-domanialisation, octobre 2004
220	SCHWARZMANN Ueli Spitex: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?, novembre 2004

Dans la même collection

L'IDHEAP EN BREF

Avec l'Institut de hautes études en administration publique, la Suisse dispose d'une haute école pour l'enseignement et la recherche dans le domaine de l'administration des affaires publiques.

Créée en 1981, l'IDHEAP est une fondation autonome associée à l'Université et à l'École polytechnique fédérale de Lausanne.

L'IDHEAP a pour vocation la formation postgrade des étudiants qui désirent se consacrer à la fonction publique ou parapublique, le perfectionnement professionnel des fonctionnaires des administrations au sens large. Il a également une mission de recherche et d'expertise dans tous les domaines du secteur public.

Institut universitaire, l'IDHEAP propose une palette de formations adaptée à l'enseignement et au perfectionnement des connaissances des spécialistes de la fonction publique. Il dispense notamment le Master of Public Administration (MPA) et organise des séminaires pour spécialistes et cadres (SSC). L'Institut assure une formation doctorale et décerne le titre de docteur en science administrative de l'Université de Lausanne. Centre de formation au service des collectivités publiques, l'IDHEAP est ouvert aux entreprises, permettant à leurs collaborateurs de s'initier aux modes de fonctionnement propres au secteur public.

Comme tout institut universitaire, l'IDHEAP poursuit également une mission de recherche.

Son objectif est de fournir les instruments d'analyse et de gestion nécessaires à la réflexion des responsables du secteur public.

Concentration unique en Suisse de spécialistes de l'analyse des politiques et du management publics, l'IDHEAP intervient à la demande des entreprises et collectivités communales, cantonales, fédérales, voire étrangères, pour résoudre des problématiques spécifiques. Les mandats de conseil contribuent à nourrir l'interactivité permanente entre théorie et pratique qui caractérise les formations dispensées par l'IDHEAP.