

Beiträge zur sozialen Sicherheit

Forschungsbericht Nr. 5/94

Spitex-Inventar



Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autor: BRAINS
Dr. Günther Latzel
Berater im Gesundheits- und Heimwesen
Affolternstrasse 123
8050 Zürich
Tel. 01 / 311 37 27
Fax 01 / 311 37 12

Koordination: Markus Buri, lic. phil. hist.
Bundesamt für Sozialversicherung
Abteilung Mathematik und Statistik
Sektion Statistik
Effingerstr. 33
3003 Bern
Tel. 031 / 322 91 35
Fax 031 / 322 78 80

Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale
(EDMZ)
3003 Bern

Copyright Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Bestellnummer: 318.010.5/94 d 12.94 350

Preis: Fr. 33.–

Spitex-Inventar

BRAINS

Teil I	Spitex-Statistiken in den Kantonen
Teil II	Forschung
Teil III	Empfehlungen
Teil VI	Spitex-Inventar

Einleitung Spitexorganisationen existieren seit langem. Hauspflege- und Haushilfvereine wurden aufgrund lokaler Gegebenheiten gegründet und haben sich nach und nach zu kantonalen und schweizerischen Verbänden zusammengeschlossen. Dieses erfreuliche Wachstum von unten nach oben führte zu einer Vielzahl von Organisationsformen und -strukturen, die – auf die lokalen Gegebenheiten fokussiert – versuchten, der Idee der Pflege und Hilfe zu Hause gerecht zu werden. Auf der anderen Seite gibt es auch Tendenzen zur Vereinheitlichung: Gerade in diesen Tagen ist die Fusion der Schweizerischen Vereinigung der Gemeindefürsorge- und Gesundheitspflegeorganisationen (SVGO) mit dem Schweizerischen Verband der Hauspflegeorganisationen (SVHO) zum Spitex-Verband Schweiz vollzogen worden.

Die AHV ist über den Artikel 101bis AHVG erst seit der 9. AHV-Revision, 1979, in diesem Bereich tätig. Der Bundesrat stellte in seiner Botschaft zur 9. AHV-Revision fest, dass der Koordination der eingesetzten finanziellen Mittel eine grosse Bedeutung zukomme. Er sieht für diesen Zweck die kantonalen Koordinationsstellen vor. Seit 1979 hat sich im Spitexbereich einiges verändert: In der Botschaft wurden die Kosten für die Beiträge im Bereich "Hilfsleistungen" auf 9 Mio. Fr. geschätzt, 1991 beliefen sie sich auf 65 Mio. Franken. Eine erste Auswertung der Spitexdaten, die durch die Subventionen nach Artikel 101bis AHVG im BSV vorliegen, hat für den Bereich der privaten und gemeinnützigen Organisationen im Jahre 1991 Ausgaben von 330 Mio. Fr. ergeben; eine Schätzung der Ausgaben für die ganze Schweiz (inkl. öffentlicher Sektor), einen Betrag von etwa einer halben Milliarde.

Der Bereich der ambulanten Dienste im Gesundheits- und Sozialwesen zeichnet sich durch grosse Komplexität und Vielfalt aus. Dies gilt von der Art und Menge des Hilfe- und Pflegebedarfs, über die Patienten, über das differenzierte Angebot und die sehr dezentrale Organisation bis zur Finanzierung. Hinzu kommt, dass die ambulanten Dienste dem Grundsatz der Subsidiarität unterstellt sind, d.h. dass sie als Bestandteil des sogenannten formellen Hilfsnetzes nur dann stützend und/oder stellvertretend eingreifen sollen, wenn die Selbsthilfe und das informelle Hilfsnetz nicht ausreichen.

Für die Zukunft prognostizieren uns sämtliche demographischen Szenarien einen drastischen Anstieg der Rentnergenerationen, speziell derjenigen der sehr alten Menschen! Wir wissen bereits heute, dass dies auch einen vermehrten Pflegeaufwand zur Folge haben wird! Wie versorgen wir die Generation der sehr alten Menschen nach dem demographischen Überschallknall mit den nötigen Pflegedienstleistungen? Das BSV weiss es noch nicht, niemand weiss eigentlich wie das funktionieren soll! Was heisst das? Wir müssen versuchen aus den vielfältigen vorhandenen lokalen, regionalen und kantonalen Ansätzen zu Lösungen des Problems "Pflege" zu lernen. Gelernt werden kann aber nur, wenn einigermassen bekannt ist, was in der Realität läuft. Lernen heisst aber auch nicht, dass aufgrund des Gelernten, oder des vermeintlich Gelernten, Patentlösungen aufoktroiert werden, die sich dann als Muster ohne Wert erweisen! Im Gegenteil, es kann und soll ein gewisses Experimentierfeld geschaffen werden, in dem verschiedene Lösungsansätze konkret durchgespielt werden können.

Die vorliegende Arbeit ist ein erster Schritt auf dem Weg der Bearbeitung der verschiedenen Problemgruppen. Sie dient der Informationsbeschaffung, und soll den Startpunkt für einen kontinuierlichen Informationsaustausch unter den Kantonen setzen: Es geht um die Schaffung einer einheitlichen Basis für eine Spitexstatistik, die sich auf möglichst wenige, aber kontrollierbare und auf allen Ebenen (Gemeinde – Kanton – Bund) relevante Kenndaten beschränken soll. Dies und nicht mehr will der Bund, schon gar nicht dirigistisch in die Kantone oder Dienste hineinwirken. Denn der Grundsatz der Subsidiarität, der zu einer konsequenten Delegation nach unten führt, gilt auch im Bereich der ambulanten Dienste ohne Einschränkung.

Der Bericht ist in vier Teile gegliedert:

1. Überblick über die Spitex-Statistiken in der Schweiz und Vergleich kantonaler Spitex-Daten sowie von Kenndaten für die Beurteilung des Standes der Spitexversorgung in der Schweiz.
2. Zusammenstellung kürzlich abgeschlossener oder noch laufender Forschungsprojekte zu Fragen der ambulanten Versorgung in der Schweiz.
3. Empfehlungen für das weitere Vorgehen.
4. Sammlung der gesetzlichen und konzeptionellen Unterlagen über Ziel, Inhalt, Struktur, Trägerschaft und Finanzierung der Spitex-Dienste in allen Kantonen.

Teil 4, die Sammlung der gesetzlichen und konzeptionellen Unterlagen, ist als Loseblatt-Sammlung angelegt. Dies hat praktische Gründe, ist aber in bezug auf das ganze Projekt durchaus auch symbolisch gemeint: Die Arbeit ist hier nicht abgeschlossen, sie muss weitergeführt werden, sonst verliert sie ihren Wert sehr rasch. Der Bund sieht sich in der Rolle des Initianten und Katalysators. Er ist sich bewusst, dass eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung der Schweiz mit ambulanten Dienstleistungen nur in guter Zusammenarbeit mit den Trägern der Dienste, mit den Gemeinden und den Kantonen erreicht werden kann. Letzteren sei an dieser Stelle für ihre aktive Unterstützung des Projekts gedankt – auch in der Hoffnung, dass sie den Faden aufnehmen und am angefangenen Netz weiterspinnen werden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Teil I Spitex-Statistiken in den Kantonen	
1. Ausgangslage	8
2. Vorgehen	8
3. Ist-Zustand und Bewertung der Datensammlung der Kantone	9
4. Zusammenfassung: Qualität der Daten und Datenprofile	21
Teil II Forschung	
1. Ausgangspunkt	26
2. Informationsquellen	26
3. Zusammenstellung der laufenden Forschungsprojekte	27
Teil III Empfehlungen	
1. zu den Statistiken	30
2. zur Finanzierung der ambulanten Dienste	33
3. zu den übrigen Unterlagen	34
Teil IV Spitex-Inventar	
Loseblattsammlung nach Kantonen	

Spitex - Inventar

Teil I Spitex-Statistiken in den Kantonen

Inhalt	Seite
1. Ausgangslage	8
2. Vorgehen	8
3. Ist-Zustand und Bewertung der Datensammlung der Kantone	9
4. Zusammenfassung: Qualität der Daten und Datenprofile	21

Teil I: Spitex-Statistiken in den Kantonen

1. Ausgangslage

In der Schweiz befinden sich die spitalexternen Dienste noch in der Auf- oder Ausbauphase. Gesamtschweizerisch sind die statistischen Grundlagen nirgends umfassend zusammengestellt – auch der Bericht des Bundesamtes für Sozialversicherung "Förderung der offenen Altershilfe 'Spitex'", beschränkt sich auf eine – allerdings grosse – Gruppe, nämlich diejenigen Spitex-Dienste mit privater gemeinnütziger Trägerschaft, die um einen finanziellen Beitrag gemäss Art. 101bis AHVG nachsuchen. Es existieren zudem keine übereinstimmenden Vorstellungen darüber, welche Daten überhaupt zu sammeln wären. Die einfachen Hauptfragen dieses Teils der Untersuchung lauten deshalb:

- Welche Statistiken der spitalexternen Dienste existieren auf kantonaler und kommunaler Ebene oder bei den Dachorganisationen?
- Wieweit können sie dazu dienen, ein vollständiges Bild der in der Schweiz geleisteten spitalexternen Dienste zu zeichnen?

2. Vorgehen

Um eine möglichst breite Auslegeordnung vornehmen zu können, wurden alle kantonalen Gesundheitsdirektionen um statistische Unterlagen über ihre Spitex-Dienste gebeten. Mittels eines einfachen Fragebogens (s. Anhang) sollten zu verschiedenen Themen Daten zusammengestellt werden. Dabei wurde darauf verzichtet, möglichst feinabgestufte Daten zu erfragen, da Einzeluntersuchungen in Kantonen und Städten hinreichend belegen, dass mit einer eher zufälligen Datensammlung gerechnet werden musste, bzw. dass zu bestimmten Themen überhaupt keine Angaben zu erwarten waren. (Entsprechend wurden Fragen nach dem Bedarf nur am Rande gestellt.)

Im einzelnen sollten die Kantone folgende Unterlagen liefern:

- Generelle Angaben zu den Organisationen (Anzahl, Art, Umfang, Trägerschaft etc.)
- Angaben zu Personal und Arbeitsaufwand (Anzahl Stellen und geleistete Stunden, Daten zur Ausbildung und Personalentwicklung)
- Angaben zu den KlientInnen (Anzahl, Betreuungsstunden, KlientInnenentwicklung, Pflege-/Betreuungsabhängigkeit)
- Angaben zu Kosten und Finanzierung.

Sämtliche Kantone haben auf unsere Anfrage geantwortet. Etliche allerdings mit dem Hinweis, dass sie über keinerlei oder nur rudimentäre Daten verfügen.

Die Zusammenstellung der Daten wurde den verantwortlichen Stellen in den Kantonen mit der Bitte um Korrektur bzw. Ergänzung gesandt. Wiederum war die Kooperationsbereitschaft gross.

3. Ist-Zustand und Bewertung der Datensammlung der Kantone

Um die Übersicht über das Datenmaterial zu erleichtern, werden die einzelnen Informationen der Kantone nach 4 Kategorien klassiert, ohne dass damit aber bereits eine Aussage über die Korrektheit oder Vergleichbarkeit der Daten gemacht wird. Im einzelnen:

- ++ = Übersicht/Statistik vorhanden
- + = Übersicht/Statistik in Vorbereitung
oder
auf Anfrage erhältlich
- +/- = Übersicht/Statistik teil-, gebietsweise vorhanden
oder
Studie/einmalige Erhebung vorhanden
- = Keine Übersicht/Statistik vorhanden

3.1 Angaben zu den Organisationen/Diensten

Tabelle 1 gibt darüber Aufschluss, ob die Kantone äussere Merkmale der Spitex-Dienste angeben können. Darunter sind Angaben zur Anzahl der Organisationen, zu deren rechtlichem Status sowie zu Art und Umfang der Dienstleistung zu verstehen. Es wird zwischen Kerndiensten (Gemeindekrankenpflege, Hauspflege und Haushilfe) und den erweiterten Diensten (Mittagstisch, Mahlzeitendienst, Transportdienst, Fusspflege usw.) unterschieden.

Für beide Dienstkategorien existieren je nach Kanton verschiedene Begriffe: Kerndienste werden auch als Grunddienste, eigentliche, engere, wichtigste (BSV) Spitex-Dienste bezeichnet; für die erweiterten Spitex-Dienste existieren analoge Begriffe wie Neben- oder Zusatzdienste usw.

Tabelle 1: Angaben zu den Diensten / Angebot

Kantone	Kerndienste			Erweiterte Dienste		
	Anzahl	Art/Umfang der Dienstleistung	Trägerschaft	Anzahl	Art/Umfang der Dienstleistung	Trägerschaft
Zürich	++	++	++	++	-	++
Bern	++	+/-	++	-	-	-
Luzern	+/-	+	+	+	+	+
Uri	+/-	+/-	+/-	-	-	-
Schwyz	++	++	++	-	-	-
Obwalden	++	++	++	-	-	-
Nidwalden	++	+/-	++	-	-	-
Glarus	+	+	+	-	+	-
Zug	++	++	++	+/-	-	-
Freiburg	+	+	+	-	-	-
Solothurn	++	-	++	-	-	-
Basel-Landschaft	++	++	++	++	++	++
Basel-Stadt	++	+/-	++	-	-	-
Schaffhausen	++	++	++	++	-	-
Appenzell AR	+/-	+/-	-	-	-	-
Appenzell IR	++	++	++	++	++	++
St. Gallen	++	++	++	+	+	+
Graubünden	++	++	++	-	-	-
Aargau	++	++	++	-	-	-
Thurgau	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Tessin	++	++	++	-	-	-
Vaud	++	++	++	++	++	++
Valais	++	++	++	+	+	+
Neuchâtel	++	++	++	++	+/-	+/-
Genève	++	++	++	-	-	-
Jura	++	-	++	-	-	-

Kommentar:

Insgesamt sind die **Kerndienste** ziemlich gut dokumentiert: 17 Kantone können eine einheitliche Statistik vorweisen (8 Kantone liefern keine einheitlichen Daten: LU, UR, GL, FR, AR, AG, TG, JU). Bei den **erweiterten Diensten** sind demgegenüber nur 6 Kantone (ZH, BL, SH, AI, VD, NE) in der Lage, auswertbare Daten zu liefern.

Schwieriger wird die Beurteilung der Informationen, wenn wir sie auf ihre Vergleichbarkeit hin prüfen. So wäre es sowohl bei Kerndiensten wie auch bei den erweiterten Diensten wegen der Finanzierungsart und der jeweiligen Grösse des Einzugsgebietes wünschenswert, die genaue Anzahl der öffentlichen bzw. privaten Trägerschaften zu kennen.

Folgende Gründe lassen zur Zeit jedoch – selbst bei den Kerndiensten – keine verlässliche Zählung der privaten und öffentlichen Trägerschaften sowie der ihnen unterstellten Organisationen zu:

- **Die Unterscheidung zwischen Trägerschaft und Organisation ist unklar.** Sobald eine Trägerschaft mehrere Dienste bzw. Organisationen unter sich vereint und dies nicht eindeutig deklariert wird, wird die verlässliche Zählung zum Verwirrspiel.
- **Die gegenwärtigen Umstrukturierungen bei den Spitex-Diensten ergeben von Jahr zu Jahr neue Verteilungen** zwischen der Anzahl privater und öffentlicher Trägerschaften und in bezug auf die Anzahl Organisationen/Dienste.
- **Bei den erweiterten Diensten ist unklar, welche Dienste überhaupt gezählt werden:** Im Kanton Zürich figurieren unter dieser Rubrik 30 verschiedene Dienste, im Kanton Basel-Landschaft dagegen nur 7, beim Bundesamt für Sozialversicherung lediglich 3 Dienste. Entscheidend ist offensichtlich die jeweilige Perspektive der Zählenden: Im Kanton Zürich soll die Liste den gesamten Umfang möglicher Spitex-Hilfen darstellen; in Basel-Landschaft werden die gewöhnlich vermittelten und organisatorisch eng an die Kerndienste gebundenen Angebote deshalb "integrierte Dienste" genannt; während sich der Bund an jene Dienste hält, die Gesuche gestellt haben und die er als zu den Spitex-Diensten gehörig zählt.

Aber selbst wenn es gelänge, mit eindeutigen Kriterien den jeweiligen Spitex-Typ und folglich die Gesamtzahl genau zu erfassen, könnten viele, noch nicht unter einem Dach vereinte Kerndienste bzw. Organisationen ihr Einzugsgebiet schwerlich eindeutig definieren. Gerade dies wäre aber eine der wichtigen übergeordneten Bezugsgrößen, um Aussagen über die Art und Effizienz eines Betriebes machen zu können.

3.2 Angaben zu Personal und Arbeitsaufwand der Kerndienste

Tabelle 2: Angaben zu Personal und Arbeitsaufwand der Kerndienste

Kantone	Anzahl MitarbeiterInnen	Anzahl Stellen	Anzahl Pflegestunden ¹⁾	Ausbildung	Personalentwicklung ²⁾
Zürich	++	++	++	++	+
Bern	-/+	+/-	-	+/-	-
Luzern	+	+	+	+	+
Uri	+/-	+/-	+/-	+/-	-
Schwyz	-	++	++	++	-
Obwalden	+/-	+/-	+/-	+/-	-
Nidwalden	+/-	++	-	-	-
Glarus	+/-	+/-	-	+/-	-
Zug	++	++	++	+	+
Freiburg	-	-	-	-	-
Solothurn	+/-	+/-	+/-	+/-	-
Basel-Stadt	++	++	++	+/-	++
Basel-Landschaft	++	++	+	++	-
Schaffhausen	++	++	++	-	-
Appenzell AR	-	-	-	-	-
Appenzell IR	-	-	-	-	-
St. Gallen	+	+	+	+	-
Graubünden	++	+	++	-	-
Aargau	+	+	++	+	-
Thurgau	+/-	-	+/-	+/-	-
Tessin	++	++	++	-	++
Vaud	++	++	++	++	++
Valais	++	++	+	+	++
Neuchâtel	-	++	++	++	-
Genève	++	++	++	+	++
Jura	-	-	-	-	-

1) Nur verrechnete Pflegestunden (ohne Pflegestunden von Freiwilligen)

2) Quantitative Personalentwicklung in bezug auf die einzelnen Kernbereiche

Kommentar:

Die Erhebung der Anzahl Stellen, MitarbeiterInnen und der geleisteten Stunden wird oft zu den Grunddaten gezählt, weshalb vermutlich knapp die Hälfte der Kantone (10–12 Kantone ++) diese Angaben vermitteln können.

Weniger befriedigen hingegen die Daten zum Ausbildungsstand: Nur 5 Kantone erreichen die Klassierung "++", 7 Kantone können nur Teil- oder Studienergebnisse (+/-) vorlegen; und als ungenügend muss schliesslich das Datenmaterial zur Personalentwicklung (4 Kantone ++) eingestuft werden.

Obwohl knapp die Hälfte der Kantone (12 mal ++) die **Anzahl Vollstellen** der Spitex-Dienste in ihrer jährlichen Statistik vorweist – ein recht erfreuliches Ergebnis –, müssen auch diese Daten vorsichtig behandelt werden. Am verlässlichsten dürften die Angaben über die Stellen der Gemeindegemeinschaftspflegen sein, während die Unterscheidung zwischen Hauspflege- und Haushilfepersonal

häufig auch aus inhaltlichen Gründen (mangelnde Abgrenzung der Aufgaben) schwerfällt. Schliesslich wäre im einzelnen abzuklären, wieviele der Stellenprozente jeweils vom Verwaltungspersonal belegt werden.

Die Unterlagen von 12 Kantonen vermitteln einen Überblick über die **Pflege-/Einsatzstunden** (im Kanton Neuenburg wird der Begriff "heures productives" verwendet). Der Kanton Basel-Landschaft verzichtet auf die Angabe der Pflegestunden, rechnet dafür in seiner Leistungsstatistik mit diversen Kostenvergleichen (Kosten pro KlientIn und Einwohner, Anteile der Gemeindebeiträge etc. an den Gesamt-Ausgaben bzw. -Einnahmen).

3.3 Angaben zu KlientInnen

Tabelle 3: Angaben zu den KlientInnen

Kantone	1	2	3	4	5	6	7
	Anzahl Klienten	Klienten pro Stelle	Anzahl Betreuungsstunden pro Klient	Betreuungsstunden pro Stelle	Klientenentwicklung	Pflege-/Betreuungsbedürftigkeit	Weitere Benützerdaten (Alter, Einkommen etc.)
Zürich	++	++	++	++	++	-	-
Bern	+/-	+/-	-	-	+/-	+/-	+/-
Luzern	+	+	+	+	-	+	+
Uri	-	-	-	-	-	-	-
Schwyz	++	++	++	++	++	-	+
Obwalden	+/-	+/-	+/-	+/-	-	-	+/-
Nidwalden	+	-	-	-	-	-	-
Glarus	-	-	-	-	-	-	-
Zug	++	++	+	+	+	-	+
Freiburg	-	-	-	-	-	-	-
Solothurn	+/-	+/-	+/-	+/-	-	-	+/-
Basel-Stadt	++	++	++	++	++	+	++
Basel-Landschaft	++	-	-	-	-	-	++
Schaffhausen	++	++	++	++	-	-	++
Appenzell AR	-	-	-	-	-	-	-
Appenzell IR	++	-	-	-	-	-	-
St. Gallen	+	+	+	+	+	-	+
Graubünden	++	++	++	++	+	-	++
Aargau	++	-	-	-	-	-	-
Thurgau	+	+	++	++	-	-	-
Tessin	++	++	++	++	++	-	+/-
Waadt	++	++	++	++	++	--	++
Wallis	+	+	--	--	++	+	+
Neuenburg	++	++	++	++	-	-	++
Genf	++	++	+	+	+	++	++
Jura	-	-	-	-	-	-	-

Kommentar:

In 12 Kantonen kennt man die **Anzahl der pro Jahr versorgten Spitex-KlientInnen**. Die Frage ist wiederum: Wie verlässlich sind die erhobenen Zahlen? Es gibt zwei Gründe, die ein erhebliches Misstrauen rechtfertigen: Erstens werden, wie Untersuchungen bei einzelnen Spitex-Organisationen belegen, die KlientInnen-Karteien mit unterschiedlichen Kriterien bereinigt. (Wie lange wird eine KlientIn ohne Pflege/Betreuung jeweils in der Kartei geführt und in die Statistik aufgenommen?) Zweitens beweisen die uns vorgelegten Statistiken, dass KlientInnen mit kombinierten Dienstleistungen der Kerndienste mehrfach gezählt werden, da diese Gruppe nicht separat ausgewiesen wird. Einzig die Kantone Tessin und Waadt machen hier eine Ausnahme. (Der

Kanton Waadt macht jährlich einen Monats-Zensus der KlientInnen, von dem aus die Jahreszahlen hochgerechnet werden.)

Die Daten der Kolonnen 2 – 4 (KlientInnen pro Stelle, Anzahl Betreuungsstunden pro KlientIn, Betreuungsstunden pro Stelle) sind von den Tabellen 2 und 3 abgeleitete Daten und können direkt als Richtwerte für die Planung dienen, vorausgesetzt man ist sich der methodischen Probleme bewusst.

Insgesamt lässt sich aufgrund der Unterlagen nur bei 6 Kantonen (statt der erwarteten 12 Kantone mit KlientInnenangaben) die **KlientInnenentwicklung** ablesen. Weshalb 6 Kantone auf diesen Indikator verzichten, kann nur vermutet werden. Möglicherweise sind inkongruente KlientInnenangaben daran schuld, oder Daten über KlientInnen sind überhaupt erst seit kurzem vorhanden.

In 6 Kantonen werden rudimentäre **BenützerInnendaten** erhoben, die in den meisten Fällen eine Aufschlüsselung der KlientInnen nach dem Alter erlauben (in der Regel Trennung nach: AHV/Nicht-AHV; über 65j./unter 65j.). Die 80jährigen, eine wichtige, weil äusserst pflegeabhängige und damit planungsrelevante KlientInnengruppe, werden nur im Kanton Basel-Stadt und in einzelnen Studien erfasst. Kantone, die neue Datengrundlagen in Aussicht stellen, werden ebenfalls altersabhängige, differenzierte Daten liefern können.

Eigentliche **BenützerInnendaten** zur Pflege- und Betreuungsabhängigkeit können erwartungsgemäss nicht geliefert werden. Allerdings stellen verschiedene Kantone mit neuen Erhebungsinstrumenten Benutzerdaten in Aussicht (Luzern, Basel-Stadt, Wallis, Waadt, Genf).

3.4 Angaben zu finanziellen und demographischen Daten

Wie Tabelle 4 zeigt, geben 14 Kantone über die gesamten Kosten, die Kostenverteilung und die Kostenträger Aufschluss. Die Kostenentwicklung wird noch von 8 Kantonen dargestellt, während die Tarifentwicklung nur bei fünf Kantonen zu verfolgen ist, und der Vergleich mit Bevölkerungsdaten bei sechs Kantonen existiert.

Tabelle 4: Angaben zu finanziellen Daten / Vergleich mit Bevölkerungsdaten

Kantone	Kostenträger/-Verteilung	Kostentwicklung	Tarifentwicklung ¹⁾	Vergleich mit Bevölkerungsdaten
Zürich	++	++	++	++
Bern	+/-	-	+/-	+/-
Luzern	+	+	+	+
Uri	+/-	-	-	-
Schwyz	++	++	-	++
Obwalden	+/-	+/-	-	+/-
Nidwalden	+/-	-	+/-	-
Glarus	++	-	-	+/-
Zug	++	-	-	-
Solothurn	+/-	-	-	+/-
Basel-Stadt	++	++	++	++
Basel-Landschaft	++	-	-	-
Schaffhausen	++	++	++	++
Freiburg	-	-	-	-
Appenzell AR	+/-	-	-	+/-
Appenzell IR	+	-	-	-
St. Gallen	+	+	-	+-
Graubünden	++	++	-	-
Aargau	++	-	-	-
Thurgau	++	-	-	-
Tessin	++	++	++	-
Waadt	++	++	++	++
Wallis	++	++	-	-
Neuenburg	++	-	-	++
Genf	++	++	+/-	+/-
Jura	-	-	-	-

1) Gemeint sind KlientInnen-Tarife.

3.5 Kenndaten kantonaler Spitex-Dienste (Kerndienste)

Die Bewertung der kantonalen Datensammlungen ergibt als vorläufiges Resultat, dass sich gegenwärtig kein schlüssiges gesamtschweizerisches Spitex-Bild gewinnen lässt. Hingegen wird deutlich, dass 14 Kantone über (mehr oder weniger) gesicherte Grunddaten verfügen, die sich mit genügender Vorsicht vergleichen lassen (ZH, SZ, OW, ZG, BS, BL, SH, GR, SG, TG, TI, VD, NE, GE).

Als Grunddaten der Gemeindekrankenpflegen und Hauspflegen/Haushilfen (kumuliert bzw. kombiniert) gelten jeweils

- die Anzahl Vollstellen
- die (verrechenbaren) Pflegestunden
- die Anzahl KlientInnen (unter und über 65jährige)
- der Gesamtaufwand der Kerndienste (ohne Abzüge).

Trotz der Reduktion auf diese wenigen Spitex-Datengruppen ist keine einheitliche Übersicht herzustellen. Praktisch in jedem Kanton gelten irgendwo Besonderheiten, die den Vergleich der Daten behindern. Die **Tabellen 5** "Grunddaten kantonalen Spitex-Dienste" sind deshalb mit vielen Anmerkungen versehen.

In den **Tabellen 6** werden die vorhandenen Grunddaten aufgrund der Einwohnerzahlen der Kantone in vergleichbare Kennzahlen umgerechnet.

Tabelle 5a: Grunddaten kantonalen Spitex-Dienste (Kerndienste: GKP/HP/HH)

Kantone	Einwohner (Volkszählung 1990)			Stellen		
	alle	ü 65	ü 80	GKP	HP/HH	Total
ZH (1990)	1'179'044	166'758	44'665	339	743	1082
OW (1992)	29'025	4'147	1'056	12	11	23
SZ (1992)	111'964	13'376	3'263	–	–	50
ZG (1992)	85'546	9'387	2'260	25	52	77
BS (1992)	199'411	40'101	11'843	67	188	255
BL (1992)	233'488	29'657	6'601	68	141	209
SH (1992)	72'160	12'012	3'043	28	36	64
GR (1991)	173'890	25'650	6'298	–	–	–
SG (1992)	427'501	60'100	15'299	199	393	592
TG (1991)	209'362	29'309	7'410	64	57	121
TI (1993)	282'181	46'117	11'597	66	182	248
VD (1993)	593'737	90'099	24'827	177	414	591
NE (1992)	163'985	26'192	6'884	43	148	191
GE (1993)	379'190	51'033	14'608	246	517	763

Tabelle 5b: Grunddaten kantonaler Spitex-Dienste (Fortsetzung)

Kantone	Stunden		Klienten GKP			Klienten HP/HH		Aufwand Mio. Fr.
	GKP	HP/HH	Total	alle	ü 65	alle	ü 65	
ZH (1990)	416'006							-
OW (1992)	21'366	17'303	38'669					-
				Total GKP/HP/HH: 188		davon ü 65: 167		
SZ (1992)	28'260	47'275	75'535					3.46
				Total GKP/HP/HH: 1'382		davon ü 62/65: 985		
ZG (1992)	46'385	98'050	144'435	-	-	-	-	5.07
BS (1992)	70'645	336'996	407'641	2'703	2'433	4'468	3'574	18.74
BL (1992)	-	-	-	2'361	1'980	3'455	2'022	14.67
SH (1992)	42'790	65'803	108'593	1'345	1'217	635	434	4.15
GR (1991)			327'841					7.83
				Total GKP/HP/HH: 2'912		davon AHV: 1'019		
SG (1992)	148'387	416'202	564'589	3'984	-	5'236	-	32.50
TG (1991)	126'672	89'792	216'464	3'000	-	1'000	-	6.58
TI (1993)	-	-	-	2'360	1'962	2'689	2'173	17.51
VD (1993)	327'450	780'000	1'107'450	4'788	3'700	7'245	5'800	-
NE (1992)	37'182	213'801	250'983	2'601	1'994	3'339	2'241	12.59
GE (1993)	-	598'665	-	4'079	-	11'708	8'941	-

Anmerkungen zu den einzelnen Kantonen:

- Generell:**
- Vermutlich sind KlientInnen in den meisten Kantonen mehrfach gezählt (mit Ausnahme der Kantone Tessin und Waadt, die die kombiniert versorgten KlientInnen speziell ausweisen).
 - Stellenprozentangaben wurden auf ganze Stellen auf- oder abgerundet.
 - Die vorliegende Übersicht betrifft nur die engeren Spitex-Dienste GKP/HP/HH.
 - Unter der Rubrik "Stunden" sind immer Pflege-/Einsatzstunden (heures productives) gemeint.
- Zürich:** Der Kanton Zürich ist mit seiner Datensammlung aus Personalmangel stark im Verzug. Neuere Daten wurden erhoben, jedoch noch nicht publiziert. Aufwandzahlen liegen erst für 1988 vor und können deshalb nicht verwendet werden (Gesamtaufwand 1988: 61,2 Mio).
- Schwyz:** Angaben zu GKP/HP/HH-Stunden fehlen; nur Gliederung nach der Anzahl Besuche vorhanden.
Basis für die Berechnung der Stellenprozente sind die verrechenbaren Stunden. Dabei gilt folgender Schlüssel: GKP 1234 Std.; HP/HH 1 756 Std.; das Total der Stellenprozente umfasst das Personal von Verwaltung und Vermittlung (11 Stellen).
- Obwalden:** Die Daten stammen aus einer kürzlich abgeschlossenen BRAINS-Studie. Im übrigen liegen keine Daten vor.
- Zug:** Die Angaben zur Anzahl Stellen berücksichtigen das Verwaltungspersonal. Angaben zu KlientInnen fehlen.
- Basel-Stadt:** Die Einwohnerzahl schliesst Riehen und Bettingen mit ein. In der internen Spitex-Statistik sind die beiden Gemeinden zum Teil nicht integriert.
Die KlientInnendaten für Betagte werden nur ab 60 statt 65 angegeben.

- Basel-Land: Die vorliegende Statistik legt das Schwergewicht auf eine differenzierte Kosten-Finanzierungs-Statistik. Angaben zu verrechneten Stunden liegen keine vor, deren Erfassung wird aber zur Zeit vorbereitet. Gegenwärtig werden nur die Leistung bzw. die Taxpunkte berechnet.
- Schaffhausen: Keine Angaben zum Brutto-Aufwand. Angaben nur zu den Einnahmen: Für 1992 4,153 Millionen. Die vorliegenden Zahlen klammern das sog. "integrierte Spitex-Angebot" (erweiterte Dienste) aus.
- St. Gallen: Auswertung 1992: 162 von 210 Organisationen; Stellen mit Praktikantinnen, aber ohne Administration.
- Graubünden: Bereinigte und ergänzte Daten werden im Kanton Graubünden ab August 1994 für das Jahr 1993 vorliegen.
- Thurgau: Die vorliegenden Zahlen wurden zum Teil von den Vereinen hochgerechnet. Die Stellenprozente des Verwaltungspersonals wurden den Spitex-Diensten anteilmässig zugerechnet.
- Tessin: Die Stellenprozente des Verwaltungspersonals wurden den Spitex-Diensten anteilmässig zugerechnet.
Die Jahresstatistik zählt KlientInnen, die von zwei Spitex-Diensten betreut werden, gesondert. Um zu vergleichbaren Daten zu kommen, haben wir diese KlientInnen-gruppe gleichmässig auf die beiden Dienste GKP und HP/HH aufgeteilt. Die verrechenbaren Stunden liegen für den SAD Lugano nicht vollständig vor.
- Waadt: Die Grunddaten des Kantons Waadt basieren auf einem Monatszensus pro Jahr. Der Totalaufwand ist nicht mit demjenigen der anderen Kanton vergleichbar, da er die Kosten für Soziale Dienste ebenfalls enthält, die in den anderen Kantonen nicht zu den Spitex-Kerndiensten zählen.
- Neuchâtel: Das Einzugsgebiet der Gemeindekrankenpflege ist kleiner als jenes der Hauspflege/Haushilfe: 152 617 gegenüber 163 806 Einwohner (AHV: 24 372 [Hochrechnung] gegenüber 26 192).
- Genève: Daten aus den Jahresberichten 1993 von AMAF und SAF (HP/HH) sowie SASCOM (GKP). Stellenangaben inkl. Verwaltungspersonal.

Tabelle 6a: Kenndaten kantonaler Spitex-Dienste

Kantone	Klienten : Einwohner		Klienten : Einwohner über 65		Anzahl Pflegestunden pro Klient	
	GKP	HP/HH	GKP	HP/HH	GKP	HP/HH
ZH (1990)	1.59%	1.67%	9.49%	8.37%	22.1	56.1
OW (1992)	–	–	–	–	–	–
	GKP+HP/HH:	0.64%	GKP+HP/HH:	4.02%	GKP+HP/HH:	205.7
SZ (1992)	–	–	–	–	–	–
	GKP+HP/HH:	1.23%	GKP+HP/HH:	10.36%	GKP+HP/HH:	54.65
ZG	–	–	–	–	–	–
BS (1992)	1.35%	2.24%	6.06%	8.90%	26.1	75.4
BL (1992)	1.01%	1.48%	6.67%	6.81%	–	–
SH (1992)	1.86%	0.88%	10.13%	3.61%	31.8	103.6
SG (1992)	0.93%	1.22%	6.62%	8.71%	37.3	80
GR (1991)	–	–	–	–	–	–
	GKP+HP/HH:	1.67%	GKP+HP/HH:	3.97%	GKP+HP/HH:	112.6
TG (1991)	1.43%	0.47%	–	–	42.2	89.8
TI (1993)	0.83%	0.95%	4.20%	4.70%	–	–
VD (1992)	0.80%	1.22%	4.10%	6.43%	68.4	107.7
NE (1992)	1.70%	2.03%	8.18%	8.55%	14.3	64
GE (1993)	1.07%	3.09%	–	17.52%	–	51.1

Tabelle 6b: Kenndaten kantonaler Spitex-Dienste (Fortsetzung)

Kantone	Pflegestunden pro Stelle		Einwohner pro Stelle		Einwohner über 65 pro Stelle	
	GKP	HP/HH	GKP	HP/HH	GKP	HP/HH
ZH (1990)	1'227	1'488	3'478	1'587	492	224
OW (1992)	1'780	1'573	2'419	2'638	345	377
SZ (1992)	–	–	–	–	–	–
	GKP+HP/HH:	1'238	GKP+HP/HH:	1'835	GKP+HP/HH:	219
ZG (1992)	1'855	1'922	3'422	1'677	375	184
BS (1992)	1'054	1'792	2'976	1'060	598	213
BL (1992)	–	–	3'433	1'655	436	210
SH (1992)	1'528	1'880	2'577	2'004	429	334
SG (1992)	747	1'059	2'148	1'088	302	153
GR (1991)	–	–	–	–	–	–
TG (1991)	1'979	1'575	3'271	3'673	458	514
TI (1993)	–	–	4'275	1'550	699	253
VD (1992)	1'850	1'884	3'354	1'434	509	217
NE (1992)	864	1'444	3'813	1'108	566	177
GE (1993)	–	1'158	1'541	733	207	99

Tabelle 6c: Kenndaten kantonaler Spitex-Dienste (Fortsetzung)

Kantone	Einwohner über 80 pro Stelle	Total Aufwand pro Einwohner in Fr.	Total Aufwand pro Ein- wohner über 65 in Fr.	Aufwand pro Einwohner über 80 in Fr.
ZH (1990)	41	–	–	
OW (1992)	46	–	–	
SZ (1992)	65	30.9	258.6	1'060
ZG (1992)	29	59.2	540.2	2'244
BS (1992)	46	94.0	467.3	1'582
BL (1992)	32	62.8	494.5	2'222
SH (1992)	48	57.5	345.7	1'365
SG (1992)	26	76.0	540.8	2'124
GR (1991)	–	45.1	305.4	1'244
TG (1992)	61	31.4	224.5	888
TI (1993)	47	62.1	379.6	1'510
VD (1993)	42	–	–	–
NE (1992)	36	76.8	480.5	1'828
GE (1993)		–	–	–

Kommentar:

Mit den uns zur Verfügung stehenden Unterlagen bzw. deren unsicherer Datenqualität lässt sich vorerst nur ein Hauptresultat festhalten: Bei allen Kenndaten sind zum Teil ausserordentlich grosse, z.Z. nicht erklärbare Bandbreiten festzustellen. Variationen um 100 % werden in fast jeder Kategorie erreicht. Im einzelnen:

Bandbreiten für

- Prozentualer Anteil der KlientInnen an der Gesamtbevölkerung:
 - GKP: 0,80 % (VD) bis 1,86 % (SH)
 - HP/HH: 0,47 % (TG) bis 3,09 % (GE)
- Prozentualer Anteil der über 65j. KlientInnen an der über 65j. Bevölkerung:
 - GKP: 4,1 % (VD) bis 10,13 % (SH)
 - HP/HH: 3,61 % (SH) bis 17,5 % (GE)
- Pflegestunden pro KlientIn:
 - GKP: 14,3 (NE) bis 68,4 (VD)
 - HP/HH: 51,1 (GE) bis 107,7 (VD)
- Pflegestunden pro Stelle:
 - GKP: 747 (SG) bis 1 979 (TG)
 - HP/HH: 1 059 (SG) bis 1 922 (ZG)
- Einwohner pro Stelle (Versorgungsdichte):
 - GKP: 1 541 (GE) bis 4 275 (TI)
 - HP/HH: 733 (GE) bis 3 673 (TG)
- Einwohner ü. 65 pro Stelle (Versorgungsdichte):
 - GKP: 207 (GE) bis 699 (TI)
 - HP/HH: 99 (GE) bis 514 (TG)

- Einwohner ü. 80 pro Stelle (Versorgungsdichte):
GKP + HP/HH: 19 (GE) bis 65 (SZ)
- Aufwand pro Einwohner:
Fr. 30.90 (SZ) bis Fr. 94.00 (BS)
- Aufwand pro Einwohner ü. 65:
Fr. 224.50 (TG) bis 540.80 (SG)
- Aufwand pro Einwohner ü. 80:
Fr. 887.90 (TG) bis 2'243.80 (ZG)

4. Zusammenfassung: Qualität der Daten und Datenprofile

Kantone, die Daten liefern können (Jahresstatistik, Einmalerhebung), sind in der Regel im Stande, Angaben über das Angebot der Kerndienste (Gemeindekrankenpflege, Hauspflege, -Hilfe) und die (ungefähre) Kostenverteilung (Anteil Bund, Kanton, Gemeinde/private Trägerschaft) zu machen.

Diese Tatsache machte sich die Konferenz der Spitex-Beratungs- und Koordinationsstellen der Deutschschweizer Kantone und Liechtenstein zunutze, indem sie einen Raster für eine "Interkantonale Statistik über Hilfe und Pflege zu Hause" (auf der Basis der Zürcher Statistik); ausgearbeitet hat, welcher die notwendigen Grunddaten liefern sollte. Die Statistik versucht, Klarheit in die diversen Organisations- und Angebotsformen zu bringen: Insgesamt werden 14 verschiedene Diensttypen unterschieden. Auch wenn dieser Versuch zur Differenzierung sehr verdienstvoll ist, dürfte es doch fraglich sein, ob er etwas nützt, da er in erster Linie Jahr für Jahr die Entwicklung der Spitex-Organisationen dokumentieren würde. Bis jetzt liegen jedoch noch keine aggregierten Daten vor. Der zuständige Sachbearbeiter befürchtet, dass mangels Druckmöglichkeiten auf die Kantone kurzfristig kaum mit einem vollständigen Datensatz gerechnet werden kann.

Die Datenqualität ist – wie mehrfach beschrieben – sehr unterschiedlich und je nach Datengruppe von verschiedenen Faktoren abhängig:

- Es existieren interkantonal keine einheitlichen Erhebungsinstrumente. Alle Kantone, auch jene, die überzeugendes Material liefern, benutzen eine eigene Form der Datenaufbereitung und setzen unterschiedliche Schwerpunkte.
- Selbst, wo auf kantonaler Ebene einheitliche Erhebungsinstrumente vorhanden sind, kann die unterschiedliche Organisationsstruktur eine gesicherte Datenerfassung erschweren.
- Auch wenn von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann, ist die Vergleichbarkeit der Daten noch lange nicht gesichert, weil Begriffe (was zählt zu den erweiterten Diensten?), Einsatzkriterien (wann werden die jeweiligen Kerndienste wofür eingesetzt?) oder betriebliche Voraussetzungen nicht übereinstimmen.
- Bis heute sind die Daten angebotsorientiert. Eigentliche bedarfsorientierte Daten existieren nur im Zusammenhang mit Einzelstudien.
- Evaluationen, die die Qualität der Dienstleistungen messen würden, liegen keine vor.

Aufgrund der Datensituation lassen sich folgende statistische Einzelprofile zeichnen.

Profil 1: Keine Statistik vorhanden

Drei Kantone (Freiburg, Jura, Aargau) liefern keinerlei Angaben, z.T. mit der Begründung, die Spitex-Aufgabe werde neu angepackt.

In diesen Kantonen sind auch keine Studien bekannt, die den Ist-Zustand erfassen.

Profil 2: Neue Instrumente sind in Entwicklung

Einige Kantone befinden sich in einem Orientierungsstadium. Sie haben seit einiger Zeit erkannt, dass sie über Spitex-Daten verfügen müssen, sind an einer Bestandesaufnahme interessiert oder haben eine solche eben abgeschlossen (**Bern, Obwalden, Luzern, Glarus, Thurgau**), und versuchen nun, für die Zukunft ein entsprechendes Datensystem bzw. einen Datenstock aufzubauen.

Dabei ist zu beachten, dass sowohl die Qualität der Bestandesaufnahmen wie auch der entwickelten, statistischen Instrumente sehr unterschiedlich ist. Das Spektrum der Bestandesaufnahmen beispielsweise reicht von der Seminararbeit (Kanton **Uri**) bis zur wissenschaftlichen Arbeit (**Bern**).

Die Entwicklung neuer statistischer Instrumente hängt offensichtlich auch von der Grösse des Kantons ab. So kann sich **Appenzell IR** als kleiner Kanton damit begnügen, ein Finanzierungsmodell zu entwickeln und die Sollwerte für den Stellenplan zu bestimmen - von einem Grunddatensatz wird im Leitbild nichts erwähnt.

Im Gegensatz dazu haben die Kantone St. Gallen, Luzern und Wallis ein extensives Datenerfassungsinstrument aufgebaut:

Im Falle des **Kantons St. Gallen** ist jedoch der Detaillierungsgrad viel zu hoch und zum Teil fragwürdig. Jedenfalls dürfte es nicht der Zweck eines kantonalen Erfassungsinstrumentes sein, die Anteile der Teamarbeitszeiten beim Spitex-Personal zu erfassen.

Der **Kanton Luzern** hat mit der Entwicklung und Durchführung einer Spitex-Statistik das kantonale Amt für Statistik beauftragt. Die auf Individualdatenbasis konzipierte Erhebung wurde nach verschiedenen Vortests und der Instruktion der Spitex-Organisationen mit dem ersten Quartal 1994 im ganzen Kanton eingeführt.

Das Erhebungsinstrument ist insofern neu, als es

1. die einzelnen KlientInnen erfasst, was Mehrfachzählungen ausschliesst;
2. verschiedene demographische bzw. soziale Indikatoren aufführt (allerdings fehlen Angaben zu den finanziellen Verhältnissen);
3. den Einsatzgrund und die geleisteten Stunden erfasst;
4. klar zwischen Daten zu den LeistungsbezügerInnen, dem Personal, der Erfolgsrechnung und der Trägerschaft unterscheidet.

Für die Erhebung wurden verschiedene Formulare entwickelt, die von den Spitex-Organisationen von Hand oder mit der Schreibmaschine ausgefüllt werden. Um denjenigen Spitex-Diensten, die ihre Administration EDV-mässig führen, eine elektronische Datenübermittlung zu ermöglichen, wurde von einer privaten EDV-Firma der statistikgerechte Ausbau der bestehenden Administrativsoftware in Rücksprache mit dem kantonalen Amt für Statistik programmiert. Diese Software wird in einzelnen grösseren Spitex-Organisationen getestet und soll später auch anderen daran interessierten Organisationen angeboten werden.

Praktisch zur gleichen Zeit entwickelte der **Kanton Wallis** ein neues, eher konventionelles Erhebungsinstrument, dessen Ziele wie folgt umschrieben werden: "Erhebung aussagekräftiger Daten; Vergleichbarkeit, leichte Weiterverarbeitungsmöglichkeit, einheitliche Erhebung der Daten...".

Im Unterschied zum Kanton Luzern werden nur aggregierte Daten gesammelt. Mittels eines ausführlichen Leitfadens sollen Erhebungsfehler ausgeschlossen werden. Unter anderem liegt eine klare Definition für "Neue Fälle" vor (KlientInnen, deren letzte Pflege/Betreuung mindestens ein Jahr zurückliegt). Einzelne Definitionen der "Problemkreise" scheinen noch unpräzise: So wird zum Beispiel ziemlich unscharf zwischen dem Problemkreis "soziale Schritte" und "moralische Unterstützung" unterschieden.

Profil 3: Planungsrelevante Statistiken sind vorhanden

Einige Kantone haben bereits seit einiger Zeit die Spitex-Planung konkret in Angriff genommen und verfügen deshalb über **einheitliches Datenmaterial**. Zu dieser Gruppe gehören die Kantone Basel-Stadt, Neuenburg, Schaffhausen, Schwyz, Waadt, Zürich, Genf. (Der Kanton Waadt erhebt wohl am präzisesten, dafür im Sinne eines Zensus nur für jeweils einen Monat pro Jahr. Umrechnungen auf das ganze Jahr sind aufgrund von Erfahrungswerten möglich, es muss aber berücksichtigt werden, dass für die verschiedenen Dienste nicht die gleichen Multiplikatoren benützt werden dürfen.)

Die genannten Kantone verfügen nicht nur über einheitliche, sondern über die besten KlientInnen- und Entwicklungsdaten (KlientInnen, Personal, Kosten, Tarife). Praktisch alle stellen auch laufend Vergleiche mit den Bevölkerungsdaten an. Grundsätzlich sind aber mit diesen Datensätzen nur Informationen im Bereich der oben dargestellten Kenndaten zugänglich. Die überzeugende Leistung, eine einwandfreie Erhebung vorausgesetzt, besteht darin, dass das Erhebungsinstrument einheitlich über den ganzen Kanton angewendet wird.

Aber, wie schon eingangs betont, auch diese Kantone verfügen zur Zeit über keine nachfrageorientierte Daten, und kein Kanton kennt oder misst die Qualität der Leistung. Einzig im Kanton Basel-Stadt wird ein Instrument zur Qualitätsmessung entwickelt.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass die in diesem Papier vorgelegten Daten erstmals als Übersicht zusammengestellt und kommentiert werden. Mindestens eine wichtige Etappe auf dem Weg zu einer schweizerischen Spitex-Statistik ist damit zurückgelegt.

Spitex - Inventar

Teil II Forschung

Inhalt	Seite
1. Ausgangspunkt	26
2. Informationsquellen	26
3. Zusammenstellung der laufenden Forschungsprojekte	27

Teil II: Forschung

1. Ausgangspunkt

Ziel dieses Teils ist es, die Forschungsprojekte über Fragen der ambulanten Dienste zusammenzustellen, die in der Schweiz vor kurzem abgeschlossen wurden oder z.Z. im Gang sind.

A priori muss dazu festgestellt werden, dass bei uns kein Forschungsinstitut, und nicht einmal ein Lehrstuhl besteht, die sich kontinuierlich mit diesem Thema befassen. Das ist in zweifacher Hinsicht bedauerlich: zum einen, weil nur kontinuierliche Forschung qualitativ gute Forschung ist bzw. werden kann; zum andern, weil das Fehlen einer solchen Institution bewirkt, dass niemand in der Schweiz den Überblick über den internationalen Stand des Wissens hat, und über das, was sich davon für die schweizerische Praxis auswerten liesse.

Zweifellos gibt es Kontakte zwischen der Schweiz und andern Ländern auch im Bereich der ambulanten Dienste, aber sie sind – wie die Forschungsprojekte – wenn auch sehr nützlich, so doch zwangsläufig punktuell. Im übrigen beschränken sich diese Kontakte weitgehend auf die Suisse romande. Dies ist auf den höheren Professionalisierungsgrad und das stärkere Engagement der welschen Kantone bei der Entwicklung der ambulanten Dienste mit entsprechend mehr zentralem Personal zurückzuführen.

2. Informationsquellen

Forschung im weitesten Sinn wird an den Hochschulen, im Rahmen von Diplomarbeiten auch an höheren Fachschulen für Sozialarbeit bzw. an der Kaderschule des SRK, durch Verwaltungsstellen, z.B. das Office cantonal vaudois de statistique oder in deren Auftrag, z.B. durch private Beratungsbüros betrieben.

Die Information über diese Projekte ist entsprechend verstreut und zusätzlich schwer eruierbar, weil gerade bei Hochschulprojekten der Titel zuweilen wenig über den Inhalt aussagt.

Angefragte Quellen:

- Schweizerischer Nationalfonds
- Universitäten und Hochschulen
- Höhere Fachschulen für Sozialarbeit
- Kaderschule SRK, Aarau
- Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum, Zürich
- Schule für Gemeindekrankenpflege, Sarnen
- Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen, Aarau
- Institut suisse de la santé publique, Lausanne
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Bundesamt für Statistik
- Schweiz. Dachverbände Gemeindekrankenpflege, Hauspflege, Haushilfe
- Pro Senectute Schweiz, Zürich
- Verbindung der Schweizer Ärzte
- Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
- In den Kantonen für Spitex zuständige Stellen

Gefragt wurde nach 1993/94 abgeschlossenen und laufenden Forschungsprojekten, Diplom- und ähnlichen Arbeiten.

3. Zusammenstellung der laufenden Forschungsprojekte

Systematik: Alphabetisch nach ProjektleiterIn

Titel	Projekt-leiterIn	Institution
Le Boum: Un modèle vaudois de prise en charge alternative	Josiane Antille	Assoc.lausannoise pour la santé maintien à domicile Lausanne
Pflege und Sozialarbeit mit alzheimer-erkrankten Menschen im ambulanten Bereich	Brigitte Bächtold, Herbert Keller	Schule für Soziale Arbeit, Zürich
Kosovo-Albanerinnen in der Mütterberatung	Nicole Baltzinger	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
Psychothérapie de groupe et dépression dans l'âge	Lucio Bizzini	Institut universitaire de Psycho-Gériatrie, Genève (NFP 32)
Projekt der kleinen Schritte Sozialpädagogische Begleitung im Alter	Jacqueline Brütsch	Schule für Soziale Arbeit, Zürich
Les principes de l'allocation budgétaire aux établissements medico-sociaux	Daniel Depelteau u.a.	Service de la Santé Publique, Lausanne
Trajectoire des clients âgés dans le réseau des services socio-gérontologiques, Genève	J.-N. DuPasquier u.a.	Me-Ti S.A., Carouge
Les prestations de l'aide ménagère et familiale à domicile à Genève	J.-N. DuPasquier	Me-Ti S.A., Carouge
Belastung und Bedürfnisse von Familienangehörigen, die demente Patienten betreuen	Doris Ermini	Memoryklinik Basel Geriatriische Universitätsklinik/Kantonsspital, Basel(NFP 32)
The role of government in the provision and financing of long-term care: an overview	Stefan Felder, Peter Zweifel	Inst. für empirische Wirtschaftsforschung Universität Zürich
Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées	François Hainard	Institut de sociologie et science Université Neuchâtel (NFP 32)
Schweizerische Gesundheitsbefragung	B. Herren	Bundesamt f. Statistik, Sektion Gesundheit, Bern
Admission to hospitals of home care and home health care clients in Geneva	E. Hirsch Durrett, E. Christe	Institut d'Etudes Sociales, Genève
Inanspruchnahmeverhalten bei psychosozialen Nachbetreuungsangeboten durch brustamputierte Frauen im Kanton Aargau	Yvonne Kaufmann	Schule für Soziale Arbeit, Zürich
Die Situation der "care givers" alter Menschen im Raume Bern	Annem. Kesselring	Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und -pfleger, Bern NFP 32 (geplant)
Wer steht auf der Warteliste von Alters- und Pflegeheimen	Tina Kiefer	Psychol. Institut der Universität Freiburg

Klinikaustritt, wohin? Probleme bei der Suche nach geeigneten Einrichtungen für chronisch Schizophrene im Kanton Zürich	Martina Lockwald	Schule für Soziale Arbeit, Zürich
Kann die Sozialpädagogik einen wirkungsvollen Beitrag zur Stützung des Haushilfesystems leisten	Mengia Marugg	Schule für Soziale Arbeit, Zürich
Tamilische Eltern und Kinder verstehen lernen. (Die Entstehung einer Arbeitshilfe für die tamilische Mütterberatung)	Silvia Meier	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
Förderung von sozialer Unterstützung und Gesundheit in der Stadt (SUGES)	Peter C. Meyer	Abt. f. Psychosoziale Medizin Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital Zürich
Les besoins de la famille des personnes âgées avec démence sénile au Tessin	Christina Molo	Centro documentazione e ricerca dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, (NFP 32)
Psychosoziale Rehabilitation Betreutes Wohnen für psychisch behinderte Menschen	Ruth Murbach	Schule für Soziale Arbeit, Zürich
Kinderspitex - eine Vision	F. Muser Linggi	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
Gesundheitsförderung in der Gemeindekrankenpflege	Ruth Mühleemann	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
Selbständig - trotz Infusionstherapie, Entwickeln eines Leitfadens für Laien	F. Muser Linggi	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
Spitex-Datenerhebung 1990/92 im Kt. St. Gallen	Martin Patzen	Forschungsgruppe für Management an der HSG
Evaluation sozialmedizinischer Politiken und Stellung spitalexterner Pflege betagter Menschen	Brigitte Santos-Eggimann	Inst. universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne (NFP 32)
Übersetzungshilfe f. Mütterberatungsschwestern	M. Schuppli-Foster	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
"Soins impossibles à domicile": Impression médicale ou diagnostic?	Hans Stalder	Policlinique de médecine, Hôpital Cantonal Universitaire Genève
Erforschung von innovativen geriatrischen Hausbesuchen	Andreas Stuck	Zieglerspital Bern (NFP 32)
La réadaptation en hôpital pour malades chroniques, ou le jeu de Loex	Julia Vecsey, P. Conne	Hôpital de Loex Bernex-Genève
Gesundheitsstatistisches Informationssystem	K. Weiss	Bundesamt f. Statistik, Bern
Die ambulante Versorgung von psychisch Kranken in der Gemeindekrankenpflege: Ausgangslage und Perspektiven im Kanton BL	Simon Wiget	Höhere Fachschule im Sozialbereich, Basel
Die Neurodermitisgruppe	C. Zangger Waespe	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich
Spitalvorbereitung für Eltern und Kind	Claudia Züttel	Interdisziplinäres Spitex-Bildungszentrum Zürich

Spitex - Inventar

Teil III Empfehlungen

Inhalt	Seite
1. zu den Statistiken	30
2. zur Finanzierung der ambulanten Dienste	33
3. zu den übrigen Unterlagen	34

Teil III: Empfehlungen

1. zu den Statistiken

1.1 Grundideen

Empfehlung 1:

Beschaffung der Informationen für eine Spitex-Planung nach dem Bedarf

Begründung:

Bisher sind Bedarfsdaten nicht systematisch erhoben worden. Die Grundlage für eine bedürfnisgerechte Spitex-Planung fehlt demnach.

Folglich:

Es sind Instrumente zu schaffen und zum Einsatz zu bringen, die den Bedarf an Spitex-Leistungen quantitativ und qualitativ erfassen.

Empfehlung 2:

Aufbau eines Spitex-Informationssystems von unten nach oben

Begründung:

Die bisher bestehenden Informationssammlungen des Angebots und seiner Benützung (von Systemen kann man nicht sprechen) sind von oben nach unten durchgeführt worden, d.h. das BSV, ein Kanton oder eine Stadt verlangen von den Spitex-Organisationen Daten.

Je nach dem Grund für die Datensammlung, z.B. Subventionierung, Dokumentation der Leistungen zur Rechenschaftsablegung o.a., stehen andere Informationen im Vordergrund. Die Daten der einzelnen Sammlungen sind deshalb nicht vergleichbar.

Begriffe, Definitionen, (Einsatz-)Kriterien sind unklar bzw. werden nicht einheitlich verwendet. Sogar innerhalb einzelner Organisationen sind unterschiedliche Interpretationen die Regel. Entsprechend schwer auswertbar sind die Daten. Daten-Aggregationen über mehrere Organisationen, auf städtischer, kantonaler oder Bundes-Ebene sind auf jeden Fall fehlerhaft und eigentlich für die Planung nur als Tendenzanzeiger zu gebrauchen. (Dafür gäbe es aber weniger aufwendige und billigere Möglichkeiten.)

Da die Datensammlungen nur in den seltensten Fällen für die Datenlieferanten, d.h. die einzelnen Organisationen, und noch weniger für ihre MitarbeiterInnen nützlich sind, ist die Motivation, korrekte Angaben zu liefern, nicht sehr gross.

An der Basis fehlen einfache Datenerfassungsinstrumente.

Folglich:

Die Datenerfassung muss grundsätzlich geändert werden, wenn auf übergeordneter Ebene zuverlässige Planungsdaten zur Verfügung stehen sollen. Solche sind nur zu erwarten,

- wenn an der Basis der einzelnen Organisationen bzw. MitarbeiterInnen die Gewissheit besteht, dass die zu sammelnden Daten auch für sie selbst wichtig sind, und
- sofern die Datenerhebung keinen besonderen Aufwand erfordert.

Empfehlung 3:**Sicherung der Vergleichbarkeit der Daten***Begründung:*

Bisher ist es auf keiner Ebene möglich, Daten zu vergleichen, weder über verschiedene Institutionen hinweg, noch über einige Jahre. Es ist deshalb unmöglich zu sagen, woher die offensichtlich grossen Unterschiede zwischen einzelnen Kantonen und innerhalb der Kantone zwischen einzelnen Diensten rühren. Handelt es sich nur um das Resultat unterschiedlicher Zählweisen, oder um reale Differenzen, und wenn ja, lassen sich die Unterschiede z.B. aufgrund unterschiedlicher Bevölkerungsstrukturen erklären, oder worauf sind sie zurückzuführen?

Da heute niemand zu sagen vermag, welches Mass an ambulanten Diensten "richtig" ist, benötigen alle Ebenen, von der einzelnen Mitarbeiterin/vom einzelnen Mitarbeiter bis zum Bund (und darüber hinaus auch die internationale Ebene) Vergleichsdaten zur Orientierung, als Grundlage für den Einsatz und für die Planung.

Folglich:

Die zu schaffenden Instrumente müssen für die Erfassung der Grunddaten einheitlich sein. Das schliesst nicht aus, dass zusätzlich spezifische Daten erhoben werden, die innerhalb eines Dienstes interessieren.

Solche Instrumente sollten so gestaltet sein, dass sie nicht nur für die ambulanten Dienste, sondern auch für die stationären Dienste (insbesondere Heime) eingesetzt werden können, und umgekehrt.

Es scheint, dass sich international im stationären Bereich das System RAI (Resident Assessment Instrument von Brant E. Fries) durchsetzt. Zentral ist dabei der sog. Minimum Data Set (MDS), der den Anforderungen eines Systems von unten nach oben voll entspricht, indem für jede einzelne Klientin/jeden einzelnen Klienten persönliche und Bedarfsdaten erhoben werden. Dieser MDS dient auch als Grundlage für Planungs- und Finanzierungs-Instrumente, die in absehbarer Zeit sowohl auf die stationären wie auf die ambulanten Dienste zukommen werden. Dies gilt insbesondere für das von der gleichen Gruppe (Fries, University of Michigan) entwickelte System der Resource Utilization Groups (RUG), dessen Einführung in verschiedenen Kantonen diskutiert wird (Waadt, Zürich). Es basiert auf der Verbindung von Status, Diagnose und Bedürfnissen der KlientInnen mit der Benützung von Dienstleistungen und Ressourcen (gemessen am benötigten Betreuungsaufwand). Daraus lassen sich charakteristische Benützungsmuster für spezifische KlientInnengruppen ableiten, die die Planung und Finanzierung einer Organisation nach dem Bedarf ihrer KlientInnen erlauben.

In den USA ist RAI für Institutionen, die Medicaid-KlientInnen betreuen, gesetzlich vorgeschrieben; es wird in Schweden, Dänemark und den Niederlanden eingesetzt, eine französische Übersetzung ist soeben erschienen, und eine deutsche Version, die von Schweizern und Deutschen gemeinsam erarbeitet wird, ist auf Oktober 1994 zu erwarten. Es bestehen, bzw. sind im Entstehen, diverse Anwendergruppen, wie RAI-International, RAI-Europa, RAI-Skandinavien, RAI-Schweiz. RAI-Europa hat eine Arbeitsgruppe, die das System für ambulante Dienste adaptiert, was keine grösseren Probleme bieten sollte.

Wir empfehlen sehr stark, den Minimum Data Set von RAI zum Ausgangspunkt für die nötige Vereinheitlichung zu nehmen und mit den auf nationaler und internationaler Ebene arbeitenden Gruppen zusammenzuspannen.

1.2 Umsetzung

Empfehlung 4:

Der Aufbau eines Informationssystems von unten nach oben soll über drei Ebenen erfolgen

1. Die **PraktikerInnen** (MitarbeiterInnen, TeamleiterInnen, VermittlerInnen, EinsatzleiterInnen) legen fest, welche Daten/Informationen sie über eine nachfragende Person benötigen, um die Dienstleistung optimal vorbereiten, einteilen, erbringen, evaluieren und verrechnen zu können (z.B. Name, Adresse, Geschlecht, Alter, Bedürfnisse, Fähigkeiten, Abhängigkeit von Unterstützung, Intensität und Frequenz der Unterstützung, andere Hilfspersonen usw.).
2. Die VertreterInnen der **Trägerschaften** bestimmen die Daten/Informationen, die sie (zusätzlich zu den unter 1. erhobenen) über die Nachfragenden benötigen, damit sie ihre Organisation nach professionellen Standards führen, planen und das Personal optimal einsetzen können (z.B. Stellenplan, benötigte Qualifikationen, Einsatzplanung, Leistungsvergleich, Tarife, Rechnung, Evaluation usw.).
3. Die VertreterInnen der subventionierenden (oder Aufsichts-) **Behörden** (z.B. Stadt, Kanton, Bund) bestimmen die Daten/Informationen, die sie (zusätzlich zu den unter 1. und 2. erhobenen) benötigen, um ihren gesetzlichen Aufträgen nachzukommen, u.a.: Sicherung einer gleichwertigen Versorgung im entsprechenden Einzugsgebiet, Hebung des allgemeinen Qualitätsniveaus der Leistungen, gerechte Subventionierung, wirtschaftlicher Umgang mit knappen öffentlichen Geldern, Finanzplanung, Unterstützung von Verteilungsentscheidungen bei der Budgetberatung usw. (z.B. Bevölkerungsdaten zur Kennzahlenberechnung, Leistungsindikatoren, Richtwerte).

1.3 Computerisierung

Empfehlung 5:

Jedes neue Informationssystem muss von Anfang an für die Computerisierung eingerichtet sein

Begründung:

Ein Informationssystem von unten nach oben ist nicht zwangsläufig auf eine Computerisierung angewiesen. Aber der Aufwand, um die Daten von einer Ebene zur anderen weiterzugeben, wäre immens ohne Datenverarbeitung.

Selbst wenn anfangs alles noch von Hand ausgefüllt wird, muss das Instrument so konzipiert sein, dass die Daten später einfach auf ein Computersystem übertragen werden können. (MDS entspricht diesen Anforderungen.)

Folglich:

Benötigt wird also eine Software, die einfach zu handhaben ist, stufenweise die gewünschten Auswertungen liefert, und die für die nächst höhere Stufe benötigten Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes (z.B. also ohne KlientInnen-Namen) zur Verfügung stellt.

Grobraster für das Pflichtenheft:

KlientInnen/PatientInnen-Datei

- Stammdaten (Name, Adresse, Geschlecht, Alter, Angehörige, etc.)
- Situations-/Zustandsdaten (z.B. Situationsanalyse nach dem (zu codierenden) Bedarfsplanungsinstrument, ADL/IADL-Kategorien o.ä. auch als Vergleichsbasis für die Evaluation)
- Bedarfsdaten (aufgrund des Bedarfsplanungsinstruments ermittelter Bedarf - Art und Quantität)

- Leistungsdaten (Art und Quantität der erbrachten Leistungen)

Personal-Datei

- Stammdaten (Name, Adresse, Geschlecht, Alter, Ausbildung, etc.)
- Leistungsdaten (Verfügbarkeit, Einsatzarten, Einsatzstunden, Salär, usw.)

Führungs-Datei

- Zeiterfassung (automatische Bindung zum Rechnungswesen)
- Rechnungswesen (Lohnwesen, Fakturierung, Debitorenbuchhaltung, Investitionsrechnung, Bilanz, Budgetierung, Finanzplanung, usw.)
- Mitgliederverwaltung (z.B. bei Vereinen)

Statistiken

- KlientInnen/PatientInnen-Statistik
- Personal-Statistik
- Leistungs-Statistik
- Finanz-Statistik

Indikatoren

- Bedarfs- und Leistungsvergleiche

2. zur Finanzierung der ambulanten Dienste

Empfehlung 6:

Erarbeitung eines gemeinsamen Basis-Finanzierungsmodells

Begründung:

Die den Kantonen eingereichten Unterlagen und Statistiken zeugen von der grossen Vielfalt der in der Schweiz angewandten Finanzierungsmodelle:

- Es gibt zentrale und dezentrale Systeme je für Budgetierung, Fakturierung, Tarifierung, Kostenrechnung, Finanzierung und Subventionierung.
- In der Regel sind mindestens 6 Kostenträger vorhanden (KlientIn, Krankenkasse, Spitex-Organisation, Gemeinde, Kanton, Bund), die direkt oder indirekt zur Kostendeckung beitragen.
- Man findet Einheitstarife, nach Einkommen, Vermögen oder anderen sozialen Kriterien (z.B. Altersgruppe, Anzahl Kinder) gestaffelte Tarife, Einzelleistungs- und Zeittarife, usw.

Da diese Elemente frei kombiniert vorkommen, und weil die Abrechnungsinstrumente auch in allen Kategorien von sehr rudimentär bis zur ausgebauten Kostenrechnung zu finden sind, ist die Finanzierung der ambulanten Dienste auf allen Ebenen und mit nur wenigen Ausnahmen für die Benutzer, die Dienstleistenden und für die Kostenträger intransparent.

Die beiden Kernfragen

- "Wieviel kosten die ambulanten Dienste?" und
- "Wer bezahlt die ambulanten Dienste?"

können in den meisten Kantonen nicht beantwortet werden.

Gewiss ist, dass enorme Unterschiede fast von Dienst zu Dienst, sicher aber von Kanton zu Kanton bestehen. Von einer gleichwertigen Versorgung kann deshalb nicht nur vom Dienstleistungsangebot her, sondern auch in bezug auf die Finanzierung keine Rede sein.

Folglich:

Vom Bund und den Kantonen gemeinsam ist ein möglichst einfaches Basis-Finanzierungsmodell zu entwickeln. Dieses soll - vergleichbar mit unserer Empfehlung für die Statistik - von unten nach oben, d.h. von der einzelnen Leistung her konzipiert sein, und einen Raster anbieten, der auf jeder Ebene individuelle Lösungen zulässt, diese aber transparent ausweist.

Da sich kaum ein Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik besser dafür eignet, sollten bei der Erarbeitung des Finanzierungsmodells für ambulante Dienste unbedingt die Möglichkeiten eines Übergangs von der Objekt- zur Subjektfinanzierung studiert werden.

3. zu den übrigen Unterlagen**Empfehlung 7:****Schaffung einer schweizerischen Dokumentation der ambulanten Dienste***Begründung:*

Weil die ambulanten Dienste derart dezentralisiert sind, wird enorm viel Zeit und Geld aufgewendet, um quasi überall alles neu zu erfinden. Mit Hilfe einer schweizerischen Dokumentation könnte der Informationsaustausch institutionalisiert werden, wovon die einzelnen Organisationen, das ganze System und die Forschung profitieren würden.

Folglich:

Die Sammlung der Materialien im Rahmen der vorliegenden Untersuchung soll nicht als einmalige Aktion mit dem Ende des Projekts abgeschlossen werden. Vielmehr sollen die gesammelten Materialien als Grundstock einer schweizerischen Dokumentation betrachtet werden. Entsprechend muss gesichert werden, dass die Kantone, Verbände usw. ihre Unterlagen über die ambulanten Dienste zuverlässig an die Dokumentationsstelle senden.

Umsetzung

Verschiedene Möglichkeiten bieten sich für die Schaffung einer schweizerischen Dokumentationsstelle der ambulanten Dienste an:

- der Bund, als einer der Interessenten für (einen Teil der) Informationen könnte selbst (z.B. beim BSV) eine solche Stelle einrichten;
- es könnte ein geeigneter externer Träger gefunden werden, z.B. der Spitex-Verband Schweiz, evtl. auch das Interdisziplinäre Spitex Bildungszentrum, Zürich;
- eine eigene Institution könnte gegründet werden, z.B. ein Verein/eine Stiftung, die sich über den Verkauf von Informationen finanziert, oder ein Universitäts-Institut, das gleichzeitig den Auftrag zur Forschung auf diesem Gebiet hätte.

Die dritte Option ist die attraktivste, die zweite scheint zur Zeit jedoch am ehesten realisierbar.