

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Dr. Matthias Wächter

Senior Wissenschaftlicher Mitarbeiter

T direkt +41 41 228 99 32

matthias.waechter@hslu.ch

Angela Bommer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 228 99 20

angela.bommer@hslu.ch

**Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik
und Prävention**

Prof. Dr. Martin Hafen

Dozent und Projektleiter

T direkt +41 41 41 367 48 81

martin.hafen@hslu.ch

Sarah Rabhi-Sidler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 367 48 82

sarah.rabhi-sidler@hslu.ch

«Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick»

Schlussbericht

Dr. Matthias Wächter, Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement,
Institut für Betriebs- und Regionalökonomie (IBR), HSLU – Wirtschaft

Prof. Dr. Martin Hafen, Dozent und Projektleiter, Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und
Prävention (ISP), HSLU – Soziale Arbeit

Angela Bommer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, IBR, HSLU – Wirtschaft

Sarah Rabhi-Sidler, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, ISP, HSLU – Soziale Arbeit

Luzern, 18. Mai 2015

Inhalt

Management Summary.....	5
1. Einführung und Aufbau der Studie.....	11
1.1. Das sozialpolitische Umfeld der ambulanten Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung	11
1.2. Ziele der Studie.....	13
1.3. Projektorganisation	14
1.4. Methodisches Vorgehen und Aufbau des Berichts	14
1.5. Abgrenzung.....	15
1.6. Dank	15
2. Die Rolle und Funktion hauswirtschaftlicher und betreuerischer Leistungen	16
2.1. Wachsendes Angebot und verstärkter Wettbewerb.....	16
2.2. Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen aus sozialpolitischer Sicht.....	18
2.3. Die Rolle und Funktion der durch Spitexorganisationen erbrachten hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen.....	26
2.4. Analyse der heterogenen Zielgruppen und Kundensegmente der Spitex.....	31
3. Die Bedeutung des Bereiches Hauswirtschaft für Prävention und Früherkennung.....	38
3.1. Theoretische Grundlagen	38
3.2. Die Bedeutung der Hauswirtschaft für Prävention und Früherkennung - eine theoriegeleitete Hypothese	43
3.3. Die Wirkung der Hauswirtschaft auf der Ebene der Einflussfaktoren.....	45
3.3.1. Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit.....	45
3.3.2. Psychische Einflussfaktoren auf die Gesundheit.....	48
3.3.3. Körperliche und physikalisch-materielle Einflussfaktoren auf die Gesundheit	50
3.4. Schlussfolgerungen aus der Perspektive von Prävention und Früherkennung.....	52
4. Strukturen und Prozesse einer auf den Erhalt und Förderung der Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit ausgerichteten Hauswirtschaft	54
4.1. Zielgerichtetheit und Niederschwelligkeit des Angebots.....	55
4.2. Assessment	57
4.3. Kompetenzprofile.....	59
4.4. Synergien und Zusammenarbeitsformen.....	60
4.5. Massnahmen zur Prävention und rechtzeitigen «Behandlung» von Problemen.....	60
5. Kostenstrukturen und Finanzierung der Hauswirtschaft	62
5.1. Neue Herausforderungen bei der Ausschreibung der Leistungsverträge und Festlegung der Vergütungsansätze für die öffentliche Hand.....	62
5.2. Eine vertiefte Analyse der Kostenstrukturen der Hauswirtschaft.....	65
5.3. Tarife anderer Anbieter im «Markt» der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen.....	73
5.4. Die Finanzierung der Hauswirtschaft aus der Perspektive der öffentlichen Haushalte.....	76
5.5. Subjekt- versus Objektfinanzierung: Die Anreize auf der Ebene der individuellen privaten Haushalte	79

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	82
6.1. Schlussfolgerungen	82
6.2. Empfehlungen	88
7. Bibliografie	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Unterstützungsleistungen nach Alltagsaktivität.....	19
Abbildung 2: Verteilung der Unterstützungsleistungen nach Leistungserbringern	20
Abbildung 3: Die Entwicklung der Anzahl an Demenz erkrankter Personen in der Schweiz	26
Abbildung 4: Förderung der Selbständigkeit und Betreuung im Kontext der Spitexleistungen.....	30
Abbildung 5: Darstellung der Zuordnung von Leistungen zur Frequenz und Dauer im Rahmen des Zürcher Bedarfsplans	30
Abbildung 6: Darstellung der Zuordnung von Leistungen zur Dauer und Mindestqualifikation im Rahmen von RAI-HC	31
Abbildung 7: Die beiden zentralen Ebenen mit Einfluss auf Selbständigkeit, Lebensqualität und Funktionsfähigkeit	41
Abbildung 8: Die zentralen Aspekte von Prävention und Früherkennung.....	42
Abbildung 9: Beispiel der Checkliste für die Themenbereiche Bewegungsfähigkeit und Ernährung	58
Abbildung 10: Bruttokosten Arbeitgeber nach Anstellungsbedingungen und Erfahrungsstufen	67
Abbildung 11: Eine verfeinerte Analyse der Kostenstrukturen und Umlagen	69
Abbildung 12: Die Bruttokostenentwicklung der Krankenversicherung nach Leistungsbereichen (Schweiz)	76
Abbildung 13: Die Bruttokostenentwicklung der Krankenversicherung pro Versicherten in den Kantonen Zürich und Luzern.....	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden zwischen 2010 und 2013 in der Schweiz	16
Tabelle 2: Durchschnittliche Stundenzahl pro Klient/-in nach Leistungserbringertyp, 2010-2013	18
Tabelle 3: Anteil an unselbständigen Personen (zu Hause lebend) bei basalen und instrumentellen Aktivitäten des Alltags.....	22
Tabelle 4: Aufteilung der zu Hause lebenden an Demenz erkrankten Menschen nach Wohnform und Unterstützungsbedarf in der Schweiz	25
Tabelle 5: Verteilung der Klientinnen und Klienten sowie der Leistungsstunden nach Altersgruppen (2013)	32

Tabelle 6: Verteilung der in einem Jahr abgeschlossenen Fälle nach Austrittsgründen und Altersgruppen (Alle Leistungen).....	33
Tabelle 7: Verteilung der in einem Jahr abgeschlossenen Fälle nach Austrittsgründen und Altersgruppen (Fälle mit hauswirtschaftlichen Leistungen).....	34
Tabelle 8: Spitalaufenthalt vor Eintritt in Spitex (aufgeschlüsselt nach Eintrittsjahr und Austrittsgrund).....	34
Tabelle 9: Durchschnittliche Stundenzahl (Pflege und Hauswirtschaft) pro Fall nach Abschlussgrund.....	35
Tabelle 10: Durchschnittliche Stundenzahl (nur Hauswirtschaft) pro Fall nach Abschlussgrund ...	36
Tabelle 11: Einsatzdauer nach Abschlussgrund.....	37
Tabelle 12: Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Leistungsbezug (Kanton Luzern, 2012)54	
Tabelle 13: Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Altersgruppen (Kanton Luzern, Kanton Zürich, Schweiz).....	55
Tabelle 14: Verteilung der Leistungsstunden 2012 auf die Bereiche Pflege und Hauswirtschaft....	56
Tabelle 15: Die Entwicklung der Normkosten (50. Perzentil) der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Zürich nach Leistungsart, 2012 bis 2015.....	64
Tabelle 16: Die Entwicklung der durchschnittlichen Vollkosten nach Leistungsart der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Luzern 2012 bis 2014.....	64
Tabelle 17: Mindestlöhne gemäss Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft.....	66
Tabelle 18: Bruttokosten Arbeitgeber nach Anstellungsbedingungen und Erfahrungsstufen (Zahlen).....	67
Tabelle 19: Tarife für hauswirtschaftliche Leistung, Betreuung, und Entlastung im Marktumfeld der Spitex.....	73
Tabelle 20: Die Hauswirtschaftstarife der Spitexorganisationen Zürich Limmat, Winterthur, Kriens und Luzern.....	74
Tabelle 21: Neue Finanzierungsmodelle für die Hauswirtschaft im Kanton Bern.....	75
Tabelle 22: Entwicklung der Direktzahlungen von Kanton und Gemeinden an die Leistungsbereiche des KVG.....	77
Tabelle 23: Die Kostenentwicklung in der Pflegefinanzierung für die Gemeinden.....	79
Tabelle 24: Der Anteil EL-Bezüger an den Klientinnen/Klienten und geleisteten Stunden der Spitexorganisationen in der Stadt Zürich.....	81
Tabelle 25: Die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden zwischen 2010 und 2013 im Kanton Zürich.....	94
Tabelle 26: Die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden zwischen 2010 und 2013 im Kanton Luzern.....	94
Tabelle 27: Aufteilung der zu Hause lebenden an Demenz erkrankten Menschen nach Wohnform und Unterstützungsbedarf in den Kantonen Luzern und Zürich.....	95

Management Summary

Ausgangslage und Fokus der Studie

In der gesundheitspolitischen Debatte wie auch in der Versorgungsforschung richtete sich der Fokus im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung in den vergangenen Jahren stark auf die Pflege. Dazu trug auch die Neuregelung der Pflegefinanzierung auf den 1. Januar 2011 bei.

Im Schatten der Pflege stehen die Hauswirtschaft und die (sozial-)betreuerischen Leistungen, obwohl die Anzahl Hauswirtschaftsstunden der Spitex im Jahr 2000 mit 5.5 Mio. Stunden noch die Anzahl Pflegestunden (4.9 Mio. Stunden) übertraf. Dieses Verhältnis hat sich in der Zwischenzeit ins Gegenteil verkehrt. 2013 standen 5.4 Mio. Stunden in der Hauswirtschaft und Betreuung 11.9 Mio. Stunden in der Pflege gegenüber.

Die Verpflichtung der Kantone, für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause zu sorgen, ist in der Bundesverfassung verankert (BV Art. 112c). Doch sind die Ausgestaltung des Angebots und die Rolle der Spitexorganisationen im Bereich der «Hilfe zu Hause» weniger klar gefasst als in der Pflege.

- Welche Versorgungsziele werden in der Hauswirtschaft im Leistungsvertrag zwischen Spitex und Klientinnen/Klienten verfolgt?
- Welche Rolle kommen der Hauswirtschaft und Betreuung bei der Umsetzung der Altersleitbilder und des Leitsatzes «ambulant vor stationär» zu?
- Welchen Beitrag leisten Hauswirtschaft und Betreuung an den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität im gewohnten privaten Lebensumfeld?
- In welche Richtung sollen die heutigen Leistungen weiterentwickelt werden?

Diese Fragen bilden den ersten Schwerpunkt der Studie.

In den letzten Jahren hat das Angebot an pflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen durch private erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen stark zugenommen. Die Versorgung wird heute in vielen Regionen nicht mehr allein durch öffentlich-rechtliche oder gemeinnützige Organisationen sichergestellt. Dies stellt die Kantone und Gemeinden vor die anspruchsvolle Herausforderung, für die Vergabe und Finanzierung von Leistungsaufträgen sowie die Festlegung der von ihnen zu tragenden Restkosten der Pflege eine Rahmenordnung zu schaffen, die eine Grundlage für eine faire Konkurrenz zwischen den verschiedenen Organisationen bietet und gleichzeitig eine gewisse Zusammenarbeit und Vernetzung ermöglicht.

Es zeigen sich grosse Unterschiede in den Kostenstrukturen sowohl zwischen den verschiedenen Leistungserbringertypen (öffentlich-rechtliche, private gemeinnützige und private erwerbswirtschaftliche sowie selbständige Pflegefachpersonen) als auch innerhalb der einzelnen Gruppen. Diese Unterschiede betreffen sowohl die Pflege wie auch die Hauswirtschaft. Verfeinerte Kostenrechnungen und erweiterte Kennzahlenmodelle sind notwendig, um die Auswirkungen von Unterschieden in den Leistungsspektren und Klientenstrukturen auf die Kostenstrukturen der Leistungserbringer zu analysieren und abzubilden. Ausgehend von diesen verfeinerten Modellen stellt sich für die Finanzierer der hauswirtschaftlichen Leistungen die Frage, welche Mehrkosten eine Versorgungspflicht mit sich bringt und welcher Mehrwert zu welchen Kosten aus Unterschieden in der Art der Leistungserbringung der Hauswirtschaft und Betreuung entsteht. Darüber hinaus stellt sich für die öffentliche Hand die Frage, in welchem Mass sie die Tarife der Hauswirtschaft in Verbindung mit einem Leistungsauftrag mitfinanzieren soll.

Die Analyse der Kostenstrukturen der Leistungserbringung und der Finanzierungsströme zwischen Versorgungsbereichen und Kostenträgern bilden den zweiten Schwerpunkt dieser Studie.

Methodisches Vorgehen

Die Studie wurde im Zeitraum Dezember 2012 bis Dezember 2014 erarbeitet. Sie wurde als interdisziplinäres Projekt der Departemente Wirtschaft und Soziale Arbeit der Hochschule Luzern gemeinsam mit den Spitexorganisationen Luzern, Kriens, Winterthur und Zürich Limmat sowie den Städtischen Gesundheitsdiensten der Stadt Zürich als Praxispartnern unter dem Dach des Interdisziplinären Schwerpunkts «Gesellschaftliche Sicherheit und Sozialversicherungen» durchgeführt.

In der Studie wurde ein Methodenmix von Literaturrecherche, Dokumentenanalyse, Workshops, eigenen statistischen Auswertungen und Kostenrechnungen eingesetzt.

Im Rahmen der Literaturrecherche und Dokumentenanalyse wurden die wichtigsten Begrifflichkeiten und Grundlagen zu der Rolle und den Zielen der heutigen hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Spitex herausgearbeitet. Darüber hinaus wurde eine Analyse der Bedeutung von instrumentellen Unterstützungsleistungen im Verhältnis zu den pflegerischen Leistungen für die Umsetzung der Versorgungsziele vorgenommen.

In einem zweiten Schritt wurde ausgehend von den Erkenntnissen aus anderen Gesundheitsbereichen und der Literatur zu Prävention, Früherkennung und dem Erhalt und der Förderung der Funktionsfähigkeit theoriegeleitet das Potenzial der Hauswirtschaft in diesen Handlungsfeldern herausgearbeitet. Diesem Potenzial werden in der Studie die heutigen Strukturen und Prozesse der Hauswirtschaft bei den an der Studie beteiligten Spitexorganisationen gegenübergestellt.

Zur Untersuchung der Frage, welche Unterschiede in der Erbringung der hauswirtschaftlichen Leistungen welchen Beitrag an die Kostenunterschiede im Bereich Hauswirtschaft leisten, wurde ein verfeinertes Kennzahlenmodell zur Darstellung und Analyse der wichtigsten Kostenfaktoren der Hauswirtschaft entwickelt. Dieses Modell wurde in einer vergleichenden Analyse der beteiligten Spitexorganisationen eingesetzt.

Abgrenzung

Methodisch kann dieses Vorgehen eine umfassende, repräsentative Studie zur Wirksamkeit hauswirtschaftlicher und sozialbetreuerischer Unterstützungsleistungen unter Einbezug verschiedener Formen der Leistungserbringung und unterschiedlicher Leistungsanbieter nicht ersetzen. Die vorliegende Studie identifiziert aber kritische Struktur- und Prozesselemente und Einflussfaktoren, die entscheidend dafür sind, ob und in welchem Masse das Potenzial der Hauswirtschaft im Zusammenspiel mit der Pflege ausgeschöpft werden kann.

Zentrale Ergebnisse der Studie zur Rolle und Funktion der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen

Die Frage nach den Versorgungszielen, welche in der Hauswirtschaft und in den (sozial-)betreuerischen Leistungen im Leistungsvertrag zwischen Spitex und Klientinnen/Klienten verfolgt werden, lässt sich nur differenziert nach ihren sehr heterogenen Zielgruppen und Kundensegmenten beantworten.

Eine Aufschlüsselung zeigt die Vielfalt der heutigen Zielgruppen und der damit verbundenen Tätigkeitsprofile. Diese reichen unter anderem

- von der einfachen Haushaltshilfe im Anschluss an einen Spitalaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder einer Geburt über

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 7/95

- die Haushaltshilfe in komplexen und instabilen gesundheitlichen Situationen (z.B. im Rahmen von Palliative Care oder einer ambulanten onkologischen oder psychiatrischen Behandlung),
- die Übernahme der gesamten Haushaltsführung in Krisensituationen bis hin zu
- instrumentellen Unterstützungsleistungen, die dem Verbleib im privaten Wohnumfeld, dem Erhalt und Förderung der Selbständigkeit oder der Entlastung der Angehörigen dienen.

Diese verschiedenen Aufgabengebiete setzen ganz unterschiedliche Kompetenzprofile der Mitarbeitenden voraus. Die Heterogenität der Tätigkeitsprofile und Zielgruppen erschwert die Positionierung der Hauswirtschaft und der (sozial-)betreuerischen Leistungen der Spitex.

Obwohl die Spitexorganisationen in den meisten Fällen über einer sehr gute Datengrundlage verfügen, wird diese in der Praxis kaum zur differenzierten Darstellung der Klientinnen- und Klientenstrukturen sowie der Einsatz- und Leistungsprofile genutzt. Eine Datenbankanalyse am Beispiel einer der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen zeigt die wichtige Rolle der Spitexorganisationen an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen und -situationen. Zugleich erlaubt sie differenziertere Aussagen über durchschnittliche Einsatzdauern und Stundenzahlen pro Kundensegment. Langzeitpflege und Betreuung sind ein wichtiges Aufgabengebiet der Spitex, ihre Kundensegmente und Tätigkeitsprofile gehen jedoch deutlich darüber hinaus.

Die Studie richtet ihren Fokus im weiteren Verlauf auf die Zielgruppe von pflege- und unterstützungsbedürftigen Personen, deren Selbständigkeit im Alltag aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte gefährdet ist, sowie deren Angehörige.

Die Bedeutung der Hauswirtschaft und weiterer instrumenteller Unterstützungsleistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und Lebensqualität dieser Zielgruppen werden im Vergleich zur Pflege oft unterschätzt. Verschiedene Studien, von denen im Rahmen der vorliegenden Arbeit vier exemplarisch vorgestellt werden,¹ zeigen auf, dass instrumentelle Unterstützungsleistungen ein entscheidendes Element für den Verbleib in der vertrauten privaten Wohnumgebung sind. Die Ergebnisse verweisen unter anderem darauf, dass bei Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit zu Hause der Unterstützungsbedarf bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten denjenigen bei den basalen Alltagsaktivitäten bei weitem übertrifft. Oft stehen Haushaltsarbeiten am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit. Sie können als Indikator gedeutet werden, die frühzeitige Massnahmen und Interventionen zum Erhalt oder zur Förderung der Selbständigkeit einleiten könnten. Die Hilfen zu Hause leisten auch einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der pflegenden Angehörigen, die in vielen Fällen die Hauptlast der ambulanten Pflege und Betreuung von betagten Menschen tragen.

Die Bedeutung der Hauswirtschaft liegt dabei nicht nur in der unmittelbaren Unterstützung von Klientinnen und Klienten bei der Bewältigung der instrumentellen Alltagsaktivitäten. Weitere Ziele der Leistungen sind darüber hinaus, Schutzfaktoren zu stärken, die die Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Klientinnen und Klienten fördern und erhalten, sowie Risikofaktoren zu reduzieren, die diese schwächen und zu einem Pflegeheim- oder Spitaleintritt führen könnten.

Einen zentralen Teil der Studie nimmt vor diesem Hintergrund eine Einschätzung der bestehenden Leistungen und des Ausbaupotenzials der Hauswirtschaft im Bereich Prävention und Früherkennung von Problemen aus einer präventions- und gesundheitstheoretischen Perspektive ein. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass der Hauswirtschaft allein und im Verbund mit der Pflege ein grosses Potenzial zukommt, massgeblich zur Prävention und primären Früherkennung von gesundheitlichen

¹ Fluder, R. et al. (2012). Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010). Kaeser, Martine (2012). Krummenacher, J.; Wächter, M. (2013).

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 8/95

und sozialen Problemen und zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit und Lebensqualität beizutragen.

Zu den günstigen Voraussetzungen gehören der direkte Zugang zu den Zielgruppen und ihrem direkten sozialen Umfeld. Diese Möglichkeit ist bei weitem nicht in allen Präventionsbereichen gegeben – umso mehr als der Kontakt im direkten Wohnumfeld dieser Personen stattfindet. Zudem ist zu vermuten, dass mit der Spitex schwierig erreichbare Zielgruppen (z.B. solche mit niedrigem sozio-ökonomischem Status und/oder Migrationshintergrund) besser und nachhaltiger begleitet werden können, als in den meisten andern Präventionsbereichen. Die Hauswirtschafts-Mitarbeitenden stehen in regelmässigen Kontakt mit den Zielgruppen, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und den partizipativen Einbezug der Klientinnen und Klienten ermöglicht. Ebenfalls ist es in diesem Kontext möglich, die Aktivitäten ganz auf die individuellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten auszurichten und andere Akteure (z.B. Angehörige, Fachstellen, Fachpersonen) in die Aktivitäten miteinzubeziehen, was gerade in Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Dienstleistungen von Vorteil ist.

Die differenzierte Analyse zeigt, dass die Hauswirtschaft in allen vier Bereichen der körperlichen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Risiko- und Schutzfaktoren im Hinblick auf die körperliche und psychische Gesundheit von älteren Menschen einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Dieser Beitrag der Hauswirtschaft zur Prävention und Früherkennung von Problemen kann bei einer entsprechenden Förderung, Schulung sowie Systematisierung der Beobachtung, der Massnahmen und des Austausches ausgebaut werden.

Zentrale Ergebnisse der Studie zur Analyse der Kostenstrukturen der Leistungserbringung und der Finanzierungsströme zwischen Versorgungsbereichen und Kostenträgern

Die Analyse der Kostenstrukturen des Bereichs Hauswirtschaft der beteiligten Spitexorganisationen auf der Basis verfeinerter Kostenrechnungen und erweiterter Kennzahlen konnte wichtige Einflussfaktoren herausarbeiten. Der erste bedeutende Kostenunterschied entsteht durch die Anlehnung von Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag an kantonale oder kommunale Lohnreglemente und die dort definierten Lohnbänder. Im Vergleich zu den Anstellungsbedingungen des Normalarbeitsvertrags für Hauswirtschaftsmitarbeitende entstehen deutlich höhere Lohnkosten. Der Unterschied wird durch die oft langjährige Zusammenarbeit und entsprechend hohe Erfahrungsstufen der Mitarbeitenden verstärkt. Zudem hat die Altersstruktur über Ferienansprüche und Pensionskassenbeiträge einen Einfluss auf den Personalaufwand. Weitere Unterschiede in der Kostenstruktur entstehen durch den Anteil Teilzeitstellen aufgrund der Koordinationsabzüge und Eintrittsschwellen der beruflichen Vorsorge (2. Säule) sowie durch bezahlte Pausenregelungen. Vergleicht man z.B. den reinen Personalaufwand einer 50-jährigen Mitarbeitenden der höchsten Qualifikationsstufe nach Normalarbeitsvertrag mit demjenigen kommunaler Lohnreglemente bei hohen Erfahrungsstufen, dann ergeben sich bereits auf dieser Ebene Kostenunterschiede von rund 20 Franken pro direkt geleisteter Stunde.

Ein zweiter grosser Kostenunterschied liegt in der Umlage der nicht verrechenbaren Stunden und allgemeinen Overheadkosten. Die Vollkosten der Hauswirtschaft reagieren sehr stark auf den gewählten Umlageschlüssel. Sowohl die Umlagekostenstellen wie auch die Umlageschlüssel gemäss Finanzmanual sind meistens zu hoch aggregiert, um diesen grossen Kostenblock aufzuschlüsseln. Eine verfeinerte Analyse wurde vorgenommen und den im Projekt beteiligten Organisationen zurückgespiegelt. Tendenziell weisen die heutigen Umlageschlüssel der Hauswirtschaft einen zu hohen Kostenanteil zu.

In diesen Umlagen auf die Hauswirtschaft spiegeln sich auch die Abdeckung der Versorgungspflicht oder der fallbezogene Austausch zwischen den Mitarbeitenden. Zudem erbringen Spitexorganisationen im Rahmen ihrer Leistungsaufträge für Beratung, Information, Koordination oder die Unterstützung pflegender Angehöriger Leistungen, die gegenüber der Krankenversicherung nicht verrechenbar sind. Diese Leistungen kommen auch den Hauswirtschaftsklientinnen und -klienten zu Gute und beeinflussen die umgelegten Kosten. Wenn diese Leistungen allerdings nicht mit separaten Codes als Arbeitszeit erfasst werden, ist es schwierig, sie getrennt auszuweisen.

Der Skill-Grade-Mix und die Wegzeiten tragen ebenfalls zu den Kostenunterschieden zwischen Spitexorganisationen bei, aber deutlich weniger als andere Faktoren und erwartungsgemäss auch deutlich weniger als in den Kerndienstleistungen Pflege. Der Anteil der Wegzeiten an den Vollkosten betrug beispielsweise bei den untersuchten Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag zwischen 3 bis 6 Franken pro geleistete Stunde Hauswirtschaft. Die Wegzeiten werden bei vielen Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag den Klientinnen und Klienten nicht verrechnet und fliessen deshalb ebenfalls in die Vollkosten ein.

Kurzfristig können einzelne Organisationen individuell eine Optimierung und Verfeinerung ihrer Zeiterfassung und Kostenrechnungen vornehmen. Für die Herstellung einer insgesamt erhöhten Kostentransparenz und eines aussagekräftigen Kostenvergleichs zwischen Organisationen sind jedoch eine Überarbeitung und Ergänzung des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz notwendig.

Empfehlungen

Die Ergebnisse der Studie führen zu folgenden fünf Empfehlungen:

1. Die Spitexorganisationen sollten das Potenzial der Hauswirtschaft in der Prävention und Früherkennung von Problemen verstärkt ausschöpfen. Im Vordergrund stehen eine klarere Darstellung und Positionierung ihrer Tätigkeiten gegenüber Klientinnen, Klienten und Angehörigen, aber auch gegenüber den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten und anderen Akteuren der Gesundheits- und Sozialversorgung. Instrumente für eine systematisierte Beobachtung und Entscheidungsfindung, wie das sich in einer Pilotphase befindende Abklärungsinstrument RAI-HC Hauswirtschaft (inklusive Vertiefung) oder die Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention der Spitex Luzern und Kriens sollten in der Praxis verstärkt bekannt gemacht werden und laufend weiterentwickelt werden. Die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sollten auch gezielt in die Aus- und Weiterbildung der Hauswirtschaftsmitarbeitenden Eingang finden. Die Vernetzung mit bereits bestehenden, ergänzenden externen Angeboten zur Prävention sollte gefördert werden.
2. Angesichts der grossen Bedeutung der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Unterstützungsleistungen für den Verbleib im gewohnten Wohnumfeld und den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit sollte ein niederschwelliger und einkommensunabhängiger Zugang sichergestellt werden. Die hauswirtschaftlichen Leistungen verfügen darüber hinaus im Bereich der Prävention und Früherkennung über günstige Voraussetzungen im Zugang zu wichtigen Zielgruppen, die in anderen Präventionsprogrammen häufig so nicht gegeben sind. Das Ausschöpfen dieses Potenzials setzt eine vernetzte, qualifizierte Leistungserbringung mit entsprechenden personellen und zeitlichen Ressourcen voraus. Nicht-subventionierte kostendeckende Tarife dürften eine Zugangsbarriere darstellen, die aus der Perspektive der Zielumsetzung der Altersleitbilder zu vermeiden ist.
3. Der Tätigkeitsbereich der Hauswirtschaft und der (sozial-)betreuerischen Leistungen ist bei den Spitexorganisationen je nach Organisationsform und Kundensegmenten sehr unterschiedlich ausgerichtet. Eine differenzierte Darstellung ihrer Tätigkeitsprofile und Kundensegmente durch

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 10/95

erweiterte standardisierte Auswertungen der Klientinnen-/Klientenstrukturen und der geleisteten Einsätze, würde das Profil der Spitexorganisation schärfen und Unterschiede in ihren Leistungsaufträgen nachvollziehbar ausweisen. Diese differenzierteren Auswertungen sind aufgrund der bestehenden guten Datengrundlagen in vielen Spitexorganisationen mit vertretbarem Aufwand zu gewinnen.

4. Eine Überarbeitung des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz und eine einheitlichere Anwendung dieser Grundlagen ist eine wichtige Voraussetzung für eine insgesamt erhöhte Kostentransparenz und einen aussagekräftigen Kostenvergleich zwischen Organisationen. Kantonal und regional werden heute unterschiedliche Verfahren zur Berechnung und Festlegung der Restkostenfinanzierung Pflege in Abhängigkeit vom Leistungsauftrag und der Organisationsform angewendet. Differenziertere und dennoch vergleichbare Kostenrechnungen könnten auch auf dieser Ebene einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung robuster Vergütungsmodelle leisten.
5. Methodisch konnte diese Studie eine theoriegestützte Einschätzung der Leistungen und des Ausbaupotenzials der Hauswirtschaft im Bereich Prävention und Früherkennung von Problemen aus einer präventions- und gesundheits-theoretischen Perspektive vornehmen. Sie schafft damit wichtige Grundlagen, kann aber eine empirische Begleitstudie zur Rolle und Wirksamkeit hauswirtschaftlicher Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit unter Einbezug verschiedener Organisationsformen und Arten der Leistungserbringung nicht ersetzen. Eine empirische Evaluation wäre eine wichtige Ergänzung der hier vorgestellten Ergebnisse und Auslegeordnung.

1. Einführung und Aufbau der Studie

1.1. Das sozialpolitische Umfeld der ambulanten Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf Pflege und Hauswirtschaft

Die meisten Kantone und Gemeinden der Schweiz erarbeiteten in den vergangenen Jahren Altersleitbilder und aktualisierte Pflegeheimplanungen, um sich frühzeitig auf den sich in den Bevölkerungsprognosen abzeichnenden demografischen Wandel einzustellen. Allgemein ist mit einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung und zusätzlichen Lebensjahren in guter Gesundheit zu rechnen, gleichzeitig wird aber auch die Zahl pflege- und unterstützungsbedürftiger Menschen deutlich zunehmen.² In den Altersleitbildern wie auch den Pflegeheimplanungen wird der ambulanten Pflege und Betreuung, der Förderung und dem Erhalt der Selbständigkeit und damit dem Verbleib in der eigenen Wohnumgebung eine zentrale Rolle zugesprochen.

Die professionelle Pflege durch Spitexorganisationen und freischaffende Pflegefachleute wird im Zusammenspiel mit der Pflege durch Angehörige weiter an Bedeutung gewinnen, weil die Anforderungen an pflegerische Massnahmen in den Bereichen Untersuchung, Behandlung, Beratung und Koordination steigen werden. Zugleich ist davon auszugehen, dass die «Verfügbarkeit» der Angehörigenpflege zurückgehen wird und sich die Unterstützungsmöglichkeiten durch Menschen, die den Pflegebedürftigen nahestehen, verschieben werden (siehe z.B. Höpflinger 2013).

Klärung des Profils der Hauswirtschaft

Im Schatten der Pflege stehen oft die Hauswirtschaft und die betreuerischen Leistungen. Dies, obwohl in der Schweiz ihr Beitrag zur ambulanten Pflege und Betreuung im Jahr 2000 mit 5.5 Mio. Stunden die Anzahl von damals 4.9 Mio. Pflegestunden übertraf und dreizehn Jahre später die Hauswirtschaftsstunden weiterhin ein Drittel aller von Spitexorganisationen geleisteten Stunden darstellen (5.4 Mio. Stunden Hauswirtschaft zu 11.9 Mio. Stunden Pflege nach KLV im Jahr 2013).³

Dennoch sind der Beitrag der Hauswirtschaft an der Umsetzung der Leitbilder «ambulant vor stationär» und ihre zukünftige Entwicklungsrichtung viel weniger bestimmt als in der Pflege.

Die Pflege als Leistungsbereich fällt unter das Krankenversicherungsgesetz und ist – abgestuft auf verschiedenen Ebenen – weitgehend und relativ eng reglementiert.⁴ Bei den ergänzenden Unterstützungs- und Hilfeleistungen sind die Rahmenbedingungen hingegen viel offener. Zwar verpflichtet die Bundesverfassung die Kantone, für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause zu sorgen.⁵ Sie sieht zusätzlich eine Unterstützung von gesamtschweizerischen Bestrebungen zu

² Aktualisierte Szenarien und Hochrechnungen finden sich beispielsweise in Höpflinger, F.; Bayer-Ogleby, L.; Zumbunn, A. (2011).

³ BFS, Spitex-Statistik. In dieser Statistik werden nur die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Organisationen mit Spitexbewilligung erfasst.

⁴ Diese Regulierung findet z.B. statt über die Krankenpflege-Leistungsverordnung (Bund), die Pflegegesetze und -verordnungen auf der Ebene der Kantone, die Zulassungsbestimmungen von Spitexorganisationen für die Erbringung ihrer Pflegeleistungen und Abrechnung mit den Krankenkassen, den Administrativvertrag zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern, die vorgegebenen Instrumente zur Bedarfserhebung und Pflegeplanung (denen ein genau spezifizierter Leistungskatalog bereits hinterlegt ist) oder die Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und der öffentlichen Hand für die Festlegung der Restfinanzierung der Pflegekosten (Kantone und Gemeinden).

⁵ Bundesverfassung Artikel 112c, Abs. 1.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 12/95

Gunsten Betagter und Behinderter durch den Bund mit Mitteln aus der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vor.⁶

In den kantonalen Gesetzen und Verordnungen finden sich jedoch recht unterschiedliche, zum Teil sehr offen gehaltene Umschreibungen der «Hilfe(n) zu Hause». Deren Sicherstellung wird häufig auf die Ebene der Gemeinden delegiert. Mit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) ist der direkte Beitrag der AHV/IV an private, gemeinnützige Organisationen für Hilfeleistungen wie Haushaltshilfe, Hilfe bei der Körperpflege und Mahlzeitendienst weggefallen. Die Kantone und die Gemeinden entscheiden direkt über Leistungsaufträge und damit verbundene Finanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand.

Die Hilfen zu Hause sind nicht direkt Gegenstand der Sozialversicherungen, sondern werden von ihnen nur indirekt über die Gewährung der Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschläge im Rahmen der AHV/IV und bedarfsorientiert im Rahmen der Vergütung der Krankheits- und Behindernungskosten durch die Ergänzungsleistungen mitfinanziert.⁷ Dies vergrössert die kantonalen und regionalen Ausgestaltungsunterschiede zusätzlich.

Die Rolle und Bedeutung der Hauswirtschaft ist aber nicht nur auf der gesetzlichen Ebene weniger klar vorgegeben als diejenige der Pflege. Die Spitexorganisationen decken heute einen weiten Aufgaben- und Tätigkeitsbereich für ganz unterschiedliche Zielgruppen ab. Ihre Einsätze reichen von einer gut planbaren, einfachen Haushaltshilfe im Anschluss an einen Spitalaufenthalt über Einsätze zur Stabilisierung von Haushaltsstrukturen in Krisensituationen bis hin zu Unterstützungsleistungen im Rahmen der Langzeitpflege in einfachen wie auch komplexen Situationen. Die Leistungen erfordern ganz unterschiedliche Kompetenzprofile der Mitarbeitenden. Zugleich werden je nach Tätigkeitsbereich und Organisation der Einbezug der Ressourcen der Klientinnen und Klienten und das Ausmass einer aktivierenden Hilfe sehr unterschiedlich gehandhabt.

Die heterogenen Tätigkeitsbereiche und Ausrichtungen der Spitexorganisationen tragen auch zu einem unklaren Profil in der Öffentlichkeit und unklaren Erwartungen und Ansprüchen bei den Klientinnen und Klienten sowie zum Teil auch bei den zuweisenden Ärzten bei.

In dieser Situation streben die an der Studie beteiligten Spitexorganisationen eine Überprüfung der Ausrichtung und eine Klärung des Profils ihrer Tätigkeiten im Bereich der Hauswirtschaft und Betreuung an. Dies ist verbunden mit der Frage, in welche Richtung die heutigen Leistungen weiter entwickelt werden sollen.

Zugleich geht die Studie der Frage nach, welchen Beitrag die Hauswirtschaft an den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und an die Früherkennung von Problemen leisten kann. Gelingt es, Probleme in einer früheren Phase zu erkennen, Risikofaktoren wie Sturzgefahren, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, soziale Isolation, Fehlmedikation oder Suchtmittelmissbrauch zu reduzieren und Schutzfaktoren wie soziale Vernetzung, aktive Lebensgestaltung, Bewegung und gesunde Ernährung zu stärken, werden die Wahrscheinlichkeit von gesundheitsmindernden Problemen und einer Chronifizierung von gesundheitlichen Beschwerden oder Beeinträchtigungen reduziert. Dies trägt unter anderem dazu bei, die Häufigkeit weiter reichender medizinischer Behandlungen zu reduzieren und den Übertritt von Klientinnen und Klienten in die nächsthöhere Behandlungsstufe (z.B. in ein Pflegeheim) zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

⁶ Bundesverfassung Artikel 112c, Abs. 2.

⁷ ELG, Art. 14, Abs. 1: Die Kantone vergüten den Bezügerinnen und Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für: [...] b. Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen. Abs. 2. Die Kantone bezeichnen die Kosten, die nach Absatz 1 vergütet werden können. Sie können die Vergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben beschränken.

Klärung der Kostenstrukturen und Finanzierung

In den vergangenen Jahren ist ein wachsendes Dienstleistungsangebot sowohl durch private, zu meist erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen als auch durch private Organisationen ohne Spitexbewilligung entstanden. Die Kostenunterschiede in der Pflege und Hauswirtschaft sind nicht nur zwischen den Gruppen von Leistungserbringern (gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Organisationen, private erwerbswirtschaftliche Organisationen mit und ohne Spitexbewilligung oder freischaffende Pflegefachleute) erheblich, sondern oft im gleichen Masse auch innerhalb der einzelnen Gruppen. Alle Spitexorganisationen sehen sich dadurch in den Verhandlungen mit den finanzierenden Gemeinden und Kantonen steigenden Anforderungen an eine verfeinerte Kostenrechnung und einem zunehmenden Legitimationsdruck bezüglich ihrer Kostenstrukturen ausgesetzt.

Im Rahmen der verfeinerten Kostenrechnung stellt sich dann die Frage, welche Unterschiede in der Erbringung der hauswirtschaftlichen Leistungen (u.a. Versorgungsauftrag, Qualifikation des Personals, Wegzeiten, Koordination, Weiterbildung, Effizienz der Strukturen und Prozesse) welchen Beitrag an die Kostenunterschiede im Bereich Hauswirtschaft leisten.

Für die zukünftige Ausgestaltung der Leistungsverträge und Finanzierungsbeiträge an Spitexorganisationen ist es für die öffentliche Hand entscheidend, welcher Mehrwert zu welchen Kosten aus Sicht des Versorgungssystems durch eine integrierte, ausdifferenzierte und qualifizierte Hauswirtschaft entsteht.

1.2. Ziele der Studie

Das übergeordnete Ziel der Studie ist ein Beitrag zur Klärung der zukünftigen Rolle der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag für diesen Bereich.

Es untergliedert sich in zwei Teilziele;

1. Die Studie untersucht die Rolle und Funktion der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen einerseits aus Sicht der Spitexorganisationen und ihrer Kundinnen und Kunden.
 - Welchen Auftrag und welche Ziele verfolgen die Spitexorganisationen im Bereich Hauswirtschaft und Betreuung?
 - Welche Kompetenzen, Qualifikationen und Instrumente (Assessment, Steuerung, Qualitätssicherung) werden eingesetzt?
 - Wo führen Unterschiede in der Erbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen zu einem Mehrnutzen für Kundinnen und Kunden? Zu welchen Kosten?
 - In wie weit und in welchen Handlungsdimensionen tragen die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen zum Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit und des längeren Verbleibs in der vertrauten Wohnumgebung bei? Welchen Beitrag leistet die Hauswirtschaft/Betreuung an die Früherkennung von Problemen, an Prävention und Gesundheitsförderung?
 - In welche Richtung sollten die heutigen Leistungen weiterentwickelt werden?

2. Gleichzeitig geht die Studie der Rolle und Funktion einer in den Kerndienstleistungen der Spitex integrierten Hauswirtschaft und Betreuung aus Sicht der Auftraggeber und Finanzierer (Kanton, Gemeinden, Zweckverbände) und des Versorgungssystems nach.
 - Welche Leistungen braucht es ergänzend zu einer qualifizierten Pflege, um im Alter möglichst lang selbständig zu Hause zu leben, alternative Wohnformen im Alter zu unterstützen und den Ausbau an stationären Pflegeplätzen zu begrenzen?

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 14/95

- Welcher Mehrwert zu welchen Kosten entsteht aus der Sicht des Versorgungssystems durch eine ausdifferenzierte und qualifizierte Hauswirtschaft und sozialbetreuerische Leistungen?
- Wie lassen sich Angebot und Nachfrage sowie die individuelle Triage bei einem ausdifferenzierten Leistungsspektrum sinnvoll steuern?

1.3. Projektorganisation

Die Studie wurde als interdisziplinäres Projekt der Departemente der Departemente Wirtschaft und Soziale Arbeit der Hochschule Luzern gemeinsam mit den Spitexorganisationen Luzern, Kriens, Winterthur und Zürich Limmat sowie den Städtischen Gesundheitsdiensten der Stadt Zürich als Praxispartnern unter dem Dach des Interdisziplinären Schwerpunkts «Gesellschaftliche Sicherheit und Sozialversicherungen» durchgeführt.

Die Steuergruppe der Auftraggeber wurde durch die Geschäftsleitenden der Spitexorganisationen und eine Vertreterin der Städtischen Gesundheitsdienste der Stadt Zürich gebildet. In der Projektgruppe waren darüber hinaus pro Spitexorganisation jeweils eine Bereichsleitung, Qualitätsbeauftragte oder Fachverantwortliche für den Bereich Hauswirtschaft vertreten.

1.4. Methodisches Vorgehen und Aufbau des Berichts

Die Studie wurde im Zeitraum Dezember 2012 bis Dezember 2014 erarbeitet. Es wurde ein Methodenmix von Literaturrecherche, Dokumentenanalyse, eigenen statistischen Auswertungen und Workshops eingesetzt und ein verfeinertes Kennzahlenmodell zur Analyse der Kostenstrukturen der im Projekt vertretenen Spitexorganisationen in der Hauswirtschaft weiterentwickelt.

Der Frage, in wie weit die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen zum Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit und dem längeren Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung und damit zur Umsetzung der heutigen Altersleitbilder beitragen können, wird im Rahmen dieser Studie in drei Schritten nachgegangen.

Zunächst wurden im Rahmen einer Literaturrecherche und einer umfassenden Dokumentenanalyse die wichtigsten Begrifflichkeiten und Grundlagen zu der Rolle und den Zielen der heutigen hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen der Spitex herausgearbeitet. Gegenstand der Literaturrecherche war auch eine Analyse der Bedeutung von instrumentellen Unterstützungsleistungen im Verhältnis zu den pflegerischen Leistungen. Literaturrecherche und Dokumentenanalyse wurden durch eigene statistische Auswertungen ergänzt (siehe Kapitel 2).

In einem zweiten Schritt wurde ausgehend von den Erkenntnissen aus anderen Gesundheitsbereichen und der Literatur zu Prävention, Früherkennung und dem Erhalt und der Förderung der Funktionsfähigkeit theoriegeleitet das Potenzial der Hauswirtschaft in diesen Handlungsfeldern herausgearbeitet (siehe Kapitel 3).

Diesem Potenzial werden in der Studie die heutigen Strukturen und Prozesse der Hauswirtschaft bei den an der Studie beteiligten Spitexorganisationen gegenübergestellt. Die Darstellung der Strukturen und Prozesse erfolgt anhand von umfangreichem Dokumentationsmaterial, welches von den Spitexorganisationen zur Verfügung gestellt wurde. Sie wurde durch Telefoninterviews und im Rahmen von Workshops ergänzt (siehe Kapitel 4).

Zur Untersuchung der Frage, welche Unterschiede in der Erbringung der hauswirtschaftlichen Leistungen welchen Beitrag an die Kostenunterschiede im Bereich Hauswirtschaft leisten, wurde ein verfeinertes Kennzahlenmodell zur Darstellung und Analyse der wichtigsten Kostenfaktoren (Ausbildung/Qualifikation, Schulungen, nicht verrechenbare Zeiten, Wegzeiten, Führung und Qualitätssicherung, Infrastruktur, typisierte Lohnreglemente, weitere Overheadkosten) bei der Berechnung von Vollkosten einer Hauswirtschaftsstunde weiter entwickelt und in einer vergleichenden Analyse

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 15/95

über die beteiligten Spitexorganisationen eingesetzt. Parallel dazu wurde die Entwicklung der Kosten und Finanzierungsströme aus der Sicht der Gesundheitsversorgung und der öffentlichen Hand analysiert (siehe Kapitel 5).

In Kapitel 6 werden die wichtigsten Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen zusammengefasst.

Im Anhang werden ergänzende Tabellen und Abbildungen zur spezifischen Situation in den beiden Kantonen Zürich und Luzern bereit gestellt, in denen die im Projekt vertretenen Spitexorganisationen Zürich Limmat, Winterthur, Luzern und Kriens verankert sind.

1.5. Abgrenzung

Dieses Vorgehen kann eine umfassende Evaluation der Wirksamkeit hauswirtschaftlicher und sozialbetreuerischer Unterstützungsleistungen, welche repräsentativ unter Einbezug verschiedener Formen der Leistungserbringung und unterschiedlicher Organisationen angelegt ist, nicht ersetzen. Die vorliegende Studie identifiziert aber kritische Struktur- und Prozesselemente und Einflussfaktoren, die darüber entscheiden, ob und in welchem Masse das Potenzial der Hauswirtschaft im Zusammenspiel mit der Pflege ausgeschöpft werden kann. Diese Elemente und Faktoren bezeichnen gleichzeitig die Grundlage, auf der eine vertiefte Evaluation ansetzen sollte.

1.6. Dank

Die Autorinnen und Autoren der Studie bedanken sich bei den Geschäftsleitenden und Mitarbeitenden der beteiligten Spitexorganisationen – Daniel Boller, Louis Borgogno, Christina Brunnschweiler, Barbara Egger, Barbara Hedinger, Dominic Illi, Hannes Koch, Hanspeter Inauen, Barbara Kobel, Bea Omlin, Tamara Renner sowie bei Martina Gebhardt als Vertreterin der Städtischen Gesundheitsdienste Stadt Zürich – für ihr grosses Engagement und ihre wertvollen inhaltlichen Beiträge, welche diese Studie erst ermöglicht haben. Der Dank gilt auch Maya Mylaeus vom Spitexverband Schweiz für ihren wertvollen Input und die Einsicht in den Kompetenzrahmen Hauswirtschaft, der vom Spitexverband Schweiz parallel zur Studie erarbeitet wurde.

2. Die Rolle und Funktion hauswirtschaftlicher und betreuerischer Leistungen

2.1. Wachsendes Angebot und verstärkter Wettbewerb

Eine steigende Nachfrage nach pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen hat im Verbund mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung (2011) zu einer stark wachsenden Anzahl an privaten Anbietern mit Spitexzulassung und selbständigen Pflegefachpersonen beigetragen.⁸ Das Wachstum ist regional unterschiedlich. Aus Sicht der Klientinnen und Klienten hat sich das Angebot erweitert und bestimmte Lücken sind geschlossen worden. Es ist aber zugleich heterogener und unübersichtlicher geworden.

Diese Entwicklung findet ihren Niederschlag in der Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik (BFS), auch wenn die erwerbswirtschaftlichen Organisationen und freischaffenden Pflegefachleute dort erst seit 2010 erfasst werden. Tabelle 1 schlüsselt die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden nach Leistungserbringertyp auf.

Tabelle 1: Die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden zwischen 2010 und 2013 in der Schweiz

Schweiz								
Leistungsstunden								
Träger	KLV- Pflegeleistungen ^a				Hauswirtschaft			
	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen ^b	Total	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen ^b	Total
2000	4'907'022				5'528'963			
2001	5'285'922				5'315'381			
2002	5'676'088				5'163'866			
2003	5'932'897				5'001'506			
2004	6'294'355				4'913'636			
2005	6'647'723				4'812'943			
2006	7'066'104				4'695'185			
2007	7'501'000				4'638'375			
2008	7'842'965				4'637'934			
2009	8'191'951				4'543'689			
2010	8'844'610	1'162'197	305'875	10'312'682	4'550'617	901'294	6'573	5'458'484
2011	8'730'558	1'319'195	453'907	10'503'660	4'525'928	935'551	5'121	5'466'600
2012	9'133'308	1'734'655	488'001	11'355'964	4'425'041	1'194'845	6'168	5'626'054
2013	9'474'130	1'878'745	551'934	11'904'809	4'296'155	1'052'321	3'792	5'352'268
Veränderung 2011-2013	8.5%	42.4%	21.6%	13.3%	-5.1%	12.5%	-26.0%	-2.1%
Anteil Leistungserbringertyp 2013	79.6%	15.8%	4.6%		80.3%	19.7%	0.1%	

^a Ohne Leistungsstunden in der Akut- und Übergangspflege

^b Die selbstständigen Pflegefachpersonen in den Kantonen Zürich und Genf haben an der Erhebung 2010 nicht teilgenommen.

Quelle: BFS, Spitex-Statistik. Eigene Darstellung.

Zwischen 2011 und 2013 sind die Leistungsstunden der erwerbswirtschaftlichen Organisationen bei den KLV-Pflegeleistungen in den beiden Jahren um insgesamt 42 Prozent und in der Hauswirt-

⁸ Die neue Pflegefinanzierung verbesserte in vielen Kantonen mit der Einführung national einheitlicher Pflegetarife, einer Patientenbeteiligung und der Möglichkeit der Restkostenfinanzierung der Pflege durch die öffentliche Hand auch für private erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen deren Ertragssituation.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 17/95

schaft um 13 Prozent gewachsen.⁹ Die Leistungsstunden der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen sind im Bereich der Pflegeleistungen um 9 Prozent gestiegen, in der Hauswirtschaft um 5 Prozent gesunken. Der Anteil der erwerbswirtschaftlichen Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen betrug im Jahr 2013 im Bereich Pflege ein Fünftel (20.5 Prozent) aller Leistungsstunden, ebenso im Bereich der Hauswirtschaft (19.8 Prozent).

Da die privaten Organisationen und freiberuflichen Pflegefachpersonen erst seit 2010 erfasst wurden, erlaubt die Spitex-Statistik nur einen eingeschränkten Vergleich mit weiter zurückliegenden Jahren. Im Jahr 2000 wurden von den gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen 133'679 Klientinnen und Klienten mit 4.9 Mio. KLV-Pflegeleistungsstunden und 110'222 Klientinnen und Klienten mit 5.5 Mio. Stunden Hauswirtschaft betreut. Im Jahr 2013 waren es im Bereich der Pflegeleistungen 179'917 Personen mit 9.5 Mio. Stunden und im Bereich Hauswirtschaft 110'842 Personen mit 4.3 Mio. Stunden. Die Leistungen in der Pflege haben bei den gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen stark zugenommen. In der Hauswirtschaft scheint hingegen eine Verlagerung nicht nur zu privaten Organisationen mit Spitex-Betriebsbewilligung sondern auch zu Organisationen ohne Spitex-Betriebsbewilligung stattgefunden zu haben.¹⁰

Dennoch beträgt der Anteil der hauswirtschaftlichen Leistungen, die von Organisationen mit Spitexbewilligung erbracht wurden, auch im Jahr 2012 immer noch 30 Prozent aller Kerndienstleistungen, d.h. zwei Stunden Pflege steht eine Stunde Hauswirtschaft gegenüber.

Die Entwicklungen in den Kantonen Zürich und Luzern gehen im Bereich der Pflegeleistungen in die gleiche Richtung wie der nationale Trend (siehe Tabelle 25 und Tabelle 26 im Anhang). Der Anteil der erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachleuten am Total aller geleisteten Pflegestunden betrug im Kanton Zürich im Jahr 2013 22 Prozent und im Kanton Luzern 22 Prozent, ihr Anteil an der Hauswirtschaft im Kanton Zürich 22 Prozent und im Kanton Luzern 25 Prozent. Im Kanton Zürich kommt auf 1.9 Stunden Pflege eine Stunde Hauswirtschaft, im Kanton Luzern auf 1.7 Stunden Pflege eine Stunde Hauswirtschaft.

Unterschiede in der Ausrichtung zwischen den Gruppen der Leistungserbringer zeigen sich in der durchschnittlichen Anzahl Stunden, die pro Klient/-in erbracht werden. Sie ist bei den privaten, erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen sowohl bei den pflegerischen als auch hauswirtschaftlichen Leistungen deutlich höher als bei den gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen. Die durchschnittliche Stundenanzahl Pflege pro Klient/in ist auf der Ebene Schweiz im Jahr 2013 bei den privaten, erwerbswirtschaftlichen Organisationen mit 104 Stunden pro Klient/in gegenüber 53 Stunden bei den gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen doppelt so hoch, bei den hauswirtschaftlichen Leistungen mit 144 Stunden pro Klient/in gegenüber 39 Stunden pro Klient/in ungefähr drei- bis viermal so hoch.

Ohne eine differenzierte Analyse der Klientenstrukturen ist nicht zu unterscheiden, in wie weit die Unterschiede mit der Betreuung verschiedener Klientinnen- und Klientengruppen oder anderen Faktoren, z.B. auch einer angebotsinduzierten Nachfrage, verbunden sind. Die Differenzen verweisen auch auf die Problematik der heutigen Spitex-Statistik, die nicht zwischen ärztlich verordneten hauswirtschaftlichen Leistungen bzw. Leistungen gemäss öffentlichem Leistungsauftrag einerseits und Wahl-/Komfortleistungen andererseits unterscheiden kann.

⁹ Im ersten Jahr der Erfassung 2010 konnten nicht alle Leistungserbringer in der Statistik zuverlässig erfasst werden, so dass hier das Jahr 2011 als Referenz gewählt wird.

¹⁰ Die Spitexstatistik verliert damit in Bezug auf die Versorgung der Bevölkerung mit hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen zunehmend an Aussagekraft, zumal auch nicht zwischen ärztlich verordneten Leistungen und Wahl- und Komfortleistungen unterschieden werden kann.

Tabelle 2: Durchschnittliche Stundenzahl pro Klient/-in nach Leistungserbringertyp, 2010-2013

Durchschnittliche Stundenzahl pro Klient/-in								
Träger	KLV-Pflegeleistungen				Hauswirtschaft			
	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen ^a	Total	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen ^a	Total
Schweiz								
2010								
2011	50.4	89.8	26.4	51.2	40.2	177.1	52.3	46.3
2012	51.0	98.6	25.7	52.6	39.5	102.1	72.6	45.5
2013	52.7	104.2	25.5	54.2	38.8	144.4	55.8	45.3
Kanton Zürich								
2010	48.3	128.4		53.1	40.9	222.4		48.9
2011	48.5	155.2	26.4	51.3	40.5	236.6	45.6	48.4
2012	47.8	147.8	30.4	53.4	38.6	305.8	84.2	52.5
2013	48.6	109.0	26.7	51.6	36.2	204.6	3.1	44.3
Kanton Luzern ^b								
2010	51.3	189.4	41.4	55.7	35.1	334.2		45.9
2011	49.2	188.8	73.1	55.2	34.5	229.3	72.6	42.7
2012	49.6	182.4	58.6	56.6	33.9	184.3	65.9	41.8
2013	51.2	173.1	45.4	59.7	34.0	173.6	87.9	42.3

^a Die selbstständigen Pflegefachpersonen in den Kantonen Zürich und Genf haben an der Erhebung 2010 nicht teilgenommen.

^b Ohne 'In-House-Spitex' (Pflege) von Seniorenresidenzen, Alterssiedlungen oder betreutem Wohnen.

Quelle: BFS und Lustat, Spitex-Statistik. Eigene Darstellung.

Die Entwicklung der Leistungsstunden in den vergangenen Jahren zeigt, dass sowohl die erwerbswirtschaftlichen Organisationen als auch die selbstständigen Pflegefachleute zu einem festen Bestandteil der Spitexversorgung in den meisten Regionen und Kantonen der Schweiz geworden sind. Vor diesem Hintergrund ist es eine zentrale Herausforderung für die öffentliche Hand, Rahmenbedingungen für einen «fairen Wettbewerb» zwischen den verschiedenen Organisationsformen zu gestalten und gleichzeitig die Erfüllung der Versorgungsziele sicherzustellen.

2.2. Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen aus sozialpolitischer Sicht

Im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen häufig die Pflegeleistungen und die Pflegebedürftigkeit. In den vergangenen Jahren sind in der Schweiz zwei umfassende Studien zur Situation pflege- und unterstützungsbedürftiger Menschen sowie ihrer Angehörigen und Unterstützungsnetzwerke durchgeführt worden, die auch den instrumentellen Unterstützungsbedarf und die Rolle und Bedeutung nicht pflegerischer Unterstützungsleistungen für den Verbleib im privaten Wohnumfeld untersuchen.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der SwissAge Care Studie (Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010)) und der Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» der Berner Fachhochschule (Fluder et al. (2012)) mit Blick auf die nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen vorgestellt und zusammengefasst.

Diese Zusammenfassungen werden ergänzt durch Ergebnisse der Eidgenössischen Gesundheitsbefragung über die Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit von Heimbewohnerinnen und -bewohnern und Ergebnissen einer Studie zur Versorgung der Bevölkerung im Kanton Schwyz mit Spitexleistungen (Krummenacher, J.; Wächter, M. (2013)) im Hinblick auf die Vermeidung frühzeitiger Heimeintritte. Als ein weiterer Bereich mit grosser sozialpolitischer Bedeutung in Bezug auf in-

strumentelle und betreuerische Unterstützungsleistungen werden die Entwicklungen der Demenzerkrankungen nachgezeichnet.

Die Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» der Berner Fachhochschule

In einer umfassenden empirischen Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» der Berner Fachhochschule (Fluder et al. (2012)) wurde eine detaillierte Erfassung des Bedarfs an Pflege- und Unterstützungsleistungen für ältere Menschen zu Hause vorgenommen. Eingeschlossen in die Erhebung waren mehr als 700 pflegebedürftige Menschen aus den Kantonen Zürich, Bern und Aargau.

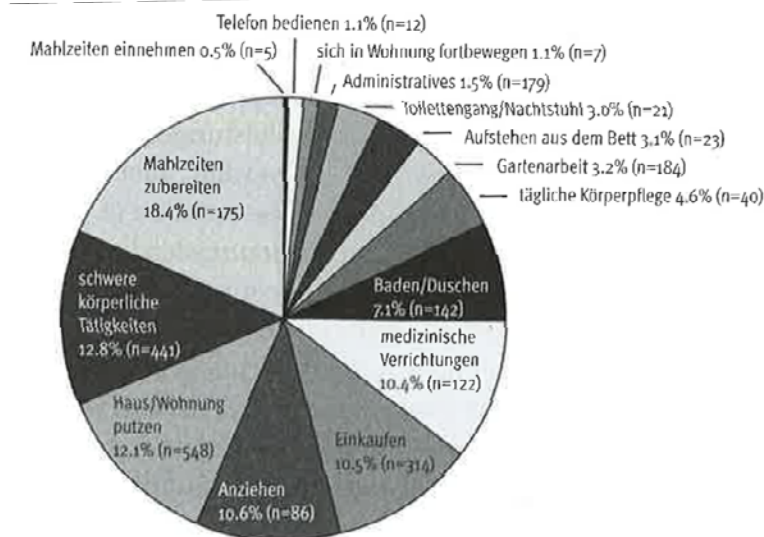
Die Studie erfragte den Bedarf an Unterstützungsleistungen und die erhaltene Hilfestellung anhand von fünfzehn Dimensionen der wichtigsten Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), die in sechs Basisaktivitäten gruppiert wurden:

1. Mobilität innerhalb und ausserhalb der Wohnung,
2. Mahlzeitenzubereitung und Essen,
3. Toilettengang,
4. Körperpflege (inkl. Duschen/Baden und sich Anziehen),
5. Putzen und schwere körperliche Tätigkeiten
6. Einkaufen.

Hinzu kamen als weitere Dimension noch «Medizinische Verrichtungen».

Als ein wichtiges Ergebnis der Studie zeigt sich die grosse Bedeutung der nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu Hause. Abbildung 1 gibt die Verteilung der erhaltenen Unterstützungsleistungen nach Alltagsaktivität wieder.

Abbildung 1: Verteilung der Unterstützungsleistungen nach Alltagsaktivität



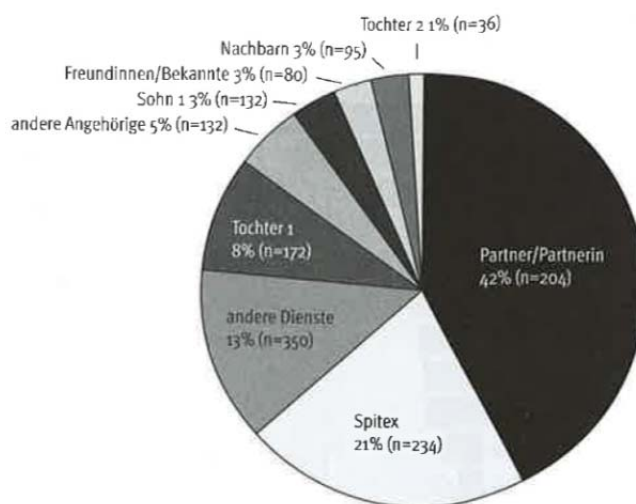
Quelle: Fluder, R. et al. (2012), Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Bern: Seismo.

Die Abbildung zeigt den hohen Anteil nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen an der Gesamtheit aller notwendigen Unterstützungsepisoden. Die Dimensionen «Haus/Wohnung putzen, schwere körperliche Tätigkeiten, Mahlzeiten vorbereiten, Einkaufen, Gartenarbeit, Telefonbedienen, Admi-

nstratives» machen rund 70 Prozent aller erhaltenen Unterstützungsleistungen aus. Dieser Anteil verdeutlicht das Gewicht dieser Leistungen für den Verbleib im vertrauten Wohnumfeld.

Der hohe Anteil an den nicht-pflegerischen Leistungen spiegelt sich in Abbildung 2 im hohen Anteil der Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn (insgesamt 65 Prozent) und andere professionelle Dienste (13 Prozent) neben der Spitex (21 Prozent).

Abbildung 2: Verteilung der Unterstützungsleistungen nach Leistungserbringern



Quelle: Fluder, R. et al. (2012), Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Bern: Seismo.

Dies zeigt die tragende Bedeutung des Netzes von informeller Hilfe und professionellen Leistungsanbietern. Die Spitexorganisationen sind in der Mehrzahl der Fälle nicht als alleinige Generalanbieterin gefragt, sondern eher als ein wichtiger Knoten dieses Netzwerkes und partiell auch als Koordinatorin. In der Studie wiesen drei Viertel der Befragten mit Unterstützungsbedarf darauf hin, dass sich die unterstützenden Personen und Institutionen gegenseitig nicht absprechen. Mehr als drei Viertel geben an, dass sie die Koordination selbst übernehmen, bei 13 Prozent ist es der Partner oder Partnerin, bei 9 Prozent ein anderes Familienmitglied. Nur in 6 Prozent der Antworten wird eine Organisation als wichtiger Koordinator angegeben.

Häufig stehen gemäss der Erhebung der Berner Fachhochschule Haushaltsarbeiten am Anfang des Unterstützungsbedarfs. In den Schlussfolgerungen hält die Studie unter anderem fest: «Die Inanspruchnahme von Unterstützung im Haushalt kann - wie bereits erwähnt - als ein Frühindikator für eine zunehmende Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit gedeutet werden. Die Frage stellt sich, ob mit frühzeitigen Interventionen die Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit stabilisiert oder die vorhandenen Fähigkeiten (z.B. Selbstpflege oder Erhaltung des sozialen Netzwerkes) gezielt gefördert werden könnten. Voraussetzungen wären eine Sensibilisierung und Weiterbildung der betreuenden Personen, die gezielt von entsprechend ausgebildeten Fachpersonen unterstützt werden.»¹¹

In der Studie wurde auch nach Lücken in den heutigen Unterstützungsangeboten gefragt. Die häufigsten Nennungen waren «Mehr Unterstützung im Haushalt» (12 Prozent aller Befragten) und – mit einigem Abstand – «Mobilität» (4 Prozent), «Handwerk/Technik (kleinere Reparaturen im

¹¹ Fluder, R. et al. (2012), S. 208.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 21/95

Haushalt, Hilfestellung beim Umgang mit technischen Geräten, Nährarbeiten)» (4 Prozent) sowie «Wunsch nach Gesellschaft/Gesprächen/sozialen Kontakten» (1 Prozent).

Darüber hinaus stehen weniger fehlende Angebote als eine fehlende Übersicht angesichts der Vielzahl von Anbietern und der Wunsch nach mehr Informationen im Vordergrund. Bei Personen mit hohem Unterstützungsbedarf zeigen sich zusätzlich gewisse Risiken einer Unterversorgung in Bezug auf die Intensität, mit der Angebote in Anspruch genommen werden können. Gleichzeitig nimmt bei diesen Personen die Dichte der sozialen Netze ab.

Die Studie der Berner Fachhochschule erfasst nicht nur Menschen mit einem geringen oder mittleren Unterstützungsbedarf, sondern zeigt auf, dass auch Menschen mit einem erheblichen Unterstützungsbedarf noch zu Hause betreut und gepflegt werden. Dies ist jedoch in den meisten Fällen nur dank Unterstützung durch Angehörige möglich.

Swiss-Age Care Studie

Im Jahr 2010 wurden die Ergebnisse einer umfassenden interdisziplinären Studie «SwissAgeCare» zu den Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen pflegender Angehöriger älterer Menschen sowie ihrer Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege durch die Spitex publiziert.¹² Diese Studie umfasste zum einen eine differenzierte Analyse und Darstellung der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen, der Haushaltssituationen, Familienstrukturen und Unterstützungsnetzwerke sowie des Pflege- und Unterstützungsbedarfs älterer Menschen. Zum anderen wurde die psychosoziale Situation pflegender Angehöriger unter Berücksichtigung der ambulanten Hilfe und Pflege durch die Spitex untersucht.

In der Studie werteten die Autoren die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2007¹³ durch das BFS mit Blick auf gesundheitliche Beschwerden sowie Beeinträchtigungen und Einschränkungen in den Bereichen Sehen/Hören/Sprechen/Bewegung und den basalen und instrumentellen Alltagsaktivitäten aus. Die Gesundheitsbefragung 2007 (wie auch die seit Mai 2014 vorliegende Befragung 2012) enthält fünf Items zu den basalen Alltagsaktivitäten (ADL = Activity of daily living) und acht Items bezogen sich auf instrumentelle Alltagsaktivitäten (IADL = instrumental activity of daily living), unterschieden nach Altersgruppen.

Diese Items geben ein differenziertes Bild der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen (siehe Tabelle 3 auf der folgenden Seite). Eine grosse Mehrheit der noch zu Hause lebenden älteren Bevölkerung weist keine oder nur leichte Schwierigkeiten bei der Bewältigung der basalen Tätigkeiten auf. Die Autorinnen und Autoren der Studie führen dies darauf zurück, dass merkbare Einschränkungen bei den basalen Aktivitäten des alltäglichen Lebens häufig einen Wechsel in ein Alters- oder Pflegeheim erzwingen. Der Anteil und das Mass der Pflegebedürftigkeit steigen in der Altersgruppe der über 85jährigen an. Unterstützungsbedarf besteht hier vor allem beim Baden oder Duschen, gefolgt vom sich An- oder Ausziehen und dem Gang zur Toilette. Dies gilt auch für die Gruppe der Befragten (alle Altersgruppen), die in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Spitex beansprucht haben.

¹² Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010).

¹³ Gesundheitsbefragung 2007: Die Daten sind repräsentativ für die ständige (ausländische und schweizerische) Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die in Privathaushalten mit Telefonanschluss lebt.

Tabelle 3: Anteil an unselbständigen Personen (zu Hause lebend) bei basalen und instrumentellen Aktivitäten des Alltags

	Anteil jener, welche die Aktivitäten nicht selbständig erledigen können:		
	65+-jährig	85+-jährig	Spitex beansprucht
Basale Alltagsaktivitäten (ADL)			
selbständig essen	0.1%	0.4%	1%
selbständig ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufsetzen	1%	2%	4%
selbständig an- und ausziehen	1%	7%	6%
selbständig zur Toilette gehen	1%	4%	5%
selbständig baden oder duschen	3%	12%	17%
Anteil jener, welche die Aktivitäten nicht selbständig erledigen können:			
	65+-jährig	85+-jährig	Spitex beansprucht
Instrumentelle Alltagsaktivitäten (IADL)			
selbständig gelegentlich schwere Hausarbeiten erledigen	12%	44%	53%
selbständig leichte Hausarbeit erledigen	3%	16%	26%
selbständig einkaufen	5%	26%	24%
selbständig Wäsche waschen	6%	24%	24%
selbständig Essen zubereiten	3%	13%	13%
sich selbständig um Finanzen kümmern	5%	20%	25%
selbständig öffentliche Verkehrsmittel benutzen	6%	28%	33%
selbständig telefonieren	1%	7%	6%

Quelle: Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010), S. 8 und S. 9.

Ein deutlich höherer Unterstützungsbedarf zeigt sich hingegen in den instrumentellen Aktivitäten des Alltags. Dies gilt besonders für Kräfte voraussetzende Tätigkeiten wie schwere Hausarbeit, Einkaufen, öffentliche Verkehrsmittel benutzen oder Wäsche waschen. Mehr als zwei Fünftel der über 85jährigen sind nicht mehr in der Lage, schwere Hausarbeit zu leisten, ein Sechstel ist bei leichter Hausarbeit auf Hilfe angewiesen. Rund ein Viertel ist nicht mehr in der Lage, selbständig Wäsche zu waschen, einzukaufen oder ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen. Gut ein Fünftel der über 85jährigen benötigt Hilfe bei der Verwaltung der Finanzen. Die Anteile bei der Gruppe der Befragten (alle Altersgruppen), die in den vergangenen 12 Monaten Leistungen der Spitex bezogen haben, liegen in einer ähnlichen Grössenordnung oder darüber.

Damit übertreffen die Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens diejenigen in den basalen Aktivitäten deutlich. Die Daten verweisen auf die zentrale Bedeutung ambulanter Hilfeleistungen bei den instrumentellen Aktivitäten.

Eine weitere Auswertung der Daten der Gesundheitsbefragung gilt dem soziomedizinischen Profil der über 65jährigen, die in den letzten 12 Monaten Leistungen der Spitex beansprucht haben. Es weist mit 24 Prozent einen hohen Anteil von Personen mit einer starken Einschränkung in der Mobilität (nur einige Schritte oder kann nicht gehen) aus. Weitere 18 Prozent können zwar mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter gehen. 15 Prozent erhalten kaum Besuch von Freunden oder Bekannten, 10 Prozent haben keine Vertrauensperson. 11 Prozent haben eine starke Höreinschränkung oder sind gehörlos. Alle drei Dimensionen verweisen auf die Gefahr einer Schwächung der Aussenkontakte und einer sozialen Isolation.

In der Studie wird aufgezeigt, dass die betroffenen Personen auf ein breites Spektrum von Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige, Spitex, Nachbarn, Freunde oder andere Dienstleister (erwerbswirtschaftlich und NPO) zurückgreifen können. Der Anteil der Spitex an den Hilfeleistungen

gen im Verhältnis zu informeller Hilfe durch Angehörige, Freunde und Nachbarn wird jedoch nur quantitativ und nicht qualitativ untersucht.

Der zweite zentrale Fokus der Studie richtet sich auf die Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen pflegender Angehöriger älterer Menschen. Hier zeichnen die Autorinnen und Autoren ein differenziertes Bild sowohl der Belastungen als auch der positiven Ressourcen und Erfahrungen und damit auch eine ausdifferenzierte Typologie pflegender Angehöriger.

Als belastend können sich Dauer und Zeitaufwand der Pflegeverhältnisse erweisen. Die Ergebnisse geben ein eindrückliches Bild der Leistungen der Angehörigen. Im Schnitt dauert das Pflegeverhältnis bei Partnerinnen und Partnern rund sechs Jahre, dasjenige der pflegenden Kinder rund fünf Jahre. Der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand für die Pflege betrug bei Partnerinnen rund 60 Stunden, bei pflegenden Söhnen und Töchtern immer noch rund 25 Stunden. Diese Ist-Zeit liegt vor allem bei den Partnerinnen und Partnern deutlich über einer angegebenen Wunschzeit von im Schnitt 27 bis 30 Stunden. Die direkten Belastungen haben oft negative Auswirkungen auf andere Lebensbereiche wie die körperliche und psychische Gesundheit, aber auch auf die finanzielle Gesamtsituation.

Finanzielle Aspekte spielen gemäss der SwissAgeCare-Studie in den ambulanten Pflegesettings häufig eine zentrale Rolle, die ungenügend thematisiert wird. Dies sind zum einen die indirekten Kosten des Zeitaufwands der pflegenden Angehörigen, teilweise verbunden mit einer Einschränkung der Erwerbstätigkeit und damit einem Einkommensverzicht. Als belastend werden aber auch die direkten Kosten für Hilfsmittel oder Investitionen in Anpassungen des Wohnumfelds sowie für Hilfeleistungen empfunden.

Die Studie weist auf die zentrale Bedeutung von Entlastungsangeboten für die pflegenden Angehörigen hin. Auf der sozialpolitischen Ebene fordert sie die Bereitstellung von flexiblen Entlastungsangeboten (wie Tagesbetreuung, Nachtplätze, Übergangspflege und Ferienbetten) und eine entsprechende Information und Beratung der Betroffenen über vorhandene Entlastungsangebote, respektive eine Begleitung und Sensibilisierung für eine rechtzeitige Inanspruchnahme. Hier wird der Spitex eine wichtige Rolle zugemessen. Des Weiteren weist die Studie darauf hin: *«Was ferner von pflegenden Angehörigen als entlastungsrelevant angesehen aber vielfach nicht erschwinglich erachtet wird, sind hauswirtschaftliche Hilfeleistungen.»*¹⁴

An vielen Punkten zeigt die Studie die Notwendigkeit einer guten Vernetzung verschiedener Unterstützungsangebote und eines funktionierenden Zusammenspiels zwischen Hilfe und Pflege durch die Spitex und informelle Hilfe durch Angehörige, Freunde, Nachbarn und Freiwillige auf. Bezüglich der Frage, ob und inwiefern ein Ausbau professioneller Hilfe- und Pflegeleistungen die familiäre Hilfe und Pflege verdrängen wird, vertritt die Studie die These, dass informelle und professionelle Pflege einander in konstruktiver Weise ergänzen. Darauf weisen aus ihrer Sicht auch vorangegangene Untersuchungen hin (Höpflinger, F.; Hugentobler, V. (2005)). Professionelle Dienste werden nicht als Verdrängung der privat-häuslichen Pflege angesehen, sondern vielmehr als eine Entlastung, damit familiäre Pflege nicht zur Überforderung und Überlastung wird.

Die Studie geht allerdings angesichts der demografischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Entwicklung von der These aus, dass sich die Pflege zunehmend professionalisieren wird. Sie sieht eine verstärkte Arbeitsteilung und Ausdifferenzierung zwischen professioneller Pflege durch Spitexorganisationen und instrumentellen Unterstützungsleistungen durch Angehörige und andere informelle Hilfeleistenden (Nachbarn, Freunde, Freiwillige).

¹⁴ Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010), S. 107.

Die Vermeidung von vorzeitigen Heimeintritten

Die Pflegebedürftigkeit ist und bleibt der wichtigste Faktor für einen Heimeintritt. Dennoch zeigt die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), dass in einer Vielzahl von Kantonen rund 25 bis 30 Prozent der Heimbewohner/-innen nur einen geringen Pflegebedarf und/oder Unterstützungsbedarf aufweisen. Dies gilt auch für die Kantone Zürich und Luzern. Die Schweiz weist im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern mit einem Anteil von über 50 Prozent eine hohe stationäre Pflegequote aus.

Die Eidgenössische Gesundheitsbefragung 2007 hält zu diesem Thema fest: *«Rund ein Viertel der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen sind nicht in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt (24%). Sie werden aus funktionaler Sicht als wenig hilfs- und pflegebedürftig erachtet: 56% haben keine Einschränkung in den Alltagsaktivitäten und 44% haben nur wenige Schwierigkeiten bei der Verrichtung, hauptsächlich beim sich Waschen. Mehr als vier von zehn Personen mit geringem Pflegebedarf hatten vor dem Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim informelle Hilfe (45%) und drei von zehn Spitex-Dienste (32%) in Anspruch genommen. Dies deutet auf eine gewisse Anfälligkeit hin, insbesondere im Hinblick auf instrumentelle Alltagsaktivitäten.»*¹⁵

Die hier zitierte Anfälligkeit im Hinblick auf instrumentelle Alltagsaktivitäten ist zu ergänzen durch eine mögliche Verletzlichkeit in Bezug auf soziale Vereinsamung und Isolation, eine ungeeignete Wohnsituation oder Unsicherheit im Alltag. Drei von zehn Personen aus dieser Gruppe haben Spitex-Dienste in Anspruch genommen, im Umkehrschluss sieben von zehn Personen aber nicht. Die Gründe dafür sind nicht bekannt, aber es stellt sich die Frage, ob hier ein Potenzial brach liegt, frühe Heimeintritte zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern.

Heimeintritte mit einem geringen Pflegebedarf werden nicht immer zu vermeiden sein. In verschiedenen Fällen erfolgt durch einen Heimeintritt auch eine Stabilisierung, die in der Folge zu einer Herabstufung des Pflegebedarfs führt, ohne dass eine dauerhafte Rückkehr in eine private Wohnung sinnvoll erscheint. Aber in vielen Fällen gehen Heimeintritte mit niedrigem Pflegebedarf mit einem Defizit in der vorangehenden Unterstützung und Betreuung einher.

Auf diesen Zusammenhang wurde im Rahmen einer Studie zur Evaluation der Versorgung der Bevölkerung im Kanton Schwyz mit Spitexleistungen wiederholt hingewiesen, in der die Hochschule Luzern 27 qualitative Interviews mit Spitexorganisationen, Pflegeheimen, Spitälern, Gemeinde- und Kantonsvertreterinnen, Pro Senectute Kanton Schwyz und dem Schweizerischen Roten Kreuz Kanton Schwyz sowie pflegenden Angehörigen führte.¹⁶ In den Interviews wurde dies mit der Beobachtung verbunden, dass sich deutlich sichtbar Veränderungen im Gesundheitszustand bei den älteren Menschen finden. Bei einem Teil der Bevölkerung nehmen chronische Krankheiten und Multimorbidität zu. Oft sind Alter und Hochaltrigkeit aber weniger mit schweren Krankheitsbildern verbunden, die Pflege notwendig machen, als mit einem allgemeinen Unterstützungsbedarf. In den Interviews wurde die Einschätzung geäußert, dass diese Gruppe älterer Menschen mit einer guten Betreuung zu Hause oder in einer entsprechenden Alterswohnung leben könnte.

Diese Betreuung und Unterstützung in den Alltagsaktivitäten ist gemäss den Interviews aber nur schwer zu organisieren oder aus einer Hand zu beziehen. Zum Teil bestehen entsprechende Angebote, aber es mangelt an Übersichtlichkeit und Koordination.¹⁷ Welches Zugangshindernis die Finanzierung für Privathaushalte darstellt, konnte in der Studie nicht vertieft evaluiert werden.

¹⁵ Kaeser, Martine (2012), S. 36.

¹⁶ Krummenacher, J.; Wächter, M. (2013).

¹⁷ Krummenacher, J.; Wächter, M. (2013). S.33ff.

Die Betreuung zu Hause lebender an Demenz erkrankter Menschen

Eine weitere wichtige Entwicklung in der Langzeitpflege und Betreuung wird in der nationalen Demenzstrategie 2014-2017 aufgegriffen. In der Schweiz lebten Ende 2012 geschätzt rund 113'000 an Demenz erkrankte Menschen.¹⁸ Davon wird gemäss der Schweizerischen Alzheimervereinigung rund die Hälfte zu Hause betreut.

Tabelle 4: Aufteilung der zu Hause lebenden an Demenz erkrankten Menschen nach Wohnform und Unterstützungsbedarf in der Schweiz

Wohnform	Total	Schweiz		
		davon brauchen Unterstützung		
		punktuell	täglich	Tag und Nacht
allein	16'975	9'732	7'180	
mit einem Angehörigen	39'608	14'598	19'413	5'658
Total	56'583	24'331	26'594	5'658
Total (in %)	100%	43%	47%	10%

Datenquelle: Schweizerische Alzheimervereinigung. Eigene Aktualisierung der Zahlen auf den Bevölkerungsstand 2012.

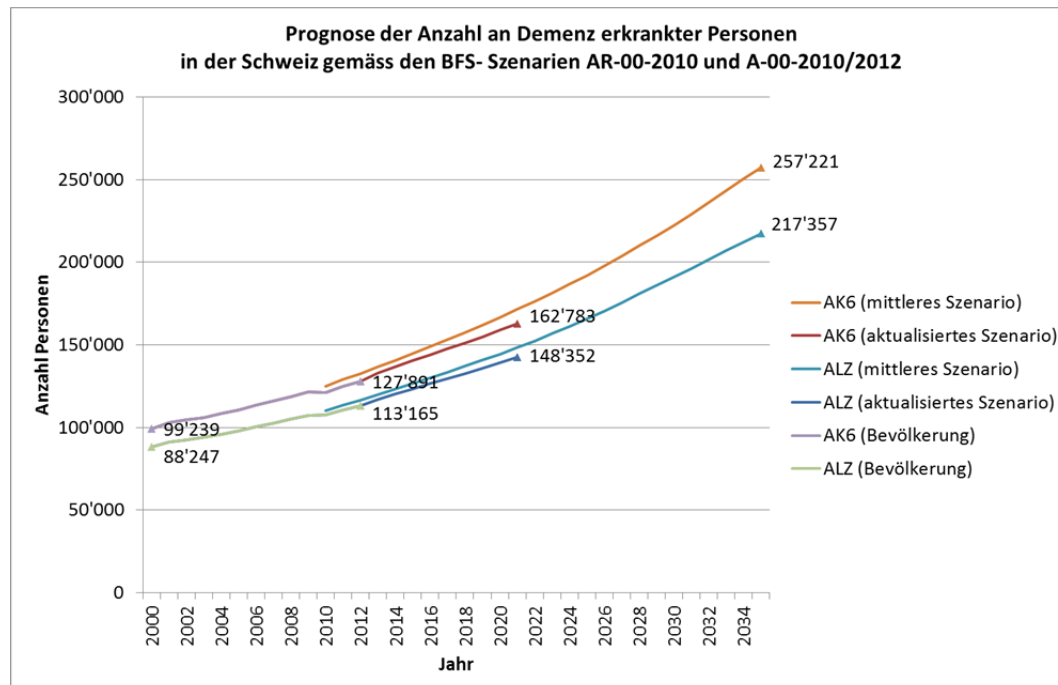
Tabelle 4 zeigt auf, dass ein grosser Teil der Pflegebedürftigen mit Demenz auch mit erheblichem Unterstützungsbedarf noch zu Hause lebt. Rund 26'500 Menschen benötigen tägliche Unterstützung, weitere 5'700 Personen Tag und Nacht.

Das grösste Risiko für einen Heimeintritt ist in dieser Ausgangslage eine schrittweise Destabilisierung der Situation zu Hause oder eine plötzliche Eskalation durch Überlastung der Angehörigen. Um diesen Risiken vorzubeugen, sind frühzeitige Interventionen und ein dichtes Netz von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und umgekehrt eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Unterstützung rechtzeitig in Anspruch zu nehmen, zentral.

Die Anzahl an Demenz erkrankter Menschen wird in der Schweiz gemäss Prognosen in den nächsten Jahren stark zunehmen. Abbildung 3 auf der folgenden Seite zeigt eine Hochrechnung auf der Basis des mittleren Szenarios des BFS 2010 bis 2035 und des aktualisierten mittleren Szenarios 2012 bis 2021 anhand der Quote an Demenzerkrankungen gemäss der Alzheimervereinigung Schweiz (in der Abbildung abgekürzt mit ALZ) und Höpflinger (2011) (in der Abbildung abgekürzt mit AK6).

Die Spitexorganisationen werden hier auch im Rahmen der Pflege gefordert sein. Doch gewinnen Themen wie Koordination, Beratung, Entlastung der Angehörigen und (Sozial-)Betreuung angesichts der mit einer Demenzerkrankung verbundenen gesundheitlichen Einschränkungen und Problemen bei der Bewältigung der Alltagsaktivitäten gegenüber pflegerischen Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege stark an Gewicht. Angesichts der prognostizierten starken Zunahme der an Demenz erkrankten Personen, hat die Aufrechterhaltung und Stärkung der ambulanten Betreuung dieser Klientinnen- und Klientengruppe einen grossen Einfluss auf die Anzahl der benötigten Pflegeplätze.

¹⁸ Schweizerische Alzheimervereinigung. Zahlen und Fakten zur Demenz. <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html> (zuletzt aufgerufen am 11. August 2014).

Abbildung 3: Die Entwicklung der Anzahl an Demenz erkrankter Personen in der Schweiz

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung für die Schweiz auf der Grundlage der Zahlen der Bevölkerungsstatistik und Bevölkerungszahlen des BFS sowie verschiedener Prognosemodelle.

Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wird zu überprüfen sein, welche Rolle die Spitexorganisationen im Bereich der nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen übernehmen können und sollen und in welcher Form sie einen Beitrag leisten können, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen einen Zugang zu frühzeitigen Interventionen und koordinierten Unterstützungsleistungen erhalten. Der Zugang müsste zum Teil bereits zu einem Zeitpunkt sichergestellt werden, in dem erst ein Bedarf an nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen und noch nicht an der Pflege selbst besteht.

2.3. Die Rolle und Funktion der durch Spitexorganisationen erbrachten hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen

Die im vorangehenden Abschnitt zitierten Studien zeigen, dass die nicht-pflegerischen, instrumentellen Unterstützungsleistungen von einem breiten Unterstützungsnetzwerk getragen werden, in dem den Spitexorganisationen nur eine bestimmte Rolle zukommt. In diesem Kapitel werden diese Rolle und die Ausrichtung der von ihnen erbrachten Leistungen genauer bestimmt. Darunter fällt auch eine Klärung, in welcher Form die Spitexorganisationen neben oder im Verbund mit den hauswirtschaftlichen Leistungen (sozial-)betreuerische Leistungen erbringen.

Der individuelle Vertrag zwischen einer Spitexorganisation mit Leistungsauftrag und ihren Klientinnen und Klienten steht aufgrund der Mitfinanzierung der Kosten der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen durch die Gemeinde oder den Kanton zumeist im Kontext einer übergeordneten Leistungsvereinbarung, einer Verordnung oder zum Teil auch eines Gesetzes. Deshalb sollen die Zielsetzungen, die Rolle und Funktion der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen zunächst auf dieser Ebene untersucht werden. Ergänzend werden die internen

Ziele und Ausrichtungen der im Projekt beteiligten Spitexorganisationen zur weiteren Klärung der Rolle und Funktion beigezogen.

Die Definition von Hauswirtschaft und Betreuung auf der Ebene der Gesetze, Verordnungen und Leistungsvereinbarungen

Die Bundesverfassung überträgt den Kantonen die Verpflichtung, die Pflege und Hilfe zu Hause sicherzustellen. Die Ausgestaltung liegt im Bereich der Hilfe zu Hause in der Verantwortung der Kantone und Gemeinden. Einzelne Kantone haben eine detaillierte Beschreibung der Leistungen bereits auf Gesetzes- oder Verordnungsebene festgelegt. Andere Kantone haben die Verantwortung zur Sicherstellung dieser Leistungen an die Gemeinden delegiert und verzichten auf eine Ausdifferenzierung der zu erbringenden Leistungen.

Im Kanton Zürich ist die Sicherstellung notwendiger Leistungen «im hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich für Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Alter, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen (nichtpflegerische Spitex-Leistungen)» bereits im Pflegegesetz festgehalten und den Gemeinden als Aufgabe übertragen worden.¹⁹ Die eigentlichen Leistungen werden dann in der Pflegeverordnung sehr detailliert umschrieben.

Im Kanton Luzern wurde im Gesundheitsgesetz die Verantwortung für die ambulante Pflege und Hilfe zu Hause und die stationäre Langzeitpflege an die Gemeinden übertragen und auf detailliertere Ausführungsbestimmungen in den Verordnungen weitgehend verzichtet. Es gibt aktuell kein unabhängiges Pflegegesetz, sondern ein Pflegefinanzierungsgesetz. Der Leistungsumfang und die Präzisierung des Zwecks und der Art der Leistungserbringung finden sich in den Leistungsvereinbarungen, die die Spitexorganisationen mit den Gemeinden abschliessen.

Das Mindestangebot an ambulant erbrachten nichtpflegerischen Leistungen umfasst gemäss Pflegeverordnung des Kantons Zürich folgende zur Alltagsbewältigung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger notwendigen hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen:

- a. im Bereich Wohnen und Haushalt:
 1. Haushalt organisieren, wie Einkauf planen und Organisation der Wäsche,
 2. Tägliche Haushaltsarbeiten, wie Sichtreinigung, Briefkastenleeren und Heizen,
 3. Wöchentliche Unterhaltsreinigung, wie Abfall entsorgen und Wochenkehr,
 4. Kleiderpflege, wie Waschen und Bügeln,
 5. Tierpflege, solange diese nicht anderweitig organisiert werden kann;
- b. im Bereich Verpflegung:
 1. Menüplan aufstellen,
 2. Mahlzeitendienst organisieren und Mahlzeiten aufbereiten,
 3. Einkaufen, bei Bedarf zusammen mit der Leistungsbezügerin oder dem Leistungsbezüger;
- c. im Bereich Diverses:
 1. Gehbegleitung ausserhalb der Wohnräumlichkeiten,
 2. Auswärtige Besorgungen,
 3. Erledigung kleiner administrativer Arbeiten,
 4. Säuglings- oder Kinderbetreuung.

Diese Auflistung deckt sich weitgehend mit dem Leistungskatalog, welcher der Pflegeplanung im Resident Assessment Instruments Home Care (RAI-HC) für den Bereich Hauswirtschaft hinterlegt ist.

¹⁹ Pflegegesetz des Kantons Zürich, Art. 5, Abs. 1 d.

Eine Definition der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen über einen konkreten Leistungs- oder Massnahmenkatalog, in expliziter Anlehnung an den Katalog aus RAI-HC findet sich auch in anderen Kantonen.

Im Kanton Bern erfolgt diese Festlegung beispielsweise auf der Ebene der kantonal einheitlichen Leistungsvereinbarungen für Spitexorganisationen mit Versorgungspflicht. In dieser Auflistung wird explizit Bezug auf die Positionen des Leistungskatalogs des RAI-HC genommen:

- **Haushaltsführung/Haushaltspflege:** 001 Kontrollbesuche, 003 Bett frisch beziehen, 002 Bett machen, 007 Aufräumen, Ordnung, 008 Abwaschen, 014 Küche/Bad reinigen, 019 Abfall/Altpapier entsorgen, 017 Briefkasten leeren, 020 Haushalt organisieren, 016 Heizen, lüften
- **Wäsche- und Schuhpflege:** 006 Bügeln, flicken, 004 Kleiderpflege, 005 Waschen Hand-/Maschine
- **Reinigungsarbeiten:** 009 Wochenkehr 1-Zimmer-Wohnung, 010 Wochenkehr 2-Zimmer-Wohnung, 011 Wochenkehr 3-Zimmer-Wohnung, 012 Wochenkehr 4-Zimmer-Wohnung, 013 Wochenkehr > 4-Zimmer-Wohnung, 015 andere Putzarbeiten
- **Ernährung:** 031 Einkaufen ohne Klientin, 032 Einkaufen mit Klient, 033 Morgen- und Abendessen zubereiten, 034 Mittagessen kochen, 035 Diät kochen, 037 Mitessen; 036 Menüplan aufstellen, 038 Mahlzeiten organisieren
- **018 Tier und Pflanzenpflege**

Das bereits auf der Stufe der Verordnungen (Kanton Zürich) oder spätestens auf der Ebene der Leistungsvereinbarungen definierte Angebot an hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen ist weitgehend identisch mit Ausnahme einzelner Positionen wie in den hier gezeigten Auflistungen mit der Nichtaufführung der Positionen 038 (Mahlzeiten organisieren), 039 (Mahlzeiten nach Hause bringen) und 041-045 (Diverses) in den Leistungsvereinbarungen des Kantons Bern.

Im Wesentlichen werden in den gesetzlichen oder vertraglichen Rahmenbedingungen hauswirtschaftliche Leistungen aufgeführt. Betreuerische Leistungen sind entweder nur ganz konkret im Bereich der Familienhilfe mit der Säuglings- und Kinderbetreuung oder am Rande mit Positionen unter Diverses wie die aktivierende Gehbegleitung ausserhalb der Wohnräumlichkeiten, auswärtige Besorgungen oder Erledigung kleinerer administrativer Arbeiten im Leistungskatalog enthalten.

Der übergeordnete Zweck des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit

Angesichts dieser Leistungskataloge stellen sich zwei Fragen:

- Weisen sie darauf hin, dass die betreuerischen Leistungen nur einen kleinen Anteil der nicht-pflegerischen Leistungen ausmachen und eher eine Randerscheinung im Leistungsangebot sind?
- Gibt es Unterschiede in der Leistungserbringung im Bereich Hauswirtschaft unter Spitexorganisationen, zwischen Spitexorganisationen und anderen privaten Organisationen, zwischen verschiedenen Kantonen und Gemeinden und wenn ja, worin liegen diese?

Der Schlüssel zu den Antworten auf diese Fragen liegt in dem Zweck der Leistungen und der Art ihrer Erbringung.

Auf der Ebene der Pflegeverordnung wird im Kanton Zürich neben der Festlegung eines Mindestangebots an ambulant zu erbringenden nicht-pflegerischen Leistungen der Zweck dieser Leistungen explizit festgeschrieben.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 29/95

Die Leistungen, pflegerische und nicht-pflegerische, werden so festgelegt und erbracht, dass

- a. die Selbständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden,*
- b. stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und Pflegeheimaustritte nach Hause unterstützt werden.*

Damit gehen die Leistungen über rein instrumentelle Unterstützungsleistungen hinaus, die Lücken in der Bewältigung der Alltagsaktivitäten schliessen. Zweck der Leistungen ist es darüber hinaus, Schutzfaktoren zu stärken, die die Selbständigkeit und Eigenverantwortung fördern und erhalten, und Risikofaktoren zu mindern, die die Wahrscheinlichkeit eines Pflegeheim- oder Spitaleintritts erhöhen. Die Pflegeverordnung enthält damit eine interessante Präzisierung des Zwecks der Leistungen, auf die in Kapitel 3 noch ausführlicher eingegangen wird. Zur Begrenzung des Leistungsanspruchs ist der Leistungserbringer verpflichtet, eine schriftlich festgehaltene Bedarfsabklärung durchzuführen. Leistungen werden nur erbracht, soweit die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selbst oder ihr soziales Umfeld sie nicht erbringen können (Subsidiaritätsprinzip).

Sehr ähnliche Grundsätze der Leistungserbringung finden sich auch in der Leistungsvereinbarung der Spitex Luzern mit der Stadt Luzern. So wird neben den Prinzipien der Subsidiarität und der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung festgehalten, dass die Spitex-Leistungen die Selbständigkeit der betreuten Person fördern bzw. erhalten und die Selbstverantwortung der betreuten Person fördern.

Um diesem Ziel gerecht zu werden, hat die Stadt als Auftraggeberin zusätzlich die Finanzierung folgender nicht KLV-Pflichtleistungen in die Leistungsvereinbarung aufgenommen:

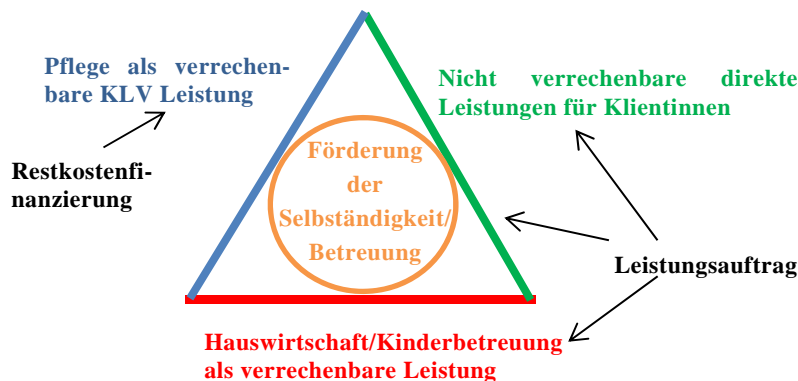
- Auskünfte über die diversen Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens;
- Beratung für pflegende Angehörige;
- Fallführung in komplexen Situationen mit mehreren beteiligten Personen und Institutionen;
- Hauswirtschaft & Betreuung im Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention/Stabilisierung.

In dieser Präzisierung des Zwecks der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen kommen sich die Ausgangslagen in der Stadt Luzern, in der Gemeinde Kriens und im Kanton Zürich in den Städten Zürich und Winterthur sehr nahe. In Kapitel 4 wird genauer zu untersuchen sein, wie diese Präzisierung umgesetzt wird und welche Folgen sie auf den Zugang zu den Leistungen, die Strukturen und Prozesse, die inhaltliche Ausrichtung und die Qualifikationsprofile der Mitarbeitenden hat.

Die Verortung der Leistungen zur Förderung und zum Erhalt der Selbständigkeit sowie der betreuerischen Leistungen

Betrachtet man den reinen Leistungskatalog, der die nicht-pflegerischen Leistungen einer Spitexorganisation mit Leistungsauftrag umschreibt, wird deutlich, dass die (sozial-)betreuerischen Leistungen und die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit in diesem Bereich nicht von den eigentlichen hauswirtschaftlichen Leistungen und instrumentellen Unterstützungsleistungen zu trennen sind. Sie vollziehen sich (immer ergänzend zu den pflegerischen Leistungen) in diesem Rahmen und sind deshalb an die Ausrichtung und Qualifikationsprofile der Mitarbeitenden in diesem Bereich und an ihre Vernetzung innerhalb der Organisation mit den pflegerischen Leistungen gebunden. Es sind, mit wenigen Ausnahmen, darunter vor allem Beratungs- und Koordinationsleistungen, keine separaten Leistungen.

Abbildung 4: Förderung der Selbständigkeit und Betreuung im Kontext der Spitexleistungen



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 4 illustriert die Einbettung der Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und der Betreuung in die Spitexleistungen. Wo diese Leistungen durch den Leistungsauftrag an die Spitexorganisationen getragen werden, aber nicht verrechenbar sind, fallen sie als Zeitleistung auf der Kostenstelle «direkte Leistungen für Klientinnen und Klienten» an, die auf die Vollkosten der Kerndienstleistungen umgelegt werden.

Im Wesentlichen fallen diese Leistungen aber innerhalb der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen an und sind Ausdruck der Art der Leistungserbringung und des zeitlichen Rahmens, der für diese Leistungen zur Verfügung steht. Im Bereich der Hauswirtschaft wird dies sehr schön in der Zürcher Bedarfsplanung Hauswirtschaft gespiegelt. Dort wird die Verlängerung der Zeitdauer, die sich durch die aktivierende Begleitung und den Einbezug der Klientinnen und Klienten ergibt, explizit als «Zeit 2» ausgewiesen.

Abbildung 5: Darstellung der Zuordnung von Leistungen zur Frequenz und Dauer im Rahmen des Zürcher Bedarfsplans

Nr.	Frequenz	Leistung	Zeit 1	Betreuungsleistung	Zeit 2
1.1	t	Betten, frisch beziehen	10	allgemeine soziale Begleitung	5-10
1.7	w	Wochenkehr	30-90	allgemeine soziale Begleitung	15-45
1.12	m	Haushalt organisieren, Absprache mit Angehörigen	45	Kunde/Kundin einbeziehen	10-15

t = täglich, w = wöchentlich, m = monatlich

Quelle: Zürcher Bedarfsplanung.

Diese längere Dauer ist verrechenbar und wird letztlich anteilmässig von den Klientinnen und Klienten selbst und durch die Übernahme der Differenz zwischen Tarif und Vollkosten von der öffentlichen Hand getragen.

Im Leistungskatalog nach RAI-HC werden diese Leistungen nicht mehr getrennt ausgewiesen, sondern es wird nur noch eine Zeit angegeben.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 31/95

Abbildung 6: Darstellung der Zuordnung von Leistungen zur Dauer und Mindestqualifikation im Rahmen von RAI-HC

Nr.	Leistung	Tarif	Zeit	Mindestqualifikation	KLV
20002	Bettmachen	HL Tag	10	HH	Nein
1040a	Unterhaltsreinigung	Unterh.	90	HH	Nein
10911	Beraten bei Gefahren/Änderungen in der Wohnung veranlassen	.		KP	Nein

Quelle: Leistungskatalog RAI-HC

Die Bezeichnung Hauswirtschaft und Betreuung steht damit im Bereich der ambulanten Langzeitpflege nicht für zwei separate Leistungspakete, sondern sie sind eng miteinander verbunden. Mit Ausnahme von betreuenden Leistungen für Kinder oder gewisse Zusatzleistungen wie Gehbegleitung oder auswärtige Besorgungen (unter Diverses) werden Betreuungsleistungen nicht ausserhalb der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten erbracht und eigenständig gegenüber den Klientinnen und Klienten verrechnet.

Die Bedeutung der nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen im Bereich der ambulanten Nachsorge und Rehabilitation nach einem Spitalaufenthalt

Die bisherigen Überlegungen beleuchteten die Rolle der instrumentellen Unterstützungsleistungen, darunter auch der Hauswirtschaft, vor allem aus der Perspektive der Langzeitpflege und Versorgung von älteren Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Einschränkungen.

Eine weitere Aufgabe nimmt die Spitex über alle Altersgruppen hinweg in der ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt, in der ambulanten Behandlung von Krankheiten wie beispielsweise onkologische Therapien, in der ambulanten Palliative Care oder auch der ambulanten Rehabilitation wahr. Ein hoher Anteil der Eintritte der Spitex erfolgt im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt oder einer Spitalbehandlung (siehe auch das folgende Kapitel 2.4). Spitalaufenthalte können verkürzt und Behandlungen ambulant durchgeführt werden, wenn die Spitex innert der angestrebten Frist eine stabile Betreuungssituation zu Hause herstellen kann oder die Patientinnen und Patienten während der ambulanten Behandlung oder Rehabilitation angemessen begleiten kann.

2.4. Analyse der heterogenen Zielgruppen und Kundensegmente der Spitex

Die Positionierung der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex wird durch die Vielfalt der Zielgruppen erschwert, die – auch in den eigenen Statistiken – zu wenig differenziert dargestellt wird.

Die Spitexorganisationen erbringen bereits heute Leistungen für eine sehr heterogenere Gruppe von Leistungsbezügerinnen, die unterschiedliche Anforderungen an die Leistungserbringung und Qualifikationen der Mitarbeitenden stellen.

1. Die Spitex übernimmt **zeitlich begrenzt** die Haushaltsführung als Teil der ambulanten Nachsorge nach dem Spital.
2. Die Spitex erbringt **Hauswirtschaftsleistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit im Alltag**, wenn diese aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte gefährdet ist.
3. Die Spitex übernimmt Teile der Haushaltsführung zur **Entlastung von pflegenden Angehörigen**, die ansonsten einen wesentlichen Teil der Pflege, Haushaltsführung und Betreuung selber leisten.

4. Die Spitex übernimmt Hauswirtschaftsleistungen zur **Stabilisierung der Haushaltsführung** in Krisensituationen, die durch einen plötzlichen Ausfall der bisherigen Strukturen oder das Aufdecken eines Zustands der Verwahrlosung gekennzeichnet sind.
5. In einigen Fällen übernimmt die Spitex auch **stellvertretend** über einen längeren Zeitraum Aufgaben, die eine Person aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, einer Behinderung nicht selbst vornehmen kann, **in einer ansonsten stabilen Situation**. Stationäre Aufenthalte sollen vermieden werden.
6. Die Spitex übernimmt Hauswirtschaftsleistungen im Rahmen der **psychiatrischen Pflege und Betreuung**.

Mit Blick auf besondere Herausforderungen in der Pflege und Unterstützung von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen könnte man diese Zielgruppe in Analogie zu Menschen in einer psychisch belasteten und komplexen Situation auch als siebte Zielgruppe im Unterschied zur zweiten Zielgruppe ausweisen, obwohl bei ihnen ebenfalls der Erhalt einer gewissen Selbständigkeit und der Verbleib im gewohnten Wohnumfeld im Vordergrund stehen.

Das Tätigkeitsprofil der Spitex weist grosse Unterschiede in Bezug auf die verschiedenen Zielgruppen auf. In der ambulanten Nachsorge im Anschluss an einen Spitalaufenthalt in Folge von Krankheit und Unfall können bereits andere Anforderungen auftreten als bei Unterstützungsleistungen im Rahmen einer schwierigen Schwangerschaft oder nach einer Entbindung mit Komplikationen. Grössere Unterschiede ergeben sich dann zu den Anforderungen im Bereich der Langzeitpflege mit dem Zweck der Förderung und des Erhalts der Selbständigkeit. Eine wiederum andere Herausforderung finden Mitarbeitende in der Aufgabe der Stabilisierung von Haushalten in Krisensituationen vor.

Diese unterschiedlichen Aufgaben und Zielgruppen tragen in der öffentlichen Wahrnehmung und in der Darstellung der Spitexleistungen oft zu einer Verwässerung des Tätigkeitsprofils bei, anstatt im Gegenteil das Spezifische an den Aufgabenfeldern der Spitex in den Vordergrund treten zu lassen.

Die Spitexorganisationen versäumen es, durch eine differenzierte Darstellung ihrer Klientengruppen das breite Leistungsspektrum, welches sie anbieten, zu verdeutlichen. Eine Aufschlüsselung der von der Spitex erbrachten Leistungen nach Altersgruppen kann nur ein ganz grober Indikator für die Verteilung der Leistungen auf die verschiedenen Zielgruppen sein.

Tabelle 5: Verteilung der Klientinnen und Klienten sowie der Leistungsstunden nach Altersgruppen (2013)

Pflege				
	Klientinnen und Klienten		Leistungsstunden	
Total	219'555		11'904'809	
0-64	51'384	23.4%	2'128'671	17.9%
65-79	60'887	27.7%	2'872'851	24.1%
80+	107'284	48.9%	6'903'287	58.0%
Hauswirtschaft				
	Klientinnen und Klienten		Leistungsstunden	
Total	118'197		5'352'268	
0-64	29'088	24.6%	1'011'461	18.9%
65-79	32'474	27.5%	1'372'568	25.6%
80+	56'635	47.9%	2'968'239	55.5%

Quelle: BFS. Spitex-Statistik (2013).

Sie spiegelt einen Anteil der Altersgruppe der unter 65 jährigen von rund 25 Prozent am Total aller Klientinnen und Klienten. In der Altersgruppe der zwischen 65-79 jährigen, die rund ein weiteres Viertel aller Klientinnen und Klienten stellt, ist es schwieriger zu beurteilen, wie hoch der Anteil an

Langzeitpflege ist. Aber auch in dieser Altersgruppe dürfte ein erheblicher Teil der Leistungen im Zusammenhang mit der ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaufenthalt stehen.

Die nationale Spitex-Statistik erlaubt keine weiter ausdifferenzierte Analyse der verschiedenen Zielgruppen der Spitexorganisationen. Gleichzeitig verfügen die meisten Spitexorganisationen dank der detaillierten Zeiterfassung der einzelnen Einsätze der Mitarbeitenden und der häufig elektronisch dokumentierten Abklärung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs eigentlich über eine sehr differenzierte Datengrundlage zu ihren Klientinnen- und Klientenstrukturen.

Das Potenzial einer verfeinerten Analyse dieser Strukturen wird im folgenden Abschnitt beispielhaft anhand einer differenzieren Auswertung der Daten der Spitex Stadt Luzern vorgenommen.

Eine Analyse der Klientinnen- und Klientenstrukturen am Beispiel der Spitex Stadt Luzern

Die Dossiers/Fälle werden im heutigen System nicht nach den oben aufgeführten Zielgruppen klassifiziert. Einen Hinweis auf die Situation der Klientinnen und Klienten geben jedoch die Austrittsgründe, welche beim Abschluss eines «Falls» erfasst werden. Von den 3'564 erfassten Fällen mit Leistungen in den Jahren 2012 bis 2014 (bis 30.06.) wurden 2'723 Fälle abgeschlossen. Die 3'564 Fälle dieser zweieinhalb Jahre verteilten sich auf 3'168 Klientinnen und Klienten.²⁰

Tabelle 6: Verteilung der in einem Jahr abgeschlossenen Fälle nach Austrittsgründen und Altersgruppen (Alle Leistungen)

Austrittsgrund	Alle Leistungen					Total
	Altersgruppe					
	15-64	65-79	80-84	85-89	90+	
KlientIn wieder gesund/selbständig	497	388	206	132	49	1'272
	63%	50%	44%	31%	18%	47%
Einweisung in Akutspital	12	23	10	6	5	56
Einweisung in Psychiatrische Klinik	6	6	-	-	-	12
Übernahme der Leistungen durch anderen ambulanten Dienst	54	24	16	23	10	127
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	64	83	41	34	20	242
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenhaus	18	94	104	143	112	471
Verstorben	49	85	55	56	53	298
Wohnortwechsel	23	9	8	6	1	47
Andere oder Fehlend	63	57	31	26	21	197
Gesamtergebnis	786	769	471	426	271	2'723

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2014)

Tabelle 6 zeigt, dass der Anteil Fälle mit dem Austrittsgrund «KlientIn wieder gesund/selbständig» in den Jahren 2012 bis 2014 im Schnitt 47 Prozent aller abgeschlossenen Dossiers ausmacht. Der Anteil fällt mit dem Alter der Klientinnen und Klienten. Aber auch in der Altersgruppe der 80-84-jährigen ist dieser Anteil mit 44 Prozent noch hoch. Selbst in der Altersgruppe der 85-89-jährigen werden noch knapp ein Drittel (31 Prozent) der Einsätze wegen der Wiederherstellung der Selbständigkeit oder der Gesundheit der Klientinnen und Klienten abgeschlossen.

Ähnlich hohe Zahlen finden sich auch, wenn man sich auf diejenigen 953 Dossiers beschränkt, die hauswirtschaftliche Leistungen einschliessen (siehe Tabelle 7).

²⁰ 2'822 Klientinnen mit Einzeleinsätzen, 600 mit zwei Einsätzen, 126 mit 3 Einsätzen, 16 mit 4 Einsätzen.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 34/95

Tabelle 7: Verteilung der in einem Jahr abgeschlossenen Fälle nach Austrittsgründen und Altersgruppen (Fälle mit hauswirtschaftlichen Leistungen)

Austrittsgrund	Fälle mit hauswirtschaftlichen Leistungen					Total
	Altersgruppe					
	15-64	65-79	80-84	85-89	90+	
KlientIn wieder gesund/selbständig	199	134	57	32	10	468
	73%	54%	37%	22%	11%	49%
Einweisung in Akutspital	2	6	1	3	1	13
Einweisung in Psychiatrische Klinik	2	3	-	-	-	5
Übernahme der Leistungen durch anderen ambulanten Dienst	11	7	6	5	3	32
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	14	13	11	1	3	43
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenhaus	9	39	50	74	49	222
Verstorben	9	23	14	19	20	87
Wohnortswechsel	6	3	3	2	1	17
Andere oder Fehlend	21	19	11	8	5	66
Gesamtergebnis	273	247	153	144	92	953

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2014)

Dieser hohe Anteil zeigt, dass die Spitex quer durch alle Altersgruppen einen hohen Anteil von Fällen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Selbständigkeit abschliessen kann. Damit verweist die Tabelle darauf, dass ein hoher Anteil der Dossiers nicht mit einem einheitlichen Label Langzeitpflege zu versehen ist, sondern der Nachsorge im Anschluss an einen Spitalaufenthalt oder an eine ambulante Behandlung oder Erkrankung zuzuordnen ist.

Einen anderen Hinweis auf die Rolle der Spitex in der ambulanten Nachsorge nach einem Aufenthalt im Spital gibt die Auswertung der Fälle nach der im RAI-HC Assessment erfassten Frage nach einem Spitalaufenthalt innerhalb der letzten drei Monate.

Tabelle 8: Spitalaufenthalt vor Eintritt in Spitex (aufgeschlüsselt nach Eintrittsjahr und Austrittsgrund)

Eintrittsjahr 2012 - 2014	Spitalaufenthalt innerhalb der letzten					Keine Angabe	Gesamtergebnis
	7 Tage	8-30 Tage	31-90 Tage	Nein	Keine Angabe		
Total Eintritte	1'186	43.6%	199	441	821	74	2'721
davon Austrittsgrund:							
Nicht abgeschlossen	194	37.5%	28	57	208	30	517
KlientIn wieder gesund/selbständig	604	51.4%	105	226	231	8	1'174
Übernahme der Leistungen durch anderen ambulanten Dienst	42	43.3%	4	13	33	5	97
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	87	39.5%	10	42	78	3	220
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenhaus	86	34.0%	16	40	108	3	253
Verstorben	85	42.5%	15	34	60	6	200
Andere	62	35.8%	11	17	65	18	173
Einweisung in Akutspital	15	33.3%	6	7	17		45
Einweisung in Psychiatrische Klinik	4	40.0%			6		10
Wohnortswechsel	7	21.9%	4	5	15	1	32

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2014)

Bei 44 Prozent der Eintritte (1'186) zwischen 2012 und 2014 lag ein Spitalaufenthalt innerhalb der letzten 7 Tage vor, bei weiteren 7 Prozent innerhalb von 8 bis 30 Tagen. Der Anteil Eintritte mit einem Spitalaufenthalt innerhalb der letzten 7 Tage stieg von 40 Prozent im Jahr 2012 auf 44 Prozent im Jahr 2013 und auf 51 Prozent im ersten halben Jahr 2014. Dies zeigt die grosse, und von

der Tendenz her ansteigende Bedeutung der Spitex in der ambulanten Nachsorge nach einem Spitalaustritt.

Ein Teil der Fälle dürfte den Einstieg in die Langzeitpflege darstellen. Jedoch werden rund 50 Prozent der Fälle mit einem erst unmittelbar zurückliegenden Spitalaufenthalt (bis zu 7 Tagen) mit dem Austrittsgrund «KlientIn wieder selbständig/gesund» beendet, weil der Klient zumindest zeitweilig wieder seine Selbständigkeit zurückgewonnen hat. Diese Fälle stellen rund ein Viertel aller Aufnahmen eines Jahres dar.

Eine Analyse der Verteilung der Leistungsstunden am Beispiel der Spitex Stadt Luzern

Neben einer Charakterisierung der Klientinnen und Klientenstruktur interessiert auch die Verteilung der Leistungsstunden eines Jahres auf die verschiedenen Zielgruppen. Da diese nicht in der Datenbank direkt gekennzeichnet sind, erfolgt die Charakterisierung wiederum über die Abschlussgründe. Dies führt dazu, dass ein gewisser Anteil von Stunden, die in einem Jahr erbracht wurden, unter den laufenden Fällen erfasst wird und noch nicht weiter zugewiesen werden kann. Ein Grossteil der nicht abgeschlossenen Fälle dürfte bei Abschluss den Gruppen «Übertritt in ein Alters-, Pflege oder Krankenhaus» oder «verstorben» zufallen.

Tabelle 9: Durchschnittliche Stundenzahl (Pflege und Hauswirtschaft) pro Fall nach Abschlussgrund

Alle Leistungen								
Austrittsgründe und Alter (bei Austritt)	Summe geleistete h 2012		Anzahl Fälle 2012	Stunden pro Fall 2012	Summe geleistete h 2013		Anzahl Fälle 2013	Stunden pro Fall 2013
Gesamtergebnis	88'693	100.0%	1'903	46.6	90'026	100.0%	1'883	47.8
davon:								
Nicht abgeschlossen*	32'612	36.8%	416	78.4	50'894	56.5%	621	82.0
abgeschlossen	56'081	63.2%	1'487	37.7	39'132	43.5%	1'262	31.0
von den abgeschlossenen Fällen:								
KlientIn wieder gesund/selbständig	8'628	9.7%	598	14.4	8'121	9.0%	580	14.0
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenhaus	24'944	28.1%	334	74.7	17'218	19.1%	234	73.6
Verstorben	12'761	14.4%	196	65.1	6'825	7.6%	130	52.5
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	1'990	2.2%	125	15.9	1'146	1.3%	99	11.6
Übernahme der Leist. durch andere amb. Dienste	3'433	3.9%	84	40.9	2'038	2.3%	59	34.5
Andere	1'817	2.0%	82	22.2	1'729	1.9%	107	16.2
Einweisung in Akutspital	1'267	1.4%	29	43.7	861	1.0%	22	39.1
Einweisung in Psychiatrische Klinik	158	0.2%	7	22.6	131	0.1%	6	21.8
Wohnortwechsel	1'083	1.2%	32	33.8	1'063	1.2%	25	42.5

*Alle 24 Fälle, bei denen in den Jahren 2012 und 2013 Leistungen ohne EinsatzID und RAI-HC-Assessment erfasst wurden, werden hier als ein nicht abgeschlossener Fall zusammengefasst und ausgewiesen.

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2014)

Tabelle 9 zeigt, dass die durchschnittliche Stundenzahl pro Jahr, die den Fällen gruppiert nach Abschlussgründen zuzuordnen ist, beim Abschlussgrund «KlientIn wieder gesund/selbständig» mit jeweils rund 14 Stunden pro Fall und Jahr in den Jahren 2012 und 2013 deutlich niedriger ist als bei Fällen mit dem Austrittsgrund «Übertritt in ein Alters-, Kranken- oder Pflegeheim» (rund 74 Stunden in den Jahren 2012 und 2013) oder «verstorben» (65 Stunden 2012 und 523 Stunden 2013). Auch die Fälle mit einer Übernahme der Leistungen durch das Umfeld weisen mit rund 16 Stunden (2012) und 12 Stunden (2013) eine recht niedrige durchschnittliche Stundenzahl auf.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 36/95

Damit fallen bei den Klientinnen und Klienten, welche als wieder gesund oder selbständig entlassen werden, obwohl sie rund 30 Prozent aller Fälle stellen, nur rund 10 Prozent der Leistungsstunden an. In vielen Fällen, sei es mit der Wiederherstellung der Selbständigkeit, bei der Übernahme der Leistungen durch das Umfeld, aber auch beim Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim sind die Spitexorganisationen eine wichtige Schnittstelle an den Übergängen zwischen Versorgungsbereichen.

Die folgende Tabelle 10 gibt die durchschnittliche Stundenzahl an rein hauswirtschaftlichen Leistungen wieder, pro Fall mit Pflege und Hauswirtschaft oder nur Hauswirtschaft und pro Jahr.

Tabelle 10: Durchschnittliche Stundenzahl (nur Hauswirtschaft) pro Fall nach Abschlussgrund

Austrittsgründe und Alter (bei Austritt)	Hauswirtschaft						Stunden pro Fall 2013	
	Summe geleistete h 2012		Anzahl Fälle 2012	Stunden pro Fall 2012	Summe geleistete h 2013	Anzahl Fälle 2013		
Gesamtergebnis	19'268	100%	823	23.4	19'482	100%	818	23.8
Nicht abgeschlossen	9'684	50.3%	265	36.5	12'807	65.7%	366	35.0
abgeschlossen	9'584	49.7%	558	17.2	6'675	34.3%	452	14.8
davon								
KlientIn wieder gesund/selbständig	2'544	13.2%	214	11.9	2'223	11.4%	219	10.2
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenhaus	3'528	18.3%	163	21.6	2'325	11.9%	112	20.8
Verstorben	1'337	6.9%	67	20.0	862	4.4%	42	20.5
Übernahme der Leistungen durch Umfeld	472	2.4%	24	19.7	214	1.1%	16	13.4
Übernahme der Leist. durch anderen amb. Dienste	579	3.0%	25	23.2	286	1.5%	17	16.8
Andere	509	2.6%	38	13.4	252	1.3%	27	9.3
Einweisung in Akutspital	244	1.3%	10	24.4	166	0.9%	5	33.2
Einweisung in Psychiatrische Klinik	98	0.5%	4	24.4	110	0.6%	4	27.6
Wohnortwechsel	272	1.4%	13	20.9	236	1.2%	10	23.6

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2014)

Hier fallen die Unterschiede zwischen den verschiedenen Fällen klassifiziert nach Abschlussgrund deutlich niedriger aus. Bei Klientinnen und Klienten mit dem Abschlussgrund «wieder gesund/selbständig» betrug die durchschnittliche Stundenzahl 12 Stunden pro Fall im Jahr 2012 und 10 Stunden pro Fall im Jahr 2013. Bei Fällen mit Abschlussgrund «Übertritt in ein Alters-, Kranken- oder Pflegeheim» oder «verstorben» fiel sie mit rund 20 Stunden in beiden Jahren rund doppelt so hoch aus. Ordnet man diese letzten beiden Abschlussgründe mehr oder weniger der Langzeitpflege zu, dann sind es gleichzeitig ebenfalls eher niedrige Werte.

Zur Abschätzung der Dauer der Einsätze der Spitex werden die Dossiers in Tabelle 11 aufgrund der Differenz zwischen Austritts- und Eintrittsdatum sowie nach Abschlussgrund klassifiziert.

37 Prozent der Dossiers werden innerhalb von zwei Monaten wieder abgeschlossen, weitere 27 Prozent im Verlauf des ersten Jahres. 13 Prozent der Dossiers wurden mit einer Laufzeit von über einem Jahr abgeschlossen. Unter den nicht abgeschlossenen Dossiers (insgesamt 23 Prozent) hatten weitere 507 Dossiers (14 Prozent) eine Laufzeit von mindestens einem Jahr. Der hohe Anteil von rund zwei Dritteln aller Dossiers mit einer Behandlungsperiode von unter einem Jahr zeigt, dass auch die Langzeitpflege der Spitex oft erst zu einem späten Zeitpunkt einsetzt und die Klientinnen und Klienten in einer Phase betreut, an die sich dann später häufig noch ein Aufenthalt im Alters- oder Pflegeheim anschliesst.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 37/95

Tabelle 11: Einsatzdauer nach Abschlussgrund

	Einsatzdauer									Total	
	unbe- kannt	1-14	15-30	31-60	61- 100	101- 365	366- 730	731- 1'825	> 5 Jahre		n.a.
Nicht abgeschlossen oder Abschlussgrund fehlend			1							817	818
KlientIn wieder gesund/selbständig		130	209	400	247	237	30	12	7		1'272
Übertritt in Alters-, Pflege-, Krankenheim		9	30	46	41	129	67	121	29		472
Verstorben		33	42	40	36	62	26	42	17		298
Übernahme der Leistungen durch Umfeld		56	53	44	30	41	10	6	2		242
Übernahme der Leist. durch anderen amb. Dienste		19	20	20	13	22	15	13	5		127
Andere	1	44	35	24	21	48	11	12	1		197
Einweisung in Akutspital		11	6	12	9	8	4	4	2		56
Einweisung in Psychiatri- sche Klinik				3	3	2	2	2			12
Wohnortswechsel		5	2	11	3	9	6	7	4		47
Gesamtergebnis	1	307	398	600	403	558	171	219	67	817	3'541
Anteil an abgeschlossenen Dossiers	0.0%	8.7%	11.2%	16.9%	11.4%	15.8%	4.8%	6.2%	1.9%	23.1%	100%
		36.9%			27.1%		12.9%			23.1%	

Quelle: Auswertung der Datenbank der Spitex Stadt Luzern (2014)

Diese Auswertungen am Beispiel der Spitex Stadt Luzern zeigen, dass die Spitexorganisationen über eine gute Datengrundlage verfügen, um ein differenziertes Bild ihrer Tätigkeitsbereiche und Klientinnen- und Klientenstrukturen zu zeichnen. Die Auswertung würde in Zukunft noch einfacher, wenn Dossiers direkt ohne den Umweg über die Abschlussgründe den verschiedenen Zielgruppen zugeordnet werden könnten.

3. Die Bedeutung des Bereiches Hauswirtschaft für Prävention und Früherkennung

Im vorangehenden Kapitel wurde eine erste Einordnung der sozialpolitischen Bedeutung von Hauswirtschaft und Betreuung als nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen und der Rolle und Funktion der von Spitexorganisationen erbrachten Leistungen im Unterstützungsnetzwerk vorgenommen.

In diesem Kapitel wird eine präventions- und gesundheitstheoretische Grundlage für eine fundierte Einschätzung der bestehenden Leistungen und des Ausbaupotenzials der Hauswirtschaft im Bereich Prävention, Früherkennung und Funktionsfähigkeit erarbeitet. Der theoretische Zugang wird nicht nur, aber auch darum gewählt, weil es kaum wissenschaftlichen Studien zu Rolle, Funktion und Wirksamkeit in diesem Bereich gibt.

Nach einer Einführung der wichtigsten theoretischen Grundlagen zu Prävention, Früherkennung und Funktionsfähigkeit im Allgemeinen in Kapitel 3.1, werden von diesen Grundlagen in Kapitel 3.2 bis 3.3 konkrete Hypothesen zur Hauswirtschaft abgeleitet. Sie dienen einerseits als Argumentationshintergrund. Andererseits können sie die Basis für eine empirische Erforschung der Leistungen bilden, welche die Hauswirtschaft zur Verhinderung und Früherkennung von Problemen und zur Erhaltung von Lebensqualität, Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit²¹ erbringt und so einen Beitrag dazu leistet, dass die Klientinnen und Klienten länger in ihrem gewünschten Wohnumfeld bleiben können.

3.1. Theoretische Grundlagen

In Anlehnung an Hafen (2009) verstehen wir Gesundheit im Kontext dieser Studie als Verhältnis von Gesundheit und Aspekten, welche die Gesundheit beeinträchtigen: psychische und körperliche Krankheiten, Verletzungen und «Behinderungen». Während die Symptome der Gesundheitsbeeinträchtigungen (z.B. in Katalogen wie dem ICD-10, dem DSM-V oder dem ICF)²² klar definiert sind, bleibt die Symptomatik der psychischen und körperlichen Gesundheit als positive Grösse unklar. Selbst bei den in der Literatur beschriebenen positiven Gesundheitsmerkmalen wie Wohlbefinden (WHO 1948) oder Optimismus und andere positive Emotionen (Seligman 2008) ist unsicher, ob es sich um Symptome von Gesundheit oder um gesundheitsförderliche Faktoren (Schutzfaktoren) handelt (Hafen 2013a, S. 123f.). Als Schutzfaktoren haben sie jedoch einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Gesundheit – nicht nur in Hinblick auf die Verhinderung von Krankheiten, sondern auch in Hinblick auf die Förderung und Erhaltung der Lebensqualität.

Beobachtung und Behandlung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf der Symptomebene

Entsprechend kommt bei der individuellen und sozialen Beobachtung von Gesundheit der Beobachtung der Krankheitsseite eine weit grössere Bedeutung zu als der Beobachtung der Gesundheitsseite. Individuen bezeichnen sich in der Regel als «gesund», wenn sie an sich keine Symptome von Gesundheitsbeeinträchtigungen (insbesondere Krankheiten) wahrnehmen und ihr Wohlbefinden

²¹ Diese drei Faktoren sind eng miteinander verbunden, beziehen sich aber doch auf unterschiedliche Aspekte des menschlichen Lebens. Der Aspekt «Lebensqualität» bezieht sich auf die Dimension des Erlebens, während «Selbständigkeit» und «Funktionsfähigkeit» auf der Dimension des Handelns verortet sind. Dabei bezieht sich «Selbständigkeit» auf das Ausmass des Angewiesenseins auf fremde Hilfe und Unterstützung, während Funktionsfähigkeit im Sinne der nachfolgend beschriebenen ICF-Klassifikation das Verhältnis von individuellen Zielen und Möglichkeiten der Zielerreichung beschreibt.

²² Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10, Diagnostisches und Statistisches Manual der psychischen Störungen DSM-V und Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF.

sowie ihre Lebensqualität entsprechend nicht durch diese Symptome beeinträchtigt wird. Auch das Gesundheitssystem ist hauptsächlich auf die Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen und auf den Erhalt der Funktionsfähigkeit bei chronischen Krankheiten und Behinderungen ausgerichtet. Auch für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit oder die Beantwortung der Frage, ab wann ein älterer Mensch den Lebensalltag zuhause (mit oder ohne professionelle Hilfe) nicht mehr bewältigen kann und in ein stationäres Setting (ein Spital oder ein Alters- oder Pflegeheim) wechseln muss, ist die Beobachtung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Einschränkung der Funktionsfähigkeit durch diese Beeinträchtigungen von entscheidender Bedeutung.

Auf der Symptomebene spielt auch die Früherkennung von Problemen eine nicht zu unterschätzende Rolle: Je früher gewisse gesundheitliche Beeinträchtigungen (z.B. eine Altersdepression oder eine Suchtmittelabhängigkeit) erkannt werden, desto früher können die adäquaten Behandlungsmassnahmen eingeleitet werden. Bei der Früherkennung in einem psycho-sozialen Setting geht es entsprechend um eine systematisierte Beobachtung bestimmter Problemanzeichen. Die Systematisierung besteht darin, dass die involvierten Personen wissen, worauf sie zu achten haben. Weiter ist von zentraler Bedeutung, dass ein kommunikativer Austausch über die beobachteten Problemanzeichen zwischen diesen Personen stattfindet, damit gegebenenfalls adäquate Massnahmen eingeleitet werden können. Diese Massnahmen bestehen in der Regel in weiteren, systematischeren Abklärungen, ob sich hier ein ernsthaftes Problem entwickelt. Man könnte in diesem Sinn eine «primäre Früherkennung» von Problemanzeichen durch unterschiedliche Personen (Angehörige, Nachbarn, Hauswirtschaft, Spitex) von einer «sekundären Früherkennung» unterscheiden, die einer exakteren (z.B. medizinischen) Diagnose entspricht und ausschliesslich durch Fachpersonal durchgeführt werden kann. Sie bildet dann die Basis für allfällige behandelnde Massnahmen (Hafen 2013a, S. 93ff.).

Schliesslich gibt es Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und der Selbständigkeit, die nicht direkt durch gesundheitliche Beeinträchtigungen, sondern einfach durch die verringerte Leistungsfähigkeit im Alter bedingt sind. Auch hier können konkrete Massnahmen ergriffen werden, um diesen Einschränkungen zu begegnen und somit die Funktionsfähigkeit, die Selbständigkeit und – damit verbunden – auch die Lebensqualität der betreuten Personen so lange wie möglich zu erhalten.

Einbezug der Ebene der Entstehungsbedingungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Neben der Beobachtung und Behandlung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf der Symptomebene ist in professionellen Kontexten vor allem die Ebene der Entstehungsbedingungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer reduzierten Funktionalität, Selbständigkeit und Lebensqualität, also die Ebene der Einflussfaktoren von Bedeutung. Hier wird in der Regel zwischen Risiko- und Schutzfaktoren unterschieden (Hafen 2013a, S. 126ff.). Die Risikofaktoren erhöhen die statistische Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Problems, während die Schutzfaktoren den Einfluss der Risikofaktoren verringern und so die Wahrscheinlichkeit der Problemstehung reduzieren.

Die Risiko- und Schutzfaktoren können unterteilt werden in soziale, psychische, körperliche und physikalisch-materielle Faktoren. Will man effiziente Prävention und Gesundheitsförderung²³ betreiben, so muss man zuerst im Rahmen einer Einflussfaktorenanalyse die Frage beantworten, wel-

²³ Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden hier synonym genutzt. Jede Gesundheitsförderungsmassnahme ist (explizit oder implizit) auf die Verhinderung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet, weil die Gesundheit selbst empirisch kaum fassbar ist und entsprechend nicht direkt, sondern nur mit Referenz auf Krankheit erhalten resp. gefördert werden kann. Deshalb wird in diesem Text dem Präventionsbegriff der Vorzug gegeben. Zur ausführlichen fachlichen Argumentation für diese Gleichsetzung vgl. Hafen (2013a, S. 131ff.).

ches die wichtigsten dieser Einflussfaktoren im Hinblick auf ein bestimmtes Problem sind. Durch die erfolgreiche Verminderung von konkreten Risikofaktoren und die Stärkung relevanter Schutzfaktoren wird in der Folge die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Problems verringert und auf diese Weise ein Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit geleistet.

Dabei ist in allen Präventionsbereichen zu beachten, dass die Einflussfaktoren selten isoliert auftreten, sondern komplexe Einflussfaktoren-Konstellationen die Entstehung eines Problems begünstigen oder unwahrscheinlicher machen. Obwohl es im Hinblick auf bestimmte Zielgruppenmerkmale gewisse Regelmässigkeiten der Einflussfaktorenkonstellationen gibt (siehe nächster Abschnitt), so sind sie doch bei jedem Menschen sehr individuell, genau so wie seine Ansprüche und Bedürfnisse. Das im Altersbereich entwickelte Gesundheitsprofilverfahren (vgl. dazu Stuck et al. 2009) z.B. hat exakt die Funktion einer möglichst präzisen Einflussfaktorenanalyse mit dem Ziel, ältere Menschen dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit möglichst lange zu erhalten und allfällige sich entwickelnde Problemlagen früh zu erkennen. Auch im Präventionskonzept der Spitex Luzern (Hedinger-Grogg 2010) kommt dem Assessment von Risiko- und Schutzfaktoren die entsprechende Bedeutung zu²⁴, genau so wie in andern Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepten wie «Zwäg im Alter» (Egger et al. 2010) oder «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» von Gesundheitsförderung Schweiz (Spencer/Ruckstuhl 2010).

Eine präzise Einflussfaktorenanalyse ist auch darum so wichtig, weil erst mit der Kenntnis der Einflussfaktoren bestimmt werden kann, ob sich die präventiven Massnahmen primär an das Individuum richten oder auf Veränderungen seiner Lebenswelt ausgerichtet sind. Im ersten Fall wird von individuumsorientierter Prävention oder von Verhaltensprävention gesprochen. Von Verhaltensprävention wäre zum Beispiel die Rede, wenn die Hauswirtschaftsmitarbeiterin beim gemeinsamen Kochen Tipps für eine gesündere Ernährung gibt oder wenn sie aktiv dazu motiviert, das Hörgerät zu tragen. Verhältnisprävention oder setting-orientierte Prävention wiederum hat zum Ziel, Risikofaktoren in der sozialen und physikalisch-materiellen Lebenswelt zu beseitigen und Schutzfaktoren zu stärken. So lässt sich im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeit in gewissen Fällen das soziale Netzwerk eines Klienten verstärken oder es können allfällige Stolperquellen eliminiert werden.

Zusammenfassend lassen sich zwei zentrale Ebenen unterscheiden, die einen Einfluss auf die Selbstständigkeit, Lebensqualität und Funktionsfähigkeit von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und damit auch auf ihren Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung haben (vgl. Abbildung 7):

- die Ebene der Symptome in Hinblick auf Gesundheit, Krankheiten, Funktionalität, Selbstständigkeit und Lebensqualität und
- die Ebene der Entstehungsbedingungen mit den Einflussfaktoren (Risiko-/Schutzfaktoren), die das Auftreten von Symptomen bedingen.

Die Pflege und Hilfen zu Hause setzen einerseits auf der Symptomebene mit pflegerischen Massnahmen und instrumentellen Unterstützungsleistungen zur Kompensation gesundheitlicher Beeinträchtigungen und ihrer Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens an. Auf dieser Ebene wirken auch Massnahmen der Früherkennung von Problemen. Sie wirken andererseits, wenn man die Ebene der Entstehungsbedingungen und Risiko-/Schutzfaktoren einbezieht, auch auf der Ebene der Prävention.

²⁴ Ein Vorteil dieses Assessments im Vergleich zum Gesundheitsprofilverfahren ist, dass es vor Ort, d.h. in der Wohnung erfolgt. Das bringt andere Möglichkeiten der Beobachtung mit sich als ein Assessment, das sich alleine auf die Befragung der Zielpersonen stützt.

Abbildung 7: Die beiden zentralen Ebenen mit Einfluss auf Selbständigkeit, Lebensqualität und Funktionsfähigkeit



Quelle: Eigene Darstellung.

Zielgruppenfaktoren

Neben einer präzisen Bestimmung von Risiko- und Schutzfaktoren ist für eine erfolgreiche Prävention und Früherkennung eine möglichst genaue Kenntnis von relevanten Zielgruppenfaktoren notwendig (Hafen 2013, S. 219ff.). Wichtige Zielgruppenfaktoren sind das Geschlecht, der sozio-ökonomische Status (Bildung, Einkommen) sowie das Alter. Die Bedeutung der Zielgruppenfaktoren für die Prävention ist eng mit der Konstellation der Risiko- und Schutzfaktoren verbunden. So ist hinlänglich bekannt, dass ein tiefer sozio-ökonomischer Status mit einer erhöhten Zahl von Risikofaktoren und vergleichsmässig geringen Schutzfaktoren im Zusammenhang steht. Das erklärt, warum Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand und tiefem Einkommen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens häufiger durch chronische Krankheiten belastet sind und im Durchschnitt deutlich früher sterben (vgl. etwa Rosenbrock/Michel (2007)).

Gerade im höheren Alter ist es ganz natürlich, dass sich die Einflussfaktorenkonstellation verändert. Die Risikofaktoren nehmen tendenziell zu und die Schutzfaktoren werden weniger. Eine systematische Prävention hat dann das Ziel, dieser Entwicklung so weit wie möglich entgegen zu treten und sie verlangsamen. Wenn das gelingt, wird dem Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, der Selbständigkeit sowie der Lebensqualität entgegengewirkt und damit ein Beitrag dazu geleistet, dass die betreuten Personen länger in ihrem gewohnten Wohnumfeld bleiben können.

Die Methodik von Früherkennung und Prävention

Ein letztes zentrales Element jeglicher Prävention und Früherkennung ist die verwendete Methodik (Hafen 2013a, S. 183ff.). Bei der Wahl der Methoden geht es um die Frage, wie die angestrebten Ziele am besten erreicht werden können. Aus der Methodenforschung der Prävention ist zum Beispiel bekannt, dass der direkte Kontakt zu den Zielpersonen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die vorgesehenen Massnahmen auch umgesetzt werden. Das Verteilen von Broschüren kann hier eine wichtige Ergänzung darstellen, für sich alleine ist dieser nicht-interaktive Zugang in der Regel aber kaum ausreichend.

Weiter ist bekannt, dass eine möglichst umfassende Partizipation der Zielpersonen methodisch sinnvoll ist. Wenn beispielsweise Anpassungen in der Wohnung vorgenommen werden sollen, so

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 42/95

ist es sinnvoll, die betreuten Personen aktiv an der Umgestaltung teilnehmen zu lassen und allfällige Bedenken gegenüber Veränderungen ernst zu nehmen.

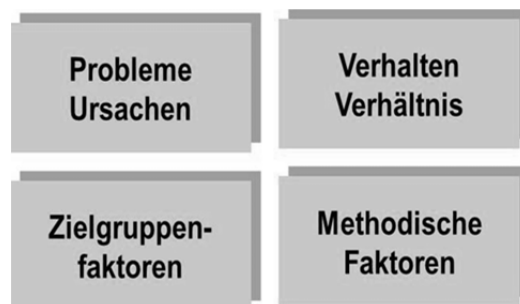
In diesem Zusammenhang spielt auch das Empowerment eine wichtige Rolle (vgl. dazu etwa Naidoo/Wills 2010 und Herriger 2006). Die betreuten Personen sollten so weit wie möglich dazu befähigt werden, auch ohne Unterstützung von aussen für sich und ihre Gesundheit sorgen zu können. Dadurch wird nicht zuletzt der wichtige Schutzfaktor der Selbstwirksamkeitserwartung (siehe nachfolgend) gestärkt. Weiter empfiehlt sich (natürlich nicht nur im Kontext der Prävention) eine ressourcen-orientierte Grundhaltung, die den Blick nicht immer nur auf die Probleme, sondern auch auf die vorhandenen Stärken und Kompetenzen legt.

Schliesslich ist zumindest theoretisch gut begründbar, dass auf moralisierende Botschaften grundsätzlich verzichtet werden sollte, weil Moralisation bei den betreuten Personen schnell einen inneren Widerstand hervorruft.

Zusammenfassend können die zentralen Elemente der Prävention und der Früherkennung folgendermassen dargestellt werden (vgl. Abbildung 8):

- die zu verhindernden Probleme (Krankheiten, Verletzungen, eingeschränkte Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit und Lebensqualität) sowie ihre Ursachen (Risiko- und Schutzfaktoren);
- die Entscheidung, welche Massnahmen beim Verhalten des Individuums und welche bei den Verhältnissen ansetzen;
- die Frage nach den relevanten Zielgruppenfaktoren, sowie
- die Wahl der geeigneten methodischen Zugänge.

Abbildung 8: Die zentralen Aspekte von Prävention und Früherkennung



Quelle: Hafén 2013a, S. 142.

Ethische Fragen

Weiter erscheint es uns wichtig, darauf hinzuweisen, dass sich im Kontext von Prävention und Früherkennung zwangsläufig ethische Fragen stellen (vgl. dazu Hafén 2013b). Wie stark darf man zum Beispiel die Autonomie der betreuten Personen zu ihrem eigenen Wohl einschränken? Oder: tragen die Bemühungen zur Verhinderung von Krankheiten nicht auch zur heute gängigen Tabuisierung des Todes bei und sollte man neben dem Bestreben der Verhinderung und Heilung von Krankheiten den Fokus nicht vermehrt auch auf gegenwärtige Aspekte wie die Lebensqualität legen? Solche Fragen können nicht zum Voraus beantwortet werden, sondern sollten im Kontext der Betreuung von den Beteiligten thematisiert und dann in Hinblick auf die konkrete Situation geklärt werden.

Die fünf Handlungsebenen der Prävention

Wenn Prävention wie voranstehend beschrieben als Handlungsfeld definiert wird, Probleme durch die Stärkung von Schutzfaktoren und die Verminderung von Risikofaktoren zu verhindern, dann lassen sich fünf Ebenen unterscheiden, auf denen Prävention ansetzt:

- die Ebene des individuellen präventiven Handelns - etwa dann, wenn man sich ausgewogen ernährt und ausreichend bewegt,
- die Ebene des organisationalen Handelns - wenn zum Beispiel eine Spitex-Organisation auf einen wertschätzenden, motivierenden und transparenten Führungsstil achtet,
- die Ebene des professionellen oder beruflichen Handelns - etwa wenn eine Kleinkindererzieherin mit ihrem pädagogischen Handeln die Selbstwirksamkeit eines Kindes unterstützt,
- die Ebene der professionalisierten Prävention - wenn in Form von expliziten Präventionsprojekten versucht wird, das individuelle oder das organisationale präventive Handeln zu fördern und
- die Ebene der Politik, die mit ihren Entscheidungen ganz viele gesundheitsrelevante Einflussfaktoren nachhaltig prägt.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich schwerpunktmässig auf die dritte Ebene, diejenige des professionellen oder beruflichen Handelns. Es geht also explizit nicht um das Lancieren von neuen Präventionsprojekten auf der Ebene der professionalisierten Prävention, sondern um das bessere Ausschöpfen des präventiven Potenzials auf der Ebene des beruflichen Handelns der Hauswirtschaft. Das schliesst natürlich nicht aus, bei der gleichen Zielgruppe ergänzende professionalisierte Präventionsmassnahmen durchzuführen - gegebenenfalls auch in Zusammenarbeit mit Hauswirtschaft und Spitex. Doch diese Ebene steht nicht im Fokus der folgenden Überlegungen.

3.2. Die Bedeutung der Hauswirtschaft für Prävention und Früherkennung - eine theoriegeleitete Hypothese

Auf Basis der bisherigen Überlegungen lässt sich sagen, dass im Kontext der Spitex vier Funktionen erfüllt werden können: behandelnde Massnahmen im Kontext der Pflege, Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Funktionalität, der Selbständigkeit und der Lebensqualität (Grundpflege, Hauswirtschaft und Betreuung), Massnahmen zur Früherkennung sowie Massnahmen im Kontext der Prävention. Hinzu kommt als weitere Ebene die Beratung. Die nachfolgend verfolgte These ist, dass die Hauswirtschaft insbesondere im Bereich der Prävention, der (primären) Früherkennung sowie der Aufrechterhaltung von Funktionalität, Selbständigkeit und Lebensqualität einen wichtigen Beitrag leistet, der noch weiter ausgebaut und systematisiert werden kann.

Im vorangehenden Kapitel 3.1 wurde argumentiert, dass die Einflussfaktoren in der Prävention eine entscheidende Rolle spielen, denn nur durch die Stärkung von Schutzfaktoren und die Reduktion von Risikofaktoren ist es möglich, einem Problem vorzubeugen. Wenn das Präventionspotenzial der Hauswirtschaft näher bestimmt werden soll, muss untersucht werden, welche der gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeit positiv beeinflusst werden können. Bevor wir uns im Abschnitt 3.3 konkret den wichtigsten körperlichen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Risiko- und Schutzfaktoren in Hinblick auf die körperliche und psychische Gesundheit von älteren Menschen zuwenden, sollen zuvor einige übergeordnete theoretische Argumente für die potenzielle Bedeutung der Hauswirtschaft für die Prävention, die Früherkennung und die Sicherung von Lebensqualität, Selbständigkeit und Funktionalität aufgeführt werden. Die Argumente bleiben wie in der Einleitung zu diesem Kapitel erwähnt vorerst zwangsläufig theoretisch, weil keine empirischen Forschungsergebnisse zur Rolle der Hauswirtschaft in Hinblick auf die Verhinderung von Krankheiten und Verletzungen sowie in Bezug auf die Aufrechterhaltung

der Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit und der Lebensqualität vorliegen (vgl. dazu auch Ecoplan 2011, S. 2).

Schaut man die Tätigkeiten der Hauswirtschaft genauer an, so lassen sich *instrumentelle Unterstützungsleistungen* wie Reinigungsarbeiten, Einkaufen etc. und *sozialbetreuerische Leistungen* wie Aktivierung oder zwischenmenschliche Gespräche unterscheiden. Diese Leistungen sind im Tätigkeitsfeld der Spitex häufig nicht voneinander zu trennen – etwa dann, wenn eine betreute Person die Haushaltsführung im Beisein und mit Unterstützung einer Hauswirtschaftsmitarbeiterin oder eines Hauswirtschaftsmitarbeiters weiterhin selbst ausführt. Das Ziel dieses Kapitels ist zu zeigen, dass die Hauswirtschaft im Kontext dieser instrumentellen und sozialbetreuerischen Leistungen - zumindest von der Theorie her - schon heute massgeblich zur Prävention und primären Früherkennung von gesundheitlichen Problemen und zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit sowie der Lebensqualität beiträgt und auf diese Weise den Übertritt in ein stationäres Setting herauszögert. Weiter sollen Überlegungen zur Frage angestellt werden, wie die Funktion der Hauswirtschaft für Prävention und Früherkennung weiter gestärkt werden könnte und welche Rahmenbedingungen dafür gegeben sein müssten.

Der Zugang zu wichtigen Zielgruppen

Ein erstes allgemeines Argument zur Stützung der Hypothese, dass die Hauswirtschaft aktiv zu einer Verzögerung des Übertritts von älteren Menschen in ein stationäres Setting beiträgt, ergibt sich aus der strukturell gesicherten Erreichbarkeit dieser Zielgruppe. Die Erreichbarkeit von Zielgruppen mit erhöhtem Risiko bildet für die Prävention und die Früherkennung in vielen Hinsichten eine grosse Herausforderung. Oft sind es gerade die besonders gefährdeten Zielpersonen (etwa solche mit einem tiefen sozio-ökonomischen Status), die sich im Rahmen von professionellen Massnahmen zur Prävention und Früherkennung von Problemen kaum erreichen lassen. Das ist auch bei älteren Menschen nicht anders (Salis Gross/Soom Ammann 2011).

Die Hauswirtschaft hat in dieser Hinsicht einige nicht zu unterschätzende Vorteile. Sie steht in regelmässigem Kontakt mit solchen Zielpersonen, was den Aufbau einer tieferen Beziehung erlaubt, als dies in vielen professionellen/beruflichen Kontexten der Fall ist. Weiter hat sie Zutritt zu den Wohnungen der Klientinnen und Klienten, was nur bei ganz wenigen Präventionsaktivitäten (z.B. im Rahmen von sozialpädagogischer Familienbegleitung) der Fall ist. Und schliesslich ist sie vernetzt mit Angehörigen und den Fachleuten aus der Pflege, was die Gestaltungsmöglichkeiten der Prävention deutlich erweitert.

Früherkennung von sich anbahnenden Problemen

Dieser strukturell gegebene Zugang zu den privaten Lebensumständen bietet viele Chancen: Zum einen ermöglicht er ein **frühes Erkennen von sich anbahnenden Problemen**. Dies gilt insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit (Demenz, Altersdepressionen, Suizidalität, Suchtmittelmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit). Solche Probleme manifestieren sich professionellen Instanzen in vielen Fällen erst nach langer Zeit, was eine Behandlung oft schwieriger bis unmöglich macht. Durch den regelmässigen persönlichen Kontakt im Wohnumfeld der Betroffenen lassen sich Anzeichen solcher Probleme viel früher erkennen, was die Möglichkeiten für eine systematisierte Diagnose (sekundäre Früherkennung) und eine effiziente Behandlung vergrössert.

Eine davon abgeleitete These ist, dass diese Früherkennungsfunktion der Hauswirtschaft besonders effizient erfüllt werden kann, wenn die instrumentellen und sozialbetreuerischen Leistungen der Hauswirtschaft gut mit den Pflegeleistungen abgestimmt und koordiniert werden. Der fachliche Austausch zwischen Hauswirtschaft und Pflege resp. medizinischer Behandlung kann effizienter und auch wirkungsvoller gestaltet werden, wenn die beiden Bereiche innerhalb der gleichen Organi-

sation angeboten werden oder wenn die leistungserbringenden Organisationen nach klar definierten Standards zusammen arbeiten. Dies ermöglicht, Beobachtungen aus dem Kontext der Hauswirtschaft systematischer in die medizinische und pflegerische Betreuung einzubeziehen, als wenn die beiden Bereiche isoliert für sich tätig sind.

Prävention

Die zweite Chance, die sich durch die Kontaktmöglichkeiten der Hauswirtschaft im Wohnumfeld der betreuten Personen ergibt, liegt **in der Prävention**. Der Zutritt zu den Wohnungen und der persönliche Kontakt ermöglichen es der Hauswirtschaft, Risikofaktoren und Schutzfaktorendefizite in Hinblick auf unterschiedliche zu verhindernde Probleme zu erkennen und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten selbst zur Verringerung der Risikofaktoren und zur Stärkung der Schutzfaktoren beizutragen oder weitere Abklärungen und Massnahmen einzuleiten. Welche Faktoren und Aktivitäten das unter anderem sein könnten, wird nachfolgend ausgeführt – immer ausgehend von der Annahme, dass die Hauswirtschaft schon heute eine solche präventive Wirkung erzeugt und diese Wirkung durch eine entsprechende Gestaltung der Rahmenbedingungen einer präventiv ausgerichteten Hauswirtschaft noch deutlich vergrössert werden könnte. Damit ergibt sich ein präventives Potenzial der Hauswirtschaft, das durch Aktivitäten im Rahmen der kantonalen und städtischen Präventions- und Gesundheitsförderungsfachstellen vor allem für sozio-ökonomisch benachteiligte ältere Menschen auch mit spezifischen Programmen für die ältere Bevölkerung kaum zu erreichen ist.

Erhalt und Förderung von Selbständigkeit, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität

Drittens bietet eine systematische Erweiterung des Aufgabenbereichs der Hauswirtschaft auf Prävention und Früherkennung die Chance, einen positiven Einfluss auf die Erhaltung der Selbständigkeit, Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität der betreuten Personen zu nehmen. Da diese drei Aspekte sowohl bei älteren Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch bei gesunden Klienten und Klientinnen von Bedeutung sind, tragen sie zumindest theoretisch ebenfalls zu einem verzögerten Übertritt der Klientinnen und Klienten in ein stationäres Setting bei.

Dieses Potenzial der Hauswirtschaft soll im folgenden Kapitel auf der Ebene verschiedener Einflussfaktoren genauer beleuchtet werden.

3.3. Die Wirkung der Hauswirtschaft auf der Ebene der Einflussfaktoren

3.3.1. Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit

In den letzten Jahrzehnten sind die sozialen Einflussfaktoren immer mehr in den Fokus der Gesundheitsforschung gerückt, weil ihr negativer und positiver Einfluss auf die Gesundheit immer deutlicher erkannt wird (vgl. etwa WHO 2004). Wenn in diesem Unterkapitel einige der wichtigsten sozialen Risiko- und Schutzfaktoren vorgestellt werden, dann geschieht dies unter Beachtung des Umstandes, dass diese Faktoren immer auch aus der Perspektive der Psyche angeschaut werden können. So kann soziale Isolation eindeutig als sozialer Risikofaktor bezeichnet werden, da ein isolierter Mensch aus der Kommunikation ausgeschlossen wird. Gleichzeitig kann sich ein Mensch isoliert und einsam *fühlen*, was der psychischen Beobachtung des sozialen Ausschlusses entspricht. Letztlich sind es dann diese psychischen Prozesse und der damit verbundene Stress, der längerfristige psychische und körperliche Probleme bewirkt. In diesem Sinn ist zu beachten, dass soziale Einflussfaktoren ihre positive oder negative Wirkung auf die körperliche und/oder die psychische Gesundheit jeweils über die psychischen Systeme der Individuen entfalten.

Risikofaktor «Isolation» und Schutzfaktor «Soziale Unterstützung»

Soziale Isolation (mit der damit einhergehenden Einsamkeit) ist ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung von körperlichen und psychischen Krankheiten (u.a. Krebs, Diabetes, erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt Depressionen, Demenz, Suizidalität²⁵) und geht mit dem zwei- bis fünffach erhöhten Risiko einher, früher zu sterben (Bachmann 2014, S. 6)). In der Literatur (Wenger 1996, Andersson 1998, Findlay 2003) wird dabei in der Regel zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit unterschieden. Von sozialer Isolation ist die Rede, wenn ein Mensch wenige Sozialkontakte hat, von Einsamkeit wird gesprochen, wenn dieser Mensch die geringen Sozialkontakte als Belastung erfährt. Soziale Isolation führt nicht zwangsläufig zu Einsamkeit, erhöht aber die Wahrscheinlichkeit dafür. Das Zusammenspiel von sozialer Isolation, Einsamkeit und Gesundheit ist hoch komplex. Uchino (2006) zeigt in seiner Übersichtsarbeit, dass soziale Unterstützung über die Beeinflussung von Verhalten und Emotionen einen direkten Einfluss auf physiologische Prozesse haben, wie beispielsweise auf den Hormonspiegel, die Immunabwehr oder Entzündungsprozesse.

Hauswirtschaftliche Unterstützung und Pflege im Rahmen der Spitex richtet sich in der Regel an Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen (psychische Krankheiten, körperliche Beeinträchtigungen, Inkontinenz etc.), welche die Mobilität der Betroffenen einschränkt. Diese Einschränkung der Mobilität wiederum reduziert die Chance auf die Wahrnehmung von Sozialkontakten ausserhalb der Wohnung. Das direkt im Wohnumfeld verfügbare «soziale Kapital» (Baron et al., 2000) wird so zu einem wichtigen Schutzfaktor für diese Menschen. Ist im Wohnumfeld kein regelmässiger Kontakt zu vertrauten andern Menschen (Freunden, Verwandten, Nachbarn etc.) vorhanden, führt das zu einer umfassenden sozialen Isolation und Einsamkeit, die als Risikofaktoren wie gezeigt die Gesundheit der Betroffenen gefährden. Das gilt insbesondere für die ganz alten Menschen (Nyquist et al. 2006). Die anstehende demographische Entwicklung mit der deutlichen Zunahme des prozentualen Anteils von Menschen über 80 führt zu einer Verstärkung der Isolations- und Einsamkeitsproblematik, insbesondere bei verwitweten Frauen (Höpflinger et al. 2011). Eine Begleiterscheinung dieser Entwicklung ist die zunehmende (Über-)Beanspruchung pflegender Angehöriger (Perrig-Chiello et al. 2010). Wie eine aktuelle Übersichtsarbeit des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Bachmann 2014) zeigt, ist die wahrgenommene und wirklich geleistete soziale Unterstützung in der Schweiz im europäischen Vergleich auf einem hohen Niveau. Es ist aber auch hier so, dass die soziale Unterstützung in der letzten Lebensphase deutlich zurückgeht und ein tiefer sozio-ökonomischer Status, das Leben in einem Einpersonenhaushalt oder ein Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit für soziale Unterstützung weiter reduzieren (Bachmann 2014, S. 7f.).

Schliesslich zeigt ein Blick auf die Forschungsliteratur (Andersson 1998, Findlay 2003, Cattan 2005), dass über die Wirkung unterschiedlicher Ansätze zur Reduktion der sozialen Isolation und Einsamkeit älterer Menschen nur wenig bekannt ist, vor allem auch weil nur wenige Projekte wissenschaftlich korrekt evaluiert werden. Es können grob zwei zentrale Strategien unterschieden werden (vgl. Andersson 2008, S. 269ff.): Die eine Strategie setzt direkt beim Individuum an, etwa dadurch, dass direkte soziale Unterstützung geleistet oder die betroffene Person dabei unterstützt wird, besser mit ihrer sozialen Isolation umzugehen. Die andere Strategie setzt bei den sozialen Systemen in der Lebenswelt des Individuums an, etwa indem soziale Netzwerke gestärkt oder Gruppenangebote initiiert werden, an denen die isolierte Person partizipieren kann. Die strukturellen Ansätze erweisen sich dabei tendenziell als wirkungsvoller (Cattan 2005). Einen positiven Einfluss auf die Wirkung der Massnahmen zur Verringerung von sozialer Isolation und Einsamkeit haben nach Findlay (2003, S. 656) eine gute Schulung der Kontaktpersonen, die Partizipation der

²⁵ Vgl. dazu u. a. Findlay 2003 und Bachmann 2014.

betreuten Personen in die Planung, Implementierung und Evaluation der Massnahmen sowie die Nutzung bereits bestehender Ressourcen im Sinne des Aufbaus einer umfassenden Kapazität zur Betreuung isolierter Menschen in einem Gemeinwesen.

Risikofaktor Misshandlung

Ein besonders virulenter Risikofaktor für die körperliche und psychische Gesundheit sind die Misshandlungen älterer Menschen durch pflegende Angehörige und andere Bezugspersonen. Die WHO (Sethi et al. 2011) geht für den europäischen Kulturraum davon aus, dass 2.7 Prozent der Menschen über 60 regelmässig körperlicher Gewalt ausgesetzt sind, wobei die Schweiz in den entsprechenden Statistiken zu Spitaleinlieferungen infolge körperlicher Gewalt im europäischen Vergleich eher geringe Zahlen aufweist (Sethi et al. 2011, S. 16/18). Weit häufiger sind die älteren Menschen jedoch sozialer (kommunikativer) Gewalt ausgesetzt. Hier geht die WHO von 19.4 Prozent Betroffener aus, was 19.4 Millionen Menschen entspricht, wobei die Zahlen für die Schweiz hier nicht gesondert ausgewiesen werden. Aus der Mobbingforschung (Hafen 2006) lässt sich einfach ersehen, welchen negativen Einfluss es auf die psychische Befindlichkeit eines Menschen hat, wenn er von engen Bezugspersonen niedergemacht, beschimpft oder emotional systematisch vernachlässigt wird. Depressionen und eine erhöhte Suizidalität sind nur zwei Folgen, die bei Mobbingopfern gehäuft beobachtet werden. Laut der WHO-Studie (Sethi et al. 2011) sind pflegebedürftige Menschen mit Demenz und/oder mehreren Krankheitsbefunden besonders häufig kommunikativer Gewalt ausgesetzt. Ein tiefer sozio-ökonomischer Status wirkt sich auch hier ungünstig aus. Ausgeübt werden die Misshandlungen gemäss dem Bericht zur grossen Mehrheit durch pflegende Angehörige, wobei die Misshandlungen zunehmen, wenn eine grosse gegenseitige Abhängigkeit besteht. Das ist etwa dann der Fall, wenn die pflegenden Angehörigen auf die finanzielle Unterstützung der betreuten Personen angewiesen und/oder wenn diese sozial isoliert sind.

Das positive Potenzial der Hauswirtschaft

Neben der Entlastung der betreuten Personen und ihrer Angehörigen durch die instrumentellen Unterstützungsleistungen ergeben sich durch die Präsenz der Hauswirtschaft im Haushalt Kontaktmöglichkeiten, die gerade bei einer erhöhten Immobilität der Betreuten nicht einfach herzustellen sind.

Voraussetzungen für eine isolationsreduzierende Kontaktaufnahme sind einerseits die Kontaktbereitschaft resp. das Kontaktbedürfnis der Betreuten und andererseits eine gewisse Fähigkeit der Fachpersonen zum Aufbau eines solchen Kontakts. Idealerweise ergibt sich aus den wiederholten sozialen Kontakten eine tragende Beziehung zwischen der Hauswirtschaft und den betreuten Personen. Der Aufbau einer solchen Beziehung ist natürlich nur möglich, wenn entsprechende Rahmenbedingungen dafür vorgesehen sind. In erster Linie muss ausreichend Zeit für die Kontaktpflege zur Verfügung stehen. Wenn die verfügbare Zeit ausschliesslich für die Erledigung der instrumentellen Unterstützungsleistungen genutzt wird und keine Zeit für ein gemeinsames Gespräch zur Verfügung steht, ist ein nachhaltiger Aufbau einer tragenden Beziehung kaum möglich.

Natürlich ist eine gute Beziehung auch in der Spitex-Pflege von Bedeutung. Abgesehen von den geringeren Lohnkosten der Hauswirtschaft wird der Aufbau einer tragenden Beziehungen zu Fachleuten der Hauswirtschaft jedoch dadurch begünstigt, dass die Distanz (und das Machtgefälle) zwischen Betreuenden und Betreuten geringer ist als in einer professionellen Beziehung.²⁶ Dadurch

²⁶ Wir unterscheiden hier professionelle von nicht-professionellen Tätigkeiten mit Blick auf die Grundausbildung. Wenn eine solche Ausbildung für die Ausübung der Tätigkeiten unabdingbar ist wie bei der Pflege, dann wäre von einer professionellen Tätigkeit die Rede; wenn eine solche Grundausbildung nicht zwingend notwendig ist wie bei der Hauswirtschaft, dann sprechen wir von einer nicht professionellen Tätigkeit. Diese Klassifizierung sagt nichts über die Qualität der geleisteten Arbeit

besteht auch Raum für ein gewisses Mass an Reziprozität (Gegenseitigkeit), die gerade für hilfebedürftige Menschen wichtig ist (Bachmann 2014, S. 24f.) und in der Pflege resp. beim Kontakt mit dem Hausarzt oder der Hausärztin nicht im gleichen Ausmass möglich ist. Die Möglichkeit, etwas zurückgeben zu können (z.B. durch Zuhören) stärkt das Wohlbefinden und die Selbstwirksamkeit und damit die psychische Gesundheit der betreuten Personen.

Darüber hinaus bildet eine gute Beziehung zwischen der Hauswirtschaft und den betreuten Personen die Grundlage für eine funktionierende Früherkennung von diversen Problemen wie Misshandlungen, Suchtmittelmissbrauch, depressiven Verstimmungen, Suizidalität etc. Bei einer gut funktionierenden Kooperation zwischen Hauswirtschaft und Pflege können entsprechende Beobachtungen Anlass zu einem professionellem Assessment und einer angemessenen Frühintervention geben.

Schliesslich kann die Hauswirtschaft die soziale Isolation der betreuten Personen nicht nur durch den Aufbau einer tragenden Beziehung reduzieren, sondern auch durch die Vermittlung von sozialen Netzwerken. So können zum Beispiel andere Angebote (z.B. der Pro Senectute, des Schweizerischen Roten Kreuzes oder der Alzheimervereinigung) durch die Spitexorganisation aktiviert werden, wenn im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeit beobachtet wird, dass ein Mensch sozial isoliert und einsam ist. Voraussetzung dafür ist wie immer, dass solche Kontakte von der betreffenden Person auch gewünscht werden.

3.3.2. Psychische Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Ob die im vorigen Unterkapitel beschriebenen sozialen Risiko- und Schutzfaktoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben, hängt letztlich von ihrer Wirkung auf die psychischen Systeme der betreffenden Personen ab. Aus der Perspektive der Systemtheorie formuliert, sind die psychischen Systeme von Menschen selbsterzeugend (autopoietisch) und operational geschlossen (Hafen 2013a, S. 37ff.). Das bedeutet, dass sie auf der Basis ihrer eigenen Strukturen auf die sozialen Einflussfaktoren reagieren. So gibt es Menschen, welche die Einsamkeit vorziehen und sich durch soziale Kontakte schnell gestresst fühlen. Operationale Geschlossenheit von Systemen ist daher eine theoretische Erklärung (neben andern) dafür, dass die gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren eben keine absoluten Grössen sind, sondern nur statistische Wahrscheinlichkeiten repräsentieren. Wenn in den folgenden Abschnitten psychische Belastungs- und Schutzfaktoren vorgestellt werden, dann geschieht dies vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung, dass diese Faktoren bei einer Mehrheit von Menschen einen belastenden oder einen schützenden Einfluss auf die Gesundheit haben.

Negativer Stress als Risikofaktor

Die negative Wirkung von lang anhaltendem Stress auf die psychische und körperliche Gesundheit wird in den Stresstheorien (etwa Seyle 1991, Lazarus 1999, Antonovsky 1997) seit langem postuliert und durch die aktuelle neurobiologische Forschung (etwa Servan-Schreiber 2006, Bauer 2006) umfassend bestätigt. Stress tritt mit erhöhter Wahrscheinlichkeit dann auf, wenn ein Individuum mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln eine wichtige Herausforderung oder eine äussere Belastung nicht angemessen bewältigen kann. Die Vielfalt stressauslösender Faktoren ist immens. Das Erleben von Gewalt, sozialer Abwertung, Isolation sowie das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, sind nur einige Beispiele. Dazu kommen Überforderungen, die sich aus alltäglichen Tätigkeiten (Haushalt, Umgang mit Technik, Regelung von Finanzangelegenheiten etc.) ergeben, die

aus; diese kann auch bei nicht professionellen Leistungen sehr hoch sein. Zudem ist es möglich, die Qualität dieser Leistungen durch Fortbildungen, Coaching, Supervision, Intervision zusätzlich zu fördern, was sich bei einem verstärkten Engagement der Hauswirtschaft in Prävention und Früherkennung sicher anbietet.

nicht mehr so problemlos bewältigt werden wie früher. Es gibt Menschen, die können mit solchen Risikofaktoren besser umgehen als andere. Sie haben also bessere Stress-Coping Fähigkeiten (Lazarus 1999) und erweisen sich daher eher als resilient (Bengel/Lyssenko 2011). Lang anhaltender Stress schwächt das Immunsystem, erhöht die Wahrscheinlichkeit von Herz/Kreislauf-Krankheit und fördert das Auftreten von Depressionen und aggressiven Verhaltensweisen (Servan-Schreiber 2006). Tendenziell isolierte, auf fremde Unterstützung angewiesene Menschen sind für Stress besonders anfällig. Belastend wirken nicht nur Krankheiten und die Einschränkung der Funktionalität, sondern auch das Gefühl, anderen zur Last zu fallen oder die Angst vor dem Tod. In anderen Worten: Die Zielpersonen der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex sind überdurchschnittlich vielen Stressfaktoren ausgesetzt, wobei die Stressanfälligkeit bei sozio-ökonomisch schwächer gestellten Personen wiederum höher ist (Brunner 1997).

Psychische Schutzfaktoren

Eine Übersicht über die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung (Bengel/Lyssenko 2012) ergibt eine Reihe von Faktoren, die vor übermässiger Stressbelastung schützen. Neben dem weiter oben beschriebenen Schutzfaktor der (verfügbaren) sozialen Unterstützung²⁷ sind es vor allem psychische Faktoren, die Menschen helfen, mit Stressoren umzugehen. Eine schützende Wirkung wird zum Beispiel positiven Emotionen wie Freude, Neugier, Lust, Wohlbefinden etc. zugeschrieben (vgl. u. a. Seligman 2008). Dabei ist nach Bengel/Lyssenko (2012, S. 46) vor allem die Fähigkeit von Bedeutung, positive und negative Emotionen nebeneinander zulassen zu können. Als weiterer Schutzfaktor hat sich Optimismus erwiesen, wobei es weniger um Optimismus im Sinne des Gefühls geht, «dass schon alles gut kommt», als im Sinne der Überzeugung, dass eine Herausforderung aktiv angegangen und mit Erfolg bewältigt werden kann. Diese Zuversicht bestätigt sich im Rahmen der Forschung zum Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. auch Bandura 1997). Die subjektive Erwartung, belastende Situationen selbst bewältigen zu können, ist nach Bengel/Lyssenko (2012, S. 54) einer der am besten erforschten Schutzfaktoren, dessen Wirksamkeit umfassend belegt ist. Wiederum ähnlich gelagert ist das Konzept der internalen Kontrollüberzeugung. Die Überzeugung, die Verarbeitung von belastenden Ereignissen (eine schwere Krankheit) aktiv (mit-)gestalten zu können, kann je nach Ereignis die negativen Folgen des Ereignisses (wie eine posttraumatische Belastungsstörung) abschwächen.

Eine weitere Studie (Morgan/Brazda 2011) zeigt zudem, dass die Übernahme von Aufgaben wie Haushaltsführung oder Erledigung von Finanzangelegenheit durch andere für die betreuten Personen nur dann ein Problem ist, wenn sie die Aufgaben nicht freiwillig abgeben, sondern sie quasi entmündigt werden. In eine ähnliche Richtung weisen Antonovskys (1997) Salutogenese-Studien zum Kohärenzgefühl, einem Schutzfaktorenbündel, das aus drei Komponenten besteht. Die erste Komponente ist Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), also die Fähigkeit eines Menschen, Stimuli als geordnete, konsistente und strukturierte Information verarbeiten zu können. Das zweite Element des Kohärenzgefühls ist die Handhabbarkeit (sense of manageability), also die Überzeugung des Menschen, dass ausreichende Ressourcen (bei einem selbst oder bei andern) vorhanden sind, um Schwierigkeiten zu begegnen. Und als drittes kommt die Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness) dazu: das Ausmass, in dem ein Mensch sein Leben emotional als sinnvoll empfindet und weiss, dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, Energie in sie zu investieren.

²⁷ Wie Bengel/Lyssenko (2012, S. 84) zeigen, hat die individuelle Überzeugung, in schwierigen Situationen auf soziale Unterstützung zeigen zu können, eine stärkere Schutzwirkung als die real geleistete Unterstützung, denn diese kann auch ein Gefühl der Hilflosigkeit bewirken.

Mögliche positive Wirkungen durch die Hauswirtschaft

Die Basis für die meisten dieser psychischen Schutzfaktoren wird in der frühen Kindheit gelegt (Hafen 2014). Das bedeutet jedoch nicht, dass diese Faktoren ein- für allemal festgelegt sind. Resilienz ist dynamisch und variabel (Bengel/Lyssenko 2012, S. 27), und es gibt immer wieder Gelegenheiten, einzelne dieser Schutzfaktoren positiv zu beeinflussen respektive dazu beizutragen, dass diese Faktoren länger erhalten bleiben. Nehmen wir die Selbstwirksamkeitserwartung: Wenn es im Rahmen der hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen gelingt, die betreute Person aktiv in die instrumentellen Tätigkeiten wie Kochen, Aufräumen oder Putzen einzubeziehen, dann bleiben nicht nur ihre manuellen und körperlichen Fähigkeiten länger erhalten. Die Person traut sich auch mehr zu und sie fühlt sich weniger nutzlos und abhängig. Empowerment ist ein zentrales methodisches Prinzip der Prävention – gerade auch im Kontext der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen (Salis Gross/Soom Ammann 2011, S. 65).

Die aktive Verknüpfung von instrumentellen und sozialbetreuerischen Leistungen durch die Hauswirtschaft entspricht in diesem Sinn exakt dem WHO-Konzept der «Aufsuchenden Aktivierung», dessen Effizienz im Kontext der Forschung zu Hausbesuchs-Modellen belegt wurde (WHO 2005). Natürlich müssen für eine gesundheitsförderliche Aktivierung von betreuten Personen gewisse Bedingungen erfüllt sein. Zum einen sollte die Aktivierung den Bedürfnissen der betreuten Person entsprechen, wobei eine angemessene Motivierung durchaus Sinn macht (WHO 2005, S. 12). Dann benötigt ein sinnvoller Einbezug der betreuten Personen in die instrumentellen Leistungen der Hauswirtschaft ausreichende zeitliche Ressourcen. Der Mehrwert dieses Einbezugs liegt ja nicht in einer schnelleren Erledigung der Hausarbeiten, sondern in der sozialbetreuerischen Leistung der Aktivierung, die sich positiv auf die psychische Befindlichkeit und die körperliche Leistungsfähigkeit der betreuten Personen auswirkt. Schliesslich müssen die Betreuungspersonen über spezifische Kompetenzen wie Gelassenheit, Offenheit, Wertschätzung und Freude am Kontakt mit den zu betreuenden Personen mit sich bringen.

Ist eine aktive Einbindung der betreuten Personen in die instrumentellen Tätigkeiten der Hauswirtschaft nicht möglich, so kann sich auch der blosser Sozialkontakt (z.B. bei einem gemeinsamen Kaffee) positiv auf die psychische Befindlichkeit der betreuten Personen auswirken. Er lindert das Gefühl der Einsamkeit und bestärkt sie in ihrem Empfinden, als Gesprächspartner/-in sozial immer noch von Bedeutung zu sein. Wenn diese informellen Kontakte dem Bedürfnis der betreuten Personen entsprechen und sie von ihnen als positiv wahrgenommen werden, so werden dadurch ihr Wohlbefinden und andere positive Emotionen gestärkt, die zur Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit beitragen.

3.3.3. Körperliche und physikalisch-materielle Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Als dritte und vierte (neben der sozialen und der psychischen) Ebene von Einflussfaktoren auf die Gesundheit lassen sich der Körper und die physikalisch-materielle Umwelt unterscheiden. Auf der Ebene des Körpers lassen sich dabei endogene und exogene Faktoren unterscheiden (Hafen 2013, S. 128). Endogene Faktoren wären z.B. eine genetische Disposition für eine Krankheit oder das Immunsystem. Als exogen werden die verhaltensbezogene Faktoren wie die Ernährung, die Bewegung oder die Hygiene bezeichnet, die einen direkten Einfluss auf den Körper haben. Davon zu unterscheiden sind die physikalisch-materiellen Faktoren wie die Zusammensetzung der Nahrungsmittel oder Stolperquellen in einer Wohnung.

Bewegung, Ernährung und der Konsum von Suchtmitteln als gesundheitsrelevante Einflussfaktoren

In der Strategie und dem Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) der WHO wird die Bewegungsförderung als vorrangige Intervention 1 (WHO 2012, S. 17f.) bezeichnet. Das Ausmass und die Intensität der Bewegung gehören gemäss dem Aktionsplan zu den stärksten Prädiktoren für ein gesundes Altern; dies gelte in besonderem Masse für die höheren Altersgruppen. Bewegung könne die Funktion der Atmung und Muskulatur wie auch die Knochengesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit insgesamt verbessern und die Bedrohung durch nichtübertragbare Krankheiten, Depressionen und kognitiven Verfall verringern. In diesem Sinn ist Bewegung nicht nur ein Schutzfaktor für die körperliche, sondern explizit auch für die psychische Gesundheit. Wie bei allen präventiven Massnahmen ist darauf zu achten, dass die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten angemessen berücksichtigt werden. Dabei spielen auch Zielgruppenfaktoren wie das Geschlecht oder der soziokulturelle Hintergrund eine wichtige Rolle.

Nicht ganz so eindeutig ist die Forschungslage in Hinblick auf die Ernährung. Immerhin gibt es einige wissenschaftlich fundierte Hinweise in Hinblick auf eine ausgewogene und damit gesundheitsförderliche Ernährung wie etwa die Empfehlung, mindestens fünfmal pro Tag eine Portion Früchte oder Gemüse und generell weniger Fette und mehr Ballaststoffe zu sich zu nehmen und so einer Mangelernährung vorzubeugen. Im Arbeitsdokument 21 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan (Blozik et al. 2007, S. 51) wird darauf hingewiesen, dass die Ernährungsgewohnheiten von Zielgruppenfaktoren wie dem Geschlecht und dem sozio-ökonomischen Status und von Einflussfaktoren wie sozialer Isolation beeinflusst werden. Auch bildeten sich die Ernährungsgewohnheiten von älteren Menschen in der Regel über Jahrzehnte hinweg und seien nicht einfach zu verändern. Trotzdem sei auch im hohen Alter ein Einfluss in Richtung einer Umstellung der Ernährung sinnvoll und möglich.

Eine weitere gesundheitsrelevante Dimension betrifft den Konsum von Tabak und Alkohol. Blozik et al. (2007, S. 55) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass der Anteil der Rauchenden bei den älteren Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich tiefer ist. *Eine* Erklärung dafür sei, dass Raucher und Raucherinnen früher sterben. Es ist nach den Autoren zudem davon auszugehen, dass die hoch Betagten unter den Rauchenden tendenziell eine geringere Bereitschaft aufweisen, mit Rauchen aufzuhören, während die etwas jüngeren eher zu einem Rauchstopp bereit, aber nicht in der Lage sind, diesen durchzuziehen. Zu beachten sei auch, dass der Anteil der rauchenden Männer bei den älteren Menschen 2,5-mal so hoch ist wie der Anteil der Frauen. In Hinblick auf den Alkoholkonsum sind die gender-bedingten Unterschiede noch deutlicher als beim Rauchen. Zu den 25 Prozent der Befragten, die regelmässig pro Tag zwei oder mehr alkoholische Getränke konsumieren gehören nach Brozik et al. (2007, S. 59) viermal mehr Männer als Frauen. Soziale Isolation ist ein Prädiktor für erhöhten Alkoholkonsum, wobei der Anteil der regelmässig Alkohol konsumierenden Personen mit steigendem Alter zurückgehe. Alkoholkonsum im Alter hat nach Brozik et al. (2007, S. 60) eine hohe Relevanz, da sich neben den direkten körperlichen Schädigungen die Wahrscheinlichkeit von Stürzen erhöhe und/oder es zu ungünstigen Wechselwirkungen mit Medikamenten kommen könne.

Stürze als Risikofaktor

Ein weiteres wichtiges Feld der Prävention im Altersbereich ist die Sturzprävention. Sie wird in der Strategie und dem Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020) der WHO (2012, S. 18f.) nach der Bewegungsförderung als vorrangige Intervention 2 bezeichnet. Gemäss dem Bericht führen Stürze bei älteren Menschen häufig zu Verletzungen, die in erheblichem Masse für Krankheit und Behinderung von Seniorinnen und Senioren in der Europäischen Region verantwortlich und ein wichtiger Risikofaktor für das Eintreten von Gebrechlichkeit und die Ein-

weisung in eine Pflegeeinrichtung sind. Ein Viertel bis die Hälfte aller Stürze werden laut dem Bericht durch umweltbedingte Gefahren verursacht. Weitere Einflussfaktoren seien Muskelschwäche, steifer Gang und Gleichgewichtsstörungen sowie die Angst vor Stürzen und die Einnahme von Medikamenten. Gemäss den Autorinnen und Autoren gibt es überzeugende Indizien dafür, dass die meisten Stürze vermeidbar sind. Ein aktuelles Dokument der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung (Wiesli et al. 2013) bietet umfassende Informationen für die Prävention von Stürzen im institutionellen Bereich. Zumindest einige der vorgeschlagenen Massnahmen (etwa im Bereich der Identifikation und Beseitigung von Sturzquellen oder der körperlichen Aktivierung) können sorgfältig angepasst auch auf den Privatbereich übertragen werden.

Mögliche positive Wirkungen durch die Hauswirtschaft

In den vorhergehenden Kapiteln wurde beschrieben, dass der Zugang der Hauswirtschaft zu den Wohnungen der betreuten Personen diverse Möglichkeiten der Prävention und der Früherkennung mit sich bringt. Insbesondere wenn die Aufgaben der Hauswirtschaft nicht nur instrumentellen, sondern auch sozialbetreuerische Leistungen umfassen und erst recht wenn sich instrumentelle und sozialbetreuerische Tätigkeiten mittels Partizipation der betreuten Personen verbinden lassen, ergeben sich gute Voraussetzung für eine vertrauensvolle auf Gegenseitigkeit basierende Beziehung. Diese Beziehung fördert nicht nur das psychische Wohlbefinden der betreuten Personen; sie kann auch für die positive Beeinflussung der in diesem Unterkapitel beschriebenen körperlichen und physikalischen Einflussfaktoren genutzt werden. So bietet das gemeinsame Kochen nicht nur Gelegenheit für informelle Sozialkontakte, sondern es ermöglicht auch, Ernährungsgewohnheiten anzusprechen und sie allenfalls zu verändern. Und bei gemeinsamen Reinigungsarbeiten wird nicht nur die körperliche Funktionsfähigkeit der betreuten Personen trainiert. Die Arbeit in der Wohnung bietet auch die Möglichkeit, auf allfällige Sturzquellen hinzuweisen und sie zu beseitigen. Der partizipative Zugang bei dieser Kombination von instrumentellen und sozialbetreuerischen Leistungen erhöht die Chance auf Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen. Die betreuten Personen fühlen sich mit einem solchen ressourcen-orientierten Einbezug weniger in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt und als entscheidungsfähige Personen ernst genommen. Schliesslich vergrössert eine tragende Beziehung zwischen der betreuenden und der betreuten Person auch die Chancen, problematische und tabubelastete Aspekte wie Mangelernährung, Suchtmittelgebrauch, unzureichende Hygiene oder Inkontinenz anzusprechen und gemeinsam nach Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation zu suchen. Bei diesen Themen bietet es sich sicher an, sich vorgängig mit der Pflege und evtl. auch dem/der behandelnden Arzt/Ärztin abzusprechen und ein adäquates Vorgehen zu planen.

3.4. Schlussfolgerungen aus der Perspektive von Prävention und Früherkennung

In diesem Kapitel wurde aus präventionstheoretischer Perspektive mit Blick auf die Zielpersonen des Spitex-Bereichs Hauswirtschaft ein Blick auf die Gesundheit und auf die wichtigsten Gesundheitsfaktoren geworfen. Dabei wurde nicht das Ziel eines umfassenden forschungsgestützten Überblicks über diese Faktoren und die daraus resultierenden Handlungsmöglichkeiten verfolgt. Vielmehr ging es darum, die theorie-geleitete Hypothese auszuführen, dass der Spitex-Bereich Hauswirtschaft im Rahmen seiner instrumentellen und sozialbetreuerischen Leistungen gute Voraussetzungen dafür hat, einen substanziellen Beitrag zur Verzögerung des Übertritts der betreuten Personen in ein stationäres Setting zu leisten. Die Klärung der Frage, welche Leistungen der Prävention, der Früherkennung sowie der Sicherung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität die Hauswirtschaft im Kontext der Spitex aktuell schon erbringt und ob es mit gesicherten sozialbetreuerischen Leistungen der Hauswirtschaft wirklich (d.h. messbar) gelingt, die relevanten Einflussfaktoren und damit die Gesundheit der betreuten Personen positiv zu beeinflussen und so ihren

Eintritt in ein stationäres Setting zu verzögern, kann nur mit entsprechenden empirischen Untersuchungen erfolgen.

Wie die Ausführungen in diesem Kapitel gezeigt haben, spricht aus präventionstheoretischer Perspektive einiges dafür, dass die Hauswirtschaft einen substanziellen Beitrag an den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und einen verzögerten Übertritt der betreuten Personen leisten kann. Wenn es gelingt, im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeit eine vertrauensvolle Beziehung zu den betreuten Personen aufzubauen, eröffnet sich eine Bandbreite von Möglichkeiten zur Prävention und Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zur Erhaltung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit. Besonders gross wird dieses Potenzial, wenn die betreuten Personen in die instrumentellen Tätigkeiten einbezogen und auf diese Weise instrumentelle und sozialbetreuerische Leistungen kombiniert werden. Auf diese Weise kann die Hauswirtschaft einen günstigen Beitrag zu praktisch allen gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren leisten, wobei anzunehmen ist, dass sie solche Leistungen auch heute schon in grossem Ausmass erbringt und dies bisweilen auch in bereits systematischer Form.

Erste abgeleitete Empfehlungen

Für die Verstärkung der sozialbetreuerischen Leistungen im Rahmen der Hauswirtschaft braucht es primär zeitliche Ressourcen, aber auch gewisse individuelle Charaktereigenschaften wie Freude an der Arbeit mit alten Menschen, Offenheit, Respekt, Herzlichkeit. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die für Prävention und Früherkennung so bedeutsame tragende Beziehung aufgebaut werden kann. Auch ohne spezifisches Fachwissen im sozialbetreuerischen Bereich lassen sich so schon positive Wirkungen erwarten.

Sicher wäre es sinnvoll, die Kompetenzen der hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden in diesem Bereich im Rahmen von Fortbildungen und Coachings systematisch zu stärken. Auf der Präventionsseite ist zusätzliches Wissen zu den Einflussfaktoren und zu einer angemessenen Gestaltung der Kommunikation mit den Zielpersonen hilfreich, so wie es die Funktion der Mitarbeiterin Hauswirtschaft mit Fallführung in der Spitex Luzern schon heute vorsieht.

Durch eine qualitativ hoch stehende Begleitung und eine adäquate Fortbildung der Hauswirtschaft (ggf. mit der Möglichkeit, ein Attest zu erwerben) wird nicht nur die Qualität der Arbeit gesichert, sondern es wird damit auch eine angemessene Wertschätzung dieser Tätigkeiten ausgedrückt. Andererseits sollte darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer eigentlichen Professionalisierung kommt, denn die informelle, auf eine gewisse Gegenseitigkeit (Reziprozität) ausgerichtete Qualität der Beziehung im Bereich der hauswirtschaftlichen Unterstützung bietet eine wichtige Ergänzung zur professionellen Beziehung zwischen Betreuenden und Betreuten, wie sie in der Pflege oder im ärztlichen Kontakt vorhanden ist.

Insgesamt ist auf eine optimale Abstimmung und einen guten Kontakt zwischen der Hauswirtschaftsmitarbeitenden und den Fachpersonen der Pflege zu achten. Die daraus entstehenden Synergien kommen der Qualität beider Leistungsbereiche zugute und tragen das ihre zur Erhaltung der Gesundheit der betreuten Personen bei. Zudem stärken sie das Selbstbewusstsein der in der Hauswirtschaft tätigen Personen und tragen so mit einiger Wahrscheinlichkeit zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit bei, was auch den betreuten Personen zugute kommt. Die Vermutung liegt nahe, dass eine gut gelingende Kooperation zwischen Hauswirtschaft und Pflege im Rahmen der gleichen Organisation eher gewährleistet werden kann. Eine Spitex-Organisation, die Hauswirtschaft und Pflege anbietet, kann das Potenzial der Hauswirtschaft in Prävention und Früherkennung daher mit einiger Wahrscheinlichkeit besser ausschöpfen, als in einem Modell, das die beiden Leistungsbereiche durch unterschiedliche Organisationen anbietet.

4. Strukturen und Prozesse einer auf den Erhalt und Förderung der Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit ausgerichteten Hauswirtschaft

Das Ausschöpfen dieses Potenzials setzt entsprechende Strukturen und Prozesse seitens der Spitexorganisationen aber auch in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern voraus. In diesem Kapitel richtet sich deshalb der Blick auf die Strukturen, Prozesse und Instrumente in fünf Handlungsbereichen, die einen wichtigen Einfluss auf die Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung haben.

- Zielgerichtetheit und Niederschwelligkeit des Angebots
- Assessment
- Kompetenzprofile
- Synergien und Zusammenarbeitsformen
- Massnahmen zur Prävention und rechtzeitigen «Behandlung» von Problemen

Dabei sind an gewissen Stellen die Prozesse für Klientinnen und Klienten, die nur hauswirtschaftliche Leistungen beziehen, von denjenigen, die sowohl Pflege und Hauswirtschaft beziehen, zu unterscheiden.

Tabelle 12 gibt die Verteilung der Klientinnen nach Leistungsbezug am Beispiel des Kantons Luzern wieder, da entsprechende nationale Zahlen in der Spitex-Statistik nicht publiziert sind.

Tabelle 12: Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Leistungsbezug (Kanton Luzern, 2012)

Kanton Luzern								
Träger	Absolut				Anteil			
	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen	Total	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen	Total
Nur Pflege	3'807	260	119	4'186	43%	48%	96%	44%
Pflege und Hauswirtschaft	2'285	180	5	2'470	26%	33%	4%	26%
Nur Hauswirtschaft	2'796	99	0	2'895	31%	18%	0%	30%
Total	8'888	539	124	9'551	100%	100%	100%	100%

Quelle: Lustat (2012)

Im Kanton Luzern betrug der Anteil Klientinnen und Klienten mit ausschliesslich hauswirtschaftliche Leistungen 30 Prozent, derjenige mit Pflege und Hauswirtschaft weitere 26 Prozent. 44 Prozent bezogen nur Pflege.

Tabelle 13 zeigt anhand der altersspezifischen Pflege- und Hauswirtschaftsquote, dass die Spitexorganisationen mit Blick auf das gesundheitspolitische Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit und der Verminderung oder Verzögerung stationärer Eintritte eine beachtenswerte Durchdringung in der Altersgruppe der über 80 jährigen besitzt. 270 von 1'000 Personen über 80 Jahren werden in der Schweiz innerhalb eines Jahres von einer Spitex mit Pflegeleistungen versorgt, des weiteren 155 von 1'000 Personen mit hauswirtschaftlichen Leistungen (Doppelzählungen enthalten). Ein Zugang zu einer wichtigen Zielgruppe in diesem Ausmass, verbunden mit dem Zutritt zur Wohnung und dem Aufbau einer Beziehung zeigt das Potenzial, über welches die Spitex hier verfügt.

Tabelle 13: Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Altersgruppen (Kanton Luzern, Kanton Zürich, Schweiz)

Spitex-Leistungen 2012	Altersgruppen			Total
	0-64	65-79	80+	
Bevölkerung Schweiz	6'640'442	1'007'955	390'663	8'039'060
KLV-Klienten/-innen Schweiz	50'083	60'603	105'070	215'756
Hauswirtschafts-Klienten/-innen Schweiz	30'564	32'580	60'639	123'783
Bevölkerung Kanton Zürich	1'174'303	169'261	65'011	1'408'575
KLV-Klienten/-innen Kanton Zürich	8'238	9'273	15'772	33'283
Hauswirtschafts-Klienten/-innen Kanton Zürich	4'646	5'881	10'909	21'436
Bevölkerung Kanton Luzern	322'877	45'590	17'615	386'082
KLV-Klienten/-innen Kanton Luzern	1'689	1'924	3'043	6'656
Hauswirtschafts-Klienten/-innen Kanton Luzern	1'856	1'349	2'160	5'365
Pflegequote* Schweiz	7.5	60.1	269.0	26.8
Hauswirtschaftsquote* Schweiz	4.6	32.3	155.2	15.4
Pflegequote* Kanton Zürich	7.0	54.8	242.6	23.6
Hauswirtschaftsquote* Kanton Zürich	4.0	34.7	167.8	15.2
Pflegequote* Kanton Luzern	5.2	42.2	172.8	17.2
Hauswirtschaftsquote* Kanton Luzern	5.7	29.6	122.6	13.9

* auf 1'000 Personen

Datenquelle: BFS, Spitex-Statistik. Eigene Darstellung.

4.1. Zielgerichtetheit und Niederschwelligkeit des Angebots

Die gesetzlichen Verordnungen und Leistungsvereinbarungen heben bei allen beteiligten Spitexorganisationen die Subsidiarität der Leistungserbringung unter Einbezug der Ressourcen der Klientinnen und Klienten sowie ihres sozialen Umfelds hervor. Alle Vereinbarungen schreiben darüber hinaus vor, dass eine schriftliche Bedarfsabklärung vorgenommen wird. Bei den Spitexorganisationen Luzern und Kriens muss darüber hinaus eine medizinische Verordnung vorliegen.

Damit sollten Grundlagen geschaffen sein, dass bei gleichem Verständnis zwischen zuweisender Stelle (Spital, Arzt in der Grundversorgung) und Spitex, welches verhindert, dass Zuweisungen medizinisch verordnet werden, die den Zweck einer auf den Erhalt und Förderung der Selbständigkeit ausgerichteten Hauswirtschaft verfehlen, eine Triage aufgrund klarer Kriterien erfolgen kann.

Im Rahmen der ambulanten Nachsorge an einen Spitalaufenthalt dürften auch weiterhin einfache hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen anfallen, wenn die Versorgung nicht durch andere Anbieter sichergestellt ist. Genauer zu überprüfen wäre, in welchen Fällen engere Kriterien für die Aufnahme von Klientinnen und Klienten im Bereich Hauswirtschaft in Konflikt mit den Kriterien für eine Rückvergütung von Leistungen durch private Zusatzversicherungen fallen.

Eine Fokussierung der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag auf bestimmte Kernaufgaben im Bereich der Hauswirtschaft setzt sinnvolle Triagemöglichkeiten voraus. Diese wurden z.B. in der Stadt Luzern und Agglomeration mit Leistungsaufträgen an den Verein SOS-Dienst (10'647 Einsatzstunden 2012), den Verein Haushilfe (16'677 Einsatzstunden 2012) und dem Entlastungsdienst des SRK Kanton Luzern (13'786 Einsatzstunden 2012) mit subventionierten Tarifen geschaffen.

Tabelle 14 zeigt, dass zwischen den im Projekt eingeschlossenen Spitexorganisationen grosse Unterschiede im Anteil der Hauswirtschaftsstunden an allen geleisteten Stunden bestehen.

Tabelle 14: Verteilung der Leistungsstunden 2012 auf die Bereiche Pflege und Hauswirtschaft

Geleistete Stunden 2012	Abklärung & Beratung	Untersuchung & Behandlung	Grundpflege	Hauswirtschaft	Total	Verhältnis Pflege zu HW
Spitex Zürich Limmat	10'317 2.4%	78'881 18.7%	147'305 35.0%	184'910 43.9%	421'413 100.0%	1.28
Spitex Stadt Winterthur	4'175 2.9%	24'349 16.8%	43'826 30.3%	72'171 49.9%	144'522 100.0%	1.00
Spitex Stadt Luzern	3'454 4.0%	22'217 25.9%	41'460 48.2%	18'812 21.9%	85'943 100.0%	3.57
Spitex Kriens	1'144 3.1%	6'539 17.9%	14'853 40.7%	13'965 38.3%	36'501 100.0%	1.61

Quelle: Leistungszahlen der Organisationen (2012)

Die Spitex Stadt Luzern hat die weitaus niedrigste Quote im Bereich Hauswirtschaft. Dies dürfte vor allem ein Effekt von zwei Massnahmen sein: Existenz eines ergänzenden Angebots an hauswirtschaftlichen und betreuerischen Unterstützungsleistungen in der Versorgungsregion (siehe vorangehender Abschnitt) sowie Fokussierung der hauswirtschaftlichen Leistungen im Leistungsvertrag auf Hauswirtschaft & Betreuung im Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention/Stabilisierung.²⁸

In den anderen Städten und Gemeinden dürfte ein entsprechendes Angebot an ergänzenden Leistungserbringern in dieser Form nicht bestehen. Eine Fokussierung im Bereich der Hauswirtschaft ist aber nur unter gewissen Triagemöglichkeiten gegeben. Es stellt sich die Frage nach dem Aufbau eines externen tragfähigen Angebots, entweder durch die Spitexorganisationen selbst oder andere Anbieter.

Teil der Triage ist auch die Überprüfung der Einsatznotwendigkeit nach einer bestimmten Dauer. Hier ist bei einem kombinierten Einsatz von Pflege und Hauswirtschaft ein Re-Assessment nach RAI-HC nach sechs Monaten Standard. Die Spitexorganisationen überprüfen im Bereich alleiniger Hauswirtschaftseinsätze die Notwendigkeit zum Teil früher, zum Teil ebenfalls mit einem Assessment nach RAI-HC nach Ablauf von sechs Monaten.

Im Gegenzug zu einer Triage aufgrund klarer Bedarfskriterien stellt sich die Frage nach der Niederschwelligkeit des Zugangs zu diesen Dienstleistungen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass frühzeitige Interventionen, oft bevor ein Pflegebedarf besteht, ein grosses Potenzial haben. Verstärkt die Spitex ihre Kompetenzen, Prozesse und die Qualifikationen der Mitarbeitenden in diese Richtung, ist es zentral, dass diese Profilierung auch unter den zuweisenden Stellen, den Klientinnen und Klienten sowie den Angehörigen verankert ist. Auch in der Zusammenarbeit mit Organisationen, die einfachere hauswirtschaftliche Leistungen anbieten, liegt bei einer fairen und transparenten Triage und Weitervermittlung in beide Richtungen das Potenzial, Zugangsbarrieren abzubauen.

Angesichts der angestrebten Niederschwelligkeit einer Bedarfsabklärung und der damit verbundenen Chance einer gegebenenfalls weiterführenden oder weitervermittelnden Beratung, stellt sich die Frage, ob gewisse Beratungsleistungen im Haushaltsbereich unabhängig von einer medizinischen

²⁸ Stadt Luzern (2010): Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat von Luzern vom 14. Juli 2010 (StB 678). Spitex Luzern Littau

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 57/95

Verordnung erfolgen könnten. Diese Beratungsleistungen könnten in der Zeiterfassung separat ausgewiesen werden.

4.2. Assessment

Ein wichtiges Element des Assessments im Rahmen der Bedarfsabklärung sind die Früherkennung von Problemen im Rahmen der Befragung vor Ort und der Einbezug der Ressourcen der Klientinnen und Klienten und ihres Umfelds. Bei einem gemischten Einsatz von Pflege und Hauswirtschaft wird bei Eintritt des Kunden ein vollständiges Assessment nach RAI-HC durchgeführt. Bei einem rein hauswirtschaftlichen Einsatz ist eine Bedarfsabklärung, nicht aber ein Assessment nach RAI-HC vorgeschrieben.

Der Spitex Verband Schweiz hat mit einer Arbeitsgruppe zwei neue RAI-HC Assessmentformulare für die Hauswirtschaft entwickelt, welche zurzeit in einem Pilotprojekt erprobt werden. Diese Formulare sollen eine vertiefte Abklärung der Haushaltssituation und der Haushaltsorganisation ermöglichen. Damit soll ein sehr viel detailliertes Abbild der Ausgangssituation als mit der heutigen Erhebung geschaffen werden. Zugleich sollen die konkreten Probleme im praktischen Alltag möglichst genau erfasst werden. Der Fokus richtet sich dabei auf Optimierungen bei der Haushaltsausstattung, der Wohnumgebung und den Abläufen. Diese Massnahmen sollen gemeinsam mit dem Klientinnen und Klienten abgestimmt werden und ihnen eine grösstmögliche Selbständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen.

Das Assessment RAI-HC Hauswirtschaft ist in ein Formular für die Grunderhebung und ein zweites für eine vertiefte Erhebung zweigeteilt. Die vertiefte Erhebung kann auch erst zu einem späteren Zeitpunkt des Einsatzes aufgrund erster Erfahrungswerte und nach Aufbau einer Beziehung beigezogen werden.

Durch die viel detailliertere Erhebung der Haushaltssituation und -organisation können Risikofaktoren und Schutzfaktoren für den Erhalt der Selbständigkeit gezielter identifiziert werden. Das Instrument fokussiert in erster Linie auf instrumentelle Faktoren und Massnahmen. Durch den Einbezug der Klientinnen und Klienten in die Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen hat es zugleich ein stark partizipatives Moment. Bei den Spitexmitarbeitenden setzt es eine grosse Erfahrung in der Haushaltsführung und dem Haushaltsmanagement sowie gute technische Kenntnisse wichtiger Hilfsmittel und Haushaltsgeräte voraus.

Die Spitexorganisationen Luzern und Kriens haben ergänzend zur Bedarfsabklärung Hauswirtschaft und dem Erstassessment nach RAI-HC eine «Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt», welche den Mitarbeitenden der Hauswirtschaft nach einer entsprechenden Schulung zur Verfügung steht. Diese Checkliste soll die Mitarbeitenden unterstützen, in einem längeren Einsatz nach Ablauf von zwei bis drei Monaten ihre Beobachtungen zu sich abzeichnenden Problemen sowie zu wichtigen Schutz- und Risikofaktoren zu systematisieren und zu ordnen. Erkennen sie einen Handlungsbedarf, den sie im Rahmen ihrer Kompetenzen, z.B. durch eine Umorganisation des Haushaltes, der Beseitigung von Stolperfallen in Absprache mit dem Klienten, der Weiterleitung von Informationen über ergänzende Angebote auf ihrer Ebene lösen können, setzen sie diesen Teil der Massnahmen in eigener Verantwortung um. Zeigt das Instrument aber einen umfassenderen Handlungsbedarf, sind die Mitarbeitenden verpflichtet, Rücksprache mit der Leitung Hauswirtschaft oder bei einem Paralleleinsatz von Pflege und Hauswirtschaft mit der Fallführenden zu nehmen.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 58/95

Abbildung 9: Beispiel der Checkliste für die Themenbereiche Bewegungsfähigkeit und Ernährung

Kundin/Klientin	
Name	Geburtsdatum
Vorname	Datum/Visum



Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention

Bewegungsfähigkeit

	Beobachtung beim Kunden	0	1	2	unbekannt
1	Läuft der Kunde frei?(ohne sich an Wänden, Möbeln usw. festzuhalten)	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hat der Kunde Hilfsmittel? (zum Beispiel Rollator, Gehstöcke)	Nein, braucht keine <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein, bräuchte aber <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Nutzt der Kunde die Hilfsmittel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	Braucht der Kunde mehrere Anläufe und stützt sich beim Aufstehen an der Lehne ab, damit er alleine von einem Stuhl aufstehen kann?	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kann der Kunde Treppen (mindestens drei Tritte) steigen und wieder hinunter gehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Mit Begleitung <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ist der Kunde täglich körperlich aktiv? (spazieren, haushalten, einkaufen, turnen)	Ja > 1 h <input type="checkbox"/>		Nein < 1h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Klagt der Kunde über Schwindel?	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	
8	Aussert der Kunde Schmerzen beim Gehen? (Laufen)	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	
9	Aussert der Kunde Ängste zu stürzen?	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	
10	Sind Stolpergefahren in der Wohnung vorhanden? (Treppen, fehlende Haltemöglichkeiten, Teppich, fehlendes oder schwaches Licht)	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	
11	Ist das Sehvermögen des Kunden so eingeschränkt, dass die Gefahr zu stolpern besteht?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Total Punkte pro Spalte					
Total Punkte		Warnung bei 6 Punkten oder mehr!			

Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention
HK, SR 2012
Modifiziert 1/2013

1



Ernährung

	Beobachtung beim Kunden	0	1	2	unbekannt
1	Isst der Kunde einmal am Tag eine Mahlzeit?	Immer <input type="checkbox"/>	Meist / Oft <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Trinkt der Kunde einen Liter pro Tag? (Schätzung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	Hat der Kunde Lebensmittel im Haus?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kann sich der Kunde eine Mahlzeit zubereiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	Ist die Küche so eingerichtet, dass eine Mahlzeit zubereitet werden kann? (Töpfe, Messer, Geschirr sind vorhanden, brauchbar und bedienbar)	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
6	Hat es abgelaufene Lebensmittel oder Mahlzeiten im Kühlschrank oder bei den Vorräten?	Nie <input type="checkbox"/>	Ab und zu <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hat es Essensreste im Abfall?	Nie <input type="checkbox"/>	Ab und zu <input type="checkbox"/>	Immer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Haben sich die Essgewohnheiten oder die Einkäufe seit dem ersten Einsatz zum Schlechteren verändert? (Isst der Kunde weniger, einseitiger, unregelmässiger)	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hat der Kunde seit dem ersten Einsatz sichtbar an Gewicht verloren? (Sind die Kleider um die Taille oder um den Hals locker geworden)	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Punkte pro Spalte					
Total Punkte		Warnung bei 5 Punkten oder mehr!			

Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention
HK, SR 2012
Modifiziert 1/2013

3

Quelle: Spitex Luzern und Spitex Kriens, 2013

Dieses Instrument wurde von den beiden Spitexorganisationen Luzern und Kriens auf der Basis des Konzepts «Prävention und Gesundheitsförderung bei der Spitex Luzern» (Hedinger-Grogg 2010).

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 59/95

entwickelt. Abbildung 9 auf der vorangehenden Seite zeigt am Beispiel der beiden Themenbereiche «Bewegungsfähigkeit» und «Ernährung» den Aufbau der Checkliste.

In ähnlicher Weise deckt die Checkliste die Themenbereiche ab:

- Soziale Isolation,
- Belastung pflegender Angehöriger und
- Inkontinenz

Im Vergleich zum in der Schweiz entwickelten Gesundheitsprofilverfahren (Stuck et al. 2009) wird das Assessment in diesem Fall nicht über die via Fragebogen erhobene Selbsteinschätzung der Zielpersonen, sondern durch eine in der Anwendung der Checkliste geschulte Person vor Ort und aufgrund einer auf eine längere Beobachtungsphase gestützten Einschätzung durchgeführt. Diese Person ist über einen längeren Zeitraum in regelmässigen Abständen im privaten Wohnumfeld aktiv und hat in vielen Fällen bestimmte Arbeiten und Aufgaben mit dem Klienten bzw. der Klientin selbst durchgeführt oder besprochen. Dabei wird auch eine gewisse Beziehung aufgebaut, die das Einleiten niederschwelliger Massnahmen oder auch nur das Anpassen der hauswirtschaftlichen Leistungen erleichtert.

Die Checkliste verfolgt als zweiten Zweck eine frühzeitige Überprüfung nach Ablauf von zwei bis drei Monaten, ob genügend Indikatoren, die eine Schwächung oder Gefährdung der Selbständigkeit der Klientinnen und Klienten anzeigen, vorliegen, um die Weiterführung des hauswirtschaftlichen Einsatzes zu rechtfertigen. Haben sich die Einsatzbedingungen geändert und liegen keine ausreichenden Indikationen vor, ist zu prüfen, ob der Einsatz der Spitex beendet und die Versorgung mit hauswirtschaftlichen Leistungen auf anderen Wegen sichergestellt werden kann.

Die sich aktuell in der Pilotphase befindlichen neuen Formulare RAI-HC Hauswirtschaft und die Checkliste «Gesundheitsförderung und Prävention» teilen gewisse Dimensionen einer vertieften Abklärung von Risiko- und Schutzfaktoren in den Bereichen wie Ernährung, Mobilität, Belastung pflegender Angehöriger. Unterschiede liegen jedoch in der Gewichtung von nicht körperlichen oder physikalisch-materiellen Einflussfaktoren. Die Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention gibt den sozialen und psychischen Einflussfaktoren ein stärkeres Gewicht als das Formular RAI-HC Hauswirtschaft mit seinem starken Fokus auf instrumentellen Faktoren. Auch räumt es der primären Früherkennung von Problemen einen grösseren Raum ein. Ein weiterer Unterschied liegt in der Akzentuierung der Kompetenzen, die den Hauswirtschaftsmitarbeitenden zugeschrieben werden. Die Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention setzt stärker noch auf soziale Kompetenzen und Fähigkeiten, auch Faktoren wie die Selbstwirksamkeitserwartung oder das Kohärenzgefühl positiv zu beeinflussen, tabubelastete Themen ansprechen zu können oder Risikofaktoren wie Anzeichen einer Suchtproblematik oder Misshandlungen frühzeitig zu erkennen.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten müssten nach Abschluss der Pilotphase der neuen RAI-HC Formulare Hauswirtschaft und Hauswirtschaft Vertiefung noch genauer untersucht werden. Beide Instrumente gehen jedoch in die Richtung einer systematischeren Erhebung wichtiger Einflussfaktoren auf der Ebene der Entstehungsbedingungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beeinträchtigungen in der Funktionalität und Lebensqualität. Beide Instrumente streben ein frühzeitiges Einleiten von zielgerichteten Massnahmen unter Einbezug der Klientinnen und Klienten an.

4.3. Kompetenzprofile

Das Ausschöpfen des Potenzials der Hauswirtschaft setzt eine angemessene interne Schulung der Hauswirtschaftsmitarbeitenden, wie sie die Spitexorganisationen Luzern und Kriens seit Einführung des Konzepts «Prävention und Gesundheitsförderung» durchführen, voraus. Dies betrifft unter anderem auch das Einhalten gewisser ethischer Grundlagen mit Blick auf die

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 60/95

Autonomie und Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten, wenn Risikofaktoren oder Probleme erkannt und angesprochen werden. Neben einer Einführung in Grundlagen einer unterstützten Beobachtung und der Identifikation wichtiger Risiko- und Schutzfaktoren müssen die Mitarbeitenden auch in Massnahmen auf der ihnen entsprechenden Kompetenzstufe geschult werden. Darüber hinaus muss ihnen die Organisation das Wissen über externe Angebote, die beigezogen werden können, zur Verfügung stellen.

Ergänzend zur internen Weiterbildung ist ein stärkerer Einbezug der Themen Prävention und Gesundheitsförderung in die Aus- und Weiterbildung von Hauswirtschaftsmitarbeitenden anzustreben.

Gleichzeitig verfügen viele Mitarbeitende im Bereich der Hauswirtschaft über hohe Erfahrungsstufen, die gute Voraussetzungen bieten, die angesprochenen Aufgaben wahrzunehmen. Umgekehrt wird diese Erfahrung durch den Einbezug in diese Aufgaben aufgewertet. Angesichts der Heterogenität der Aufgabenbereiche und Zielgruppen, welche in Kapitel 2.4 angesprochen wurde, ist von einer Diversifizierung der Kompetenzprofile auszugehen. Nicht alle Mitarbeitenden müssen die Voraussetzung für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung und die sozialen Kompetenzen im gleichen Masse in ihre Arbeit einbringen.

Im Konzept «Prävention und Gesundheitsförderung bei der Spitex Luzern» (Hedinger-Grogg 2010) wird sorgfältig ausdifferenziert, auf welcher Qualifikations- und Erfahrungsstufe und in welcher Funktion welche Kompetenzen wahrgenommen werden dürfen. Darüber hinaus regeln auch die betriebsinternen Konzepte der Spitexorganisationen für die Hauswirtschaft die Zusammenarbeit mit der Pflege. Durch diese Regelungen soll sichergestellt werden, dass Unsicherheiten und Fragen sowie die Beobachtungen von komplexeren Problemen und Einflussfaktoren rechtzeitig und an die richtige Stelle weitergeleitet werden.

4.4. Synergien und Zusammenarbeitsformen

Der Handlungsspielraum der Hauswirtschaftsmitarbeitenden wird durch die Vernetzung mit der Pflege entscheidend erweitert. Oft genügt es für die Früherkennung von Problemen, dass die unmittelbar involvierten Personen Problemanzeichen erkennen, sie in einen Kontext stellen und in einen Austausch mit entsprechend geschulten Pflegefachkräften einbringen können. Die Fachpersonen können dann exaktere Abklärungen vornehmen und Diagnosen treffen oder mit Einverständnis der Klientinnen und Klienten diesen Schritt an die hausärztliche Versorgung weiterleiten.

Der Austausch mit der Pflege betrifft auch eine Rückvergewisserung über Massnahmen, die die Hauswirtschaftsmitarbeitenden auf ihrer Ebene einleiten und begleiten können.

Die Spitexorganisationen haben in den meisten Fällen Austauschformen, Kommunikationskanäle und Dokumentationsformen geschaffen, die den fallbezogenen Austausch oder die zeitnahe Weiterleitung von klientenbezogenen Informationen sicherstellen sollen. In ihren Prozessen sollten klare Ansprechstrukturen und Verantwortlichkeiten festgehalten sein.

4.5. Massnahmen zur Prävention und rechtzeitigen «Behandlung» von Problemen

Viele Massnahmen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit werden, z.B. im Bereich Bewegung oder Schmerzen, bereits von anderen Akteuren im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in beiden Kantonen angeboten. Die Spitexorganisationen müssen hier nicht alle weiteren Bedarfs- und Massnahmenabklärungen selbst durchführen, sondern können an geeignete Angebote weitervermitteln bzw. diesen Angeboten unter Zustimmung der Klientinnen und Klienten die Türen öffnen.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 61/95

Checkliste und die Schulung geben den Hauswirtschaftsmitarbeitenden den Hintergrund, aber auch eine gewisse Verantwortung, Informationen weiterzugeben und an weiterführende Massnahmen zu denken.

Parallel dazu sind die Spitexorganisationen aber auch gefordert, ihren eigenen Leistungskatalog im Rahmen der gegenüber den Klienten verrechenbaren Leistungen der Hauswirtschaft und Beratung zu überprüfen und zu ergänzen. Im Konzept «Prävention und Gesundheitsförderung bei der Spitex Luzern» (Hedinger-Grogg 2010) wurde ein erster Schritt zur Überprüfung und Integration geeigneter Massnahmen vorgenommen. Auch im Pilotprojekt RAI-HC Hauswirtschaft des Spitex Verbands Schweiz werden einige neue bzw. angepasste Leistungen evaluiert.

5. Kostenstrukturen und Finanzierung der Hauswirtschaft

Die vorangehenden Kapitel zeigen die Bedeutung der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und damit letztlich auch für den Verbleib im vertrauten und gewünschten Wohnumfeld auf.

Ausstehend ist die Frage, was der «Preis» für eine qualifizierte und vernetzte Hauswirtschaft ist und sein darf. Zum anderen sind die Ursachen für die grossen Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Anbietern von hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen genauer zu analysieren.

Die Frage nach dem «richtigen» Preis ist letztlich eine Angelegenheit der Preisbildung in einem regulierten Markt, der durch die Anbieter, die Kantone und Gemeinden mit der Vergabe von Leistungsaufträgen sowie die Klientinnen und Klienten gebildet wird.

Die Studie setzt hier an dem Punkt an, dass die Tarifbildung in der Hauswirtschaft stark von den Vollkostenstrukturen der Spitexorganisationen bestimmt wird. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen werden meistens die Vollkosten einer Organisation, ermittelt nach den Vorgaben des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz, für die Festlegung der Beiträge der öffentlichen Hand zu Grunde gelegt.

Die Vollkosten pro Stunde nach Leistungsart sind hochaggregierte Kennzahlen, die die Unterschiede zwischen Leistungserbringern nur bedingt zum Ausdruck bringen können. Aufbauend auf der Studie «Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz – Standortbestimmung und Ausblick» hat die Hochschule Luzern ein erweitertes Kennzahlenmodell entwickelt, in dem wichtige Einflussfaktoren auf die Vollkostenstrukturen separiert werden können und Umlagen von nicht verrechenbaren Stunden auf die direkt gegenüber den Klientinnen und Klienten erbrachten, verrechenbaren Stunden verfeinert analysiert werden können. Es soll die Grundlage für eine erhöhte Transparenz in den Kostenstrukturen bilden, welches die Spitexorganisationen und Auftraggeber der öffentlichen Hand in Verhandlungen unterstützen kann.

In Kapitel 5.2 werden die Ergebnisse der Analyse der Kostenstrukturen der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen in einer Form dargestellt, die die Vertraulichkeit von Betriebsdaten nicht verletzt. In Kapitel 5.3 werden diesen Kostenstrukturen die Hauswirtschaftstarife anderer Anbieter auf dem Markt und das neue Finanzierungsmodell Hauswirtschaft im Kanton Bern gegenübergestellt. Kapitel 5.4 wirft einen Blick auf die Finanzierungssituation in der Hauswirtschaft aus der Perspektive der öffentlichen Haushalte. In Kapitel 5.5 werden die unterschiedlichen Anreizwirkungen auf die privaten Haushalte, die von einer Subjekt- versus Objektfinanzierung ausgehen können, kurz zusammengestellt.

5.1. Neue Herausforderungen bei der Ausschreibung der Leistungsverträge und Festlegung der Vergütungsansätze für die öffentliche Hand

Bei der Einführung der neuen Pflegefinanzierung 2011 wurden auf der Ebene des Krankenversicherungsgesetzes festgeschrieben, dass die Krankenkassen nur einen Beitrag an die Kosten der Pflege nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zahlen und die Kantone die Restfinanzierung (unter Einhaltung einer Obergrenze bei den Patientenbeteiligungen) regeln. In den meisten Kantonen wurden in der Umsetzung dieses Gesetzes die Restfinanzierungsbeiträge über die ausgewiesenen Pflegevollkosten eines Leistungserbringers festgelegt²⁹ oder auf dieser Grundlage,

²⁹ Diese Art der Umsetzung wurde im Kanton Luzern im Pflegefinanzierungsgesetz gewählt. Sämtliche Organisationen oder Pflegefachpersonen können bei der zuständigen Gemeinde (Wohnsitzgemeinde des Klienten) den Restfinanzierungsbeitrag

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 63/95

gruppiert nach Organisationsform, über alle zugelassenen Spitexorganisationen Normkosten berechnet, an denen sich die Beiträge der öffentlichen Hand orientieren.³⁰ Der Kanton Bern hat mit einem modularen Vergütungssystem einen anderen Weg eingeschlagen. Eine weitere Ausnahme bilden einige wenige Kantone und Gemeinden, die bislang noch an einer Finanzierung in Form von Globalbudgets festgehalten haben.

Die von den Organisationen mit Spitexzulassung und freiberuflichen Pflegefachleuten der Kantone Zürich und Luzern im Rahmen der Gesundheitsstatistik zu liefernden Betriebsdaten zeigen grosse Differenzen bei den Vollkosten zwischen öffentlich-rechtlichen/beauftragten und privaten/nicht beauftragten Spitexorganisationen sowie freiberuflichen Pflegefachpersonen. Ebenso grosse Differenzen bestehen aber auch innerhalb der einzelnen Leistungserbringergruppen. Zugleich schwanken die erhobenen Vollkosten und die daraus abgeleiteten Normkosten zwischen den einzelnen Erhebungsjahren erheblich.

Die Gemeinden, deren Finanzierung der Restkosten sich an ausgewiesenen Vollkosten oder Normkosten orientiert, stehen damit vor einem anspruchsvollen Steuerungsproblem.

Von dieser Entwicklung ist auch der Leistungsbereich Hauswirtschaft betroffen. Im Kanton Zürich wurde im Pflegegesetz (§20, Abs. 3) festgehalten, dass die ambulanten Leistungserbringer mit kommunalem Leistungsauftrag für nichtpflegerische Spitex-Leistungen in den Leistungsabrechnungen für die Leistungsbezügerinnen und -bezüger die Kostenbeteiligung der Gemeinden ausweisen müssen. Dies gilt auch für weitere Kantone. In anderen Kantonen und Gemeinden, so auch in der Stadt Luzern oder im Kanton Bern, sind Leistungsvereinbarungen zwischen Spitexorganisationen und der öffentlichen Hand mit den anerkannten Norm- oder Vollkosten veröffentlicht.

Es zeigt sich eine enorme Streuung in den Vollkosten, die im Leistungsbereich Hauswirtschaft die Frage nach den Ursachen und Gründen der Kostenunterschiede ebenfalls in den Vordergrund rückt.

Die Analyse einer grossen Zahl von Kostenrechnungen verschiedener Spitexorganisationen mit unterschiedlichen Standortregionen und Schwerpunkten durch die Hochschule Luzern ergibt, dass das Finanzmanual 2011 des Spitex Verbands Schweiz einen wichtigen Beitrag zur Harmonisierung der Kostenrechnungen geleistet hat. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass bestimmte Kostenstellen, Kostenträger und Umlageschlüssel zu hoch aggregiert sind, um strukturelle Unterschiede zwischen den Organisationen differenziert abzubilden. Wichtige Kennzahlen wie der Einfluss der Lohnreglemente, des Skill-Grade-Mixes oder der Wegzeiten nach Leistungsart werden oft nicht differenziert ausgewiesen. Zusätzliche Beratungs- oder Koordinationsleistungen nach Leistungsauftrag werden zum Teil nicht von anderen klientenbezogenen Leistungen getrennt erfasst und ausgewiesen. Unterschiede in den Klientinnen- und Klientenstrukturen gehen mit Ausnahme der Umlage von Wegzeiten nach der Anzahl Einsätze nicht direkt in die Erklärung einzelner Kostenstellen und Umlageschlüssel ein. Ausbildungsverpflichtungen werden uneinheitlich, zum Teil als separater Kostenträger, zum Teil als Bestandteil der Vollkosten ausgewiesen.

geltend machen. Die Gemeinde übernimmt die ausgewiesenen Pflegevollkosten dieses Leistungserbringers, höchstens jedoch den Restfinanzierungsbeitrag, der für ihre Vertragsleistungserbringer gilt (§ 8 Pflegefinanzierungsgesetz). Wenn die Wahl des Leistungserbringers dadurch begründet ist, dass die Wohnsitzgemeinde keine geeignete Krankenpflege ambulant anbieten kann, übernimmt sie die ausgewiesenen Kosten des Leistungserbringers (z.B. Nachtdienst, psych. Pflege usw.).

³⁰ Im Kanton Zürich wird im Pflegegesetz festgehalten, dass das Normdefizit dem anrechenbaren Aufwand des teuersten jener Anbieter einer Leistungsgruppe entspricht, die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen. Die Normdefizite dienen im Moment vor allem der Festlegung der Beiträge einer Gemeinde an Spitexorganisationen ohne kommunalen Leistungsauftrag oder der Verrechnung von interkantonalen Leistungen. Die Gemeinden können bei der Erteilung eines Leistungsauftrags an eine Spitexorganisation bei der Restfinanzierung der Pflegekosten über diese Normkosten hinausgehen.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 64/95

Angesichts der hohen Bedeutung verfeinerter Kennzahlen zu den Kostenstrukturen der Spitexorganisationen für die Festlegung der Restkostenfinanzierung in den Leistungsverträgen und für Spitexorganisationen ohne Leistungsaufträge ist hier eine zeitnahe, breit abgestützte Überarbeitung und Verfeinerung des Spitex Finanzmanuals anzustreben.

Die Analyse der Kostenrechnungen zeigte zugleich aber auch grosse Abweichungen in der Anwendung und Umsetzung des Spitex Finanzmanuals bei den einzelnen Spitexorganisationen. Diese Unterschiede erschweren oder verunmöglichen ein transparentes Benchmarking. Ein erhöhtes Commitment müsste hier parallel zu der Überarbeitung des Finanzmanuals aufgebaut werden.

Der Leistungsbereich Hauswirtschaft ist von diesen Bestrebungen in doppelter Hinsicht betroffen. Zum einen profitiert er unmittelbar von einer verfeinerten Aufschlüsselung zentraler Kostenbestandteile wie Anstellungsbedingungen, Skill-Grade-Mix, Wegzeiten oder direkte, nicht verrechenbare Leistungen für Klientinnen und Klienten. Zum anderen tragen die Umlagen aus dem Overhead zu einem erheblichen Anteil an den Vollkosten der Hauswirtschaft bei. Differenzierte Umlagekostenstellen und Umlageschlüssel verfeinern die Umlagen und erhöhen die Kostentransparenz.

Tabelle 15 gibt die Entwicklung der Normkosten der Spitexorganisationen mit kommunalem Leistungsauftrag im Kanton Zürich zwischen 2012 und 2015 wieder. Sie zeigt, dass die Normkosten und damit der Aufwand des teuersten aller Anbieter eines Leistungserbringertyps, die zusammen 50% aller Pflegeleistungen am kostengünstigsten erbringen, in den letzten drei Jahren stärker als die Teuerung und Lohnentwicklung angestiegen sind.³¹

Tabelle 15: Die Entwicklung der Normkosten (50. Perzentil) der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Zürich nach Leistungsart, 2012 bis 2015

Kanton Zürich			
Jahr	Abklärung u. Beratung	Untersuchung u. Behandlung	Grundpflege
2012	111.00	109.00	97.00
2013	115.10	110.30	100.95
2014	126.85	115.15	102.65
2015	137.80	120.64	117.37

Quelle: Eigene Darstellung gemäss den in den Kreisschreiben der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich publizierten Normkosten

Eine analoge Kostenentwicklung zeigt sich auch im Durchschnitt der Vollkosten der gemeinnützigen Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag im Kanton Luzern (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Die Entwicklung der durchschnittlichen Vollkosten nach Leistungsart der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen im Kanton Luzern 2012 bis 2014

Kanton Luzern			
Jahr	Abklärung u. Beratung	Untersuchung u. Behandlung	Grundpflege
2012	132.20	118.10	103.72
2013	136.80	122.61	107.27
2014	143.00	125.81	111.87

Quelle: Eigene Darstellung gemäss einer Erhebung des Spitexkantonalverbands Luzern

³¹ Bei den Konsumentenpreisen betragen die Jahresteuern 2012: -0.7 Prozent, die Jahresteuern 2013: -0.2 Prozent, und die Prognose 2014: 0.1 Prozent. Die Lohnentwicklung zeigt im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige einen Anstieg der Nominallöhne in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber den Vorjahren um 1.0 und 0.8 Prozent. Im Gesundheits- und Sozialwesen betrug der nominale Lohnanstieg 2012 gegenüber dem Vorjahr 0.3 Prozent.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 65/95

Der Kostenanstieg belastet die Gemeindebudgets im Rahmen der Handlungsfelder ambulante Pflege und Betreuung und übt damit auch einen Kostendruck auf die Hauswirtschaft aus.

5.2. Eine vertiefte Analyse der Kostenstrukturen der Hauswirtschaft

Die Vollkosten einer den Klientinnen und Klienten verrechneten Stunde Hauswirtschaft wird von einer Vielzahl von Kostenfaktoren geprägt. Letztlich spiegeln sich in diesen Kostenfaktoren Unterschiede im Leistungsauftrag oder Leistungsangebot einer Spitex wie z.B. die Abdeckung einer Versorgungspflicht (darunter Kurzeinsätze, Einsätze bei schwierigen Klientinnen und Klienten, Abend- oder Wochenendeinsätze, Einsatzbereitschaft innerhalb von 24 Stunden nach Auftragserteilung) oder Beratungs- und Triageaufgaben, aber auch Unterschiede in der Qualität und Effizienz der Leistungserbringung.

Für eine höhere Auflösung der Kostenstrukturen werden im Modell der Hochschule Luzern die Einflussfaktoren in einem ersten Schritt in Anlehnung an das Finanzmanual des Spitex Verbands Schweiz in folgende Gruppen gegliedert:

- Lohnstrukturen, Sozialleistungen, Zuschläge, Gratifikationen,
- «unproduktive Stunden» (wie Ferien, Krankheitstage mit Lohnfortzahlungen, Feiertagsregelungen, etc.),
- bezahlte Pausen,
- Wegzeiten,
- Skill-Grade-Mix,
- direkte, nicht verrechenbare Leistungen für Klienten,
- Führung & Administration,
- Leistungen für die Kerndienstleistungen (z.B. Planung),
- Ausbildung, bezahlte Weiterbildungszeit,
- Personalnebenaufwand und Sachaufwand.

Diese Faktoren werden dann in einem zweiten Schritt einer vertieften Analyse unterzogen.

Im Modell der Hochschule Luzern lassen sich der Einfluss der drei Dimensionen «Lohnreglemente und -strukturen», «Skill-Grade-Mix» und «Umlage der nicht verrechenbaren Stunden auf die direkt geleisteten Stunden» voneinander getrennt darstellen. Dies erhöht die Transparenz der Darstellung, löst aber mögliche Verbindungen zwischen den Dimensionen nicht auf. So sind bessere Anstellungsbedingungen nicht nur mit höheren durchschnittlichen Lohnkosten pro geleistete Stunde und damit einem höheren Betriebsaufwand verbunden, sondern sie können, müssen aber nicht zwingend, auch einen Einfluss auf die Effizienz und Qualität der Dienstleistung haben.

Analyse der Auswirkungen der Lohnreglemente und -strukturen auf die Vollkosten

Bereits auf der Ebene der Lohnkosten pro geleistete Stunde zeigt sich eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die bei einem Vergleich von Anstellungsbedingungen berücksichtigt werden müssen. Dazu gehören: Bruttolöhne, Arbeitgeberbeiträge Sozialleistungen inkl. Pensionskassenbeiträge, freiwillige Sozialleistungen des Betriebs (z.B. weitere Familienzulagen), Feiertagsregelung eines Kantons oder einer Gemeinde, altersabhängige Ferienzeiten, bezahlte Pausen und Absenzen, bezahlte Weiterbildung, Lohnfortzahlung durch den Betrieb im Krankheitsfall, Gratifikationen und Zuschläge (z.B. für Einsätze in der Nacht, an Feiertagen oder Wochenende oder für Pikettdienste). Hinzu kommt noch, ob Wegzeiten zu oder zwischen Einsätzen bei den Klientinnen und Klienten vom Arbeitgeber vergütet werden. Nur auf dieser umfassenden Basis kann ein realer Vergleich zwischen Organisationen vorgenommen werden.

Im Modell der Hochschule Luzern können die Anstellungsbedingungen der Spitexorganisationen, die in das Projekt eingebunden waren, im Bereich Hauswirtschaft einerseits untereinander,

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 66/95

andererseits mit den Anstellungsbedingungen des Normalarbeitsvertrags für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft gemäss Verordnung des Bundesrats verglichen werden.³² In diesen Vergleich werden die Bruttolöhne, Arbeitgeberbeiträge Sozialleistungen inkl. Pensionskassenbeiträge, freiwillige Sozialleistungen des Betriebs (z.B. weitere Familienzulagen), Feiertagsregelung eines Kantons oder einer Gemeinde, altersabhängige Ferienzeiten und bezahlte Pausen einbezogen.

Zu diesen Leistungen kommen je nach Betrieb noch weitere Leistungen wie bezahlte Weiterbildungen, Lohnfortzahlung durch den Betrieb im Krankheitsfall oder Gratifikationen und Zuschläge (Einsätze in der Nacht, an Feiertagen oder Wochenende oder für Pikettdienste) hinzu.

Tabelle 17 gibt die Ansätze für die Mindestlöhne gemäss Normalarbeitsvertrag für die Jahre 2011 bis 2013 und ab 01.01.2014 wieder.

Tabelle 17: Mindestlöhne gemäss Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft

Mindestlöhne nach NAV	2011-2013	Ab 01.01.2014
Kat. ungelernt	Fr. 18.20	18.55
Kat. ungelernt mit 4 J. Berufserfahrung	Fr. 20.00	20.35
Kat. Gelernt zwei Jahre berufliche Grundbildung EBA (Eidgenössisches Berufsattest)	Fr. 20.00	20.35
Kat. gelernt drei Jahre berufliche Grundbildung EFZ (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis)	Fr. 22.00	22.40

Quelle: Verordnung über den Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft (NAV Hauswirtschaft), 221.215.329.4, Art. 5.

Die Lohnkategorien sind abgestuft nach Ausbildung und Berufserfahrung. Die Mindestlöhne reichen im Jahr 2014 von SFr. 18.55 die Stunde bis SFr. 22.40 die Stunde. Hinzu kommen Entschädigungen für Ferien und bezahlte Feiertage.³³ Ein Mindestansatz von SFr. 22 pro Stunde entspricht bei einem Anstellungsgrad von 100 Prozent ungefähr einem Bruttoeinkommen von SFr. 4'000 pro Monat (inkl. Ferien- und Feiertagsentschädigung, bei zwölfmaliger Auszahlung), wenn die Ferien und Feiertage bezogen werden.

Beim Vergleich der Anstellungsbedingungen des Normalarbeitsvertrags mit den Lohnreglementen der Spitex Zürich Limmat, Winterthur, Luzern und Kriens wurden beim Normalarbeitsvertrag die gesetzlichen Bestimmungen der Sozialversicherungs- und Pensionskassenbeiträge zu Grunde gelegt, bei den Spitexorganisationen die von ihnen entrichteten Sozialversicherungsbeiträge und Arbeitgeberbeiträge nach Pensionskassenreglement (abgestuft nach Alter).³⁴

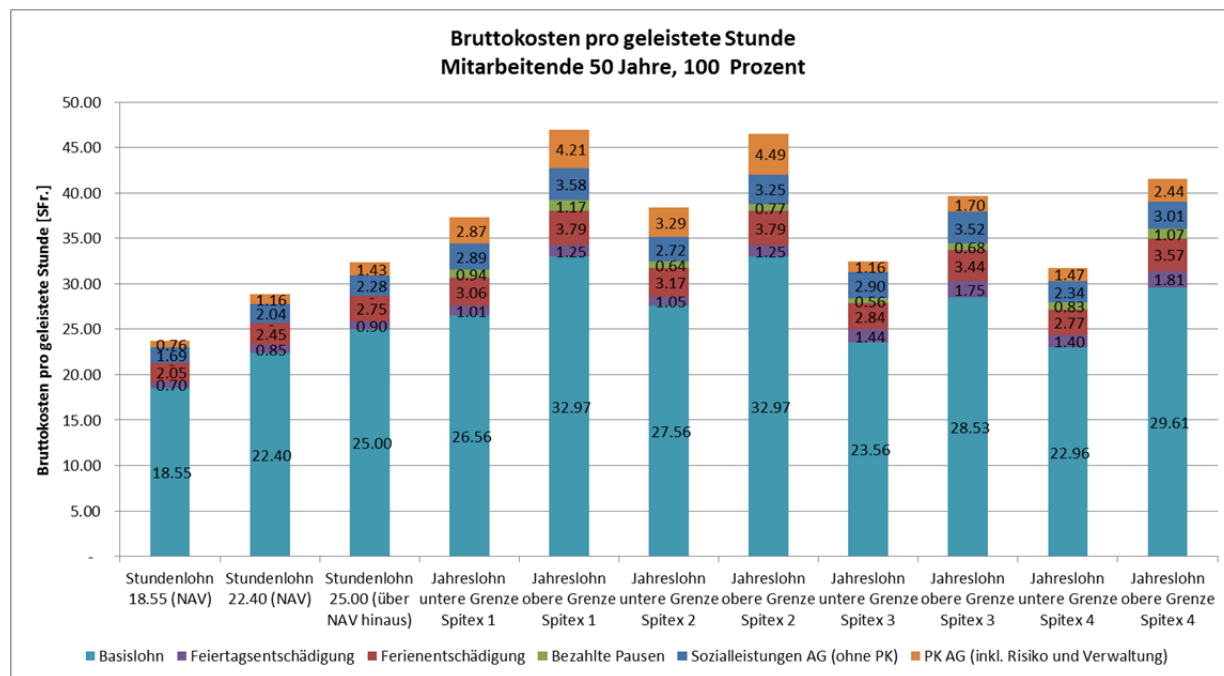
Abbildung 10 zeigt die Bruttolohnkosten für den Arbeitgeber inklusive Arbeitgeberbeiträge im Vergleich. Die hier dargestellten Lohnbänder der Spitexorganisationen gelten für den Funktionsbereich Hauswirtschaft. Die Breite der Bänder wird durch den Anstieg nach Erfahrungsstufen bestimmt. Es werden die reinen Kostenunterschiede pro geleistete Stunde Hauswirtschaft wiedergegeben, ohne die Kostenanteile durch die Umlage nicht verrechenbarer Stunden (Wegzeiten, Administration, allgemeiner Overhead, etc).

³² Bundesrat. Verordnung über den Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft vom 20. Oktober 2010 (Stand am 1. Januar 2014). 221.215.329.4.

³³ Die Ferienentschädigung beträgt 8.33 Prozent bei 4 Wochen Ferienanspruch / 10.64 Prozent bei 5 Wochen, die Feiertagsentschädigung 3.59 Prozent.

³⁴ Bei den Kosten für die Spitexorganisationen wurde unter den Kosten für die Feiertags- und Pausenentschädigung anteilmässig eine bezahlte Pause von 15 Minuten auf einen Arbeitstag von 8.4 Stunden einberechnet. Diese entfällt bei den Berechnungen für die Angestellten im Stundenlohn.

Abbildung 10: Bruttokosten Arbeitgeber nach Anstellungsbedingungen und Erfahrungsstufen



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben und konkreten Lohnreglemente der Spitexorganisationen

Tabelle 18 gibt die Zahlen zu Abbildung 10 wieder.

Tabelle 18: Bruttokosten Arbeitgeber nach Anstellungsbedingungen und Erfahrungsstufen (Zahlen)

	Stundenlohn 18.55 (NAV)	Stundenlohn 22.40 (NAV)	Stundenlohn 25.00 (über NAV hinaus)	Jahreslohn untere Grenze Spitex 1	Jahreslohn obere Grenze Spitex 1	Jahreslohn untere Grenze Spitex 2	Jahreslohn obere Grenze Spitex 2	Jahreslohn untere Grenze Spitex 3	Jahreslohn obere Grenze Spitex 3	Jahreslohn untere Grenze Spitex 4	Jahreslohn obere Grenze Spitex 4
Kosten Arbeitgeber ohne Sozialleistungen	21.30	25.70	28.65	31.56	39.18	32.42	38.78	28.40	34.41	27.97	36.06
Kosten Arbeitgeber total	23.75	28.90	32.36	37.31	46.97	38.42	46.53	32.47	39.62	31.77	41.51

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben und konkreten Lohnreglemente der Spitexorganisationen

Der Personalaufwand variiert einerseits stark nach der Dauer der Berufserfahrung oder Einstiegsqualifikation in den Funktionsbereich Hauswirtschaft. Er variiert andererseits sehr stark zwischen einer Anstellung gemäss dem Normalarbeitsvertrag oder den Lohnreglementen der Spitexorganisationen, die sich oft an kantonalen oder kommunalen Vorgaben orientieren. So ergibt die höchste Stufe nach Normalarbeitsvertrag einen Lohnaufwand von SFr. 28.90 pro Stunde, bei den an der Studie beteiligten Spitexorganisationen hingegen von SFr. 39.60, SFr. 41.50, SFr. 46.50 und SFr. 47.00 pro Stunde. Dieser Lohnabstand würde sich nochmals leicht vergrössern, wenn eine Mitarbeitende im Stundenlohn des Normalarbeitsvertrags aufgrund ihrer Stellenprozente unter die Eintrittsschwelle der Pensionskasse fällt.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 68/95

Zu dem Personalaufwand der Spitexorganisationen kommen noch Kosten für Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall und bezahlte Weiterbildungen hinzu, die die Durchschnittskosten nochmals um bis zu SFr. 5 pro Stunde anheben können.

Eine Analyse der Personalstruktur der Spitexorganisationen 1 und 2 zeigt, dass die Mitarbeitenden über langjährige Erfahrung verfügen und deshalb ihr Lohn in einer hohen Erfahrungsstufe einzuordnen ist. Damit kommt der durchschnittliche Personalaufwand in diesen beiden Organisationen unter Einhaltung der kommunalen Vorgaben für die Lohnreglemente für jede direkt geleistete Stunde Hauswirtschaft vor jeglicher Umlage auf einen Betrag von SFr. 50. pro Stunde. Dieser liegt bereits höher als die Tarife der Hauswirtschaft der Organisationen ohne Leistungsauftrag.

Zu diesen Kosten kommen dann noch die Umlagen für den Sachaufwand und Personalnebenaufwand, die nicht verrechenbaren Stunden der Hauswirtschaftsmitarbeitenden, Führung und Administration und weitere Overheadkosten hinzu (siehe nächster Abschnitt).

Analyse der Auswirkungen des Skill-Grade-Mixes und der Umlage nicht verrechenbarer Stunden und weiterer Overheadkosten

Um die Vertraulichkeit der Betriebsdaten der Spitexorganisationen zu wahren, werden die Auswirkungen der Umlagen und des Skill-Grade-Mixes auf die Vollkosten einer Spitex zunächst an den Daten einer anonymisierten, abstrakten «Muster-Spitex» illustriert. Im darauf folgenden Abschnitt werden dann die Ergebnisse der Analyse der Betriebsdaten der am Projekt beteiligten Spitexorganisationen summarisch zusammengefasst. Den Spitexorganisationen wurde darüber hinaus eine individuelle Analyse ihrer Kostenstrukturen zurückgespiegelt.

Neben den reinen Personalkosten haben der Anteil nicht verrechenbarer Stunden für

- Wegzeiten,
- direkte, nicht verrechenbare Leistungen für Klienten,
- Führung & Administration
- Leistungen für die Kerndienstleistungen (z.B. Planung),
- Ausbildung

sowie der Personalnebenaufwand und Sachaufwand einen entscheidenden Einfluss auf die Vollkosten pro verrechneter Stunde Hauswirtschaft.

Die obere Hälfte von Abbildung 11 schlüsselt am Beispiel einer Muster-Spitex für die Leistungsart Hauswirtschaft die Umlagen der Wegzeiten und indirekten Leistungen auf, die gemäss Spitexmanual direkt auf den unterschiedlichen Fachbereichen/Funktionen (Besoldung) vorgenommen werden. Damit werden der Anteil dieser beiden nicht verrechenbaren Leistungen an den Vollkosten pro Stunde Hauswirtschaft deutlich. Ebenso wird in dieser Darstellung der Einfluss des Skill-Grade-Mixes auf die Vollkosten sichtbar.

- In der ersten Spalte sind die Fachbereiche bzw. Funktionen gemäss Spitexmanual aufgeführt.
- In der zweiten Spalte sind die von den einzelnen Gruppen für die Klientinnen und Klienten direkt geleisteten, verrechenbaren Stunden (5'105.0) aufgeführt. Aufgrund von Rundungsgewinnen und Abrechnungsmodalitäten sind diese direkt geleisteten Stunden niedriger als die verrechneten Stunden (5'200.0, letzte Zeile von Spalte 2 / Faktor 1.02 von verrechneten zu geleisteten Stunden).

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 69/95

Abbildung 11: Eine verfeinerte Analyse der Kostenstrukturen und Umlagen

Hauswirtschaft (HW)		Stunden HW	Kosten pro Stunde HW (Lohn inkl. Sozialleistungen)	Umlage Wegzeiten HW	Umlage indirekte Leistungen für einzelne Klienten HW (29)	Weitere Umlagen 20-28	Total pro geleistete Stunde HW	Total pro verrechnete Stunde HW
1		2	3	4	5	6	7	8
310	dipl. Pflegefachpersonal mit Zusatzdiplom / Master	-	-	-	-	-	-	
311	dipl. Pflegefachpersonal	10.0	47.46	14.24	30.85	15.63	108.18	
312	FaGe / Hauspflegerin / FA SRK	230.0	42.94	4.20	21.21	15.63	83.99	
314	Mitarbeiterin mit Grundkurs oder Kurs Spitex	1'030.0	36.16	4.12	14.69	15.63	70.61	
315	Mitarbeiterin ohne spezifische Ausbildung	3'765.0	32.77	2.52	1.31	15.63	52.23	
317	Auszubildende FaGe	70.0	5.09	0.37	0.61	15.63	21.70	
330	Zentrale Dienste	-	-	-	-	-	-	
Total/Durchschnitt		5'105.0	33.56	2.92	4.95	15.63	57.06	56.02
Verrechnete Stunden		5'200.0	1.02					

Lohnkosten vor Umlage im Skill-Grade Mix gegeben durch die Verteilung der Stunden über die Personengruppen

Verhältnis direkt geleistet zu verrechnet

Kosten pro geleistete Stunde Hauswirtschaft

Kosten pro verrechnete Stunde Hauswirtschaft

	Sachaufwand	Personalaufwand	Manuelle Umlage	Umlage pro geleistete h	Umlage pro verrechn. h
20 Umlage Zentrumskosten	2.41	0.22	-0.28	2.34	2.30
21 Umlage Führung + Administration	4.90	4.41	-0.82	8.50	8.34
25 Umlage Mobilität	1.59	0.07	-0.02	1.63	1.60
261 Umlage Ausbildung FaGe	-	1.39	-	1.39	1.36
27 Umlage Dienstleist. für Kerndienste	-	1.78	-	1.78	1.75
Total Personalnebenaufwand direkt					
Total weitere Umlagen	8.89	7.86	-1.12	15.63	15.35

Quelle: Abbildung aus Modell IBR, 2014.

- Die dritte Spalte gibt den reinen Personalaufwand pro Stunde wieder, die eine Mitarbeiterin nach Abzug von Ferien, bezahlten Pausen, Krankheitstagen, etc. der Organisation «produktiv» zur Verfügung steht. Dieser reine Personalaufwand pro Stunde (inkl. Zulagen, Gratifikationen) ist ebenfalls aufgeschlüsselt nach Fachbereich/Funktion. Er spiegelt die Lohnstrukturen und -reglemente, die Sozialleistungen wie auch bezahlten Absenzen. In Kombination mit den geleisteten Stunden aus Spalte zwei ergeben sich in der Zeile Total/Durchschnitt die mit dem Skill-Grade-Mix gemittelten durchschnittlichen Personalkosten für die Leistungsart Hauswirtschaft.
- Spalte 4 und 5 geben die Kostenanteile durch Wegzeiten und nicht verrechenbare indirekte Leistungen für Klientinnen und Klienten wieder. Diese werden ebenfalls durch den Skill-Grade-Mix beeinflusst.

In der unteren Hälfte von Abbildung 2 werden die weiteren Umlagen (Hilfskostenstellen 20-28) aufgezeigt, die zuerst über alle Fachbereiche/Funktionen (Besoldung) aggregiert und dann erst auf die einzelnen Hauptkostenstellen verteilt werden. Diese untere Hälfte von Abbildung 2 zeigt die relativen Kostenanteile von Führung & Administration, Mobilität, Ausbildung, etc. pro geleistete

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 70/95

Stunde Hauswirtschaft auf. Die Kostenanteile sind nach Sachaufwand (z.B. für Fahrzeuge, Raum, Material, etc.) und Personalaufwand aufgeschlüsselt. Die Summe der Kostenanteile dieser Umlagen wird dann in Spalte 7 zu den übrigen Kosten pro Stunde hinzuaddiert.

Am Beispiel dieser Muster-Spitex lassen sich mehrere strukturelle Merkmale aufzeigen, die auch die Kostenstrukturen der in diesem Projekt eingebundenen Spitexorganisationen prägen.

Der Skill-Grade-Mix ist im Bereich der Hauswirtschaft vor allem dadurch geprägt, dass höher qualifizierte Mitarbeitende hauswirtschaftliche Leistungen im Rahmen der Bedarfsabklärung und Beratung (werden in der Vollkostenrechnung oft unter der gleichen Kostenstelle Hauswirtschaft ausgewiesen) oder zur Nutzung von Synergien im Zusammenhang mit einem pflegerischen Einsatz erbringen. Er hat im Beispiel der Muster-Spitex angesichts des geringen Anteils Hauswirtschaftsstunden dieser Mitarbeitendengruppe an der Gesamtzahl geleisteter Stunden im Bereich Hauswirtschaft praktisch keinen Einfluss auf die Kostenstrukturen.

Auch bei der Analyse des Skill-Grade-Mixes der vier in das Projekt eingebundenen Spitexorganisationen zeigt sich, dass im Bereich Hauswirtschaft nur ein sehr kleiner Anteil Leistungen in Bezug auf die insgesamt hohe Gesamtzahl Hauswirtschaftsstunden von höher qualifizierten Mitarbeitenden anderer Funktionsgruppen erbracht wird. Der Einfluss des Skill-Grade-Mixes im Bereich Hauswirtschaft ist damit gering. Dies lässt sich auch mit einer einfachen Rechnung plausibilisieren. Angenommen die Bruttolohnkosten einer höher qualifizierten Gruppe von Mitarbeitenden lägen um 25 Franken pro Stunde über dem Bruttolohn der Hauswirtschaftsmitarbeitenden von SFr. 45 in der Stunde, dann würde der Aufschlag auf die Vollkosten bei einem Stundenanteil von zehn Prozent auf die reinen Personalkosten der Hauswirtschaftsmitarbeitenden nur 2.50 pro geleistete Stunde ausmachen.

Dies hat zur Folge, dass die reinen Personalkosten in der Hauswirtschaft vor Umlagen im Wesentlichen durch das direkte Lohnband der Hauswirtschaftsmitarbeitenden und die Sozialleistungen der Organisation geprägt werden.

Der Anteil der Wegzeiten an den Vollkosten ist im Bereich der Hauswirtschaft deutlich niedriger als bei den Pflegeleistungen. Dies zeigt sich im Beispiel der Muster-Spitex mit einem Beitrag von SFr. 2.92 pro geleistete Stunde. Dazu tragen die in der Hauswirtschaft wesentlich längeren Aufenthaltszeiten bei den Klientinnen und Klienten bei, die trotz einer Zunahme von kürzeren Einsätzen bei vielen Spitexorganisationen immer noch bei einem Wert von 90 Minuten und mehr liegen. Je nach Spitexorganisation starten Touren auch direkt bei den Klientinnen und Klienten. Ähnliche Werte für die Wegzeiten fanden sich auch bei den vier in das Projekt eingebundenen Spitexorganisationen.

Die zweite Gruppe von nicht verrechenbaren Leistungen, welche direkt auf den Funktionsgruppen der Mitarbeitenden umgelegt werden, sind nicht verrechenbare Leistungen, die direkt einem Kunden zugeordnet werden können bzw. ihm zu Gute kommen. Auch diese Leistungen sind bei der Muster-Spitex wie auch bei den meisten Spitexorganisationen bei der Hauswirtschaft deutlich niedriger als bei den Pflegeleistungen.

Im Beispiel der Muster-Spitex ergeben sich vor den weiteren Umlagen, die nicht mehr auf der Ebene der einzelnen Funktionsgruppen sondern auf der Ebene des Gesamtbetriebs vorgenommen werden, Kosten von 41.40 Franken pro geleistete Stunde. Die Umlage des Sachaufwands sowie des weiteren Personalaufwands für Zentrumskosten, Führung und Administration, Ausbildung, Mobilität, Dienstleistungen für Kerndienstleistungen und Personalnebenaufwand, die in dem Modell getrennt dargestellt werden, führt zu zusätzlichen Kosten von 15.63 pro geleistete Stunde und damit zu Gesamtkosten pro geleistete Stunde Hauswirtschaft von 57.06 Franken pro Stunde. Das Verhältnis des reinen Personalaufwands für jede direkt geleistete Stunde Hauswirtschaft in Höhe von SFr.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 71/95

33.56 zu den Vollkosten der Hauswirtschaft pro geleistete Stunde von SFr. 57.06 beträgt einen Faktor 1.7. Ähnliche Faktoren oder zum Teil noch höhere Faktoren finden sich bei den im Projekt eingebundenen Spitexorganisationen.

Die Umlagen auf der Ebene des Gesamtbetriebs finden häufig über Kostenstellen für Führung und Administration oder Dienstleistungen für die Kerndienstleistungen statt, die bereits selbst hoch aggregiert sind. Das Finanzmanual des Spitex Verbands Schweiz weist auf die Sensitivität der Vollkosten von den gewählten Umlageschlüsseln hin und schlägt verschiedene Schlüssel vor, die betriebsspezifisch gewählt werden sollen und durch manuelle Umlagen ergänzt werden können. Gleichzeitig orientieren sich die vorgeschlagenen Umlageschlüssel selbst an stark aggregierten Grössen wie z.B. die Personalkosten in den verschiedenen Leistungsarten der Pflege und Hauswirtschaft oder den direkt geleisteten Stunden in diesen Leistungsarten.

Die Feinheit der Kostenstellen und Umlageschlüssel fällt solange weniger ins Gewicht, als die Vollkosten einer Leistungsart nicht zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor auf dem Markt werden. Die Gesamtkosten einer Organisation werden dadurch ja nicht beeinflusst, sondern Kostenanteile nur zwischen den Leistungsarten verlagert. In der heutigen Ausgangslage, die in Kapitel 5.1 dargestellt wurde, gewinnen diese Umlagen jedoch sowohl für die Suche nach möglichen Effizienzgewinnen der eigenen Organisation im Vergleich zu anderen Organisationen als auch in der preislichen Positionierung der Dienstleistungen gegenüber den Klientinnen und Klienten und den Vertragspartnern von Leistungsaufträgen zentral an Bedeutung.

Die Zeiterfassung der meisten Spitexorganisationen ist mit einer feineren Untergliederung der Kostenstellen verbunden, die auch eine verfeinerte Konzeption der Umlageschlüssel erlaubt. Damit wird eine transparentere Darstellung und Überprüfung der Kostenumlagerungen möglich, als sie sich in den heutigen Kostenrechnungen findet.

Die Überprüfung der Umlageschlüssel ist aber nicht nur eine Frage des Auflösungsgrades der Kostenstellen und Einflussfaktoren. Es sind auch konzeptionelle Fragen damit verbunden. Dies illustriert das folgende Beispiel.

Angenommen eine Spitexorganisation hat einen Leistungsauftrag für die Beratung ihrer Klientinnen und die Vermittlung und Koordination von Leistungen, der über die nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung verrechenbaren Leistungen hinausweist. Gleichzeitig engagiert sich die Spitexorganisation in regionalen Gremien und Netzwerken und stärkt durch ein Bildungsangebot die Versorgung in ihrer Region. Oft stellen hauswirtschaftliche Leistungen einen ersten Kontakt zur Spitexorganisation dar, in dessen Rahmen die Klientinnen und Klienten auch von dieser übergeordneten Leistung profitieren. Welcher Anteil dieser Kosten soll nun, auch mit Blick auf die dargestellte Heterogenität der Zielgruppen, auf die Hauswirtschaft umgelegt werden. Vorgeschlagene Schlüssel wie die Personalkosten nach Leistungsarten oder die direkt verrechenbaren Stunden nach Leistungsarten lassen sich auf dieser hohen Aggregationsstufe gleichermaßen rechtfertigen, führen aber zu deutlichen Unterschieden in den Vollkosten nach Leistungsarten. Davon ist dann auch die Hauswirtschaft im Vergleich ihrer Vollkosten mit den Tarifen anderer Anbieter betroffen.

Die verfeinerte Analyse der Kostenstellen und Umlageschlüssel zeigt, wie wichtig eine Einbettung einzelner Kennzahlen wie die Vollkosten nach Leistungsart in eine umfassendere Darstellung der Kostenstrukturen und erweiterter Kennzahlen für ein vertieftes Verständnis der Kosteneffizienz einer Organisation ist. Tendenziell weisen die heutigen Umlageschlüssel der Hauswirtschaft einen eher hohen Kostenanteil an den Umlagekosten zu.

Auswirkungen des Skill-Grade-Mixes und der Umlagen auf die Kostenstrukturen der in das Projekt eingeschlossenen Spitexorganisationen

Die anhand der Muster-Spitex vorgestellte Analyse wurde auch mit den Betriebsdaten der in dem Projekt eingeschlossenen Spitexorganisationen durchgeführt. Die wichtigsten Erkenntnisse lassen sich in den folgenden Punkten zusammenfassen.

- Der Skill-Grade Mix, vor allem mit Blick auf die höher qualifizierten Funktionsgruppen, in der Erbringung der Hauswirtschaft beim Kunden vor Ort hat keinen massgeblichen Einfluss auf die durchschnittlichen Kosten pro geleistete Stunde Hauswirtschaft. Die Personalkosten für jede direkt bei den Klientinnen und Klienten geleisteten verrechenbaren Hauswirtschaftsstunden werden im Wesentlichen von den Lohnbändern und Erfahrungsstufen der Funktionsgruppe der Hauswirtschaftsmitarbeitenden selbst geprägt. Hier liegt ein grosser Erklärungsfaktor für die Kostenunterschiede zwischen den Organisationen.
- Die Wegzeiten bedeuten je nach Spitexorganisation einen Aufschlag zwischen 3 und 6 Franken pro geleistete Stunde Hauswirtschaft. Keine der vier Spitexorganisationen verrechnet heute dem Klienten/der Klientin eine Wegpauschale. Dies ist eine weitere Subvention der Leistung. Bei einem Vergleich der Hauswirtschaftstarife zwischen Organisationen mit und ohne Leistungsauftrag müssen diese Wegkosten berücksichtigt werden. Sie erklären aber nur einen Teil der deutlichen Unterschiede in den heutigen Vollkosten.
- Die Umlagen für Führung und Administration, direkte nicht verrechenbare Leistungen für Klientinnen und Klienten, indirekte Leistungen für Kerndienstleistungen, Fachstellen, allgemeiner Overhead werden heute noch auf einer zu hohen Aggregationsstufe vorgenommen. Dadurch ist es schwierig, Kostenanteile aufgrund eines erweiterten Leistungsauftrags von denjenigen einer weniger effizienten Leistungserbringung zu unterscheiden. Eine wichtige Unterscheidung sind zum Beispiel die Kosten, die für die Abdeckung der Versorgungspflicht, darunter Verfügbarkeit innerhalb von 24 Stunden, kurze Einsätze oder auch Einsätze bei schwierigen Klientinnen und Klienten anfallen. Oder Zeit, die fallbezogen für Austauschgespräche, -sitzungen oder -berichte eingesetzt wird. Mit den Spitexorganisationen wurden Grundlagen für eine verfeinerte Analyse der Umlagekostenstellen und -schlüssel erarbeitet, die zu einer erhöhten Kostentransparenz führen. In der verfeinerten Analyse lassen sich aber auch Potenziale für Effizienzgewinne erschliessen.
- Zum Teil sind die Kostenstellen im Spitex Finanzmanual sehr differenziert, zum Teil fehlen aber Kostenstellen, die besondere Leistungen, Versorgungspflichten oder Massnahmen der Qualitätssicherung einer Spitex mit Einfluss auf ihre spezifischen Kostenstrukturen ausweisen könnten.
- Tendenziell werden in grossen Spitexorganisationen mit Umlageschlüsseln wie direkt verrechenbare Stunden oder Personalkosten in den Kerndienstleistungen eher zu viele übergeordnete Leistungen und damit verbundene Kostenanteile auf die Hauswirtschaft umgelegt. Auch hier ist die Suche nach den geeigneten Umlageschlüsseln nicht allein eine Frage des Detaillierungsgrads der Analyse, sondern einer gemeinsamen Perspektive von Finanzierer und Leistungserbringer auf die Zuordnung übergeordneter Leistungen zu den Kostenstellen.

Das Verhältnis der Personalkosten im Skill-Grade-Mix für jede direkt geleistete Stunde Hauswirtschaft bei den Klientinnen und Klienten vor Ort zu den Vollkosten pro Hauswirtschaftsstunde nach Umlage der nicht verrechenbaren Kosten kann aus Gründen des Datenschutzes nicht offengelegt werden. Überträgt man den Faktor 1.7, der sich im Beispiel der Muster-Spitex ergeben hat, auf die in Anlehnung an kommunale und kantonale Reglemente höheren Lohnkosten der beteiligten Organisationen, so würden sich bei reinen Personalkosten pro geleistete Stunde von rund 50 Franken bei einem Faktor von 1.7 Vollkosten von rund 85 Franken pro geleistete Stunde ergeben. Dies illustriert die grosse Bedeutung der Umlagen inklusive Wegzeiten.

5.3. Tarife anderer Anbieter im «Markt» der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen

Die Spitexorganisationen mit einem Leistungsauftrag für Pflege und Hauswirtschaft befinden sich in einem Marktumfeld, in dem die Anzahl Anbieter in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen ist. Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen werden in diesem Markt nicht nur von privaten erwerbswirtschaftlichen Spitexorganisationen mit oder ohne Spitexbewilligung erbracht, sondern zum Teil auch von gemeinnützigen Organisationen und Vereinen mit oder ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand.

Für die erste Gruppe stehen zum Beispiel der Haus- und Betreuungsdienst Stadt und Land, Home Instead oder die Spitex zur Mühle. Zur zweiten Gruppe zählen beispielsweise der Entlastungsdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Luzern oder die bereits im vorherigen Kapitel angesprochenen Vereine Haushilfe oder SOS-Dienst Luzern. Mit der Ausgliederung eines Teils ihrer hauswirtschaftlichen Leistungen in eine Aktiengesellschaft, die BelleVie Suisse AG, hat die Spitex Stadt Bern einen weiteren Angebotstyp geschaffen.

Tabelle 19 gibt die Tarife einiger Anbieter aus beiden Gruppen, die in den Kantonen Zürich und Luzern vertreten sind, Stand Dezember 2014 wieder. Aufgrund der Mehrwertsteuerbefreiung für ärztliche verordnete Haushaltshilfe unterscheidet die Tabelle die beiden Leistungsarten mit und ohne Verordnung.

Tabelle 19: Tarife für Hauswirtschaftliche Leistung, Betreuung, und Entlastung im Marktumfeld der Spitex

Hauswirtschaftliche Leistung, Betreuung, Entlastung und Begleitung (in Franken pro Stunde)				
Organisation	Haushaltshilfe mit ärztlicher Verordnung	Leistungen ohne ärztliche Verordnung	Wegpauschale	Sonstiges
Haus- und Betreuungsdienst Stadt und Land Kanton Luzern	40.80 (Mo-Fr) 43.80 (Sa-So)	40.80 plus MwSt. (Mo-Fr) 43.80 plus MwSt. (Sa-So)	5.00 oder realer Aufwand	Spitexzulassung, Nachteinsätze
Home Instead		46.00 plus MwSt.		Auch Nachteinsätze
Spitex zur Mühle	45.00	45.00 plus MwSt.	10.00	Spitexzulassung
BelleVie Suisse AG	44.00 inkl. MwSt.	44.00 plus MwSt.	Aufwand	Auch Nachteinsätze (mit Zuschlag)
SRK Kanton Luzern Entlastungsdienst		Subventioniert: 4 Std. pro Woche 60.00 Jede weitere Stunde (einkommensabh.): 20.00/30.00/41.00 Nacht: 95.00/140.00/195.00	7.00	
Verein Haushilfe Luzern		34.00 inkl. MwSt. (Grundtarif) 42.50 inkl. MwSt. (intensive Grundreinigung)	keine	8.50 Zuschlag für Nacht-, Sonn- und Feiertage
SOS-Dienst Luzern		34.00 inkl. MwSt. (Grundtarif) 39.00 inkl. MwSt. (intensive Grundreinigung)	keine	5.00 Zuschlag für Nacht-, Sonn- und Feiertage
Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnenvereinigung		35.80 plus MwSt. (wiederholte Einsätze) 39.50 plus MwSt. (Einzeleinsätze)	5.00	

Quelle: Angebotsdokumentationen der aufgeführten Organisationen.

Die Tabelle zeigt zwei Tarifbereiche. In der oberen Hälfte finden sich die privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen. Ihre Tarife liegen alle in einem Bereich zwischen 40 und 46 Franken pro Stunde, bei nicht ärztlich verordneten Leistungen zuzüglich Mehrwertsteuer. Hinzu kommen

noch Vergütungen von Wegzeiten und Mobilitätskosten, zum Teil pauschal, zum Teil nach Aufwand.

In der unteren Tabellenhälfte finden sich die gemeinnützigen Organisationen, deren Tarife durch Leistungsverträge gestützt oder durch Spenden mitfinanziert werden. Einzige Ausnahme ist der Haushaltsservice der Schwyzer Bäuerinnen, der über keinen Leistungsauftrag oder eine Spendenfinanzierung verfügt. Er wird hier aber aufgeführt, weil er mit extrem schlanken Strukturen und nicht gewinnorientiert arbeitet, gleichzeitig aber einen guten Grundlohn mit Sozialleistungen ausrichtet und damit einen interessanten Benchmark darstellt. Lässt man den Aufschlag für die intensive Grundreinigung weg und mittelt die Tarife des SRK Entlastungsdienstes für weitere Stunden über die verschiedenen Einkommensgruppen hinweg, kristallisiert sich ein zweites Preisfenster von rund 35 bis 38 Franken pro Stunde heraus, zu dem Leistungen angeboten werden.

Die subventionierten Tarife der im Projekt vertretenen Spitexorganisationen liegen heute im Bereich derjenigen der gemeinnützigen Organisationen ohne Spitexbewilligung mit Leistungsauftrag oder Spendenfinanzierung.

Tabelle 20: Die Hauswirtschaftstarife der Spitexorganisationen Zürich Limmat, Winterthur, Kriens und Luzern

Leistungsart	Einkommensabhängige Tarife				Einkommensunabhängige Tarife	
	Spitex Zürich Limmat		Spitex Winterthur		Spitex Stadt Luzern	Spitex Kriens
	Einkommen	Tarif	Einkommen	Tarif	Tarif	Tarif
Grundlohn inkl. 13.	bis 40'000	31.00				
	von 40'001 bis 60'000	33.00	Bis 55'000	33.00		
Hauswirtschaft / Unterhaltsreinigung	von 60'001 bis 80'000	38.00			35.00	36.00
	über 80'000	44.00	Ab 55'000	42.00		
Grundreinigung					40.00	40.00
Abklärung und Beratung				42.00		60.00

Quelle: Berechnungen auf der Grundlage von Betriebsdaten der Spitexorganisationen

Im Kanton Bern wurden die direkten Subventionen für die Hauswirtschaft seit Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung kontinuierlich reduziert, zuletzt auf eine reine Abgeltung der Versorgungspflicht für Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag. Tabelle 21 gibt die Entwicklung seit dem 01.01.2011 wieder.

Im Jahr 2011 wurden durch eine einkommensabhängig ausgestaltete Restfinanzierung bei gleichzeitiger Begrenzung der maximalen Tarife für die Klientinnen und Klienten indirekt noch maximale Vollkosten in Höhe von SFr. 71.95 bei Spitexorganisationen mit Versorgungspflicht und SFr. 71.40 bei Organisationen ohne Versorgungspflicht anerkannt. In den Jahren 2012 und 2013 wurde die Versorgungspflicht direkt abgegolten und darüber hinaus wurden indirekt noch maximale Vollkosten von SFr. 60.50 pro geleistete Hauswirtschaftsstunde anerkannt, indem einkommensabhängige Maximaltarife für die Klientinnen und Klienten definiert wurden und der Kanton die Differenz zum Betrag von 60.50 pro Stunde übernommen hat.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 75/95

Tabelle 21: Neue Finanzierungsmodelle für die Hauswirtschaft im Kanton Bern

2011			2012/2013		
Massgebliches Einkommen	Max. Tarif Klient/in	Restfinanzierung	Massgebliches Einkommen	Max. Tarif Klient/in	Restfinanzierung
CHF 0 - 19'999	Fr. 21.00	Fr. 50.95	CHF 0 - 20'000	Fr. 21.00	Fr. 39.50
CHF 20'000 - 29'999	Fr. 24.00	Fr. 47.95	CHF 20'001 – 22'500	Fr. 22.85	Fr. 37.65
			CHF 22'501 – 25'000	Fr. 25.95	Fr. 34.55
			CHF 25'001 – 27'500	Fr. 29.95	Fr. 30.55
			CHF 27'501 – 30'000	Fr. 32.50	Fr. 28.00
CHF 30'000 - 39'999	Fr. 27.00	Fr. 44.95	CHF 30'001 – 32'500	Fr. 35.80	Fr. 24.70
			CHF 32'501 – 35'000	Fr. 39.10	Fr. 21.40
			CHF 35'001 – 37'500	Fr. 42.40	Fr. 18.10
			CHF 37'501 – 40'000	Fr. 45.70	Fr. 14.80
CHF 40'000 - 49'999	Fr. 30.00	Fr. 41.95	CHF 40'001 – 42'500	Fr. 49.00	Fr. 11.50
			CHF 42'501 – 45'000	Fr. 52.25	Fr. 8.25
			CHF 45'001 – 47'500	Fr. 55.55	Fr. 4.95
			CHF 47'501 – 50'000	Fr. 58.85	Fr. 1.65
CHF 50'000 - 59'999	Fr. 33.00	Fr. 38.95	CHF Ab CHF 50'001	Fr. 60.50	Fr. 0.00
CHF 60'000 - 69'999	Fr. 36.00	Fr. 35.95			
CHF 70'000 - 79'999	Fr. 39.00	Fr. 32.95			
CHF 80'000 - 89'999	Fr. 42.00	Fr. 29.95			
CHF 90'000 - 99'999	Fr. 45.00	Fr. 26.95			
ab CHF 100'000	Fr. 48.00	Fr. 23.95			
Wegpauschale von Fr. 5.- pro Tag			Wegpauschale von Fr. 5.- pro Tag		
Zusätzlich Abgeltung Versorgungspflicht Fr. 3.70 pro Stunde und pro Anzahl Einwohner im Versorgungsgebiet					

Quelle: Leistungsvereinbarungen 2011- 2013, eigene Darstellung.

Die Restfinanzierung ist auf den 01.04.2014 auf eine reine Abgeltung der Versorgungspflicht reduziert worden. Die einkommensabhängige Mitfinanzierung ist weggefallen. Dies bedeutet, dass alle Spitexorganisationen ihre Vollkosten der Hauswirtschaft nach Abzug der Kosten für die Abdeckung einer Versorgungspflicht, falls sie diese im Rahmen eines Leistungsauftrags übernehmen, aus den Einnahmen von den Klientinnen und Klienten decken müssen. Damit sind die öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Organisationen in ihrer Tarifgestaltung gänzlich dem Markt ausgesetzt.

Den Klientinnen und Klienten werden Ausgaben für die Hauswirtschaft bei Anspruch auf Ergänzungsleistungen bis zu einem maximalen Ansatz von SFr. 46 bedarfsorientiert über die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten erstattet.

Die Spitex Stadt Bern hat auf diese Entwicklung reagiert, indem sie einen wesentlichen Teil der Hauswirtschaft in eine Aktiengesellschaft, die BelleVie Suisse AG, ausgelagert hat. Die Mitarbeitenden sind dort zu vergleichbaren Bedingungen wie bei den privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen angestellt. Der Tarif pro Hauswirtschaftsstunde beträgt SFr. 44. Hauswirtschaft, die im Zusammenhang mit der Pflege geleistet wird, wird innerhalb eines gewissen Stundenumfangs weiterhin von der Spitex Stadt Bern erbracht und zu einem Tarif von SFr. 53.90 verrechnet.

Die dargestellten Angebotsformen, Tarife und Entwicklungen kennzeichnen das Marktumfeld, in dem sich die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag bewegen.

5.4. Die Finanzierung der Hauswirtschaft aus der Perspektive der öffentlichen Haushalte

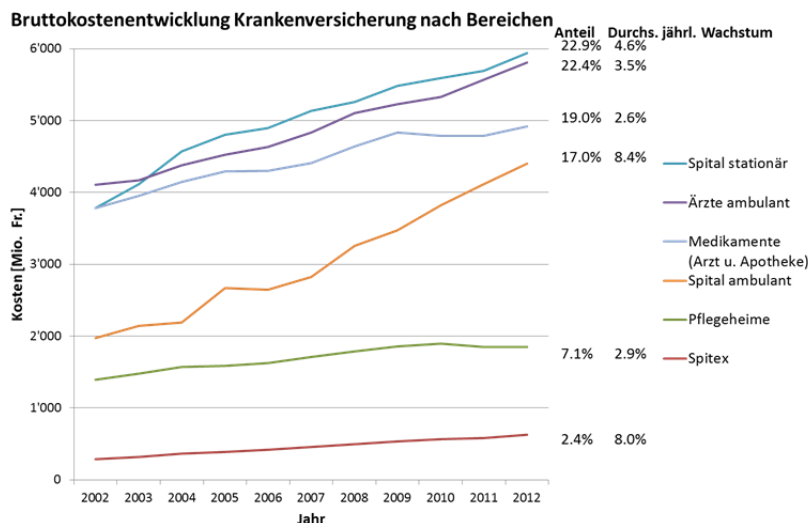
Im diesem Kapitel werden kurz die Auswirkungen der Entwicklung der Gesundheitskosten und der Gesetzesrevisionen der vergangenen Jahre auf die Haushaltsbudgets der Kantone und Gemeinden nachgezeichnet. Sie haben in der Summe zu einem starken Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege geführt, in deren Kontext die Entscheidungen über Leistungsaufträge im Bereich der nicht-pflegerischen ambulanten Hilfen zu Hause stehen.

Die Bruttokostenentwicklung der Krankenversicherung nach Leistungsbereichen

Ausgangspunkt der gesetzlichen Revision der Pflegefinanzierung waren die seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 aufgeschobene Klärung der Festlegung der Krankenkassenanteile an den Vollkosten der Langzeitpflege und die damit verbundene Verletzung des Tarifschutzes im Bereich der stationären Langzeitpflege. Gleichzeitig zielte sie auch auf eine Stabilisierung des Ausgabenwachstums der Krankenversicherung im Leistungsbereich Langzeitpflege.

Abbildung 12 zeigt anhand der Bruttokostenentwicklung der Krankenversicherung nach Leistungsbereichen zwischen 2002 und 2012, dass dieses Ziel im Bereich der Langzeitpflege in Pflegeheimen in den Jahren 2011 und 2012 nicht nur erreicht wurde, sondern mit einer Stabilisierung der Ausgaben der Krankenkassen sogar übertroffen wurde. Im Bereich der Spitex hat sich das Ausgabenwachstum fortgesetzt. Da die Festlegung der neu national einheitlichen Beiträge der Krankenkassen kostenneutral erfolgen sollte, dürfte das Wachstum im Bereich der Spitex bei den Bruttokosten der Krankenversicherung vor allem auf die Mengenausweitung zurückzuführen sein. Hier kann in der heutigen Statistik nicht unterschieden werden, welcher Anteil an der Mengenausweitung in das Tätigkeitsfeld der zeitlich befristeten ambulanten Nachsorge im Anschluss an einen Spitalaufenthalt fällt und welcher in den Bereich der Langzeitpflege.

Abbildung 12: Die Bruttokostenentwicklung der Krankenversicherung nach Leistungsbereichen (Schweiz)



Quelle: BFS, Krankenversicherungsstatistik. Eigene Darstellung.

Abbildung 12 stellt der Entwicklung in der Langzeitpflege diejenige in den ausgabenstärksten Leistungsbereichen Spital stationär, Spital ambulant, Ärzte ambulant und Medikamente (Arzt und Apotheke) gegenüber. Sie spiegelt den seit Jahren mit einer hohen Wachstumsrate steigenden Anteil der ambulanten Versorgung im Spital und den ebenfalls kontinuierlich steigenden Anteil des ausgabenstärksten Bereichs der stationären Spitalaufenthalte (inkl. Rehabilitation).

Die Bruttokosten der Krankenversicherung haben sich in den Kantonen Luzern und Zürich in eine ähnliche Richtung entwickelt wie die Kosten im nationalen Durchschnitt (siehe Abbildung 13 im Anhang).

Die Entwicklung der Direktzahlungen von Kanton und Gemeinden an die Leistungsbereiche des KVG

Die Bruttokosten innerhalb der Krankenversicherung spiegeln nur einen Teil der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wieder. Kantone und Gemeinden tragen in den Leistungsbereichen Spitäler, Spitex, Alters- und Pflegeheime (neben der Gesundheitsförderung und dem Rettungswesen sowie dem Bereich der Institutionen für Menschen mit Behinderungen) einen erheblichen Teil der Kosten durch Direktzahlungen mit. Tabelle 22 gibt die Entwicklung der Direktzahlungen von Kanton und Gemeinden an die verschiedenen Leistungsbereiche des Gesundheitswesens wieder.

Tabelle 22: Entwicklung der Direktzahlungen von Kanton und Gemeinden an die Leistungsbereiche des KVG

Direktzahlungen Kantone und Gemeinden							
	2008	2009	2010	2011	2012	Durchschn. jährliches Wachstum	Wachstum 2011 - 2012
Stationäre Akutbehandlung	7'218.3	7'556.7	7'683.9	7'921.6	8'798.0	5.1%	11.1%
Stat. Rehabilitation	181.1	242.7	246.8	254.4	282.6	11.8%	11.1%
Spitex	630.6	653.2	717.8	753.7	885.3	8.9%	17.5%
Pflegeheime	687.9	884.3	789.5	1'177.8	1'403.8	19.5%	19.2%
Institutionen für Menschen mit Behinderungen	1'003.8	1'195.4	1'180.6	1'269.8	1'295.8	6.6%	2.0%
Transport und Rettung	316.6	340.9	336.3	382.0	393.0	5.6%	2.9%
Staatliche Aufgaben	663.9	703.9	694.0	662.9	587.7	-3.0%	-11.3%
Total	10'702.2	11'577.2	11'649.0	12'422.2	13'646.2	6.3%	9.9%

Alle Angaben in TCHF.

Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Eigene Darstellung.

Im Bereich der stationären Akutbehandlung wurde der Anteil der Kantone und Gemeinden mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den 01.01.2012 gesetzlich festgelegt.³⁵ Er betrug einschliesslich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Jahr 2012 rund 8.8 Milliarden Franken im Verhältnis zu den Bruttokosten der Krankenversicherung in Höhe von rund 6 Milliarden Franken. Der starke Kostenanstieg um 870 Mio. (11 Prozent) zwischen 2011 und 2012 ist unter anderem auf die Mitfinanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten und von Spitalaufenthalten von Zusatzversicherten durch die Grundversicherung zurückzuführen.³⁶ Die neue Spitalfinanzierung hat zunächst zu einer zusätzlichen Belastung der Budgets von Kanton und Gemeinden geführt.³⁷ Die Kantone können die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich nur bedingt und in einer langfristigen Perspektive mitsteuern.

³⁵ Mit Übergangsbestimmung zur Erhöhung des Kantonsanteils auf 55 Prozent bis zum 01.01.2017.

³⁶ Ein entsprechender Kostenanstieg ist mit der neuen Spitalfinanzierung auch in den Kantonen Zürich und Luzern eingetreten. In beiden Kantonen hat der Kanton die Spitalfinanzierung vollständig übernommen und im Gegenzug dafür die Restkostenfinanzierung der Pflege den Gemeinden übertragen. Im Kanton Zürich betrug der Mehraufwand des Kantons in der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 rund 386 Mio. Franken gegenüber 2012, im Kanton Luzern rund 50 Mio. Franken (noch provisorisch wegen hängigem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts).

³⁷ Das System der Fallpauschalen ist noch in seiner Einschwingphase und damit auch die Verhandlungen und Festlegung der Baserates.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 78/95

Im Bereich der Langzeitpflege in Pflegeheimen hat die Einführung der neuen Pflegefinanzierung auf den 01.01.2011 mit der Übernahme der Restkostenfinanzierung ebenfalls zu einer stärkeren Belastung der Kantone und Gemeinden geführt. Die Kosten sind zwischen 2010 und 2011 um 388 Mio. Franken gestiegen, zwischen 2011 und 2012 um weitere 226 Mio. Franken (um 19.2 Prozent). Die langfristige Kostenentwicklung für die öffentliche Hand wird stark über den notwendigen Ausbau der Bettenkapazitäten, die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit (durchschnittliche Höhe der Pflegestufen, Demenz und psychische Erkrankungen) und die Festlegung der Beiträge der Krankenversicherer durch den Bund bestimmt.

Auch im Bereich der Spitex erfolgte zwischen 2011 und 2012 ein starker Anstieg der Ausgaben der öffentlichen Hand um 128 Mio. Franken (17.5 Prozent).

Die indirekte Mitfinanzierung der Gesundheitskosten über die Prämienverbilligung und die Ergänzungsleistungen

Eine erhebliche indirekte Mitfinanzierung der Gesundheitskosten durch die Kantone und Gemeinden erfolgt zusätzlich über die Prämienverbilligung und die Ergänzungsleistungen. Beide Finanzierungsregimes sind über die subjektorientierte Finanzierung der Betreuungs- und Aufenthaltstaxen in der Langzeitpflege und die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im ambulanten Bereich eng mit der Finanzierung der Langzeitpflege verbunden.

Der Anteil Ergänzungsleistungsbezüger unter den Bewohnern und Bewohnerinnen von Pflegeheimen variiert zwischen den Kantonen. Im nationalen Durchschnitt werden 50 Prozent der Pflegeheimaufenthalte³⁸ durch die Ergänzungsleistungen zur AHV und je nach Wohnort durch weitere Zusatzleistungen des Kantons oder der Gemeinden mitfinanziert.³⁹ Im Jahr 2012 wurden dafür in der Schweiz 1.94 Milliarden Franken eingesetzt.

Die Prämienverbilligungen sind ein weiterer Teil der subjektorientierten Pflegefinanzierung, da die Krankenkassenprämien bei einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen aus dem separaten Topf des Prämienverbilligungssystems bis zur Höhe einer anerkannten Richtprämie übernommen werden. Der Anteil der Auszahlungen für EL-Bezüger/-innen ist in den letzten zehn Jahren kontinuierlich von 23 Prozent im Jahr 2001 auf rund 33 Prozent im Jahr 2011 (und Auszahlungen in Höhe von 1.36 Milliarden Franken) gestiegen, darin eingeschlossen alle vier Gruppen von Bezüger/-innen (EL zur AHV zu Hause, EL zur AHV im Heim, EL zur IV zu Hause, EL zur IV im Heim).⁴⁰

Die EL-Kosten und damit verbunden die Prämienverbilligungsbeiträge werden mit einem weiteren Ausbau der Bettenkapazitäten und einem höheren Aufwand bei den Betreuungs- und Aufenthaltstaxen (Themen wie Demenz und Pflegewohngruppen oder spezialisierte Plätze für psychisch-erkrankte Patienten, Palliative Care, flexible Betten für Kurzaufenthalte) weiter ansteigen.

Aus Sicht der Finanzhaushalte der Kantone und Gemeinden sind die in diesem Abschnitt zusammengestellten Kosten weitgehend gebundene Mittel, die nur langfristig beeinflusst werden können. Sie zeigen die Kostenanteile, die in eine Gesamtschau der heutigen Finanzierung der Langzeitpflege und damit auch in eine Analyse der laufenden Kosten und Investitionen in die ambulante Pflege und Betreuung einbezogen werden müssen.

³⁸ BFS, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 2012. 47'325 Bewohner mit einer EL zur AHV waren Ende 2012 in einem Heim. Ungefähr zwei Drittel der Neueintritte in die Gruppe der EL-Bezüger im Heim waren Erstbezüger.

³⁹ Im Kanton Zürich werden 60 Prozent der Ergänzungsleistungen, im Kanton Luzern 70 Prozent der Ergänzungsleistungen von den Gemeinden getragen. Der Kanton Zürich, die Stadt Zürich und die Stadt Luzern richten darüber hinaus noch Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen aus.

⁴⁰ BFS, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2012, S. 16. Diese vier Gruppen werden heute statistisch bei der Prämienverbilligung nicht getrennt.

Diesen gebundenen Mitteln stehen die meistens auf ein- oder mehrjährigen Leistungsvereinbarungen beruhenden Subventionen (inklusive Restkostenfinanzierung) an Spitexorganisationen und andere Organisation der Hilfe und Betreuung zu Hause gegenüber.

Es ist in dieser Gesamtperspektive zu beurteilen, in wie weit sich Investitionen in und Kostenbeiträge an ambulante nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Versorgung über die Grenzen der Versorgungsbereiche und Kostenträger hinweg auszahlen können.

Für den Kanton Luzern liegt eine Evaluation der Auswirkung der neuen Pflegefinanzierung auf die Gemeinden für die Jahre 2011 und 2012 bereits vor (siehe Tabelle 23).⁴¹ Die Mehrkosten allein durch die Umstellung werden für die Gemeinden von 2010 auf 2011 auf 46.5 Mio. Franken beziffert.

Tabelle 23: Die Kostenentwicklung in der Pflegefinanzierung für die Gemeinden

Jahr	Gemeinden							Total	Total pro Einw.	
	Spitex		Pflegeheime		Bedarfsorientierte Leistungen					
	Pflege nach KLV	Hauswirts. u. andere Leist.	Ehemaliges Restdefizit	Restfinanzierung	EL-Anteil Gemeinden	Wirt. SH	AÜP Mehrkosten EL (Vermögen)			
2010	16.0	7.4	18.8		55.0	1.8		98.00	259.53	
2011	11.1	7.56		83.8	38.0	1.4	0.18	2.5	144.54	378.41
2012	13.9 ⁴²	6.0		86.1						
	In Mio. SFr.							In SFr.		

Quelle: Lustat (2013). Bericht des Projektausschusses zur Evaluation nach Pflegefinanzierungsgesetz. Finanzielle Aufwendungen 2010 bis 2012. Ergänzt um die Spalte Hauswirtschaft und andere Leistungen durch HSLU.

Dies sind Mehrleistungen der Gemeinden im Bereich der ambulanten Pflege und stationären Langzeitpflege von fast 50 Prozent gegenüber dem Jahr 2010. Der Beitrag pro Einwohner an die Kosten der ist von 260 Franken im Jahr 2010 auf 378 Franken im Jahr 2011 angestiegen.⁴³ Im Jahr 2012 sind durch das Mengenwachstum und den Anstieg der Vollkosten (siehe auch Tabelle 15 auf Seite 64) die Restfinanzierungskosten im Bereich der Spitex um weitere 2.8 Mio. Franken angestiegen. Eine weitere Zunahme findet sich mit 2.3 Mio. Franken auch im Bereich der Restkostenfinanzierung der stationären Langzeitpflege. Die Ausgaben der Gemeinden für die Hauswirtschaft und andere Hilfen zu Hause sind im Jahr 2012 auf 6.0 Mio. Franken zurückgegangen.

5.5. Subjekt- versus Objektfinanzierung: Die Anreize auf der Ebene der individuellen privaten Haushalte

Mit der Verabschiedung der Gesetze und Verordnungen zur neuen Pflegefinanzierung war der Verzicht auf eine eigentliche Pflege- und Betreuungsversicherung verbunden, die zwischen 2003 und 2008 ebenfalls diskutiert wurde. Ein Teil dieser Aufgabe wird von der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und der Invalidenversicherung (IV) mit der Ausrichtung der Hilflosenentschä-

⁴¹ Lustat (2013). Evaluation nach Pflegefinanzierungsgesetz. Finanzielle Aufwendungen 2010 bis 2012. Bericht an den Projektausschuss.

⁴² Diese Angaben wurden seitens Lustat aus der Gemeindefinanzstatistik entnommen. Die Spitex-Statik ergibt ähnliche Werte für 2012, jedoch eine leicht andere Aufteilung zwischen Restkostenfinanzierung Pflege von 13.2 Mio. Franken und Hauswirtschaft und andere Leistungen von 6.98 Mio. Franken.

⁴³ Rechnet man den Beitrag der Gemeinden an die Hauswirtschaft und andere Leistungen (z.B. Mahlzeitendienst) gemäss Spitex-Statistik von 7.56 Mio. SFr. im Jahr 2011 auf die Wohnbevölkerung um, dann ergibt sich ein Betrag von 19.80 Franken pro Einwohner und Jahr.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 80/95

digung übernommen. Zur Stärkung der ambulanten Versorgung wurde eine leichte Hilflosenentschädigung für die Betreuung zu Hause eingeführt, allerdings unter Beibehaltung einer Karenzfrist von einem Jahr.

Stationäre Betreuungskosten gehen ebenso wie die Kosten für Pension und Unterkunft zu Lasten der Pflegeheimbewohner/-innen und werden subjekt- und bedarfsorientiert über Ergänzungsleistungen mitfinanziert. Der Verzicht auf eine Pflegeversicherung betrifft auch den ambulanten Bereich. Dort werden die Kosten für Betreuung, Tagesstrukturen oder Hauswirtschaft innerhalb eines gewissen Rahmens subjektorientiert von den Ergänzungsleistungen über die Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten übernommen.

Subjektorientiert ist heute auch in den meisten Kantonen eine Entschädigung der pflegenden Angehörigen, wenn diese ihre Erwerbstätigkeit substantiell reduzieren, um die Pflege zu übernehmen. Dieser Erwerbsausfall kann in einem gewissen Rahmen von den Ergänzungsleistungen getragen werden. Nur einige wenige Kantone (z.B. FR, BS) kennen direkte Pflegebeiträge an die Angehörigen.⁴⁴

Eine Ausnahme in dieser subjektorientierten Finanzierung von Betreuung und anderen instrumentellen Unterstützungsleistungen stellen die direkten Leistungsaufträge von Kantonen und Gemeinden an die Erbringer von hauswirtschaftlichen Leistungen, Mahlzeitendiensten, Entlastungsdiensten oder z.B. auch Mobilitätsdienstleistungen dar. Sie sollen einerseits ein entsprechendes Angebot sicherstellen und andererseits den Zugang zu diesen Dienstleistungen erleichtern. Damit soll die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen gestärkt werden.

Gegner einer Fortführung dieser Subventionen verweisen auf eine wachsende Zahl privater Anbieter, so dass die Versorgung sichergestellt sei, und auf eine Gleichbehandlung des ambulanten und stationären Bereichs.

Die Rolle der Ergänzungsleistungen zur Finanzierung von ambulanten nicht-pflegerischen Leistungen

Die Anpassung des Gesetzes zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV im Rahmen der Neuregelung der Pflegefinanzierung hat zu einer wichtigen Verbesserung der Situation einkommensschwächerer Haushalte geführt, indem die Ergänzungsleistungen für die Finanzierung stationärer Aufenthalte im Pflegeheim so ausgestaltet wurde, dass Pflegebedürftigkeit nur in wenigen Ausnahmen zur Inanspruchnahme wirtschaftlicher Sozialhilfe führt. Die Ergänzungsleistungen sind damit definitiv zu einem wichtigen Instrument der Pflegefinanzierung geworden.

Auch im ambulanten Bereich übernehmen die Ergänzungsleistungen mit der Rückvergütung der Patientenbeteiligung und hauswirtschaftlicher und betreuender Leistungen (innerhalb gewisser Grenzen) eine wichtige Aufgabe in der Finanzierung der ambulanten Versorgung.

Eine Analyse der Einkommensverhältnisse der Klientinnen und Klienten aller Spitexorganisationen in der Stadt Zürich zeigte einen signifikant höheren Anteil an einkommensschwächeren Haushalten an den Klientinnen und Klienten der Spitexorganisationen als er dem Anteil der Bevölkerung entsprach (Gebhardt (2014)).

Im Jahr 2011 stellten EL-Bezüger in der Stadt Zürich einen Anteil von 23 Prozent an allen Klientinnen und Klienten aller Spitexorganisationen. Sie bezogen einen Anteil von 29 Prozent an allen nicht-pflegerischen Leistungsstunden (Gebhardt (2014)).

⁴⁴ Die dritte Möglichkeit, pflegende Angehörige für ihren Zeitaufwand zu entschädigen und einen Erwerbsausfall zu kompensieren, ist eine Anstellung über die Spitex. Diese Möglichkeit wird aber wenig genutzt.

Tabelle 24: Der Anteil EL-Bezüger an den Klientinnen/Klienten und geleisteten Stunden der Spitexorganisationen in der Stadt Zürich

	EL-Bezüger				Nicht EL-Bezüger				Total	
	Anzahl Klienten		Anz. Std. N-KLV		Anzahl Klienten		Std. N-KLV		Anzahl Klienten	Std. N-KLV
0-19					8	100.0%	288	100.0%	8	288
20-39	42	13.5%	897	24.9%	268	86.5%	2'703	75.1%	310	3'600
40-64	315	25.2%	11'604	40.6%	937	74.8%	16'968	59.4%	1'252	28'572
65-79	542	28.2%	20'844	37.5%	1'380	71.8%	34'737	62.5%	1'922	55'581
80-89	619	21.7%	23'946	26.6%	2'232	78.3%	66'091	73.4%	2'851	90'037
90+	333	20.0%	16'529	21.4%	1'330	80.0%	60'598	78.6%	1'663	77'126
Total	1'851	23.1%	73'818	28.9%	6'155	76.9%	181'386	71.1%	8'006	255'204

Quelle: Daten aus der Studie von Gebhardt (2014). Eigene Darstellung

Für diese Gruppe von Klientinnen und Klienten stellt eine Anhebung oder Senkung der Hauswirtschaftstarife wie auch die Höhe der Patientenbeteiligung keine Veränderung in ihrem verfügbaren Einkommen dar. Die Kosten werden nur auf der Seite der öffentlichen Hand zwischen der Restkostenfinanzierung und direkten Subvention der Hauswirtschaftstarife einerseits und den Ergänzungsleistungen andererseits verschoben.

Stärkere Auswirkungen haben Patientenbeteiligung und die Höhe der Hauswirtschaftstarife hingegen auf die Bevölkerungsgruppe mit einem Renteneinkommen und Vermögen oberhalb der Anspruchsberechtigung auf eine periodische – gleichbedeutend mit monatliche – Ergänzungsleistung. Dies wurde in der Studie «Ökonomische Grenzen der Spitex» (Wächter, M;Künzi, K. (2011)) ausführlich diskutiert. Bei Haushalten mit einem mittleren Renteneinkommen oberhalb der Anspruchsgrenze auf eine periodische Ergänzungsleistung werden zwar Pflege- und Betreuungskosten anteilmässig im Rahmen der Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten übernommen. Steuerpflichten und die Begrenzung der im Rahmen der EL anrechenbaren Mietkosten führen aber dazu, dass diese Haushalte oft schlechter gestellt sind als einkommensschwächere Haushalte. Gerade für den Mittelstand stellen die direkten Subventionen an die Hauswirtschaft eine wirksame Entlastung dar.

Ein weiterer Effekt, der bei der Überprüfung der Anreizstrukturen im Rahmen der heutigen Pflegefinanzierung zu beachten ist, ist die Tatsache, dass aufgrund der Begrenzung der anrechenbaren Mietkosten und der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen zur AHV bei der ambulanten Versorgung die Kosten für die Ausgleichskassen gegenüber einem Heimeintritt deutlich niedriger sind. Die Kosten für die Ergänzungsleistungen im Rahmen der AHV steigen bei einem Heimeintritt sprunghaft an, sowohl für Personen, die bereits eine Ergänzungsleistung zu Hause bezogen haben, als auch für Neubezüger. Der grösste Kostensprung entsteht, wenn ein Ehepartner ins Heim eintritt und die zweite Person im privaten Wohnumfeld verbleibt, da dann beide Lebensumfelder von den Ergänzungsleistungen getragen werden müssen.

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die Ergänzungsleistungen eine wichtige Zielgruppe der Spitex, Familienhaushalte in Krisensituationen, nicht einschliessen. Eine Anhebung der Hauswirtschaftstarife dürfte Sonderregelungen für diese Zielgruppe erfordern, die einen Teil der Kosten auf andere Finanzierungsquellen verlagern und zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen dürften.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde auf die Bedeutung einer frühen bzw. rechtzeitigen Inanspruchnahme der Hauswirtschaft hingewiesen. Diese könnte durch höhere Kosten negativ beeinflusst werden. Eine frühe Inanspruchnahme dürfte zumeist auch in die einjährige Karenzfrist bis zur Berechtigung auf eine Hilflosenentschädigung zur AHV/IV fallen.

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

6.1. Schlussfolgerungen

Klärung der Tätigkeitsprofile der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen

Die Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen stehen oft im Schatten der Pflege, die in den letzten Jahren eine klare Professionalisierung und Differenzierung und damit auch eine Schärfung ihres Profils erfahren hat.

Angesichts der Bedeutung der nicht-pflegerischen, instrumentellen Unterstützungsleistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit und den Verbleib im privaten Wohnumfeld ist eine entsprechende Klärung der Tätigkeitsprofile der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen der Spitexorganisationen notwendig und sinnvoll. Diese Klärung betrifft nicht allein die organisationsinterne Ausrichtung der Spitexorganisationen. Sie ist auch wichtig für die öffentliche Hand mit Blick auf die Vergabe von Leistungsaufträgen und die Ausgestaltung der Finanzierungsbeiträge an Leistungen der Hilfe zu Hause. Sie richtet sich zugleich an die Klientinnen, Klienten und pflegenden Angehörige sowie die Zuweiser und andere Akteure im Netzwerk der ambulanten Versorgung, um eine rechtzeitige, bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen aus der «richtigen Hand» zu ermöglichen.

Die Versorgungsziele der nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen sind immer an die jeweilige Zielgruppe gebunden. In Kapitel 2.4 wurde die Heterogenität der Zielgruppen und Kundensegmente der Spitexorganisationen aufgezeigt, die zu differenzierten Tätigkeitsprofilen führen. Diese reichen

- von der einfachen Haushaltshilfe im Anschluss an einen Spitalaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder einer Geburt über
- die Haushaltshilfe in komplexen und instabilen gesundheitlichen Situationen (z.B. im Rahmen von Palliative Care oder einer ambulanten onkologischen oder psychiatrischen Behandlung),
- die Übernahme der gesamten Haushaltsführung in Krisensituationen bis hin zu
- instrumentellen Unterstützungsleistungen, die dem Verbleib im privaten Wohnumfeld, dem Erhalt der Selbständigkeit oder der Entlastung der Angehörigen dienen.

Diese verschiedenen Aufgabengebiete setzen auch ganz unterschiedliche Kompetenzprofile der Mitarbeitenden voraus.

Viele Spitexorganisationen verfügen heute im Prinzip bereits über eine gute Datengrundlage, um diese unterschiedlichen Kundensegmente und die damit verbundenen Tätigkeitsprofile ausweisen zu können. Diese Datengrundlage wird häufig von der elektronischen Leistungserfassung und -abrechnung, der elektronisch dokumentierten Bedarfserfassung und Leistungsplanung sowie (bei einer kombinierten Leistung von Pflege und Hauswirtschaft) der elektronischen Pflegedokumentation getragen. Sie wird heute jedoch für den Zweck der Differenzierung unterschiedlicher Kundensegmente und der damit verbundenen Tätigkeitsprofile praktisch noch kaum genutzt.

Im Rahmen dieser Studie wurde exemplarisch anhand der Daten einer Spitexorganisation eine differenziertere Analyse der Zielgruppen und Einsatzstrukturen vorgenommen. Sie zeigt unter anderem mit einer hohen Anzahl von Eintritten im Anschluss an einen vorherigen Spitalaufenthalt und dem hohen Anteil von Dossiers, die aufgrund der Wiederherstellung von Gesundheit und/oder Selbständigkeit geschlossen werden konnten, die wichtige Rolle der Spitexorganisationen als Schnittstelle zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen und -situationen. Zugleich erlaubt sie differenziertere Aussagen über durchschnittliche Einsatzdauern und Stundenzahlen pro Kunden-

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 83/95

segment. Langzeitpflege und Betreuung sind ein wichtiges Aufgabengebiet der Spitex, ihre Kundensegmente und Tätigkeitsprofile gehen jedoch deutlich darüber hinaus.

Solche Auswertungen können durch kleine Anpassungen und Ergänzungen in der Falldokumentation noch vereinfacht werden. Werden sie organisationsübergreifend ein Stück weit strukturiert und systematisiert, geben sie zugleich Auskunft über unterschiedliche Klientenstrukturen und Ausrichtungen unterschiedlicher Spitexorganisationen.

Die vorliegende Studie konnte nicht alle Zielgruppen und die damit verbundenen Tätigkeitsprofile gleichermaßen ausdifferenzieren. Sie fokussiert auf Hauswirtschaftsleistungen und (sozial-)betreuerische Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit, wenn diese durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und schwindende Kräfte gefährdet ist, sowie Leistungen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Die sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung der Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen

Obwohl in der Bundesverfassung die Verpflichtung der Kantone festgehalten ist, für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause zu sorgen, und diese Verpflichtung in vielen Kantonen auf Gesetzes- und Verordnungsebene weiter ausdifferenziert ist, wurde die konkrete Umsetzung dieser Verpflichtung im Bereich der nicht-pflegerischen Leistungen bislang nicht differenziert und umfassend erfasst.

Verschiedene Studien, von denen im Rahmen der vorliegenden Arbeit vier exemplarisch vorgestellt werden (siehe im Detail Kapitel 2.2), verweisen auf den wichtigen Beitrag der instrumentellen Unterstützungsleistungen für den Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung.⁴⁵ Den instrumentellen Unterstützungsleistungen kommt damit eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der Umsetzung der Altersleitbilder und des Leitsatzes «ambulant vor stationär» zu.

Die Studien zeigen unter anderem auf, dass bei Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit zu Hause der Unterstützungsbedarf bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten denjenigen bei den basalen Alltagsaktivitäten bei weitem übertrifft.⁴⁶ Instrumentelle, nicht-pflegerische Leistungen können bis zu 70 Prozent aller erhaltenen Unterstützungsleistungen ausmachen. Oft stehen gemäss einer Studie Haushaltsarbeiten am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit. Sie können als Indikator dienen, in deren Kontext frühzeitige Massnahmen und Interventionen zum Erhalt oder Förderung der Selbständigkeit eingeleitet werden könnten.

Die Eidgenössische Gesundheitsbefragung verweist aus der Perspektive der stationären Versorgung auf den hohen Anteil von rund 25 Prozent der in einem Alters- oder Pflegeheim wohnenden Personen, die aus funktionaler Sicht als leicht hilfs- und pflegebedürftig erachtet werden. Dieser hohe Anteil wird mit einer gewissen Anfälligkeit im Hinblick auf instrumentelle Alltagsaktivitäten in Verbindung gebracht.

Die Studien zeigen darüber hinaus auf, dass die Hilfen zu Hause und namentlich die Hauswirtschaft einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der pflegenden Angehörigen leisten, die in vielen Fällen die Hauptlast der ambulanten Pflege und Betreuung von betagten Menschen tragen. Die Bedeutung der

⁴⁵ Fluder, R. et al. (2012), Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010), Kaeser, Martine (2012), Krummenacher, J.; Wächter, M. (2013).

⁴⁶ Unter die basalen, grundlegenden Alltagsaktivitäten fallen Handlungen wie Essen, das An- und Abziehen, die Körperpflege oder Toilettengänge. Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen darüber hinaus Aktivitäten wie Mobilität, Mahlzeitenzubereitung, hauswirtschaftliche Arbeiten, Einkaufen oder administrative Arbeiten.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 84/95

hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen dürfte vor dem Hintergrund der prognostizierten starken Zunahme der Demenzerkrankungen weiter ansteigen.

Die Abdeckung des Gesamtbedarfs an Unterstützungsleistungen erfordert ein enges Zusammenspiel zwischen verschiedenen Leistungserbringern: Spitexorganisationen, andere Dienstleister wie Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Stiftungen, Vereine oder erwerbswirtschaftliche Organisationen, pflegende Angehörige, Nachbarn, Freunde oder Freiwillige. In diesem Mix der Leistungserbringer geht es aus sozial- und gesundheitspolitischer Perspektive in erster Linie nicht darum, welchen stundenmässigen Anteil Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag an den Leistungen übernehmen. Sondern es geht um eine Klärung und Stärkung ihrer Rolle in den Bereichen der Qualitätssicherung, der Beratung, der Koordination, des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit sowie der Prävention und Früherkennung von Problemen.

Das Verhältnis von Hauswirtschaft und (sozial-)betreuerischen Leistungen

Die Leistungskataloge, die in den Leistungsvereinbarungen oder Pflegeverordnungen den Bereich der Hilfen zu Hause bzw. der nicht-pflegerischen Leistungen von Spitexorganisationen bestimmen, erwähnen sozialbetreuerische Leistungen nur am Rande. Einige wenige Ausnahmen sind zum Beispiel die Kinderbetreuung im Rahmen der Familienhilfe, Gehbegleitung oder auswärtige Besorgungen oder die Erledigung kleinerer administrativer Arbeiten.

Dennoch kommt den (sozial-)betreuerischen Leistungen im Rahmen der Hauswirtschaft eine zentrale Rolle zu.

Auf der Ebene der Gesetze, Verordnungen oder Leistungsvereinbarungen sehen die übergeordneten Ziele und Zwecke der pflegerischen und nicht-pflegerischen Leistungen einer Spitexorganisation mit Leistungsauftrag vor, dass sie so festgelegt und erbracht werden, dass

1. die Selbständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden sowie
2. stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und Spital- und Pflegeheimaustritte nach Hause unterstützt werden.

Die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen dienen damit nicht allein dem Zweck, die unmittelbaren Lücken in der Bewältigung der Alltagsaktivitäten zu schliessen. Ziele der Leistungen sind darüber hinaus, Schutzfaktoren zu stärken, die die Selbständigkeit und Eigenverantwortung fördern und erhalten, sowie Risikofaktoren zu reduzieren, die zu einem Pflegeheim- oder Spitaleintritt führen könnten.

Die dazu notwendigen Massnahmen und (sozial-)betreuerischen Leistungen erfolgen mehrheitlich im Rahmen der Pflege und Hauswirtschaft selbst. Es sind keine Leistungen, die separat aufgelistet oder verrechnet werden. Sie setzen beim hauswirtschaftlichen Einsatz den Einbezug der Klientinnen und Klienten voraus und sind mit einem höheren Zeitaufwand und erhöhten Anforderungen an die Kompetenzprofile der Mitarbeitenden verbunden. Eine Steuerung des Aufwands einer Spitex im Bereich der Nicht-KLV-Leistungen über einen zu hohen Zeitdruck auf die einzelnen hauswirtschaftlichen Einsätze könnte diese übergeordneten Ziele gefährden. Eine wirksame Steuerungsmöglichkeit liegt in der bedarfsgerechten Triage der Aufnahme von Klientinnen und Klienten und des Abschlusses oder der Weiterleitung eines Einsatzes, wenn die Einsatzgründe nicht länger gegeben sind.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 85/95

Die Bedeutung des Bereichs Hauswirtschaft für Prävention und Früherkennung von Problemen

In Kapitel 3 wurde eine Einschätzung der bestehenden Leistungen und des Ausbaupotenzials der Hauswirtschaft im Bereich Prävention und Früherkennung von Problemen aus einer präventions- und gesundheitstheoretischen Perspektive vorgenommen. Sie zeigt, welches grosse Potenzial der Hauswirtschaft allein und im Verbund mit der Pflege in diesem Bereich zukommt.

Die Hauswirtschaft verfügt im Rahmen ihrer instrumentellen Unterstützungsleistungen sowie aufgrund ihrer (sozial-)betreuerischen Leistungen über die Möglichkeit, massgeblich zur Prävention und primären Früherkennung von gesundheitlichen Problemen und zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit, Selbständigkeit und Lebensqualität beizutragen.

Zu den günstigen Voraussetzungen gehören der direkte Zugang zu den Zielgruppen und ihrem direkten sozialen Umfeld. Das ist eine Chance, die bei weitem nicht in allen Präventionsbereichen gegeben ist – umso mehr als der Kontakt im direkten Wohnumfeld dieser Personen stattfindet. Zudem ist zu vermuten, dass mit der Spitex schwierig erreichbare Zielgruppen (z.B. solche mit niedrigem sozio-ökonomischem Status und/oder Migrationshintergrund) besser und nachhaltiger begleitet werden können als in den meisten andern Präventionsbereichen. Die Hauswirtschafts-Mitarbeitenden stehen in regelmässigen Kontakt mit den Zielgruppen, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ermöglicht. Ebenfalls ist es in diesem Kontext möglich, die Aktivitäten ganz auf die individuellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten auszurichten und andere Akteure (z.B. Angehörige, Fachstellen, Fachpersonen) in die Aktivitäten miteinzubeziehen, was gerade in Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Dienstleistungen von Vorteil ist.

Eine detaillierte Analyse der Wirkung der Hauswirtschaft aus einer präventions- und gesundheitstheoretischen Perspektive auf der Ebene der Entstehungsbedingungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zeigt, dass die Hauswirtschaft in allen vier Bereichen der körperlichen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Risiko- und Schutzfaktoren einen wichtigen Beitrag leisten kann. Wichtige Schutzfaktoren sind beispielsweise soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitserfahrung und Kohärenzgefühl, Ernährung und Bewegung. Zentrale Risikofaktoren sind soziale Isolation und Einsamkeit, Misshandlung, negativer Stress, Suchtmittelkonsum, Inkontinenz oder Sturzquellen.

Handlungsfelder der Hauswirtschaft liegen aus dieser Perspektive unter anderem in der aufsuchenden Aktivierung, dem Aufbau einer tragenden Beziehung, der Früherkennung von Problemanzeichen, der Entlastung der Angehörigen, Partizipation und Empowerment, der Bewegungsförderung, einer ausgewogeneren Ernährung, der Früherkennung von Abhängigkeitsformen, der Beseitigung von Sturzquellen.

Die Hauswirtschafts-Mitarbeitenden müssen nicht alle Massnahmen selbst ausführen, sondern können sich aufgrund ihrer Einbettung und Vernetzung in vielen Fällen auch auf die Initiierung weiterer Massnahmen oder die Weiterleitung von Informationen oder Weitervermittlung der Klientinnen, Klienten und Angehörigen beschränken.

Der Beitrag der Hauswirtschaft zur Prävention und Früherkennung von Problemen kann bei einer entsprechenden Förderung, Schulung sowie Systematisierung der Beobachtung, der Massnahmen und des Austausches weiter ausgebaut werden. Dies setzt allerdings eine vernetzte, qualifizierte Leistungserbringung mit entsprechenden personellen und zeitlichen Ressourcen voraus.

Höhere Transparenz in den Kostenstrukturen durch erweiterte Kennzahlenmodelle

In Kapitel 5.2 wurde ein Weg zu verfeinerten Kostenrechnungen und erweiterte Kennzahlenmodelle skizziert, um die Auswirkungen von Unterschieden in den Leistungsspektren und Klientenstruk-

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 86/95

turen auf die Kostenstrukturen der Leistungserbringer zu analysieren und abzubilden. Ausgehend von diesen verfeinerten Modellen stellt sich für die Finanzierer der hauswirtschaftlichen Leistungen die Frage, welche Mehrkosten eine Versorgungspflicht mit sich bringt und welcher Mehrwert zu welchen Kosten aus Unterschieden in der Art der Leistungserbringung der Hauswirtschaft und Betreuung entsteht.

Die differenzierte Analyse verfeinerter Kostenrechnungen der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen zeigt, dass ein bedeutender Kostenunterschied entsteht, wenn Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag sich an kantonalen oder kommunalen Lohnreglementen und den dort definierten Lohnbändern orientieren. Im Vergleich zu den Anstellungsbedingungen des Normalarbeitsvertrags für Hauswirtschaftsmitarbeitende führt dies zu deutlich höheren Lohnkosten. Der finanzielle Unterschied wird durch die oft langjährige Zusammenarbeit und entsprechend hohen Erfahrungsstufen der Mitarbeitenden verstärkt. Zudem hat die Altersstruktur über Ferienansprüche und Pensionskassenbeiträge einen wichtigen Einfluss auf den Personalaufwand. Weitere Unterschiede in der Kostenstruktur entstehen durch den Anteil Teilzeitstellen aufgrund der Koordinationsabzüge und Eintrittsschwellen der beruflichen Vorsorge (2. Säule) sowie durch bezahlte Pausenregelungen. Vergleicht man z.B. den reinen Personalaufwand einer 50-jährigen Mitarbeitenden der höchsten Qualifikationsstufe nach Normalarbeitsvertrag mit demjenigen kommunaler Lohnreglemente bei hohen Erfahrungsstufen, dann ergeben sich bereits auf dieser Ebene Kostenunterschiede von rund 20 Franken pro direkt geleisteter Stunde. Diese Unterschiede vergrössern sich noch durch Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall. Dies kann dazu führen, dass der direkte Personalaufwand ohne Personalnebenaufwand und Umlage nicht verrechenbarer Stunden und Overheadkosten bei hohen Erfahrungsstufen bei bis zu 50 Franken pro geleistete Stunde liegt.

Der Skill-Grade-Mix und die Wegzeiten tragen ebenfalls zu den Kostenunterschieden zwischen verschiedenen Spitexorganisationen bei, aber im Bereich der Hauswirtschaft deutlich weniger als andere Faktoren. Der Anteil der Wegzeiten an den Vollkosten betrug beispielsweise bei den untersuchten Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag zwischen 3 bis 6 Franken pro geleistete Stunde Hauswirtschaft. Die Wegzeiten werden bei vielen Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag den Klientinnen und Klienten nicht verrechnet und fliessen deshalb in die Vollkosten ein.

Der zweite grosse Kostenunterschied liegt in der Umlage der nicht verrechenbaren Stunden und allgemeinen Overheadkosten. Die Vollkosten der Hauswirtschaft reagieren sehr stark auf den gewählten Umlageschlüssel. Sowohl die Umlagekostenstellen als auch die Umlageschlüssel gemäss Finanzmanual des Spitex Verbands Schweiz sind meistens zu hoch aggregiert, um diesen grossen Kostenblock aufzuschlüsseln. Eine verfeinerte Analyse wurde vorgenommen und den im Projekt beteiligten Organisationen zurückgespiegelt. Tendenziell weisen die heutigen Umlageschlüssel der Hauswirtschaft einen zu hohen Kostenanteil zu, was die Vollkosten heraufsetzt.

In den Vollkosten der Hauswirtschaft spiegeln sich auch die Abdeckung der Versorgungspflicht oder der fallbezogene Austausch zwischen den Mitarbeitenden. Zudem erbringen Spitexorganisationen im Rahmen ihrer Leistungsaufträge für Beratung, Information, Koordination oder die Unterstützung pflegender Angehöriger Leistungen, die gegenüber der Krankenversicherung nicht verrechenbar sind. Diese Leistungen kommen auch den Hauswirtschaftsklientinnen und -klienten zu Gute und beeinflussen die umgelegten Kosten. Zum Teil werden diese Leistungen heute noch nicht mit separaten Codes als Arbeitszeit erfasst, so dass sie nicht getrennt von anderen Leistungen ausgewiesen werden können.

Kurzfristig können einzelne Organisationen individuell eine Optimierung und Verfeinerung ihrer Zeiterfassung und Kostenrechnungen vornehmen. Für die Herstellung einer erhöhten Kostentransparenz und eines aussagekräftigen Kostenvergleichs zwischen Organisationen sind jedoch eine Überarbeitung und Ergänzung des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz notwendig.

Die Kosten für eine qualifizierte und vernetzte Hauswirtschaft können mit den heutigen Daten Grundlagen nicht anhand einer Muster- oder Normspitex oder einer breiten Basis vergleichbarer Kostenrechnungen abstrakt berechnet werden. Sie können in einem Zwischenschritt aber von den einzelnen Organisationen unter Beizug verfeinerter Zeitcodes, Kostenstellen und Umlageschlüssel sowie erweiterter Kennzahlen zu den Lohnstrukturen, Wegzeiten und Klientenstrukturen individuell und mit dem Ziel einer erhöhten Kostentransparenz gegenüber Auftraggebern ausgewiesen werden.

Die Anstellungsbedingungen in der Hauswirtschaft

Im Bereich der Pflege dürfte in den meisten Regionen der Schweiz für Pflegefachkräfte ein Arbeitsmarkt spielen, der zu einer Annäherung der Lohnstrukturen nach Qualifikationsprofil unabhängig von der Organisationsform führt. Im Bereich der Hauswirtschaft zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den Anstellungsbedingungen des Normalarbeitsvertrags und kantonalen oder kommunalen Reglementen. In welche Richtung sich diese Unterschiede entwickeln werden und sollen, hängt zum einen stark vom Anforderungsprofil und den damit verknüpften beruflichen Biographien der Hauswirtschaftsmitarbeitenden ab. Andererseits üben die heute auf dem Angebotsmarkt für hauswirtschaftliche und betreuende Leistungen vorherrschenden Tarife einen starken Lohndruck nach unten aus. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen für nicht-pflegerische Leistungen hat die öffentliche Hand einen viel stärkeren Einfluss auf die Anstellungsbedingungen als im Bereich der Pflege.

Auf einem unregulierten Arbeitsmarkt für Hauswirtschaftsmitarbeitende werden gerade langjährige Mitarbeitende mit guten Qualifikationen und einer hohen Erfahrungsstufe stark unter Druck geraten. Neue Qualifikationsmöglichkeiten, Perspektiven und Übergänge auf der Aus- und Weiterbildungsseite könnten für diese Mitarbeitenden hier ein wichtiges Gegengewicht schaffen.

Die Finanzierung der Hauswirtschaft aus der Perspektive der öffentlichen Hand und der Anreizmechanismen

Die Kantone und viele Gemeinden sehen sich aufgrund der Neuregelung der Spitalfinanzierung wie auch der Pflegefinanzierung im Bereich der Gesundheitskosten einem teilweise grossen Kostenanstieg gegenüber. Der Kostendruck wird zusätzlich durch eine steigende Belastung im Bereich der Ergänzungsleistungen und der Prämienverbilligung verstärkt.

Soweit Daten zur Verfügung standen, wurde in Kapitel 5.4 und 5.5 eine Gesamtschau der Finanzierung angestrebt, um aufzuzeigen, dass aufgrund der Aufsplitterung der Finanzierungsträger im Langzeitpflegebereich⁴⁷ und aufgrund der Unterschiede zur Finanzierung des Akutbereichs bei Änderungen im Finanzierungssystem die Gefahr besteht, sinnvolle Investitionen nicht zu tätigen und negative Finanzierungsanreize zu schaffen.

Die Ergebnisse der Studie weisen auf die wichtige Rolle der instrumentellen Unterstützungsleistungen und damit auch der Hauswirtschaft hin. Sie zeigen das grosse Potenzial dieser Leistungen im Bereich der Prävention und Früherkennung auf. Die hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Leistungen tragen wesentlich dazu bei, die Selbständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zu erhalten und zu fördern sowie damit den Verbleib in der privaten Wohnumgebung zu unterstützen. Sie sind auch ein wichtiges Element in der Entlastung pflegender Angehöriger.

⁴⁷ Wichtige Finanzierungsträger sind: Krankenkassenbeiträge, Restkostenfinanzierung und Leistungsaufträge der öffentlichen Hand, subjektorientierte Finanzierung durch EL und Zusatzleistungen, Hilflosenentschädigung, kantonale Pflegebeiträge, private Haushalte.

Eine Erhöhung der Tarife der Hauswirtschaft könnte die rechtzeitige Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen gefährden und den Zugang für einkommensschwächere Haushalte erschweren. Oft dürfte eine frühzeitige Inanspruchnahme noch in die einjährige Karenzfrist der Hilflosenentschädigung fallen. Sollten die Kosten durch die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL getragen werden, müsste in vielen Fällen die heutige Obergrenze der anerkannten Kosten pro Hauswirtschaftsstunde angehoben werden. Die Wechselwirkung mit der Steuerbelastung und der heutigen Obergrenze der anerkannten Mietkosten würde vor allem den Mittelstand belasten, der keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen hat oder nur auf die Rückvergütung eines Anteils seiner Krankheits- und Behinderungskosten zählen kann.

6.2. Empfehlungen

Die Ergebnisse der Studie führen zusammengefasst zu fünf Empfehlungen. Durch die Umsetzung dieser Empfehlungen kann erstens das Potenzial der Hauswirtschaft in der Prävention und Früherkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen noch stärker ausgeschöpft werden. Zweitens entsteht ein differenziertes Bild der Hauswirtschaft, welches ein umfassendes Benchmarking von Leistungen, Kosten und Qualität sowie vielfältige Entwicklungsprozesse ermöglicht. Drittens wird die sozial- und gesundheitspolitische Bedeutung der Hauswirtschaft in Wert gesetzt.

1. Ausschöpfen des Potenzials der Hauswirtschaft in der Prävention und Früherkennung von Problemen – Weiterentwicklung der Hauswirtschaftsleistungen durch Anpassungen bei den Prozessen, Instrumenten, Massnahmen, der Vernetzung und Ausbildung

Die Spitexorganisationen können, wie in Kapitel 4 skizziert, das Potenzial der Hauswirtschaft in der Prävention und Früherkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen noch stärker ausschöpfen. Um dies zu tun, sollten die Spitexorganisationen ihre Prozesse im Bereich der Hauswirtschaftsleistungen für die Zielgruppe von Menschen, deren Selbständigkeit im Alltag aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schwindender Kräfte gefährdet ist, sowie zur Entlastung pflegender Angehöriger überprüfen und bei Bedarf neu auch auf diese präventiven Zielsetzungen ausrichten.

Dies ist verbunden mit einer klareren Positionierung der Leistungen für diese Zielgruppe gegenüber den Klientinnen, Klienten und Angehörigen, aber auch den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten und anderen Akteuren im Netzwerk. Regionale Formen der Zusammenarbeit sind zu suchen, um einfache Formen der Haushaltshilfe, die nicht in den fokussierten Leistungsauftrag fallen, an kostengünstigere Anbieter triagieren zu können, verbunden mit der Möglichkeit einer späteren (Wieder-)Aufnahme von Leistungen bei einer veränderten gesundheitlichen oder sozialen Ausgangssituation. Dass solche Zusammenarbeitsformen im Spannungsfeld von Kooperation und Konkurrenz anspruchsvoll sind, darf die Akteure nicht abschrecken.

Die Instrumente für eine systematisierte Beobachtung und Entscheidungsfindung, wie das sich in einer Pilotphase befindende Abklärungsinstrument RAI-HC Hauswirtschaft (inklusive Vertiefung) oder die Checkliste Gesundheitsförderung und Prävention der Spitex Luzern und Kriens, sind hilfreiche Grundlagen für eine frühzeitige Identifikation wichtiger Risiko- und Schutzfaktoren. Die Themen Prävention und Früherkennung von Problemen sollten gezielt in die Schulung, Aus- und Weiterbildung von Hauswirtschaftsmitarbeitenden einfließen. Eine systematische Vernetzung der Spitexorganisationen mit bestehenden externen Präventions- und Beratungsangeboten ist anzustreben.

2. Sicherstellung eines niederschweligen und einkommensunabhängigen Zugangs

Angesichts der grossen Bedeutung der hauswirtschaftlichen und (sozial-)betreuerischen Unterstützungsleistungen für den Verbleib im gewohnten Wohnumfeld und den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit sollte ein niederschwelliger und einkommensunabhängiger Zugang si-

chergestellt werden. Die hauswirtschaftlichen Leistungen verfügen darüber hinaus im Bereich der Prävention und Früherkennung über günstige Voraussetzungen im Zugang zu wichtigen Zielgruppen, die in anderen Präventionsprogrammen häufig so nicht gegeben sind. Oft stehen instrumentellen Unterstützungsleistungen auch am Anfang einer zunehmenden Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit, so dass frühzeitig Massnahmen getroffen werden können. Das Ausschöpfen dieses Potenzials setzt eine vernetzte, qualifizierte Leistungserbringung mit entsprechenden personellen und zeitlichen Ressourcen voraus. Nicht-subventionierte kostendeckende Tarife dürften eine Zugangsbarriere darstellen, die aus der Perspektive der Zielumsetzung der Altersleitbilder zu vermeiden ist.

3. Differenzierte Darstellung der Tätigkeitsprofile und Kundensegmente durch erweiterte standardisierte Auswertungen der Klientinnen-/Klientenstrukturen und Einsätze

Der Tätigkeitsbereich der Hauswirtschaft und der (sozial-)betreuerischen Leistungen ist bei den Spitexorganisationen je nach Organisationsform und Kundensegmenten sehr unterschiedlich ausgerichtet. Diese Unterschiede in den Klientinnen-/Klientenprofilen und den Einsatzstrukturen kommen weder in der heutigen Spitex-Statistik noch in den publizierten Leistungszahlen der einzelnen Organisationen ausreichend zum Ausdruck.

Die Spitexorganisationen verfügen jedoch mehrheitlich über eine ausgezeichnete Datenbasis, um hier ein differenzierteres Bild ihrer Leistungen, Zielgruppen und Vernetzung mit anderen Versorgungsbereichen zu zeichnen. Durch kleinere Anpassungen und Ergänzungen der Datenstruktur bei der Fallaufnahme und -abschluss könnte der Aufwand für eine strukturierte, regelmässige differenzierte Auswertung nochmals erheblich gesenkt werden.

Diese Kennzahlen können die Spitexorganisationen auch beim Monitoring der Umsetzung ihrer Leistungsaufträge unterstützen und dadurch einen wichtigen Beitrag zur Positionierung ihrer Hauswirtschaft leisten.

4. Überarbeitung und Verfeinerung des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz und einheitlichere Anwendung der Grundlagen

Die einzelnen Spitexorganisationen können eine Optimierung und Verfeinerung ihrer Zeiterfassung und Kostenrechnungen vornehmen. Um das Ziel einer erhöhten Kostentransparenz und eines aussagekräftigen Kostenvergleichs zwischen Organisationen zu erreichen, ist jedoch eine Überarbeitung des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz notwendig. Zugleich sollten heute noch bestehende grosse Unterschiede in der Anwendung dieser Grundlagen schrittweise abgebaut werden.

Letztlich führt nur eine einheitlichere Kostenrechnung mit erweiterten Kennzahlen zu einer verlässlichen Grundlage für ein Benchmarking der Kostenstrukturen. Kantonal und regional werden heute unterschiedliche Verfahren zur Berechnung und Festlegung der Restkostenfinanzierung Pflege in Abhängigkeit vom Leistungsauftrag und der Organisationsform angewendet. Differenziertere und dennoch vergleichbare Kostenrechnungen könnten auch auf dieser Ebene einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung robuster Vergütungsmodelle leisten.

5. Durchführung einer ergänzenden empirischen Begleitstudie zur Rolle und Wirksamkeit hauswirtschaftlicher Leistungen für den Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit unter Einbezug verschiedener Organisationsformen und Arten der Leistungserbringung

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ausgehend von den Erkenntnissen aus anderen Gesundheitsbereichen und der Literatur zu Prävention, Früherkennung und dem Erhalt und der Förderung der Funktionsfähigkeit theoriegeleitet das Potenzial der Hauswirtschaft in diesen Handlungsfeldern herausgearbeitet.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 90/95

Methodisch kann dieses Vorgehen eine empirische Studie zur Wirksamkeit hauswirtschaftlicher und sozialbetreuerischer Unterstützungsleistungen unter Einbezug verschiedener Formen der Leistungserbringung und unterschiedlicher Leistungsanbieter nicht ersetzen. Eine solche ergänzende Studie verlangt ein sorgfältiges Design, weil die präventive Wirkung durch eine qualifizierte, vernetzte Hauswirtschaft der Spitex nicht einfach zu quantifizieren ist, denn die meisten der zu verhindernden Probleme gehen aus komplexen Einflussfaktoren-Konstellationen hervor.

Die vorliegende Studie identifiziert aber kritische Struktur- und Prozesselemente und Einflussfaktoren, die darüber entscheiden, ob und in welchem Masse das Potenzial der Hauswirtschaft im Zusammenspiel mit der Pflege ausgeschöpft werden kann, und an denen eine vertiefte Evaluation ansetzen kann.

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 91/95

7. Bibliografie

- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging & Mental Health* (1998); 2 (4), 264-274
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa (Obsan Dossier 27)*. Neuchâtel
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York
- Baron, S.; Field, J.; Schuller, T. (Hrsg.) (2000). *Social capital. Critical Perspectives*. London
- Bauer, J. (2006). *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg
- Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu den psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Köln
- Blozik, E.; Meyer, K.; Simmet, A.; Gillmann, G.; Bass, A.-A.; Stuck, A. E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan. Neuenburg
- Brunner, E. J. (1997). Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314, 1472–1476
- Cattan, M.; White, M.; Bond, J.; Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25, 2005, 41-67
- Ecoplan (Hrsg.) (2011). *Hauswirtschaftliche Leistungen: Macht eine Erbringung durch die Spitex Sinn? Evaluation des Mehrnutzens zu einem kombinierten Spitex-Angebot von Hauswirtschaft und Pflege*. Schlussbericht zuhanden der Spitex Bern. Bern
- Egger, T.; Künzi, K.; Oesch, T. (2010). *Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZIA) – Evaluation der Umsetzungsphase 2008-2010*. Zusammenfassung. im Auftrag der Pro Senectute Kanton Bern. Bern
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing and Society / Volume 23 / Issue 05 / September 2003*, 647-658
- Fluder, R. et al. 2012, *Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo.
- Gebhardt, M. (2014). Foreign nationality but not lower socio-economic status is a barrier for home care use: A population-registry based study in Switzerland. Master-Thesis.
- Hafen, M. (2007). Prävention von Mobbing – so schwierig wie notwendig. *SuchtMagazin 1/07*: 3-14
- Hafen, M. (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. 2. Auflage*. Heidelberg
- Hafen, M. (2013a). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. 2. vollständig überarbeitete Auflage*. Heidelberg
- Hafen, M. (2013b). Ethik in Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung 4/2013*, 284-288

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 92/95

- Hafen, M. (2014). Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. Erscheint in: *Prävention 1/2014*
- Hedinger-Grogg, B. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung bei der Spitex Luzern. Konzept. Luzern
- Herriger, N. (2006). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: eine Einführung*. Stuttgart.
- Höpflinger, F.; Bayer-Oglesby, L.; Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion. A new Synthesis*. London
- Morgan, L. A.; Brazda, M. A. (2011). Transferring Control to Others: Process and Meaning for Older Adults in Assisted Living. *Journal of Applied Gerontology 1 September 2013*, 651-668.
- Naidoo, J.; Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Erweiterte Neuauflage. Köln.
- Nyqvist, F.; Gutavsson, J.; Gustafson, Y. (2006). Social capital and health in the oldest old: the Umea^o 85þ Study. *International Journal of Ageing and Later Life, 1*, 91–114
- Oesch, T.; Künzi, K. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im Alter - Übersicht über Projekte unter Leitung oder Beteiligung der Spitex. Schlussbericht. Im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz. Bern
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F.; Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Bern
- Perrig-Chiello, P.; Hutchison, S.; Höpflinger, F. (2011). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der suisse latine*. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie, Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz. Bern
- Rosenbrock, R.; Michel, C. (2007). *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitsförderung*. Berlin
- Salis Gross, C.; Soom Ammann, E. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review, 2008*, 57, 3–18
- Servan-Schreiber, D. (2006). *Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*. 5. Auflage. München
- Sethi, D.; Wood, S.; Mitis, F.; Bellis, M.; Penhale, B.; Iborra Marmolejo, I.; Lowenstein, A.; Manthorpe, G.; Ulvestad Kärki, F. (Hrsg.) (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Seyle, H. (1991). *Stress beherrscht unser Leben*. München
- Spencer, B.; Ruckstuhl, B. (2010). *Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Développement des théories d'action des interventions / Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (BPGF). Entwicklung von Wirkungsmodellen*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive
- Stuck, A. E.; Meyer, K.; Born, S. (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Entwicklung eines Konzeptes für die Evaluation von kantonalen Umsetzungen des „Gesundheits-Profil Verfahrens“*. Neuenburg

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 93/95

Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal Of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387. Wenger, G. C.; Davies, R.; Shahtahmasebi, S.; Scott, A. (1996). Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement. *Ageing and Society / Volume 16 / Issue 03 / May 1996*, 333 - 358

Wiesli, U.; Decurtins, S.; Zúñiga, F. (2013). *Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis*. bfu-Fachdokumentation 2.120. Bern

World Health Organization WHO (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946*; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

World Health Organization WHO, WHO-Regionalbüro Europa (Hrsg.) (2004). *Die Fakten - Soziale Determinanten von Gesundheit*. Kopenhagen

World Health Organization WHO, WHO-Regionalbüro Europa (Hrsg.) (2005). *Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen*. Kopenhagen

Luzern, 18. Mai 2015

Seite 94/95

Anhang (Kantonaler Tabellenteil)**Tabelle 25: Die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden zwischen 2010 und 2013 im Kanton Zürich**

Zürich								
Leistungsstunden								
Träger	KLV-Pflegeleistungen*			Total	Hauswirtschaft*			Total
	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen		Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen*	
2010	1'318'511	223'799		1'542'310	804'218	201'762		1'005'980
2011	1'345'560	212'633	71'288	1'629'481	810'298	198'518	1'414	1'010'230
2012	1'371'818	335'052	70'855	1'777'725	782'987	340'941	1'179	1'125'107
2013	1'406'275	313'152	84'420	1'803'847	745'618	213'010	56	958'684
Veränderung 2011-2013	4.51%	47.27%	18.42%	10.70%	-7.98%	7.30%	-96.04%	-5.10%
Anteil Leistungserbringertyp 2013	77.96%	17.36%	4.68%		77.78%	22.22%	0.01%	

* Ohne Akut- und Übergangspflege

Quelle: BFS, Spitex-Statistik.. Eigene Darstellung.

Tabelle 26: Die Entwicklung der Spitex Leistungsstunden zwischen 2010 und 2013 im Kanton Luzern

Luzern								
Leistungsstunden ⁴⁸								
Träger	KLV-Pflegeleistungen*			Total	Hauswirtschaft			Total
	Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen*		Gemeinnützige u. öffentlich-rechtliche Org.	Erwerbswirtschaftliche Organisationen	Selbstständige Pflegefachpersonen*	
2010	313'808	40'536	4'184	358'528	178'627	61'496	-	240'123
2011	290'021	47'764	5'120	342'905	174'564	50'449	218	225'231
2012	307'141	62'564	7'261	376'966	172'471	51'426	329	224'226
2013	313'233	82'556	7'267	403'055	168'864	54'498	264	223'626
Veränderung 2011-2013	8.0%	72.8%	41.9%	17.5%	-3.3%	8.0%	21.1%	-0.7%
Anteil Leistungserbringertyp 2013	77.7%	20.5%	1.8%		75.5%	24.4%	0.1%	

*Ohne Akut- und Übergangspflege (41 Stunden im Jahr 2013)

Quelle: Lustat, Spitex-Statistik. Eigene Darstellung.

⁴⁸ Ohne 'In-House-Spitex' (Pflege) von Seniorenresidenzen, Alterssiedlungen oder betreutem Wohnen.

Luzern, 18. Mai 2015

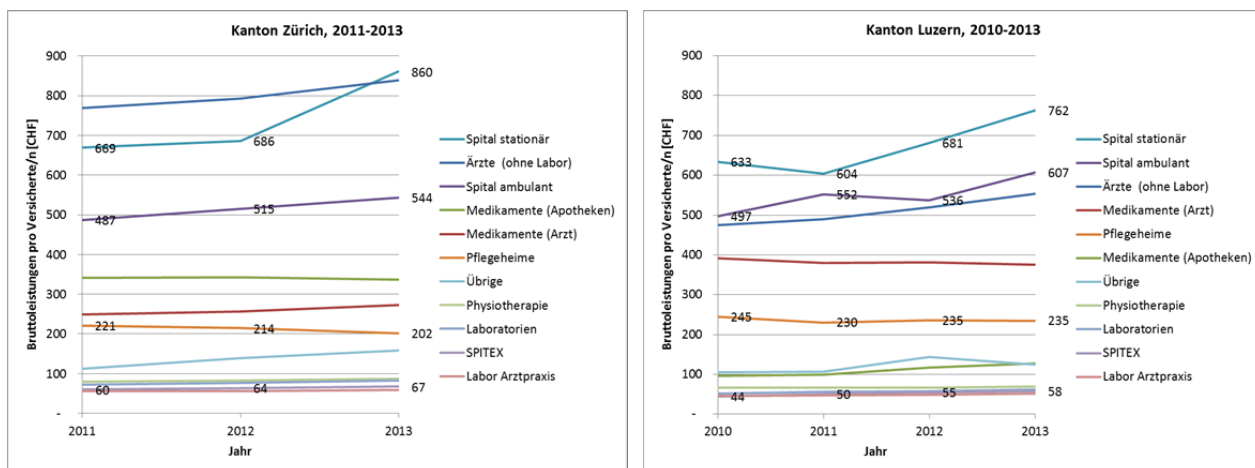
Seite 95/95

Tabelle 27: Aufteilung der zu Hause lebenden an Demenz erkrankten Menschen nach Wohnform und Unterstützungsbedarf in den Kantonen Luzern und Zürich

Wohnform	Kanton Luzern				Kanton Zürich			
	Total	davon brauchen Unterstützung			Total	davon brauchen Unterstützung		
		punktuell	täglich	Tag und Nacht		punktuell	täglich	Tag und Nacht
allein	763	438	323		2'833	1'624	1'199	
mit einem Angehörigen	1'781	656	873	254	6'611	2'437	3'240	944
Total	2'544	1'094	1'196	254	9'445	4'061	4'439	944
Total (in %)	100%	43%	47%	10%	100%	43%	47%	10%

Datenquelle: Schweizerische Alzheimervereinigung. Eigene Aktualisierung der Zahlen auf den Bevölkerungsstand 2012.

Abbildung 13: Die Bruttokostenentwicklung der Krankenversicherung pro Versicherten in den Kantonen Zürich und Luzern



Quelle: Datenpool der Sasis AG. Publiziert unter dem Kostenmonitoring des BAG.