

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1994-1995)

Heft: 46

Artikel: Blick über die Grenzen : Langzeitpflege durch Spitex : was uns 32 Studien lehren

Autor: Weissert, William G. / Hedrick, C. / Wettstein, Albert

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790147>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Langzeitpflege durch Spitex:

Was uns 32 Studien lehren

William G. Weissert, School of Public Health and Inst. of Gerontology, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA und Susanne

C. Hedrick, Dept. of Veterans Affairs Medical Center, and the School of Public Health and Community Medicine, University of Washington, Seattle, Washington, USA

Bearbeitung Albert Wettstein, Übersetzung V. Schneider

Sehr wenige Einrichtungen der Gesundheitspflege sind so genau untersucht worden wie gerade Spitexleistungen. Insgesamt wurden bis heute 32 gut durchdachte Studien über dieses Gebiet durchgeführt (Pflege Erwachsener zuhause oder in Tageskliniken und koordinierte Spitexleistungen). Diese Publikationen zeigen einen gerafften Überblick auf dem neuesten Stand. Dem breiten Material werden Schlussfolgerungen für in Geriatrie, Betriebsführung und Politik Tätige entnommen.

Dass es wichtig ist, die Resultate der Studien zu verbreiten, ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass von den 32 Studien nur gerade drei in medizinischen Fachzeitschriften publiziert wurden, keine einzige in einer geriatrischen Zeitschrift. Dieses Fehlen von Publicity und ein allgemeines Informationsmanko wurde neulich in Amerika auf einem gesundheitspolitisch wichtigen Kongress bedauert, da ohne Kenntnis dieser Publikationen eine schlechte Ausgangslage für die Planung von Hilfe nach der Spitalentlassung besteht. Auch A.J. Benjamin bedauert in seinem kürzlich erschienenen Abriss der Spitex-Grundsätze das Fehlen von Publikationen über dieses Thema in Amerika. Er bemerkt auch, dass mit seltsamer Hartnäckigkeit Aussagen über Kostenersparnisse durch häusliche Pflege wiederholt werden und dass damit Spitexprogramme legitimiert würden, obschon es ein immer wiederkehrendes Resultat der Spitex-Forschung sei, dass solche Ansprüche im Lichte dieser Untersuchungen nicht aufrechterhalten werden könnten. Die Auseinandersetzung mit diesen Studien würde Geriatern auch helfen, die zuständigen politischen Gremien anlässlich der laufenden Reformen

im Gesundheitswesen über die Position der gemeindeeigenen Langzeitpflege in diesen Plänen zu informieren.

Unser Ansatz gründet darauf, dass die unentwegte Popularität von Spitexprogrammen bei Mangel an Beweisen für eine Kosteneinsparung im Gesundheitswesen uns veranlassen sollte, die wissenschaftlichen Beweise für die Unmöglichkeit, mit Spitex Kosten im Gesundheitswesen zu sparen, nicht einfach zur Seite zu legen, sondern Wege zu suchen, Spitex tatsächlich kostendämmend zu gestalten.

Vorgehen:

Die hier auf den neuesten Stand gebrachte Literatur wurde punkto Studienauswahl mit klaren methodologischen Kriterien bezüglich Validität und Generalisierung straff zusammengefasst. Die erfassten Studien beinhalten ein breites Angebot, einschliesslich Krankenpflege zu Hause, interdisziplinäre Pflege im Team, Pflegegruppen in Privathaushalten sowie Haushilfedienste, Sterbebegleitung und Entlastungspflege sowie Koordinationsprogramme, welche diese und weitere Dienste miteinander verbunden anbieten. Da in einzelnen Studien noch Unterstudien, z.B. mit verschiedenen Populationen, enthalten waren, wurden insgesamt 37 Studien bearbeitet.

Spitexbefürworter begründen oft eine positive Bewertung der Kosten mit dem Fehlen zweckmäßiger Kontrollgruppen. Randomisierte kontrollierte Tests sowie quasi-experimentelle Studien beziehen jedoch auch jene Fälle mit ein, in denen sich das Befinden von Patienten ohne Zusammenhang mit erbrachter Pflege bessert und berücksichtigen, welche Art von Pflege der Patient erhalten hätte, wenn keine gemeindeeigenen Spitexdienste zur Verfügung gestanden hätten. So berechnet man etwa die Kosten für einen Patienten in einer Langzeiteinrichtung, in die er ohne Spitexdienste hätte eintreten müssen, zieht die Kosten für die Spitexbetreuung ab und kann so eine Ersparnis geltend machen. Kontrollgruppen in klinischen Studien haben jedoch aufgezeigt, dass die meisten Patienten nicht in eine Langzeiteinrichtung eintreten würden, selbst wenn sie keine Spitexhilfe erhielten.

Die Mehrzahl der hier besprochenen Studien (22 von 32) nahm die Zuordnung der Behandlungs- oder Kontrollgruppen nach dem

Zufallsprinzip vor. Die restlichen 10 Studien benützten ein quasi-experimentelles Studiendesign und vergleichen jeweils eine behandelte mit einer Kontrollgruppe. - Die bis heute abgeschlossenen Studien enthalten keine Evaluation der Kostenwirksamkeit von Hightech-Kurzzeitpflege zuhause nach Spitalentlassung in der Akutphase.

Die Studie über Tagesheime für Erwachsene wurde an acht verschiedenen Standorten in Amerika durchgeführt, umfangreich genug, um über verschiedene Standorte hinaus Aussagekraft zu haben und mit genügend statistischem Material für Untergruppenanalysen versehen, um herauszufinden, in wieweit die Resultate bezüglich verschiedener Patiententypen voneinander abwichen. Auch diese Untersuchung konzentrierte sich auf jene Patientengruppe, welche Spitex als Zielgruppe dient: Menschen, die in Gefahr stehen, in einer Langzeitpflegeeinrichtung plaziert zu werden.

Die Studien wandten ein sehr breites Spektrum von Messinstrumenten bei Patienten und Betreuern an, das alle wichtigeren Bereiche der Lebensqualität abdeckte. Die Testergebnisse beinhalten: Ueberlebensrate, körperliche und geistige Funktion, Lebenszufriedenheit, soziale Interaktion, unerfüllte Bedürfnisse, Zufriedenheit mit Hilfeleistung an informelle Helfer (z.B. Ehepartner), Schwere der Aufgabe, Belastung, Zufriedenheit mit der Pflege, Benützung von Hilfsdiensten, die Kosten dieser Dienste einschliesslich Pflege in Pflegeheimen, Spitälern und Spitex, selbstbezahlter Aufwand und den Betrag, der für die Zeit der informellen Helfer aufgewendet werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen sich bemerkenswert stabil und stimmen überein. Obschon sich die Studien zeitlich und örtlich nicht decken und Populationen, Masseinheiten, Frequenz und Dauer der Beobachtungen sowie Datenanalyse-Methoden variierten, weichen die Resultate nur wenig von einander ab. Wir fassen zunächst die Resultate aller Studiengruppen zusammen und diskutieren anschliessend die Resultate bei Untergruppen von Patienten, bei denen entsprechende Analysen vorliegen.

Tabelle 1

Wirkung von Spitexeinsätzen im Langzeitbereich in kontrollierten und vergleichenden Gruppenstudien

Bereich*	Anzahl	Resultate		
	Resultate	Positiv u. signif. **	Negativ u. signif. **	nicht signif.
Ueberleben	29	7	1	21
ADL (Selbstpflege)	33	3	4	25
IADL (Haushaltaktivitäten)	14	2	3	9
Mobilität	15	0	2	13
Tage bettlägerig	5	0	0	5
Geistige Funktionen	28	3	0	25
Lebenszufriedenheit	24	5	1	18
Soziale Aktivität	16	4	0	12
Soziale Interaktion	18	3	1	14
ungeddeckte Bedürfnisse	35	21	0	14
informelle Unterstützung	52	6	5	41
Zufriedenheit mit Hilfe, Stress, Krankheit usw.	18	4	1	13
Aufnahme in Krankenhaus	15	4***	0***	11
Pflegetage im Krankenhaus	19	7***	1***	11
Aufnahme in Spital	12	2***	2***	8
Pflegetage im Spital	22	6***	0***	16

Lawton, Brody, Saperstein, 1992

* verschiedene Messinstrumente wurden für die einzelnen Bereiche angewendet. Sofern eine Studie mehr als ein Instrument pro Bereich benützt, wird jedes einzeln gezählt.

** Signifikanz $p \leq 0.05$.

*** "Positiv" bedeutet, dass die Behandlungsgruppe bedeutend weniger Patienten ins Pflegeheim einwies, resp. Patiententage aufwies, als die Kontrollgruppe; "negativ" bedeutet das Gegenteil.

In fast allen Fällen zeigen die Studien, dass Spitexeinsätze die Ueberlebenszeit nicht erhöhen und auch die Verschlechterung der körperlichen und geistigen Funktionen durch Spitex nicht aufgehoben oder gebremst werden kann (siehe Tabelle 1 auf der vorhergehenden Seite). Die ungestillten Bedürfnisse werden in einigen Studien mittels Spitexeinsätze als etwas besser gedeckt ausgewiesen, und die Lebenszufriedenheit bei Patient und Betreuer steigt in einigen Studien etwas an. Der höhere Lebenszufriedenheitsgrad neigt jedoch dazu, abzunehmen und ist je nach Studie nach einem, sechs oder achtzehn Monaten ganz verschwunden, trotz ständigem Spitexeinsatz. Die Rate von Plazierungen in Pflegeheimen oder Spitäler sinkt nur in wenigen Studien, und diese Abnahme ist zu gering, um die Kosten der zusätzlichen Spitexleistungen aufzuwiegen, was zu einer allgemeinen durchschnittlichen Kostensteigerung von 13% führte. (Eine einzige Studie unter schwerbehinderten und moribunden Kriegsveteranen zeigte geringfügige, nicht-signifikante Kostenersparnisse auf.)

Die am strengsten geführten Studien mit dem rigorosesten Design, der breitesten Betroffenen Auswahl und der angemessensten Methode, einschliesslich Sensitivitätsanalysen, zeigen eine noch grössere Uebereinstimmung. Um die Resultate bezüglich Ueberleben als Beispiel näher zu untersuchen: nur zwei der Studien, die einen positiven Effekt auf das Ueberleben fanden, waren randomisiert und kontrolliert und nur eine davon verwendete Multivariationsanalysen. Eine frühere Meta-Analyse eines Teils dieser Literatur fand keinen signifikanten Ueberlebenseffekt und bemerkte, dass positive Ueberlebenseffekte mit nicht-randomisierten Testergebnissen zusammenhingen. Wenn man die Studien als Ganzes betrachtet und die statistische Bedeutung ignoriert, fanden sich mehr negative als positive Zeichen für Ueberleben: 16 Studien fanden, dass mit Spitex bedachte Gruppen besser überlebten und 18 Behandlungsgruppen fanden schlechteres Ueberleben verglichen mit Kontrollgruppen.

Resultate für Patientenuntergruppen

Mehrere Studien untersuchten die Frage, ob sich die Wirkung von Spitex bei jeweils anderen Patientengruppen unterschied. Dieses Problem

ist wichtig bei der Vielgestaltigkeit der für Spitexleistungen in Frage kommenden Bevölkerung und weil Verständnis dafür die Möglichkeit bietet, Spitexleistungen jenen gezielt anzubieten, welche den grössten Nutzen davon haben. Im Gegensatz zur einfacheren Beweisführung des Gesamtnutzens von Spitex kann die Frage, welche Patientengruppe am ehesten von Spitex profitieren könnte, nur mit Zurückhaltung beantwortet werden. Probleme und Widersprüche bei den in den Untergruppen-Studien angewendeten Methoden - geringe Patientenzahlen in den meisten Studien, Unterschiede bei der Definition von Untergruppen in den Studien, widersprüchliche Folgerungen innerhalb der Studien und über sie hinweg, die vielen Analysen von Untergruppen, welche die Häufung von Zufällen bei den Resultaten als wahrscheinlich erscheinen liess und die Bemerkung, dass die meisten Untergruppen-Analysen *keine* Gruppen fanden, die mehr als die anderen von Spitex profitierten - verlangen eine vorsichtige Anwendung der Resultate.

Resultate der Untergruppen betreffend den Gesundheitszustand

Hier ergab sich, dass jüngere, leicht behinderte Patienten und solche in einem intakten sozialen Netz wohl am ehesten von Spitex profitieren können, während ältere, schwer behinderte Patienten eher in Gefahr standen, noch unselbständiger zu werden. Dagegen fanden andere Studien bessere Ueberlebensraten bei Hochrisiko-Patienten im Gegensatz zu Kontrollen. Tagesklinik-Patienten, die bei Studienbeginn leichter behindert waren, waren jedoch bei Beendigung der Studien generell und seelisch weniger gesund als analoge Kontrollpatienten.

Untergruppen-Resultate betreffend die Kostenfrage

Einige Studien fanden eine verminderte Beanspruchung von Pflegeheimen und weniger Kosten bei einigen Patienten-Untergruppen, obschon sich die Resultate über die Studien hinweg widersprechen. Patienten, von denen angenommen werden konnte, dass für sie ein hohes Risiko besteht, in ein Pflegeheim eintreten zu müssen (bereits in einem Pflegeheim bei oder nach Studienbeginn oder auf einer Warteliste), und welche ein hohes Pflegeheim-Risiko beinhalten (schwere körperliche Behinderung, grössere Verhaltensprobleme), traten gemäss einigen Untersuchungen dank Spitex weniger oft in Pflegeheime ein.

Gewisse Patientenkategorien schienen wegen Einsatz von Spitex von einer Verkürzung des Spitalaufenthaltes zu profitieren: über 75jährige Alleinstehende, nicht schwer behinderte Patienten und solche mit nur geringfügigen unerfüllten Bedürfnissen sowie Patienten mit guter Prognose und Patienten, die ein grosses Risiko zeigten, in eine Institution eingewiesen zu werden. Diese Resultate betreffen verschiedene Studien, deshalb die Widersprüche.

Die Untergruppen-Resultate von kürzlich durchgeführten randomisierten und kontrollierten Studien in Tagesheimen für Erwachsene sind recht lehrreich: Diese Studien wurde in acht Heimen für Militärveteranen durchgeführt und fand eine Untergruppe mit wesentlich niedrigen Kosten, wenn sie Patienten in Tagesheimen wurden, nämlich Patienten mit einer mehr als 50%-igen militärdienstbedingten Invalidität. Eine analoge Gruppe könnte im Privatbereich aus Patienten bestehen, die jetzt oder in Zukunft eine Versicherungsleistung in Form von Dienstleistungen entgegennehmen können. Militärinvaliden Patienten mit Anspruch auf Dienstleistungen wiesen bedeutend geringere Kosten in den Bereichen Pflegeheim, Pflege zu Hause, Medikamente und Labor auf, wenn sie in ein Tagesheim für Erwachsene überwiesen wurden. Man könnte sagen, dass das Tagesheim bei diesen Patienten mit einem erleichterten Zugang zu Pflege als Fall-Manager wirkt. Bei anderen Gruppen waren die Kosten wenigstens nicht höher als bei normaler Pflege, nämlich bei Patienten mit weniger als 50%-iger militärdienstbedingter Invalidität, bei Leuten mit grösseren Verhaltensproblemen, hochgradiger körperlicher Behinderung und bei hohem Pflegeheimrisiko. Die Studie besagte auch, dass es zu teuer wäre, gewisse Patienten in ein Tagesheim für Erwachsene zu überweisen, weil hier die Kosten wesentlich höher liegen als in privater Pflege: dies betrifft Patienten mit nur mittel- oder leichtgradiger Körperbehinderung und solche mit geringeren Verhaltensstörungen.

Diskussion:

Effektiver, kostengerechter Spitexeinsatz - sofern er überhaupt erbracht werden kann - verlangt ein wachsames klinisches Programm-

Management und realistische Erwartungen seitens der Entscheidungsträger.

Was können die Aerzte lernen?

Aerzten ist oft nicht klar, welche Leistungen Spitex eigentlich für ihre Patienten erbringt, und oft können sie kaum abschätzen, welche Art von Spitexleistungen wie lange und wie intensiv ihre Patienten benötigen, um Wirkung zu zeigen. Sie waren bisher auch nicht sehr präzise im Voraussagen ungünstiger Ergebnisse. Deshalb erhielten viele Patienten Spitexhilfe, in der Meinung, ihnen die Plazierung in Pflegeheime zu ersparen, obschon sie gar nicht in Gefahr standen, pflegeheimbedürftig zu werden. Ferner erlauben die bisherigen Kriterien bezüglich Spitex-Einsätze eine zeitaufwendigere und teurere Pflege als eigentlich notwendig ist, um das begrenzte Ziel zu erreichen, das mit Spitex möglich ist.

Aerzte sollten ihre Risikoeinschätzung verbessern, um Patienten, denen mit Spitex zu helfen ist, zu erkennen. Besonders aber sollten sie eine quantitative Risikoabschätzung für Krankenheimplazierungen (Mini Mental Status, Summe der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Grösse und Stärke des sozialen Netzes) in ihre klinischen Ueberlegungen miteinbeziehen: nicht als Entscheidungsersatz, sondern als wichtigen Faktor auf der Suche nach der richtigen Entscheidung. Obschon keine perfekten Tests für eine Einschätzung des Risikos existieren, würde die Anwendung der genannten drei Parameter durch die Aerzte die durchschnittliche Beurteilung verbessern und einen gezielten Spitexeinsatz ermöglichen. Sollten sich die oben zitierten Untergruppenresultate in weiteren Forschungsergebnissen bestätigen, würde man, um eine Verbesserungen zu erreichen und Spitalaufenthalte zu umgehen, Spitex wohl besser bei jüngeren, gesünderen, wenig abhängigen Patienten mit guter kognitiver Funktion, eingebunden in ein soziales Netzwerk, einsetzen. Um jedoch Pflegeheimplazierungen zu vermeiden und um seine Dienstleistungen nur um wenig über dem Preis für Betreuung ohne Spitexunterstützung stehend bereitzustellen, müsste Spitex eigentlich vor allem älteren, extrem abhängigen Patienten mit beeinträchtigter Wahrnehmung, die sozial benachteiligt sind und Verhal-

tensprobleme zeigen, d.h. Patienten mit einem hohen Institutionalierungsrisiko, angeboten werden.

Von den Aerzten ist zu bedenken, dass weniger Spitex oft besser wirkt als zu viel. Die Patienten sollten nur die wirklich benötigte Hilfe erhalten. Es ist zu bedenken, dass in den bisherigen Studien intensivere Pflege, teurere Anwendungen und ausgedehntere Spitexeinsätze keine besseren Resultate erbrachten. Die kostenwirksamsten Spitexprogramme waren jene, welche sehr sparsam arbeiteten, teilweise mit zeitlich begrenzten Einsätzen. Generell kann gesagt werden, dass Patienten den grössten Nutzen aus Spitex zu Beginn der Einsätze ziehen. Sofern aus Kostengründen Abstriche bei Spitexeinsätzen gemacht werden müssen, ist es besser, diese in späteren Stadien oder nach längerem Einsatz vorzunehmen, da dies weniger unerwünschte Wirkungen zeigt, als wenn man Patienten von Anfang an Spitexeinsätze verweigert.

Das unnötige wiederholte Hospitalisieren von Patienten sollte tunlichst vermieden werden, was eine sorgfältige Planung erfordert. Aerzte werden oft von Spitexmitarbeitern um Noteinweisungen angehalten. Unvorbereitet, wird der Arzt den Patienten meist hospitalisieren. Gut vorbereitet, kann dies nicht selten verhindert werden, wenn der Arzt mit einer sorgfältig geplanten Befragung der Pflegeperson die Haltung des Patienten und seiner Angehörigen zur Pflege im Sterbebett ergründet und einen Sinn dafür entwickelt, ob eine Hospitalisierung diesem Patienten wirklich dient. Um Spitaleinweisungen zu vermeiden, welche voraussichtlich mit dem Tod oder einem Pflegeheimaufenthalt enden werden, sind die Patienten darüber zu informieren, wie wenig im Endstadium des Lebens von Spitalpflege profitiert werden kann. Der Patient und seine Familie sollten sich Pflegeheime ansehen können, die für ihn in Frage kommen und alles vorbereiten für den Eintritt ins Pflegeheim von zuhause aus, anstatt den Spital als Warteraum für die Entscheidung zu benützen.

Was können die Spitex-Vermittlerinnen lernen?

Die Vermittlerinnen waren nur wenig über die Patientenbedürfnisse informiert, hatten zuwenig Richtlinien, um die Angemessenheit von Einsatzplänen und den Dienstleistungsstand zu beurteilen und wurden von der Idee verführt, mit Spitexeinsätzen Pflegeheime und Gelder im

Gesundheitswesen sparen zu können. Falscherweise wurde bei ihnen der Eindruck geweckt, dass es mit Spitex möglich sei, kostenwirksam zu sein und doch relativ viel Geld pro Patient auszugeben. Viele Studienobjekte hatten in der Vergangenheit keine Budgetlimite zu beachten oder aber eine derart hoch angesetzte, dass sie nur einige wenige schwerstbehinderte Patienten betraf.

Man muss sich in Spitexzentren im klaren darüber sein, dass ein Ueberblick über die Patientenzahlen, das Aufstellen und Einhalten von angemessenen Aufnahmekriterien sowie die Kontrolle über die Ausgaben pro Patient absolute Voraussetzungen dafür sind, die Kosten auch nur annähernd in den Griff zu bekommen. Schätzungen der Nachfrage fallen oft unrealistisch hoch aus. Nach dem Sterben einiger Patienten oder bei Wegfallen der Pflegebedürftigkeit wegen wiedererlangter Selbständigkeit bei einigen bisher intensiv betreuten Spitexpatienten, wird bald einmal ein Druck nach einer Lockerung der Kriterien für Spitexhilfe ausgeübt werden. In dieser Situation ist verstärkte Wachsamkeit am Platz, damit die Minimalkriterien eingehalten werden und keine Patienten Spitexpflege erhalten, die nicht davon profitieren können. Ebenfalls wichtig sind kostensparende Massnahmen wie Zusammenlegen von Lokalitäten, Teilen von Personal und anderen Ressourcen. Es muss Versuchen widerstanden werden, andere medizinischen Kosten auf Spitex zu verschieben. Dienstleistungen anderer Sektoren im Gesundheitswesen sollten von Spitexorganisationen zu Selbstkosten- und nicht zu Durchschnittspreisen beglichen werden. Der Personalbestand soll knapp bemessen sein, gerade genügend hoch für eine sichere, effiziente Pflege. Therapien und andere nur gelegentlich benötigte Dienstleistungen werden am besten durch freiberuflich Tätige erbracht, da es sich gezeigt hat, dass nur bei wenigen Spitexpatienten Therapien angewendet werden und es deshalb unwirtschaftlich ist, feste Therapeuten anzustellen.

Aerzte neigen dazu, Spitexleistungen auch an Patienten mit einem niedrigen Pflegeheimrisiko zu verordnen, weil sie nicht möchten, dass diese Patienten ohne Hilfe bleiben. Die Vermittler müssen deshalb die Anmeldungen kritisch hinterfragen, um sicherzustellen dass der Arzt ein Ziel vor Augen hat bei der Spitexbetreuung von Patienten mit einem niedrigen Institutionalisierungsrisiko. Wenn ersichtlich ist, dass

sich im Spitexzentrum ein Schwergewicht von Patienten mit niedrigem Pflegeheimrisiko findet, ist die Bildung von Aufnahmeteams, zuständig für die Aufstellung von Aufnahmekriterien, ins Auge zu fassen. Frühere Studien zeigten, dass es schwierig ist, die Kosten im Griff zu behalten, wenn weniger als ein Drittel der im Zentrum Betreuten Hochrisikopatienten sind.

In der Regel kann durch eine Spitexbetreuung höchstens 15% der Jahresbetriebskosten eines Pflegeheims gespart werden (bei einigen Patienten mehr, bei anderen weniger). Wenn die Spitexkosten pro Patient diesen Prozentsatz übersteigen, wird es schwierig, kostenbewusst zu arbeiten. Deshalb sollten sich Spitexzentren im klaren darüber sein, dass einzelne Patienten bei Spitexpflege sehr hohe Kosten generieren können.

Sofern mit Spitexeinsätzen überhaupt Geld gespart werden kann, ist dies allein durch das Vermeiden von Spitalaufenthalten möglich. Dieses Kriterium hat sich als sehr hart für Spitexprogramme erwiesen, aber einige haben doch geringe Erfolge aufzuzeigen. Spitex-Verantwortliche dürfen sich nicht in medizinische Belange einmischen, können jedoch den Ärzten behilflich sein, etwa beim Aufstellen von Richtlinien, die zu befolgen sind, wenn sich die Hospitalisierung von Patienten abzeichnet. Ein gangbarer Weg, hohe Hospitalisierungskosten zu sparen, ist die vorgängige Beurteilung des Risikos von Patienten, hospitalisiert zu werden. Bei den meisten Patienten, welche direkt aus Spitälern kommen oder kürzlich hospitalisiert waren, besteht ein hohes Risiko für eine erneute Hospitalisierung. In Zusammenarbeit mit Ärzten und Familienmitgliedern bei der Planung der Sterbephase zuhause und durch Ausarbeitung von Entscheidungskriterien, wann Patienten ins Spital eingewiesen werden, könnten wohl einige Hospitalisierungen vermieden werden.

Was können die Politiker lernen?

Die hochgesteckten Erwartungen der Politiker haben Spitex vielfach beinahe dem Versagen preisgegeben. Typisch für Spitex ist, dass Dienstleistungen auf der Basis des Entgelts geleisteter Dienste bezahlt werden konnten und dementsprechend der Aufwand eher grösser als kleiner war. Die Ausgabenbremse war zu locker angezogen, als dass

sie die Kosten hätte dämpfen können, selbst wenn sie einmal wirkte; die Aufnahmekriterien waren zu breit gefasst und ermutigten auch dafür ungeeignete Patienten - wenn Einsparungen als Kriterium gelten - Spitexleistungen zu beziehen. Auch neigen Politiker dazu, Kosten zu berechnen, anstatt einen Sozialkosten-Standard für eine wirksame Kostenkontrolle aufzustellen. Sofern sich überhaupt Ersparnisse durch Spitex erzielen lassen, erfolgen sie in privaten Familienbudgets, während Spitexkosten alle Steuerzahler belasten.

Politiker können Spitex kostenwirksam gestalten helfen, indem sie:

- Spitexbudgets begrenzen, um ein Wachstum nach oben verhindern;
- mittels Nachfrage-Studien sowie mit Kosten- und Bedarf ermittelnder Software die Spitexvermittlerinnen unterstützen
- einsehen, dass eine Kostenersparnis für Patienten und ihre Familien wünschbar ist, selbst wenn die Oeffentliche Hand nicht direkt davon profitiert.

Die betriebswirtschaftliche Unabhängigkeit sollte Spitex vor dem Ungeügen einzelner Spitexangestellter schützen, was Disziplin, Ausbildung sowie das Interesse an gemeindebezogener Pflege betrifft. Die Gefahren der Bürokratie sollten vermieden werden. Spitexvermittler sollten über genügend Autorität verfügen, um Patienten aufgrund ihrer objektiv mangelnden Voraussetzungen abzuweisen, selbst wenn keine angemessene andere Unterbringung zur Verfügung steht, oder wenn kein Personal zu Hause da ist und die Familie Hilfe erwartet. Eine Verkleinerung auf diesem Sektor kann gezielte Programme fördern und einige Einrichtungen kostenwirksamer gestalten.

Es sollte ein politischer Entscheid sein, Spitexhilfe nur für solche Patienten anzubieten, die sie benötigen, aber nicht allen, die sie wünschen. Es ist unrealistisch zu erwarten, dass die meisten Patienten Spitex als Ersatz für Pflegeheimpflege benützen. Die meisten Benutzer sind nicht mit einem hohen Risiko behaftet, in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden. Spitexpatienten sind als Gruppe betrachtet fünf Jahre jünger als Pflegeheimpatienten und zeigen eine niedrige Anzahl von Risikofaktoren für einen Pflegeheimeintritt. Viele von ihnen sind verheiratet, nur relativ wenige sind mehrfach behindert in den Aktivitäten des täglichen Lebens, nur wenige sind dement. Die Kostenwirksamkeit von Spitex wird sehr direkt vom Wortlaut der Patienten-Aufnahme-

kriterien abhängen. Vage Formulierungen werden zu laschen Zulassungsbestimmungen führen, worauf es dann immer weniger möglich sein wird, von Patienten verursachte Spitexkosten durch andere Pflegearten auszugleichen. Es ist wenig wahrscheinlich, dass die Nachfragegrösse unter die von den Planern geschätzte fällt. In wenig bewohnten Gegenden, ja sogar in Vororten, ist es wegen der geringen Patientendichte schwierig, einigermaßen effiziente Patientenzahlen zu erreichen. Das Zusammenlegen mannigfacher Spitexangebote unter ein einheitliches Management ist ein Weg, Kosten zu kontrollieren. Spitexzentren in Verbindung mit Wohnprogrammen wirken ebenfalls kostendämpfend, erhöhen jedoch die Nachfrage. Wird grösseren Dienstleistungszentren gestattet, ihre Leistungen zugunsten von Spitex zum Durchschnittspreis zu belasten, kann sich dies fatal auf die Kostenkontrolle der Spitexzentren auswirken. Ein übergrosses Angebot an Arbeitskräften kann die Wirksamkeit der Kostenkontrolle ebenfalls zunichte machen. Je nach Bevölkerung und Ort sind privatvertragliche Dienstleistungen kostengünstiger, da bei einem Ueberangebot von Dienstleistungen die Anbieter angesichts einer beschränkten Nachfrage finanziell zu kurz kommen.

Politiker, welche die Spitexleistungen ausbauen möchten, mögen dies tun, weil die Patienten es wünschen, da sie eine höhere Lebenszufriedenheit erreichen damit. Es wurde nicht geprüft, ob es kostengünstigere Wege gibt, um dieselbe Lebenszufriedenheit zu erreichen. Die Popularität von Spitexleistungen, ungeachtet der hohen Kosten, legt nahe, dass die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Konsumentenvorliebe gute Gründe dafür sind, Spitex anzubieten, wenn der Aufwand in einem vernünftigen Rahmen bleibt.
