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

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

Band: - (1997-1998)

Heft: 59

Artikel: Ambulante versus stationäre Pflege älterer Menschen : Kernthesen des Gesundheits- und Umweltsdepartementes anhand wissenschaftlicher Studien

Autor: Heim, G. / Carigiet, E. / Gisler, J.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790099

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.07.2025

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

Ambulante versus stationäre Pflege älterer Menschen

Kernthesen des Gesundheits- und Umwelts-departementes anhand wissenschaftlicher Studien

G. Heim[1], E. Carigiet[2], J. Gisler[3], A. Wettstein[4]

1. AUSGANGSLAGE

Durch die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind heute auch die bis anhin stets geförderten Spitex-Dienstleistungen in eine kontroverse Diskussion geraten. Die unterschiedlichen Aussagen, die in den Medien zu Kosten und Nutzen der Spitex-Dienste gemacht wurden, führten in der Öffentlichkeit zu Verunsicherungen. Um dieser allgemeinen Verwirrung etwas entgegenzusetzen, wurde durch den Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartementes Stadtrat W. Nigg eine kleine Arbeitsgruppe eingesetzt.

Ziel der Arbeitsgruppe:

Ziel der Arbeitsgruppe war eine intensive und auf vorliegende Studien gestützte Auseinandersetzung zu den Möglichkeiten und Grenzen der Spitex, um auf diese Weise zu einer klaren, departementsinternen Haltung zu gelangen.

Zusammensetzung der Gruppe:

Die Gruppe setzte sich aus den vier obenerwähnten Autoren zusammen.
Die hier vorliegende Haltung gründet einerseits auf verfügbaren, wissenschaftlich fundierten Quellen und andererseits auf eher strategisch grundsätzlichen Überlegungen. Ausserdem wurde auf eine ganzheitliche Sichtweise geachtet, d.h. es wurden sowohl volkswirtschaftliche als auch wettbewerbsorientierte Aspekte berücksichtigt und die Bedürfnisse der Leistungserbringer ebenso miteinbezogen wie diejenigen der Leistungsempfänger/innen.

2. ABSICHT DER THESEN

Die Thesen sollen die departementsinterne Haltung in einer schriftlichen Form wiedergeben, die sowohl intern als auch in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden kann. Damit möchte man auf die unterschiedlichen Auffassungen über den Nutzen der Spitex reagieren und einen konstruktiven Beitrag zur Klärung der Situation leisten.

---

[1] lic.phil.I, Adjunktin Stabstelle Gesundheitsplanung GUD
[2] lic.iur. 1.Deptartementsekretär GUD
[3] Chef Städtische Gesundheitsdienste
[4] PD Dr.med. Chefarzt Stadtärztlicher Dienst

3. THESEN

Im folgenden werden in jedem Unterkapitel zuerst die wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse dargelegt, anschliessend aus Sicht des Gesundheits- und Umweltdepartementes interpretiert und zu einer für unser Amt gültigen These formuliert.

3.1 Informelle Netze[5]

Die Angaben, die die Betagten über die Herkunft der von ihnen beanspruchten Hilfe machen, unterstreicht die Wichtigkeit, welche die informelle Hilfe zur Bewältigung der Behinderung im Alter hat. Sie zeigen auch, dass in allen Bevölkerungsgruppen das informelle Netz mehr oder weniger spielt und die professionelle Hilfe mehrheitlich in Kombination mit der informellen Hilfe zum Zuge kommt. Dies gilt sowohl für die Städte (mit ihren durchweg gut ausgebauten Spitex-Diensten) als auch für die ländlichen Gebiete, wo die Angebotsdichte eher geringer ist. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zu der Befürchtung, dass ein besseres Angebot an Spitex-Diensten die Hilfsbereitschaft des informellen Netzes untergräbt[6]

Ein breites Angebot an Spitex-Dienstleistungen untergräbt die Hilfsbereitschaft des informellen Netzes nur dann nicht, wenn gewisse Rahmenbedingungen eingehalten werden. Dazu gehören beispielsweise angemessene[7] Preise und eine aktive Unterstützung der informellen Netze nach dem Subsidiaritätsprinzip. Der Bevölkerung muss dementsprechend deutlich gemacht werden, dass Spitex grundsätzlich und auf längere Sicht nur als Ergänzung zur Hilfe von Angehörigen und Bekannten verstanden werden kann. Nur in Ausnahmefällen kann Spitex bei schweren Pflegefällen nicht vorhandene informelle Hilfe ersetzen.

<u>These 1:</u> Die informelle Hilfe ist bei der Bewältigung der Behinderungen im Alter von entscheidender Wichtigkeit. Die Spitex-Dienste müssen darauf ausgerichtet sein, informelle Netze zu erhalten und zu aktivieren. Auf diese Weise unterstützen sie die freiwillige Hilfe innerhalb der Bevölkerung wesentlich.

3.2 Zusammenarbeit

Das **P**rogramm PACE[8] (**A**ll-inclusive **C**are for the **E**lderly) hatte das Ziel, unnötige Spital- und Pflegeheimaufenthalte zu vermeiden. PACE dient der Aufnahme und Betreuung von älteren Menschen in Tageskliniken, Spitälern,

---

[5] Informelle Netze sind Hilfeleistungen von Angehörigen, Nachbarn und Freunden.

[6] Abelin Th. (1996)

[7] Angemessen heisst in diesem Zusammenhang, dass es sich um möglichst reelle Preise handeln soll, die der effektiven Leistung der Spitex-Dienste entsprechen. Durch ausgewiesene und einkommensabhängige Subventionsbeiträge bleibt die Transparenz erhalten und für die Leistungsempfänger/innen ist Spitex trotzdem noch zahlbar.

[8] Eng C. u.a. (1997)

Pflegeheimen und zu Hause. Begonnen hat das Projekt in San Francisco und da es erfolgreich war, wurde es bis heute (1995) bereits von 11 weiteren Städten und 9 Staaten übernommen.

Zielgruppe von PACE sind Personen über 55 Jahre mit einer staatlichen Aufnahmebestätigung für ein Krankenheim. Das PACE-Angebot ist umfassend, d.h. ein interdisziplinäres Team bietet sowohl Grund- als auch medizinische Pflege. Das Team (Arzt, Schwester, Klinikschwester, Sozialarbeiter, Fahrdienst, Apotheker, Rehabilitations-Spezialist, Spitex etc.) hat einen gemeinsamen Finanzierungspool und ist deshalb an enger Zusammenarbeit interessiert. Die Ergebnisse des PACE-Projektes sind vielversprechend. Die Resultate werden in der Studie folgendermassen zusammengefasst: „Es gab einen konstanten Zuwachs der Nachfrage, gute Patientenzufriedenheit, eine Reduktion der Inanspruchnahme von institutioneller Pflege und kontrolliertere Nutzung von medizinischen Diensten sowie Kostenersparnisse bei öffentlichen und privaten Pflegeversicherern."

Drei Punkte begründen den Erfolg des Projektes:

1. **Gemeinsamer Finanzierungspool**
2. **Enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen**
3. **Hochqualifiziertes Personal**

In der Schweiz präsentiert sich die Situation etwas anders. Im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes ist ein gemeinsamer **Finanzierungspool**, wie er in der Studie vorgestellt wird, nicht denkbar. **Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Institutionen** könnte hingegen noch verbessert werden. So mangelt es noch an Stellen bzw. Personen, die in der Lage sind, den gesamten Bereich der ambulanten und stationären Dienste zu überblicken und zu koordinieren. Nur so wird es künftig überhaupt möglich sein, die Gesamtkosten im Auge zu behalten und in den Griff zu bekommen. Dabei sollte vermieden werden, diese verantwortungsvolle Aufgabe einer einzigen Berufsgruppe (beispielsweise Hausärzten) zukommen zu lassen, denn damit würden bestimmte Sichtweisen und Entscheidungsmuster einseitig gefördert.

<u>These 2</u>: Zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Institutionen ist eine noch engere Zusammenarbeit anzustreben, um sowohl eine hohe Kundenzufriedenheit als auch eine verbesserte Wirtschaftlichkeit zu erreichen. So sind beispielsweise Gatekeeping durch Hausärztinnen und Fallberatung (Case Management) mögliche Schritte in Richtung professioneller Zusammenarbeit. Es liegt grundsätzlich im Interesse der Stadt Zürich, derartige Entwicklungen zu fördern.

3.3 Personalqualifikation

Neben der engeren Zusammenarbeit einzelner Berufsgruppen wird in der Studie von Eng C. (1997) aber auch die hohe Qualifikation des Personals für den Erfolg des Projektes verantwortlich gemacht. Diese Kompetenz sei sowohl auf fachlicher als auch sozialer Ebene zu gewährleisten, um qualitativ gute Arbeit und wirkungsvolles Handeln gleichzeitig gewährleisten zu können.

<u>These 3:</u> Fachlich qualifiziertes, sozial kompetentes und motviertes Personal ist Voraussetzung für qualitativ gute Leistungen mit hohem Wirkungsgrad. Diesem Grundsatz gilt es sowohl bei der Einstellung von neuen Mitarbeiter/innen als auch bei der gezielten Fort- und Weiterbildung des Personals Rechnung zu tragen.

3.4 Rehabilitation[9]

Anhand von Fallbeispielen rechnet P. Sauer[10] durch, wieviel ein Pflegebedürftiger in einer stationären Einrichtung bzw. mit ambulanter Pflege der 'Sozialhilfe' kosten würde, wenn er aus einem Spital entlassen wird. In dem Bericht wird zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Familienangehörigen unterschieden. Bei Pflegebedürftigen mit Familienangehörigen können für den Kostenträger erhebliche Ersparnisse bei einer ambulanten Versorgung (= zwei Einsätze täglich) anstelle einer stationären anfallen. Der Artikel beschränkt sich auf eine rein rechnerische Ebene und ist auf deutsche Verhältnisse ausgerichtet, damit ist fraglich, inwieweit dieser Fall auf die Schweiz übertragbar ist.

Ein weiterer Punkt, den der Autor in seinem Artikel vertritt, ist das Unterstützungsmanagement. Eine Untersuchung bzw. Beratung des 'Patienten' klärt, inwieweit eine anfängliche 'Investition' in Richtung ambulante Rehabilitation sinnvoll ist, d.h. langfristig kostengünstiger ist als eine stationäre Betreuung. Die Beratung und Rehabilitation kann dann vom 'Kunden' durch Kostenersparnisse zurückbezahlt werden und ist damit selbsttragend.

In der Stadt Zürich bemüht man sich in stationären Einrichtungen schon seit langem, möglichst früh mit gezielter Rehabilitation längere Aufenthalte zu vermeiden. So erhalten auch die Krankenheime künftig einen neuen Charakter. Spezielle Abteilungen werden vermehrt ältere Patientinnen und Patienten aus dem Akutbereich aufnehmen, um sie nach einer Rehabilitationsphase wieder nach Hause zu entlassen.

Neben all diesen Bemühungen ist jedoch zu bedenken, dass Rehabilitation nur dort Sinn macht, wo sie auch etwas bewirken kann. Aus diesem Grunde sollte allen Aktivitäten eine genaue Abklärung vorausgehen, die entscheiden hilft, ob und in welcher Form und Intensität Rehabilitation beim einzelnen

---

[9] Rehabilitation bedeutet in der Geriatrie, den Betagten zu befähigen, seine neue Lebenssituation zu sehen, den Weg zu begehen und selbst zu gestalten.

[10] Sauer P. (1996)

Patienten anzuwenden ist. Dazu braucht es aber die nötigen Fachpersonen und klare Entscheidungskriterien.

<u>These 4:</u> Gezielte Rehabilitation ist zu fördern, da sie einerseits den älteren Menschen eine Entlassung nach Hause ermöglichen kann. Andererseits hilft sie, Kosten im Gesundheitswesen zu sparen, indem Patientinnen und Patienten schneller in eine kostengünstigere Institution verlegt werden können.

3.5 Nachfrage

Die Studie von G. Groenenboom[11] zeigt verschiedene mögliche Szenarien auf: Ausbau der stationären Betreuung, Ausbau ambulante Pflege und Ausbau informelle Hilfe. Es wurden ausserdem je unterschiedliche Varianten geprüft bezüglich Nachfrageentwicklung, Pflegeintensität, Preis der Dienstleistung und Dienstleistungsangebot. Nach dieser Untersuchung würden sich die Kosten beim Szenario 'Ausbau stationäre Pflege' mehr als verdoppeln, beim Szenario 'Ausbau ambulante Hilfe' würden die Kosten 'nur' um 20% zunehmen bis 2005.

Die Erfahrungen sowohl in der Stadt als auch im Kanton Zürich zeigen, dass die effektive Nachfrage nach Spitex-Dienstleistungen seit zwei Jahren stagniert und teilweise sogar leicht zurückgeht[12]. Dass die Krankenkassen im Bereich Spitex eine starke Zunahme der Kosten verzeichnen, hängt nicht mit einer Ausweitung des Spitex-Angebotes zusammen, sondern mit einer Gewichtsverlagerung bei den Kostenträgern, die durch das neue Krankenkassenversicherungsgesetz initiiert wurde.

<u>These 5:</u> Die neusten Entwicklungen zeigen, dass sowohl in der Stadt als auch im Kanton Zürich in den nächsten Jahren im Bereich Spitex nicht mit einer starken Zunahme an Betreuungsaufwand zu rechnen ist und damit volkswirtschaftlich betrachtet auch keine Mehrausgaben entstehen.

3.6 Kosten

Die holländische Untersuchung (Kapitel 3.5) macht deutlich, dass die Kosten im Gesundheitswesen weniger stark ansteigen dürften, wenn vermehrt auf den Ausbau der ambulanten Dienste gesetzt wird. Dies bestätigt auch eine Wiener Studie von 1995. Sie weist nach, dass ambulante professionelle Pflege kostengünstiger ist als stationäre Pflege. Die ambulante Pflege setze jedoch kostenfreie Laienpflege durch Angehörige und Nachbarn voraus.

---

[11] Groenenboom G. (1994)

[12] In der Stadt Zürich ist die Nachfrage nach Spitex-Dienstleistungen von 1994 auf 1995 um - 0,3% und von 1995 auf 1996 um - 4,8% zurückgegangen.

Bezüglich Kostenvergleich zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, gibt es bis heute sowohl für die Stadt Zürich als auch für die Schweiz keine wissenschaftlich fundierte Untersuchung, die die ausländischen Untersuchungen bestätigen könnte.[13] Langjährige Erfahrungen von Fachleuten aus Theorie und Praxis unterstützen jedoch die Kernaussage voll und ganz.

<u>These 6:</u> Ambulante Altershilfe ist in der Regel bei leichter und mittlerer Pflegebedürftigkeit - volkswirtschaftlich gesehen - kostengünstiger als stationäre. Bei schweren Fällen ist das Ausmass an informeller Hilfe entscheidend für die Frage, welche Pflegeform kostengünstiger ist.

3.7 Kosten bei Demenz

Der Autor A. Wimo[14] weist in seinem Artikel darauf hin, wie schwierig es ist, eine verlässliche Aussage über die Kosten von unterschiedlichen Pflegeformen (Spitex, Wohngruppe, Pflegeheim) zu machen. Er versucht aber trotzdem, je nach Einflussfaktoren (Schweregrad der Demenz, Hilfe von Angehörigen, Lebensqualität etc.) aufzuzeigen, welche Pflegeform kostengünstiger bzw. vorzuziehen ist. In den meisten Fällen schneidet dabei Spitex sehr gut ab (gegenüber Wohngruppen und Pflegeheimen). Erst bei Demenz in äusserst fortgeschrittenem Stadium ist Betreuung in einem Heim vorzuziehen.

Auch diese Studie bestätigt Erfahrungen mit der Pflege von dementen Menschen in Zürcher Pflegeeinrichtungen. Leichte bis mittlere Fälle von dementen Betagten sind für Krankenheime sehr arbeitsintensiv, da sie eine 24-Stunden-Betreuung benötigen und viel Unruhe mit sich bringen. Sie benötigen jedoch wenig professionelle Pflege und sind deshalb bei Angehörigen prinzipiell besser aufgehoben.

<u>These 7:</u> Spitex ist die kostengünstigere Betreuungsform bei Demenzpatienten und -innen mit geringem bis mittlerem Krankheitszustand. Bei schwerem Krankheitszustand ist das Pflegeheim die kostengünstigere Variante - ausser in Ausnahmefällen, wo ein informelles, sehr tragfähiges Netz zur Verfügung steht.

3.8 Leistung

Die Forschungsfrage der Studie von H. G. Welch[15] lautete: Inwieweit können Spitex-Dienstleistungen Spitalaufenthalte reduzieren? Man ging davon aus, dass Gebiete mit einer höheren Anzahl an Spitex-Dienstleistungen demzu-

---

[13] Im Kanton Waadt gab die Regierung Anfang 1997 grünes Licht für eine Studie, die Klarheit darüber schaffen soll, in welchem Fall ein Aufenthalt im Spital oder zu Hause sinnvoll sein kann.

[14] Wimo A. (1996)

[15] Welch H. G. (1996)

folge eine tiefere Rate an Spitalaufenthalten und/oder kürzere Aufenthaltsdauern aufweisen müssten. Zitat aus der Studie: „Wir konnten keinen Hinweis finden, dass Spitex Spitalpflege vermindert. Gebiete mit höheren Raten an Spitex-Betreuung haben nicht weniger Spitaleintritte oder kürzere Aufenthalte."
Die Studie lässt sich insofern kritisieren, als dass sie einen so komplexen Gegenstand wie die Wechselwirkung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung mit einer einfachen Verbindung zwischen Spitex-Dichte und Spitaleintritte zu klären versucht.

Ausserdem wird hier unserer Meinung nach von einer falschen Fragestellung ausgegangen, nämlich: Kann Spitex Spitalkosten sparen? Diese Rechnung ist zu reduziert und einseitig ausgerichtet. Die Frage müsste viel eher lauten, was leistet Spitex bzw. was bringt der Ausbau von Spitex-Diensten der Bevölkerung effektiv?

Würde man dieser Frage nachgehen, käme man zu einem völlig anderen Bild: Spitex verbessert die Lebensqualität der Betagten und ihrer Angehörigen. Der Versorgungsstandard der älteren Menschen zu Hause ist heute im medizinischen und pflegerischen Bereich allgemein höher als früher. Dies ist zu einem massgeblichen Teil der professionellen Arbeit der Spitex-Dienste zu verdanken. Es ist ausserdem ein erklärtes Ziel der Stadt Zürich, den Betagten - wenn immer möglich - *die* Wohnform zu bieten, die sie sich wünschen. Das 'Zu Hause wohnen' ist und bleibt nun einmal mit Abstand die beliebteste Wohnform im Alter. Um diesem Wunsch bis zu einem gewissen Punkt zu entsprechen, ist ein gut ausgebautes, ambulantes Netz notwendig. Nicht zuletzt wird durch ergänzende Spitex-Leistungen auch die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen erheblich verbessert.

***<u>These 8:</u> 'Spitex' ersetzt 'Spitin' nicht. Vermehrte Spitex-Einsätze führen nicht zwangsläufig zu weniger oder kürzeren Spitalaufenthalten. Wichtig ist hingegen, was Spitex leistet. Spitex verbessert die medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen, ermöglicht den Betagten, länger zu Hause zu wohnen und erhöht damit die Lebensqualität der Betagten* und ihrer Angehörigen.**

3.9. Gleichwertige Versorgung

Die Untersuchung von Welch H. G. (1996) macht ausserdem deutlich, dass zwischen den einzelnen Spitex-Organisationen grosse Unterschiede bezüglich der Leistungen bestehen. (Es sind grössere Unterschiede als bei anderen Leistungserbringern wie beispielsweise Physiotherapeuten oder Ärzten). Das lässt darauf schliessen, dass es noch keine einheitliche Regelung gibt, die festlegt, wer, wann, wie lange, welche Spitex-Leistungen erhält.

Dieser Befund ist für die Stadt Zürich nicht neu. Bereits 1993 konnte in der Studie 'Spitex-Bedarfsplanung in der Stadt Zürich' der Firma BRAINS nachgewiesen werden, dass zwischen den Stadtzürcher Spitex-Organisationen grosse Unterschiede bestehen. Die Kennzahlen betreffend Art und Umfang der Leistungen sowie Versorgungsgrad lagen von Quartier zu Quartier sehr weit auseinander, ohne dafür eine plausible Erklärung zu haben.
Eine Berliner Studie zeigt auch, dass sozioökonomisch besser gestellte Bürger, die ihre Bedürfnisse verbal besser vertreten können, tendenziell häufiger Spitex-Dienstleistungen erhalten als finanziell schlechter gestellte.

Dieser offensichtlichen Willkür sollte begegnet werden, um allen Einwohnerinnen und Einwohnern gleichermassen gerecht zu werden, unabhängig von Status oder Überzeugungsvermögen. Aus diesem Grunde richten sich Spitex-Leistungen heute in der Stadt Zürich prinzipiell nach dem Bedarf, der nach standardisierten Kriterien (Bedarfsplan) von Fachpersonen eingeschätzt wird. Auf diese Weise sind Leistungen auf dem ganzen Stadtgebiet gleichwertig und gegenüber Aussenstehenden - sowohl von seiten der Kunden/innen wie auch Krankenversicherern - transparent und möglichst objektiv begründbar.

<u>These 9:</u> Um in allen Quartieren eine gleichwertige und gerechte Versorgung der Betagten garantieren zu können, bedarf es Regeln bezüglich Umfang und Grenzen der Spitex-Dienstleistungen. [16]

LITERATURVERZEICHNIS

- *Abelin Th. u.a. (1996). Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Bundesamt für Statistik, Bern und Zürich 1996.*
- *BRAINS (1993). Spitex-Bedarfsplanung in der Stadt Zürich. Zürich, 9. Juli 1993.*
- *Eng Ch. u.a. (1997). PACE: innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. JAGS 45: 1997, S. 223 - 232, 1997.*
- *Groenenboom G.K. u.a. (1994). Estimating cost of care for the elderly. In: Rey/Tilquin Systed 94, ISP Lausanne 1994.*
- *Hark U. (1996). Spitex - als Selbstbedienungsladen. Bei der spitalexternen Pflege kann man alles behaupten, denn niemand weiss, was sie wirklich kostet. Tages Anzeiger, 16. Dezember 1996, S. 15.*
- *Hornung D. (1995). Bedürfnisanalyse und Konzept 'Wohnen im Alter'. Bericht des Büros für Raum- und Umweltplanung z.H. des Vereins für das Alter Bern-Stadt.*
- *Kane R.L. u.a. (1996). Use of Post-Hospital Care by Medicare Patients. MACH 1996 - VOL. 44, NO. 3, 242-250.*
- *Klein T. u.a. (1996). Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims. Zeitschrift für Gerontologie 30:54 -67 (1996).*
- *Linden M. u. Gilberg R. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter.*

---

[16] Die Stadt Zürich ist dabei - zusammen mit den Spitex-Organisationen einen Leistungsrahmen festzulegen, der die Einsatzkriterien sowie Umfang und Grenzen der Leistungen definiert.

- *Mayer K.U. u. Baltes P.B. (1996). Die Berliner Altersstudie, Akademie Verlag, Berlin 1996.*
- *Mörikhofer-Zwez St. (1996). Strategien für die Finanzierung, Paper zur Fachtagung 'Heime der Zukunft - Zukunft der Heime', 5. September 1996.*
- *Mühlberger V. (1997). Der Holzweg des geringsten Widerstands. Die Krankenkassen attackieren die Spitex-Pflege. WOZ Nr. 10, 7. März 1997, S. 7.*
- *Mutter Ch. (1997). Die Genfer Arzt- und Spitalkosten brechen Rekorde. Basler Zeitung, 2. Januar 1997.*
- *Rüst-Walcher R. (1993). Möglichkeiten und Grenzen der spitalexternen Betreuung und Pflege von Betagten, Schriftenreihe der SGGP, No. 28, 1993.*
- *Sauer P. (1996). Ökonomische Auswirkungen des Vorrangs ambulanter vor stationärer Pflege - oder: vom Nutzen des Unterstützungsmanagements. In: Ambulante Rehabilitation alter Menschen, Freiburg i.B., 1996.*
- *Schillinger P. (1996). Je mehr Spitex, desto höher die Kosten. US-Studie bringt die These ins Wanken, dass Krankenpflege zu Hause ein Mittel zur Ausgabenreduktion ist. SonntagsZeitung, 15. September 1996, S. 9.*
- *Sommer J. H. (1989). Wirkt der Ausbau der Hauspflege kostendämpfend? Resultate amerikanischer Modellversuche. Studien zur Gesundheitsökonomie 13, Basel, 1989.*
- *Wagner M. u.a. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen.*
- *Welch H. G. (1996). The use of medicare home health care services. The New England Journal of Medicine, 1. August 1996, S. 324 - 329.*
- *Wettstein A. (1993). Warum führt mehr Spitex nicht zu weniger Krankenheimeintritten? INTERCURA Nr. 43/93, S. 2 - 15.*
- *Wettstein A. (1996), Ambulante und stationäre Angebote: Wie sieht der Mix aus? Schweizer Spital 12/96, S. 18 - 23.*
- *Wettstein A. (1996), Ambulante und stationäre Angebote: Wie sieht der Mix aus? Paper.*
- *Willi M. (1996). Ohne Spitex längst im Pflegeheim. Tages-Anzeiger (Leerbrief), 27. Dezember 1996.*
- *Wimo A. (1996). The economic impact of dementia. THE NEWS, 16. April 1996, S. 8-9.*

Artikelkopien können unter Tel. 216 43 59 (Frau Schneider) bestellt werden!