Spitex : ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?

Autor(en): **Schwarzmann, Ueli**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **- (2005-2006)**

Heft 91

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-789926

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Spitex: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik?

Ueli Schwarzmann, Direktor Altersheime der Stadt Zürich

Der vorliegende Artikel diskutiert eine kürzlich publizierte Studie[1], die aus der Sicht der Politikevaluation einen Aspekt des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) untersucht, nämlich die Veränderung des Finanzierungssystems der Krankenpflege zu Hause und im Heim. Anhand von Fallstudien in vier Gemeinden des Kantons Zürich geht die Arbeit der Frage nach, welche Wirkungen der Vollzug des erwähnten Teilaspekts des KVG in der Praxis der Spitex vor Ort ausgelöst hat und inwiefern dieses Finanzierungssystem als Instrument in der Gesundheitspolitik tauglich ist.

1. Das KVG als Gegenstand der Politikevaluation

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

Die Prozesse in der Gesundheitspolitik sind komplex. Das Krankenversicherungs-Gesetz (KVG), das 1996 in Kraft trat, ist Teil dieser öffentlichen Politik. Hier wiederum evaluiert die erwähnte Studie lediglich einen Teilaspekt, nämlich die der Pflege zu Hause und ihre Beziehung zur stationären Langzeitpflege. Einer dieser Teilaspekte ist die Veränderung des Finanzierungssystems der Krankenpflege zu Hause und im Heim. Statt der

---

[1] Schwarzmann Ueli. Spitex: Ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik? Institut de hautes études en administration publique IDHEAP, Chavannes-Lausanne, 2004, ISBN 2-940177-88-0, 130 Seiten,
Zu beziehen bei IDHEAP, Route de la Maladière 21, 1022 Chavannes-Lausanne, www.idheap.ch (Pfad: Publications – Cahier de l'Idheap), Fr. 19.-.
Das Hochschulinstitut für öffentliche Verwaltung / Institut de hautes études en administration publique IDHEAP ist eine Stiftung der Universität und der ETH Lausanne.

bisherigen freiwilligen Beiträge an die pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen der SPITEX übernimmt das KVG ausschliesslich die Kosten für Pflegeleistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

2. „Tendenz zur Medikalisierung“ und „Verschiebung der Nachfrage“

Auf Grund von verschiedenen theoretischen Überlegungen werden in der explorativen Studie zwei Hypothesen für die Untersuchung formuliert:

- Die erste Hypothese führt aus, dass mit dem veränderten KVG-Finanzierungssystem der Krankenpflege zu Hause der Druck steige, erbrachte (hauswirtschaftliche) Spitex-Leistungen als pflegerische Leistungen zu definieren, da diese nun durch die Krankenversicherer bezahlt werden. Dadurch entsteht die Tendenz zur Medikalisierung (Medikalisierungs-Hypothese).
- Die zweite Hypothese argumentiert, dass durch die von der Produktion her gesehen kostengünstigste Leistung (nämlich die hauswirtschaftlich Leistung) durch den Wegfall von freiwilligen Krankenkassen-Beiträgen für die KlientInnen zur teuersten wird. Aus diesem Grund sinke die Attraktivität einer ganzheitlich verstandenen SPITEX. Dadurch ergebe sich als Konsequenz eine Verschiebung der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich (Verschiebung-der-Nachfrage-Hypothese).

Die Studie hat sich auf die Analyse der Umsetzung der erwähnten Teilpolitik des KVG in vier ausgewählten „Spitex“-Gemeinden (Adliswil, Winterthur, Zürich; die Gemeinden Niederglatt und Niederhasli wurden in der Studie als eine Gemeinde definiert, da sie eine gemeinsame Spitex-Trägerschaft für beide Gemeinden bilden) des Kantons Zürich konzentriert, in denen Politikadressaten und Politikbetroffene davon berührt werden[2]. Bei den

---

[2] Als *Politikadressaten* werden die Adressaten der Politik (hier ist das KVG, das vom Gesetzgeber verabschiedet wurde, gemeint) definiert. Die Adressaten werden durch die Politik in ihrem Verhalten beeinflusst, resp. müssen das Verhalten durch den Einfluss der Politik ändern. Damit sind im Zusammenhang mit dem KVG beispielsweise die Leistungserbringer (z.B. Ärzteschaft, Spitex-Organisationen, Heime), aber auch Krankenversicherer und Kantone gemeint. Als *Politikbetroffene* sind diejenigen Gruppen gemeint, die letztlich in den „Genuss“ der betreffenden Politik kommen. Hier sind die Versicherten (im Fall der hier diskutierten Teilpolitik

Forschungsschwerpunkten „Tendenz zur Medikalisierung“ und „Verschiebung der Nachfrage“ interessiert die Auswirkungen der zu Diskussion stehenden Politik sozusagen in einer Mikroanalyse, die vor Ort – in den Gemeinden - vorgenommen wurde. Das Interesse konzentriert sich letztlich auf die Frage, ob das von der Politik eingesetzte Instrument die beabsichtigte Wirkung erzielt. Neben dem Beizug von statistischen Daten arbeitet die Studie vorwiegend mit qualitativen Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung. Es wurden 14 Expertinnen und Experten aus Spitex-Organisationen, der Medizin und andere Schlüsselpersonen interviewt. Um die Leistungsfähigkeit des Forschungsdesigns zu steigern, wurde die Längsschnittanalyse mit einer Querschnittsanalyse verbunden. D.h. die Entwicklung der Spitex-Leistungsstunden im KLV- und HWS-Bereich[3] wurde als ein wichtiger Output dieser Politik über den Zeitraum von 1993 – 2002, also vor und nach dem Inkrafttreten des KVG 1996, untersucht. Mit der gleichzeitigen Querschnittsanalyse von vier „Spitex-Gemeinden“ im Kanton Zürich soll die Umsetzung der Politik bezüglich Spitex verglichen und die Hypothesen getestet werden.

3. Resultate[4]

Der Vollzug des KVG hatte in den Gemeinden resp. in der Praxis der Spitex nachhaltige Veränderungen zur Folge. Diese Auswirkungen können in allen untersuchten Gemeinden resp. in den Spitex-Organisationen nachgewiesen werden. Professionalisierungs- und Fusionsprozesse der Spitex – besonders bei den grösseren Organisationen – setzten zwar bereits vor dem KVG ein. Mit dem Inkrafttreten des KVG 1996 entstanden aber überall nachhaltige Veränderungen.

---

des KVG die älteren Menschen also) gemeint, die von dieser Politik „betroffen“ sind.

[3] KLV-Leistungen = pflegerische Leistungen gemäss Art. 7 Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung (KLV) vom 29.9.1995. SR 832.112.31. HWS-Leistungen = Hauswirtschaftliche und soziale Leistungen

[4] Bei der Diskussion der Resultate wird in diesem Artikel auf die Darstellung und Kommentierung von Statistiken verzichtet. Sie sind in der publizierten Originalfassung enthalten.

3.1. Entsteht durch das veränderte Finanzierungssystem eine Medikalisierung?

Das Testen der Hypothese der Medikalisierung ergibt folgendes:

Generell steigen die pflegerischen KVG-Pflichtleistungen, die HWS-Leistungen sinken, auch wenn es seltene Ausnahmen in dieser Entwicklung gibt. Die Zuwachsrate der KLV-Leistungsstunden übersteigt die demographische Entwicklung der älteren Bevölkerung in der Regel bei weitem. Trotzdem stagniert die Zahl der KlientInnen der Spitex. Begründet eine zunehmende Pflegebedürftigkeit bei den alten Menschen den Anstieg der KLV-Leistungsstunden? Die Untersuchung ergibt, dass komplexe Fälle durchaus zugenommen haben. Darunter gehören auch psychisch und sozial auffällige KlientInnen. Damit diese Menschen möglichst lange in der eigenen Umgebung bleiben können, brauchen sie auch hauswirtschaftliche und soziale Unterstützung. Und gerade diese Leistungen sind in der Regel rückläufig. Die Untersuchung ergibt genügend Belege, dass tarifpolitische Gründe zu einem Rückgang der HWS-Leistungen geführt haben, resp. dass eine teilweise Verlagerung auf andere Dienste stattgefunden hat, die billiger sind (z.B. bezahlte Putzhilfe, Freiwillige, Botendienste). Eine solche Verlagerung hat allerdings enge Grenzen, da es für die Betroffenen entweder genügend „Managementkapazität" braucht, um sich diese selber zu organisieren. Oder sie müssen über ein soziales Netz verfügen, das für die entsprechende Vermittlung zur Verfügung steht. Wahrscheinlicher ist, dass auf HWS-Leistungen verzichtet wird. So wie die HWS-Leistungen aus tarifpolitischen Gründen unattraktiver sind, so sind die KLV-Leistungen aus gleichen Gründen attraktiver geworden. Damit sind aber die Voraussetzungen nur bedingt erfüllt, um möglichst lange in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Allerdings gibt es für die KlientInnen keine „Selbstbedienung" an KLV-Leistungen. Das Prozedere ist genau definiert, die ÄrztInnen sind die „gate keeper". Wie können wir uns also die Mengenausweitung im Bereich der KLV-Leistungen erklären? Mit der Einführung des KVG wurde die Spitex zu einem Bereich der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens definiert. Die Zuständigkeit der Gesundheitspolitik weitete sich also aus. Dieser kontinuierliche Etikettierungsprozess der Spitex zu einer Domäne des Gesundheitswesens hat auch eine entsprechende Professionalisierung ausgelöst. So wurden Rahmenbedingungen eingeführt, die vor dem KVG kaum bestanden (z.B. Qualitätssicherung, Leistungserfassung, Ausbildungsstandards). Die Spitex

unterlag vor Einführung des KVG teilweise noch anderen Klassifizierungen (z.B. der Sozialpolitik und des Sozialwesens).

Entsteht auf Grund der tarifpolitischen Situation ein Druck, dass entsprechende HWS-Leistungen als KVG-Pflichtleistungen definiert werden? In der Untersuchung wurde ersichtlich, dass KlientInnen mit psychischen und sozialen Auffälligkeiten ein aktuelles Thema in der Spitex sind. Erbrachte Leistungen werden hier als psychiatrische KLV-Pflichtleistungen definiert. Dies ist im Sinn des KVG. Die psychiatrische Pflichtleistungen sind im Gegensatz zu den anderen Pflichtleistungen nicht näher definiert. Deren Interpretation ist dem Spitex-Personal resp. der Ärzteschaft überlassen. Wie gross der Anteil der so definierten Leistungen ist und als KLV-psychiatrische Grundpflege deklariert wird, können weder Spitex-Organisationen noch Krankenversicherer beantworten. Aus fachlicher Sicht ist es zu begrüssen, dass psychische Erkrankungen den somatischen gleichgesetzt werden. Erforderlich wäre aber eine vermehrte Verständigung und eine einheitlichere Praxis, was als psychiatrische Pflege gilt. Abgesehen von der Medikalisierung, die durch die psychiatrische Pflege in der Praxis passiert, hat die vorliegende Untersuchung hingegen keine Belege ergeben, dass in der täglichen Spitex-Praxis HWS-Leistungen zu KLV-Leistungen uminterpretiert werden. Das Spitex-Personal arbeitet gemäss den Vorgaben korrekt. HWS-Leistungen werden den „regulären" KlientInnen entsprechend verrechnet. Die Hypothese 1 wird demnach nur teilweise bestätigt. Eine Medikalisierung passiert aber auf der Metaebene, in dem Spitex eine „medizinische Vergesellschaftung" erfahren hat und in die Bearbeitungskompetenz des Gesundheitswesens überführt worden ist.

3.2. Entsteht durch das veränderte Finanzierungssystem der Spitex eine Nachfrageverschiebung?

Hypothese 2 hat vertreten, dass durch den Wegfall von freiwilligen Krankenkassenleistungen an hauswirtschaftliche Leistungen diese zu den teuersten geworden sind und deshalb die Gefahr besteht, dass die Attraktivität der Spitex darunter leidet. Als Konsequenz ergebe sich eine Verschiebung in der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich. Was hat die Untersuchung hier herausgefunden?

Es finden sich kaum Belege, dass die Spitex durch das veränderte Finanzierungssystem weniger attraktiv geworden ist und eine systematische Verschiebung der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich stattfindet. Zwar haben die meisten ExpertInnen den Eindruck, dass

Übertritte in Heime steigend sind. Sie führen das aber eher auf die demographische Entwicklung zurück und nicht auf die mangelnde Attraktivität der Spitex. Die Spitex-Organisationen verfügen auch hier über keine Statistik. Bei der Untersuchung tritt aber ein anderes interessantes Phänomen in Erscheinung. Die Angehörigen der Spitex-KlientInnen scheinen eine weit zentralere Rolle in der Frage der Nachfrageverschiebung zu spielen. Vielfach organisieren Angehörige Spitex-Leistungen für die alten Menschen. Diese Entscheidung basiert auf ihrer eigenen Einschätzung der Situation und sie bestimmen in der Regel auch den Zeitpunkt der Intervention. Die Angehörigen definieren auch, welche Situation ambulant zu verkraften ist, da ja neben der Leistungsbereitschaft der Spitex in vielen Fällen auch ihre Kooperation erforderlich ist. Das Spitex-Personal spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Es steht in Kontakt mit den Angehörigen und es definiert mit, wann die Grenze der Leistungserbringung erreicht ist. Dabei spielen verschiedene Aspekte in dieser Definition mit (z.B. Arbeitskapazität, Verhalten der KlientInnen, Einschätzung der Situation auf Grund des eigenen professionellen Verständnisses). Die Rolle, die die Angehörigen und Bezugspersonen spielen, erscheint uns in der Frage einer allfälligen Verschiebung der Nachfrage vom ambulanten zum stationären Bereich bedeutend relevanter zu sein, als die Tatsache, dass die HWS-Leistungen teurer sind und dies die Spitex weniger attraktiv macht. Die beiden Gruppen – Angehörige und Personal – haben die stärkste Definitionsmacht, ob ein Verbleiben in der eigenen Umgebung möglich ist. Die 2. Hypothese wird somit widerlegt.

4. Schlussfolgerungen

Wir nehmen vorweg: Die Spitex erledigt einen wichtigen Auftrag. Folgende Frage stellt sich trotzdem: Hat das KVG mit dem aktuellen Finanzierungssystem der Pflege zu Hause ein adäquates Instrument bereitgestellt? Wir stellen fest, dass trotz der Verschiebung der Nachfrage nach Leistungen (KLV- mehr, HWS-Leistungen weniger) die Zahl der Spitex-KlientInnen trotz der demographischen Entwicklung in den letzten Jahren eher stagniert. Wie ist die beachtliche Ausweitung bei den Pflegeleistungen zu verstehen? Wie ist die Chance, dass alte Menschen länger in der gewohnten Umgebung bleiben können? Es ist fachlich unbestritten, dass ein möglichst langes Verweilen zu Hause ein umfassendes Packet von Leistungen bedarf: Pflegeleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen, die auch die Ernährung und Hygiene betreffen, soziale Leistungen, Kommunikation etc. Die aktuelle Situation zeichnet sich

dadurch aus, dass ein Anreiz besteht Pflegeleistungen zu konsumieren und aus tarifpolitischen Gründen HWS-Leistungen zu reduzieren, da sie die KlientInnen als teuer empfinden. Die Wirkungsanalyse eines Teilaspekts des KVG, die in der Umsetzung in der Praxis der Spitex vor Ort vorgenommen wurde, hat starke Zweifel an der Wirkung dieses Instruments ergeben, sofern es das gesellschaftliche Ziel sein soll, dass alte Menschen auf ihren Wunsch und mit Unterstützung der Spitex möglichst lange in der eigenen Umgebung bleiben können.

Was ist zu tun, um das Wirkungsdefizit dieses Instruments des KVG zu minimieren? Wir konzentrieren uns hier auf zwei Aspekte: 1. es muss eine neue Professionalisierungsdebatte in der Spitex stattfinden und 2. die KVG-Pflichtleistungen sind für betagte Personen zu erweitern.

4.1. Eine neue Professionalisierungsdebatte in der Spitex

Das Professionalisierungsverständnis in der Spitex sollte ausgeweitet werden durch den Einbezug von LaienmitarbeiterInnen, Angehörigen und Freiwilligen. All diese Gruppen erfüllen zwar unterschiedliche Funktionen in der Leistungserbringung der Spitex, sie sollen aber als gleichberechtigte AkteurInnen akzeptiert werden. Dieses Verständnis von Professionalisierung erfordert eine intensive Debatte innerhalb der Spitex. Eine solche Professionalisierungsdebatte ist kein Rückfall in die vorprofessionelle Zeit der Spitex, sondern ein Schritt nach vorne. Die Professionalisierungsdebatte soll neue Ressourcen systematisch fördern, und diese sollen den alten Menschen durch umfassendere Leistungserbringung zu einen längeren Verweilen in seiner Wohnung befähigen. Damit kann die Spitex ihren Wirkungsgrad erhöhen. Es ist unbestritten, dass der pflegerische, der hauswirtschaftliche und soziale Bereich der Spitex auch künftig von ausgebildeten Fachpersonen geführt werden soll. Die ausgebildeten Personen in den Bereichen Pflege und Hauswirtschaft übernehmen eine „Supervisionsfunktion“, sie üben ein professionelles „Casemanagement“ aus, indem sie das Netzwerk verstärken und indem sie die erwähnten AkteurInnen befähigen, ihrer wichtigen Rollen adäquat auszuüben. Diese Personen sind bereit, Leistungen auf einer kontinuierlichen Basis zu erbringen und werden allenfalls auch entlöhnt. Es mag eingewendet werden, dass durch diese Ausweitung, vor allem im Bereich der Pflege, das Professionalisierungsniveau der Spitex sinke. Wir halten diesem Argument entgegen, dass die Einschätzungen der KlientInnen sich nicht mit denjenigen der Professionellen zu decken braucht. Für die KlientInnen ist eine gute

Beziehung zu den MitarbeiterInnen wichtig; sie wollen, dass die Aufträge in einer respektvollen Art ausgeführt und ihrem gesundheitlichen und sozialen Zustand gerecht werden. Dies scheint uns die zentrale Priorität zu sein. Dieses neue Professionalisierungsverständnis geht weit über die aktuelle Funktion der Spitex hinaus, die zunehmend zu einer Bearbeitungsinstanz des Gesundheitswesens geworden ist.

4.2. KVG-Pflichtleistungen für hochbetagte Personen erweitern

Damit ein Eintritt in ein Pflegeheim nicht stattfindet oder verzögert wird, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Das Spitex-Angebot muss ganzheitlich sein und kostenmässig einen Anreiz bieten, damit KlientInnen und ihre Angehörigen sich für diese Option entscheiden. Wenn die Beziehung Spitex zum Heim angesprochen wird, so betrifft das vorwiegend die Zielgruppe der 80 jährigen und älteren Menschen. Hier sollte im Verständnis des KVG der Gesundheitsbegriff erweitert werden und Aspekte der Ernährung und der Hygiene, die zum Bereich Hauswirtschaft gehören, integriert werden. Wenn der Nachweis erbracht wird, dass eine hohe Chance besteht, einen Eintritt in ein Pflegeheim zu vermeiden und dies im Einvernehmen mit den KlientInnen passiert, müssten die KVG-pflichtigen Leistungen um die erwähnten Elemente bedarfsgerecht erweitert werden. Kombiniert man beide Vorschläge, die Lancierung einer neuen Professionalisierungsdebatte in der Spitex und die Erweiterung der KVG-Pflichtleistungen für eine definierte Zielgruppe, so ergeben sich neue Perspektiven. Logischerweise stellt sich dann die Frage, ob damit ein weiterer Kostenanstieg für die Krankenversicherer verbunden ist. Kann durch ein umfassenderes Professionalisierungs-Verständnis der Spitex der Anstieg der KLV-Pflichtleistungen gebremst werden, indem dafür andere wichtige Leistungen erbracht werden?