Überall für alle
SPITEX
Schweiz

Angewandter Datenbeschrieb von HomeCareData: Die Versorgungsdaten der Spitex-Organisationen

Datum:	September 2026
Autorenschaft:	Aline Kurmann und Esther Bättig
Version:	1.1

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 2
Tabellenverzeichnis 2
1 Hintergrund/Einleitung 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Zielsetzung 4
2 Datenbeschrieb HomeCareData 5
2.1 Identifikation und Kontext 5
2.2 Inhalt und Struktur 5
2.3 Erhebung und Methodik 5
2.4 Verarbeitung und Qualität 6
2.5 Datenschutz, Ethik und Recht 6
2.6 Nutzung, Lizenz und Zitation 6
2.7 Versionierung und Reproduzierbarkeit 7
2.8 Limitationen und Risiken 7
2.9 Aufbewahrung und Langzeitarchiv 7
3 Deskriptive Analyse eines Anwendungsbeispiels 8
3.1 Einleitung 8
3.2 Datenbasis und Stichprobe 8
3.3 Methodisches Vorgehen 9
3.4 Ergebnisse 9
3.4.1 Hauptdiagnosegruppen 9
3.4.2 Analyse ausgewählter Indikatoren 9
3.5 Diskussion 13
4 Fazit 13
5 Literaturverzeichnis 14
Anhang 15
Anhang A: Bereiche und Beispielvariablen 15
Anhang B: HCD-Nutzung nach Mitgliedschaft 16
Anhang C: HCD-Nutzung nach Typologie 16

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Datenerfassung der Daten der ambulanten Pflege 6
Abbildung 2: Anzahl Klient:innen pro Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht..... 9
Abbildung 3: Vorhandensein informeller Unterstützung. 10
Abbildung 4: Überforderung von Angehörigen. 10
Abbildung 5: Eingesetztes Personal. 11
Abbildung 6: Vorhandensein technischer Unterstützung.....11
Abbildung 7: Inanspruchnahme von Medikamenten. 12
Abbildung 8: Mindestens ein Sturz in den letzten 30 Tagen. 12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kennzahlenvergleich HCD-Nutzer vs. Nicht-Nutzer (2024 (in* 1'000 Stunden)) 6
Tabelle 2: Homogenisierung der Stichprobe mittels Ausschlusskriterien 9
Tabelle 3: Hauptdiagnosegruppen inkl. Anzahl Total/Frauen/Männer..... 9
Tabelle 4:Bereiche und Variablen des HCD-Datenset 16
Tabelle 5: HCD-Nutzung nach Mitgliedschaft bei Spitex Schweiz.....16
Tabelle 6: HCD-Nutzung nach Trägerschaftstypologie 16

Überblick

Hintergrund: Spitex Schweiz ist der nationale Dachverband der Nonprofit-Spitex-Organisationen und engagiert sich für die Professionalisierung der ambulanten Pflege durch evidenzbasierte und datengestützte Steuerung. Eine zentrale Rolle spielt dabei das Assessment-Instrument *interRAI*, das eine ganzheitliche Bedarfsabklärung und davon abgeleitete Pflegeplanung ermöglicht. Um die Nutzung der erhobenen Routinedaten systematisch sicherzustellen, wurde 2016 *HomeCareData* (HCD) etabliert. Die Datenplattform bündelt standardisierte Assessments und schliesst damit eine wesentliche Lücke der amtlichen Spitex-Statistik. Heute dient HCD sowohl der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen wie der Erhebung von Qualitätsindikatoren (Art. 59a KVG) als auch der internen Qualitätsentwicklung, dem Benchmarking und der Versorgungsforschung.

Zielsetzung: Dieser Bericht verfolgt zwei Hauptziele: Erstens wird HCD als nationaler Datenpool systematisch beschrieben, einschliesslich seiner Struktur, Methodik, Qualitätssicherung und rechtlichen Rahmenbedingungen. Zweitens wird anhand einer exemplarischen deskriptiven Analyse aufgezeigt, wie HCD-Daten zur Untersuchung von Versorgungsunterschieden nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppe genutzt werden können.

Daten und Methoden: Die Analyse basiert auf 136’312 Bedarfsabklärungen, die am 23. April 2025 exportiert wurden. Nach klar definierten Einschluss- und Ausschlusskriterien wurde eine Stichprobe von 6’078 Erstassessments älterer Menschen ab 65 Jahren gebildet, die im häuslichen Umfeld leben und eine der vier Hauptdiagnosegruppen – muskuloskelettale, kardiovaskuläre, neurologische oder onkologische Erkrankungen – aufweisen. Die Untersuchung erfolgte rein deskriptiv mittels Häufigkeiten, Kreuztabellen und grafischen Darstellungen.

Ergebnisse: Die Auswertung zeigt deutliche Unterschiede nach Geschlecht und Krankheitsbild. Frauen erhielten häufiger informelle Unterstützung, während Angehörige von Männern überdurchschnittlich oft Überlastung angaben. Bei Krebserkrankungen wurde besonders häufig hochqualifiziertes Fachpersonal eingesetzt. Technische Hilfsmittel zur Notfallunterstützung waren in allen Gruppen verbreitet. Männer nahmen im Durchschnitt mehr Medikamente ein, insbesondere bei neurologischen Erkrankungen. Zudem traten Stürze in den letzten 30 Tagen vor allem bei muskuloskelettalen Erkrankungen gehäuft auf.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass HCD-Daten eine wertvolle Grundlage für die differenzierte Analyse der Versorgungssituation in der ambulanten Pflege darstellen. Unterschiede nach Geschlecht und Hauptdiagnosegruppe sind für die Planung und Steuerung von Unterstützungsleistungen hochrelevant. HCD trägt damit zur evidenzbasierten Qualitätsentwicklung bei und bietet zugleich ein wichtiges Instrument für Forschung und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.

1 Hintergrund/Einleitung

1.1 Ausgangslage

Spitex Schweiz ist der nationale Dachverband der Nonprofit-Organisationen, die in der ganzen Schweiz Pflege und Unterstützung zu Hause erbringen. Als Branchenorganisation unterstützt sie ihre Mitglieder nicht nur politisch und strategisch, sondern stellt ihnen auch fundierte Grundlagen für die betriebliche und fachliche Weiterentwicklung zur Verfügung. Dazu gehören praxisrelevante Instrumente wie das Finanzmanual, Studien zu gesundheitsökonomischen Fragen (z. B. Polynomics) sowie vor allem die systematische Einführung standardisierter Assessments mit interRAI.

Das Ziel von Spitex Schweiz ist die Professionalisierung der ambulanten Pflege durch eine evidenzbasierte und datengestützte Steuerung. Eine Schlüsselrolle nimmt dabei das international etablierte Assessment-Instrument interRAI ein, das eine personenzentrierte und ganzheitliche Pflege- und Betreuungsplanung ermöglicht. Im Vordergrund stehen die Erfassung der Funktionsfähigkeit, der Gesundheitsressourcen und der Lebensqualität der betreuten Personen. Dank seines modularen Aufbaus eignet sich interRAI für die Versorgung von Menschen mit langfristigem Pflegebedarf ebenso wie für Akutsituationen oder für die Rehabilitationsphase nach einem Spitalaufenthalt (Morris et al., 2022).

Um die Nutzung dieser klinischen Routinedaten systematisch zu sichern, wurde 2010 HomeCareData (HCD) initiiert. Das Pilotprojekt begann 2015, und ab 2016 ging es in den offiziellen Betrieb über. Die Plattform wird von Spitex Schweiz betrieben und technisch von SwissRDL an der Universität Bern unterstützt. HCD bündelt die Daten aus den interRAI-Assessments und stellt sie sowohl den teilnehmenden Spitex-Organisationen als auch – nach Genehmigung – der Forschung zur Verfügung (Spitex Schweiz, 2022). Damit schliesst HCD eine zentrale Lücke der amtlichen Spitex-Statistik, welche bislang keine klinischen Informationen enthält.

Die Bedeutung von HCD ist in den letzten Jahren weitergewachsen. Mit der Einführung von Artikel 59a KVG, der die systematische Erhebung medizinischer Qualitätsindikatoren vorsieht, eröffnen sich neue Möglichkeiten: Im Spitex-Bereich sollen diese Indikatoren künftig direkt aus den interRAI-Daten berechnet werden – ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand für die Organisationen. Damit erfüllt HCD eine doppelte Funktion: Einerseits stellt es die gesetzlich geforderte Datengrundlage zur Verfügung, andererseits dient es den Organisationen als praktisches Instrument für die interne Qualitätsentwicklung, das Benchmarking und die strategische Steuerung.

1.2 Zielsetzung

Der vorliegende anwendungsorientierte Datenbeschrieb verfolgt zwei zentrale Ziele:

Erstens wird der Datensatz HomeCareData systematisch beschrieben. Dies umfasst eine Darstellung seiner inhaltlichen Struktur, der methodischen Grundlagen sowie der Verfahren zur Erhebung, Verarbeitung und Qualitätssicherung. Die Übersicht richtet sich sowohl an Forschende und Fachpersonen, die an der Nutzung des Datensatzes für die Versorgungsforschung interessiert sind, als auch an Spitex-Organisationen, die HCD als Grundlage für eigene Fragestellungen und strategische Entscheidungen einsetzen möchten.

Zweitens wird anhand einer exemplarischen deskriptiven Analyse ein Anwendungsbeispiel illustriert. Dadurch wird gezeigt, wie sich aus den vorhandenen Daten konkrete Erkenntnisse zur Versorgungssituation ambulanter Patient:innen gewinnen lassen, die für Qualitätsentwicklung und gesundheitspolitische Diskussionen gleichermassen von Bedeutung sind.

2 Datenbeschrieb HomeCareData

2.1 Identifikation und Kontext

Der Datensatz trägt den Titel «HomeCareData (HCD) – Versorgungsdaten der Spitex-Organisationen Schweiz». Er ist ein nationaler Datenpool, in den Spitex-Organisationen seit 2016 standardisierte Assessments einspeisen. Ziel ist die datenbasierte Unterstützung des Qualitätsmanagements, der Versorgungsplanung, der wissenschaftlichen Forschung und der gesundheitspolitischen Analyse. HCD bildet damit eine zentrale Grundlage, um Pflegebedarfe, Leistungsumfänge und Personalressourcen im schweizerischen Kontext abzubilden und zu vergleichen.

Verantwortlich für den Betrieb ist Spitex Schweiz mit Sitz in Bern (Effingerstrasse 33, 3008 Bern, info@spitex.ch, www.homecaredata.ch). Die Finanzierung erfolgt über die interRAI-Lizenzgebühren sowie eine einmalige Aufschaltgebühr für Nicht-Mitglieder. Ein DOI ist bisher nicht registriert.

2.2 Inhalt und Struktur

Der HCD-Datensatz umfasst rund 330 Variablen, die in 19 Themenbereiche (A–S, Z) gegliedert sind (siehe Anhang A). Abgebildet werden administrative, demografische, klinische und psychosoziale Aspekte der Klient:innen. Er enthält Beobachtungen zu rund 340’000 Personen (Stand 2024) und wird von derzeit 237 Spitex-Organisationen (Juni 2025) regelmässig gespeist. Geografisch deckt der Datensatz die gesamte Schweiz ab.

Die Daten werden via Webservice übermittelt und können in standardisierten Formaten wie CSV, XML oder Excel exportiert werden. Der Transfer erfolgt automatisiert über eine Schnittstelle der Universität Bern. Für die interne Nutzung können die Organisationen ihre Daten auch mit Excel oder Analyseprogrammen wie R, Stata oder Python bearbeiten.

Wichtige Datenelemente sind die Stammdaten und Angaben (SDA), welche einen Fall eröffnen und erste Basisinformationen enthalten, die interRAI-Assessments (HC bzw. CMH) zur Erfassung somatischer oder psychiatrischer Pflegebedarfe, die Leistungsplanungsblätter (LPB) zur prospektiven Planung von Leistungen sowie die Entlassungsinformationen, die den Abschluss eines Falls dokumentieren und für spätere Wiederaufnahmen oder Qualitätsprüfungen wichtig sind. Alle Variablen sind über i-Codes eindeutig identifiziert; für länderspezifische Anpassungen werden CH-Codes verwendet.

2.3 Erhebung und Methodik

Die Daten stammen aus Primärerhebungen durch Pflegefachpersonen in den Spitex-Organisationen. Grundlage sind die Instrumente interRAI Home Care (HC) sowie interRAI Community Mental Health (CMH). Diese international standardisierten Instrumente dienen der strukturierten Bedarfsabklärung, der Planung von Interventionen sowie der Ergebnismessung (Hirdes, et al., 2022).

Ein Vergleich der Kennzahlen zeigt die Relevanz der HCD-Nutzung: Obwohl HCD-Nutzer nur rund ein Sechstel aller Organisationen ausmachen, betreuen sie gemeinsam die Hälfte aller Spitex-Klientinnen und -Klienten in der Schweiz und erbringen 44.6 % aller nach KVG verrechneten Pflege- und HWS-Leistungen. Die Daten für den Vergleich stammen von den BAG-Kennzahlen vom Jahr 2023. Aus der Analyse wurden Organisationen ausgeschlossen, welche keine typischen Spitex-Leistungen erbringen (Bsp. SRK, Pro Senectute, Lungenliga). Im Anhang B und C sind weitere Auswertungen zu der Repräsentativität zu finden.

Kennzahl	HCD Ja	HCD Nein	Total	Anteil HCD
Anzahl Klienten (Personen)	173’892	170’080	343’972	50.6%
Verrechnete Std. KVG/HWS *	12’020	14’904	26’925	44.6%
Gesamtes Personal	26’406	32’068	58’474	45.2%
VZÄ total	13’984	13’323	27’307	51.2%
Abklärung, Beratung, Koordination *	949	921	1’871	50.8%
Untersuchung, Behandlung *	3’559	3’228	6’787	52.4%

Kennzahl	HCD Ja	HCD Nein	Total	Anteil HCD
Grundpflege *	5’162	7’524	12’686	40.7%

Tabelle 1: Kennzahlenvergleich HCD-Nutzer vs. Nicht-Nutzer (2024 (in 1'000 Stunden))*

Die Datenerhebung erfolgt nach einem klaren Protokoll: Bei Eintritt wird ein Erstassessment durchgeführt, Wiederholungen erfolgen mindestens alle neun Monate oder anlassbezogen, zum Beispiel nach einem Spitalaustritt. Alle Fachpersonen, die die Assessments durchführen, sind verpflichtet, eine interRAI-Grundschulung bei einem von Spitex Schweiz anerkannten Anbieter zu absolvieren. Damit wird eine standardisierte und qualitativ gesicherte Durchführung gewährleistet.

2.4 Verarbeitung und Qualität

Der Datenfluss beginnt mit der Erhebung durch die Fachperson, gefolgt von der Eingabe in die lizenzierte interRAI-Software. Über eine definierte Schnittstelle der Universität Bern werden die Daten datenschutzkonform in den HCD-Pool übertragen. Dort erfolgt eine regelmässige Prüfung auf Vollständigkeit und formale Korrektheit. Assessments können nur abgeschlossen übermittelt werden, wenn sämtliche Pflichtfelder ausgefüllt sind.

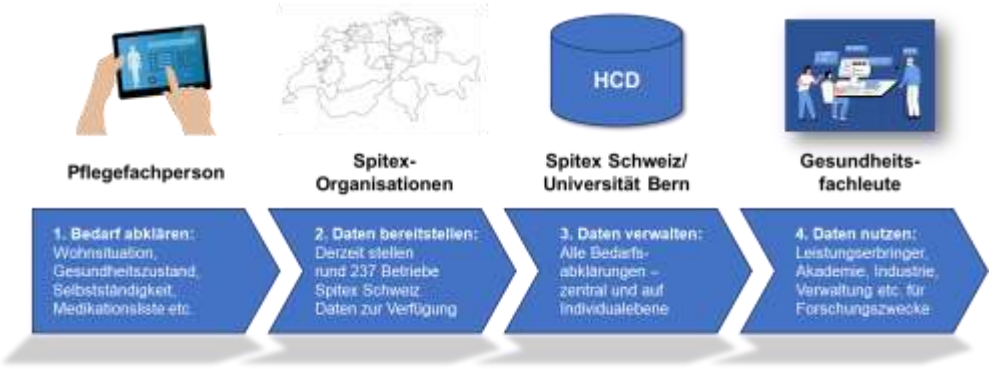


Abbildung 1. Datenerfassung der Daten der ambulanten Pflege

Inhaltlich werden Variablen durch Skalen (z. B. Depressions-Skala, ADL-Skala) oder Clinical Assessment Protocols (CAPs) verdichtet (Morris, et al., 2022). Fehlende Werte sind systematisch codiert und werden transparent ausgewiesen. Die Validität wurde unter anderem durch Analysen des Obsan bestätigt, das eine gute interne Kohärenz attestierte (Dutoit & Pellegrini, 2020).

2.5 Datenschutz, Ethik und Recht

Die Daten sind pseudonymisiert. Das bedeutet, dass Klientendaten zwar einer Organisation zuweisbar bleiben, jedoch keine direkten Personenidentifikatoren enthalten. Die Rohdaten verbleiben bei den Spitex-Organisationen; HomeCareData erhält nur pseudonymisierte Kopien.

Der Zugriff auf Daten ist streng geregelt: Jede Organisation hat ein passwortgeschütztes Login für ihre eigenen Daten sowie die Möglichkeit, aggregierte Vergleichsdaten auf Pool- oder Kantonsebene abzurufen. Kantonale Verbände können Einzeldaten nur mit schriftlicher Zustimmung der betreffenden Organisation einsehen. Dritte, beispielsweise Forschende, erhalten Zugang ausschliesslich nach einem formellen Gesuch, das eine Studienbeschreibung und ein Ethikvotum umfasst. Über solche Anträge entscheidet die Kommission interRAI & HomeCare-Data.

Rechtsgrundlage bildet das Datenschutzgesetz (DSG), die DSGVO sowie die kantonalen Datenschutzgesetze. Der Datenspeicherort ist an der Universität Bern angesiedelt.

2.6 Nutzung, Lizenz und Zitation

Die Daten stehen nicht unter einer offenen Lizenz. Sie dürfen nur von Spitex-Organisationen, den zuständigen Verbänden sowie bewilligten Dritten genutzt werden. Für die wissenschaftliche Verwendung wird folgende Zitationsweise empfohlen:

«Spitex Schweiz (2025): HomeCareData – Versorgungsdaten der Spitex-Organisationen Schweiz, Bern: Spitex Schweiz.»

Bei allen Veröffentlichungen von Daten aus HomeCareData oder von Auswertungen aufgrund solcher Daten ist die Datenregister (Universität Bern) zu nennen.

Nutzungseinschränkungen ergeben sich aus der Sensitivität der Daten. Insbesondere sind personenbezogene Gesundheitsdaten geschützt, weshalb Weitergaben oder Publikationen nur in vollständig anonymisierter Form erlaubt sind.

2.7 Versionierung und Reproduzierbarkeit

HomeCareData wurde 2013 pilotiert und 2016 in den Regelbetrieb überführt. Zwischen 2020 und 2021 erfolgte die Umstellung vom früheren RAI HC auf das interRAI HC, was zu einem Bruch in der zeitlichen Vergleichbarkeit führte. Seit 2023 steht der Datenpool allen Organisationen mit kantonaler Spitex-Bewilligung offen.

Die Datenübermittlung erfolgt monatlich über automatisierte Pipelines. Für die Analyse können gängige Softwareumgebungen wie Excel, R, Stata oder Python genutzt werden.

2.8 Limitationen und Risiken

Der Datensatz weist trotz seiner Stärken gewisse Einschränkungen auf. Da die Teilnahme am HCD freiwillig ist, besteht die Gefahr eines Selektionsbias. Der Datensatz ist daher nicht vollständig repräsentativ für die gesamte Schweiz. Der Wechsel von RAI HC auf interRAI HC erschwert zudem längsschnittliche Analysen über die Jahre 2020/21 hinweg. Outcome-Daten wie Hospitalisationen oder Mortalität ausserhalb des Spitex-Settings sind nicht enthalten. Auch subjektive Angaben zur Lebensqualität fehlen weitgehend.

2.9 Aufbewahrung und Langzeitarchiv

Die Daten werden dauerhaft im Datenregister der Universität Bern gespeichert. Organisationen, die HCD verlassen, hinterlassen ihre Daten in anonymisierter Form im Pool; bei Fusionen werden Datensätze zusammengeführt und historisiert. Backups und Sicherheitsmassnahmen liegen in der Verantwortung von Spitex Schweiz in Kooperation mit der Universität Bern. Die langfristige Archivierung ist gewährleistet.

3 Deskriptive Analyse eines Anwendungsbeispiels

3.1 Einleitung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, anhand eines konkreten Beispiels aufzuzeigen, wie Daten aus den HCD-Bedarfsabklärungen für deskriptive Analysen genutzt werden können. Dabei wird verdeutlicht, dass solche Auswertungen Hinweise auf mögliche Versorgungsunterschiede zwischen Geschlechtern und Hauptdiagnosegruppen liefern können.

3.2 Datenbasis und Stichprobe

Am 23. April 2025 wurden insgesamt 136’312 Bedarfsabklärungen exportiert. Für die deskriptive Analyse wurde die Grundgesamtheit jedoch auf 6’078 Fälle reduziert. Die Auswahl folgte klar definierten Kriterien, um eine homogene und aussagekräftige Stichprobe sicherzustellen.

Variablen und Ausschluss	Anzahl	Begründung
Alle Beurteilungen	136’312	
2024 → 2022 (n=5’247) → 2023 (n=39’331) → 2024 (n=68’430) → 2025 (n=23’304)	68’430 Ausschluss n=67’882	Die Zeitspanne vom 1. Januar 2024 – 31. Dezember 2024 wurde gewählt (Angabe, wann die Formulare kreiert wurde).
Erste Beurteilungen (Erstassessment) → Erstassessment (n=21'264) → Reassessment (n=40’857) → Signifikanter Statusveränderung (n=2’554) → Einsatzabbruch (n=2’344) → Wiedereintritts-Beurteilung (n=1’353) → Sonstige (n=58)	21’264 Ausschluss n=47’166	Nur die Erstbeurteilungen (Erstassessment) wurden herangezogen. So soll sichergestellt werden, dass sich alle untersuchten Personen möglichst am selben Zeitpunkt des Pflegeprozesses befinden – kurz nach der Erstaufnahme durch eine Spitex-Organisation.
Privathaus/Eigentums-/Mietwohnung/gemietetes Zimmer → Privathaushalt (n=20’594) → Integrierten Dienstleistungen (n=430) → Einrichtung für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (n=76) → Sonstiges (n=55) → Alters- und Pflegeheim (n=31) → Einrichtung geistiger Behinderung (n=28) → Wohngemeinschaft körperlicher Behinderung (n=19) → Rehabilitationsklinik/-abteilung (n=13) → Akutklinik/-abteilung (n=9) → Psychiatrische Klinik (n=4) → Justizvollzuganstalt (n=2) → Obdachlos (n=2) → Hospiz/Palliativstation (n=1)	20’594 Ausschluss n=670	Es wurden nur Personen in eigener Wohnung oder eigenem Haus einbezogen, da bei Wohnformen mit integrierten Leistungen ein abweichender Unterstützungsbedarf angenommen wird.
Alterskategorien → Unter 65 (n=2’395) → 65–69 (n=1’059) → 70–74 (n=1’534) → 75–79 (n=2’651) → 80–84 (n=4’010) → 85–89 (n=4’431) → 90–94 (n=3’339) → 95 oder älter (n=1’175)	18’199 Ausschluss unter 65 Jährige n=2’395	Es wurden ausschliesslich Personen ab 65 Jahren einbezogen; zur besseren Vergleichbarkeit erfolgte eine Einteilung in Altersgruppen.
Geschlecht → Divers (n=136) → Frau (n=10’765) → Mann (n=7’298)	18’063 Ausschluss Divers n=136	Personen ohne Geschlechtsangabe wurden ausgeschlossen, da Stand heute das Geschlecht eine zentrale demografische Variable darstellt und für die Analyse sowie den Vergleich zwischen Gruppen relevant ist.
Keine der zu untersuchenden Hauptdiagnosen als Hauptdiagnose	6’078	Personen, mit einer anderen Erkrankung als Hauptdiagnose

Variablen und Ausschluss	Anzahl	Begründung
→ keine Erkrankung als Hauptdiagnose (n=11'985) → Neurologische Erkrankungen (n=1'184) → Kardiovaskuläre Erkrankung (n=2'287) → Krebserkrankung (n=1'351) → Muskuloskelettale Erkrankungen (n=1'256)	Ausschluss n=11'985	wurden ausgeschlossen, damit die Hauptdiagnosegruppen erstellt werden konnten.

Tabelle 2: Homogenisierung der Stichprobe mittels Ausschlusskriterien

3.3 Methodisches Vorgehen

Die Analyse basiert auf rein deskriptiven statistischen Verfahren. Es wurden Häufigkeiten, Mittelwerte und prozentuale Verteilungen berechnet. Darüber hinaus kamen Kreuztabellen sowie grafische Darstellungen zum Einsatz, um Unterschiede zwischen Geschlechtern und Diagnosegruppen sichtbar zu machen. Komplexere inferenzstatistische Verfahren wurden bewusst nicht angewendet, da das Ziel ausschliesslich darin bestand, vorhandene Datenstrukturen und deren Nutzungsmöglichkeiten zu illustrieren.

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Hauptdiagnosegruppen

Für die deskriptive Analyse wurden vier Hauptdiagnosegruppen gebildet:

Indikation	Diagnostische Codes	Total	Frauen	Männer
Muskuloskelettale Erkrankungen	II1A (Hüftfraktur) II1B (Andere Frakturen)	1'256	992	264
Kardiovaskuläre Erkrankungen	II1K (Koronare Herzerkrankung) II1L (Herzinsuffizienz)	2'287	1'288	999
Neurologische Erkrankungen	II1H (Parkinson) II1C (Alzheimer) II1D (Andere demenzielle Erkrankungen) II1J (Zerebrovaskulärer Insult)	1'184	632	552
Krebserkrankungen	II1S	1'351	619	732

Tabelle 3: Hauptdiagnosegruppen inkl. Anzahl Total/Frauen/Männer

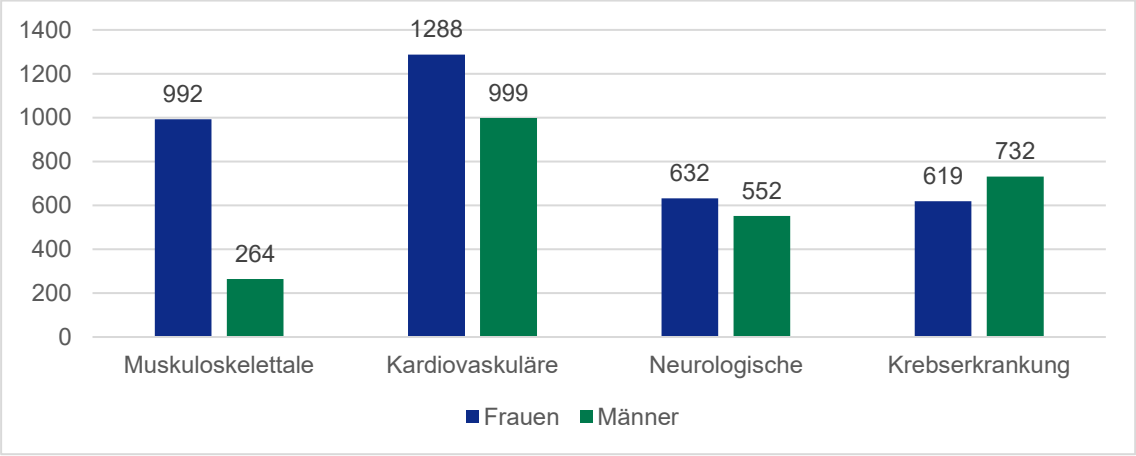


Abbildung 2: Anzahl Klient:innen pro Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht

3.4.2 Analyse ausgewählter Indikatoren

Nach Bildung der Hauptdiagnosegruppen wurden zentrale Indikatoren zur Versorgung älterer Menschen analysiert. Im Fokus standen Aspekte des Pflegebedarfs und der alltäglichen Unterstützung – darunter informelle Hilfe, formelle Pflege, technische Notfallhilfen sowie Medikamenteneinnahme. Diese Faktoren können Hinweise auf Unterschiede in der Versorgungssituation und deren Stabilität im häuslichen Umfeld liefern.

Wichtiger Hinweis:

Die vorliegende Analyse ist rein deskriptiv. Es wurden keine weiterführenden statistischen Verfahren angewendet. Ziel ist es einzig, aufzuzeigen, welche Daten vorhanden sind und welche

Nutzungsmöglichkeiten sich daraus ergeben könnten. Interpretationen oder vertiefte Analysen erfolgen nicht; diese wären in einem nächsten Schritt möglich und könnten dann gezielt interessante Fragestellungen beantworten.

Informelle Unterstützung

Die Variable «informelle Unterstützung» gibt Auskunft darüber, ob die zu pflegenden Personen bei der Alltagsbewältigung auf Angehörige, Bekannte oder Nachbar:innen zählen können. Diese Form der Hilfe hat einen hohen Stellenwert in der ambulanten Pflegeversorgung, da sie Pflegepersonen entlastet und den Verbleib in den eigenen vier Wänden oft erst ermöglicht.

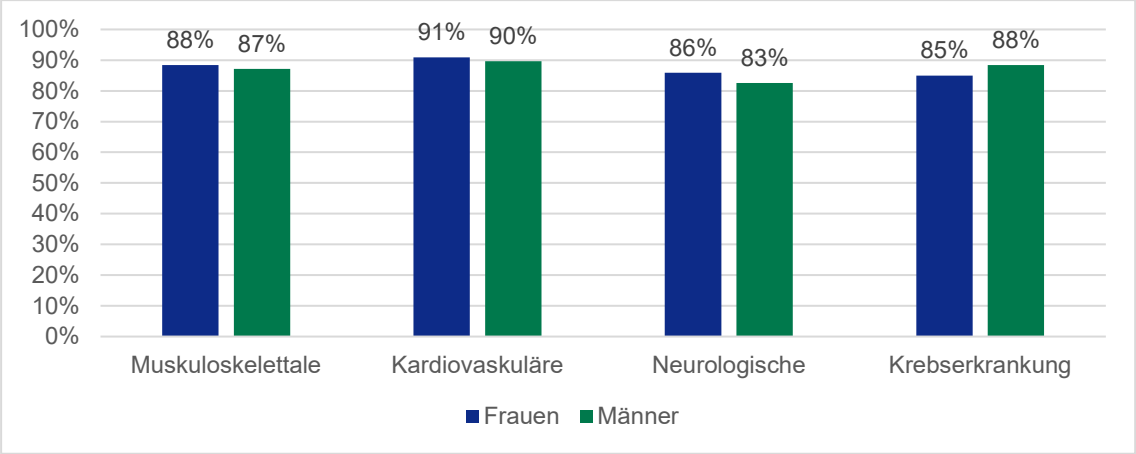


Abbildung 3: Vorhandensein informeller Unterstützung.

Die Mehrheit der Klient:innen wird informell unterstützt (83–91 %). Bei neurokognitiven Erkrankungen ist der Anteil leicht tiefer und bei den kardiovaskulären Erkrankungen ist bei beiden Geschlechtern der Anteil am höchsten. Abgesehen von den Krebserkrankungen ist der Anteil von informeller Unterstützung bei Frauen höher.

Familienangehörige oder Freunde sind mit der Krankheit der Person überfordert

Die Variable «Familie fühlt sich überfordert» (IF7D) gibt an, ob sich Familienangehörige oder nahestehende Personen mit der Pflegesituation emotional oder organisatorisch überfordert fühlen.

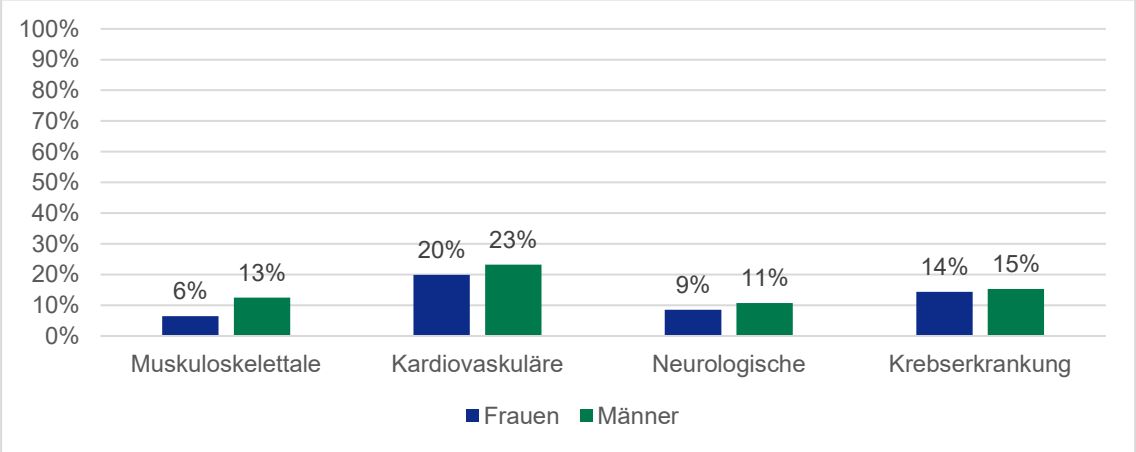


Abbildung 4: Überforderung von Angehörigen.

Angehörige von Personen mit kardiovaskulären Erkrankungen fühlen sich am häufigsten überfordert (20 resp. 23 %), gefolgt von Krebserkrankungen (14 resp.15 %). Ebenfalls zeigt sich das Angehörige, welche Männer pflegen, häufiger angeben sich überfordert zu fühlen.

Grade-Mix

Die Spitex-Organisationen setzen Pflegende mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau ein. Dabei wird zwischen folgenden Qualifikationsstufen unterschieden:

- Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe (CHN2B) (Bsp. diplomierte Pflegefachpersonen HF/FH)
- Pflegepersonen auf Sekundarstufe II (CHN2A) (Bsp. Fachpersonen Gesundheit (FaGe))
- Pflegehilfen ohne formale Ausbildung (CHN2C) (Bsp. Pflegehilfen SRK)

Der sogenannte «Grade-Mix» beschreibt den Anteil der eingesetzten Berufsgruppen in der direkten Pflege und wird durch mehrere Faktoren beeinflusst: den Pflegebedarf der Klient:innen, strukturelle Rahmenbedingungen, Vorgaben im Leistungsauftrag, den Arbeitsmarkt sowie die finanzielle Ausstattung der Organisation.

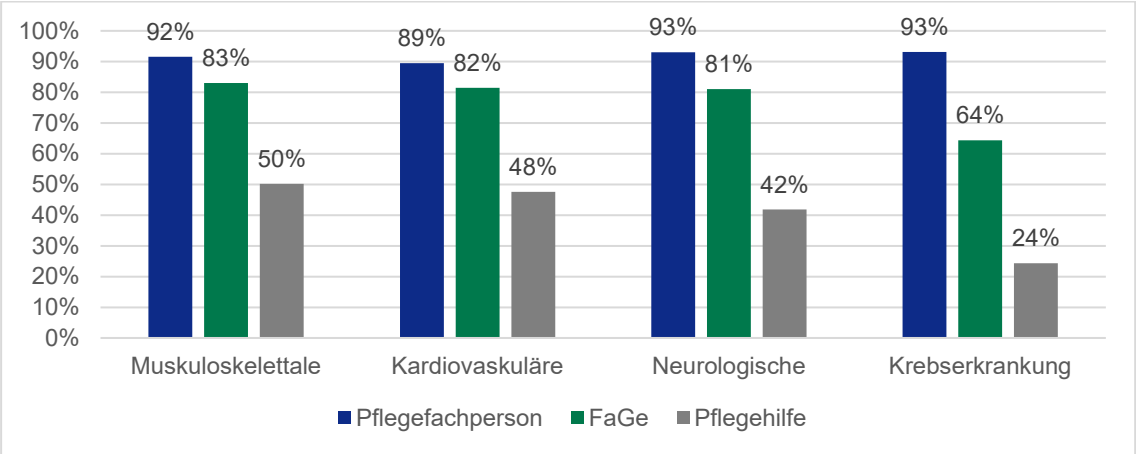


Abbildung 5: Eingesetztes Personal.

Pflegefachpersonen auf Tertiärstufen werden bei allen Hauptdiagnosen hochprozentig eingesetzt (89-93%). Bei den Pflegepersonen auf Sekundarstufe II sieht man unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten bei den Erkrankungen: während sie bei muskuloskelettalen Erkrankungen in 83% der Fälle eingesetzt werden, sind es bei den Krebserkrankungen noch 64%. Bei onkologischen Fällen ist der Anteil an Pflegehilfen am tiefsten (24 %), bei muskuloskelettalen Erkrankungen am höchsten (50 %).

Technische Unterstützung im Notfall

Die Variable «Unterstützung im Notfall» (iQ3A) erfasst, ob die betreute Person über ein technisches Hilfsmittel zur Notfallunterstützung verfügt – beispielsweise über ein Telefon mit Notrufknopf, ein Hausnotrufsystem oder ähnliche technische Vorrichtungen. Solche Systeme dienen der schnellen Alarmierung im Krisenfall und erhöhen die Sicherheit, insbesondere bei alleinlebenden oder sturzgefährdeten Personen.

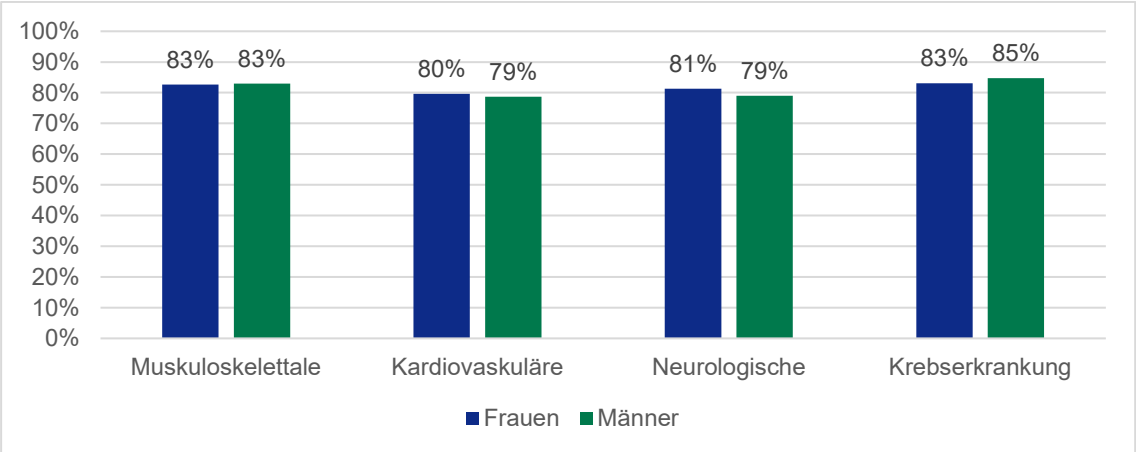


Abbildung 6: Vorhandensein technischer Unterstützung.

Die Abdeckung ist insgesamt hoch (79–85 %). Ebenfalls scheint die Verteilung zwischen den Geschlechtern gleich zu sein.

Inanspruchnahme von Medikamenten

Die Variable «Inanspruchnahme von Medikamenten» (iM14) erfasst die Anzahl der Medikamente – verschrieben und nicht verschrieben –, die in den drei Tagen vor der Bedarfsabklärung verabreicht und eingenommen wurden. Sie dient als Indikator für die Komplexität der Behandlung, das Vorliegen von Multimorbidität sowie den allgemeinen Gesundheitszustand der betreuten Person.

Die durchschnittliche Anzahl eingenommener Medikamente variiert deutlich je nach Hauptdiagnose und Geschlecht:

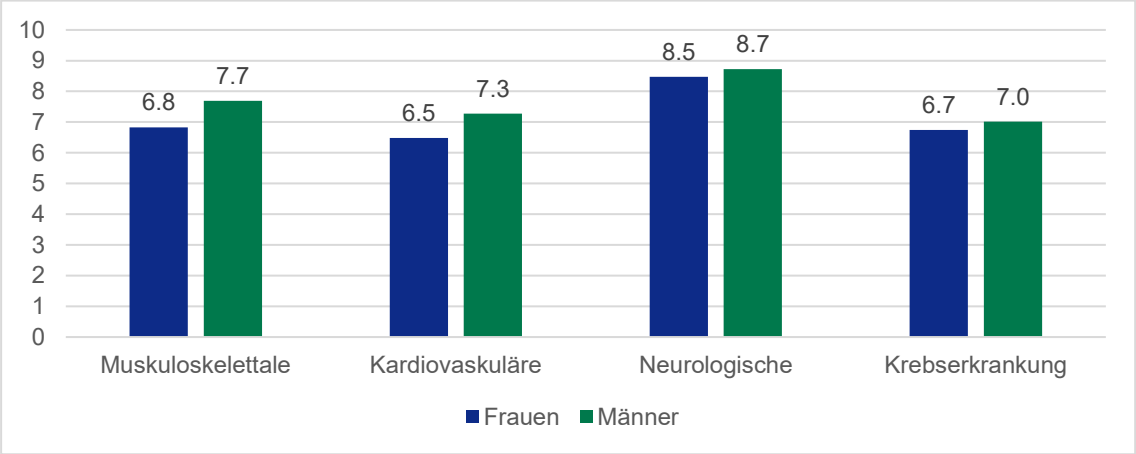


Abbildung 7: Inanspruchnahme von Medikamenten.

In allen Kategorien werden durchschnittlich über 6 Medikamente in den drei Tagen vor der Bedarfsabklärung eingenommen. Männer nehmen durchwegs mehr Medikamente ein. Höchstwerte bei neurokognitiven Erkrankungen (8.7 Medikamente bei Männern) und Tiefstwerte bei den onkologischen Erkrankungen (7 Medikamente bei den Männern).

Sturz in den letzten 30 Tagen

Die Variable «Sturz in den letzten 30 Tagen» (iJ1G) gibt Auskunft darüber, ob eine Person ein oder mehrere Sturzereignisse innerhalb der letzten 30 Tage vor der Bedarfsabklärung erlebt hat.

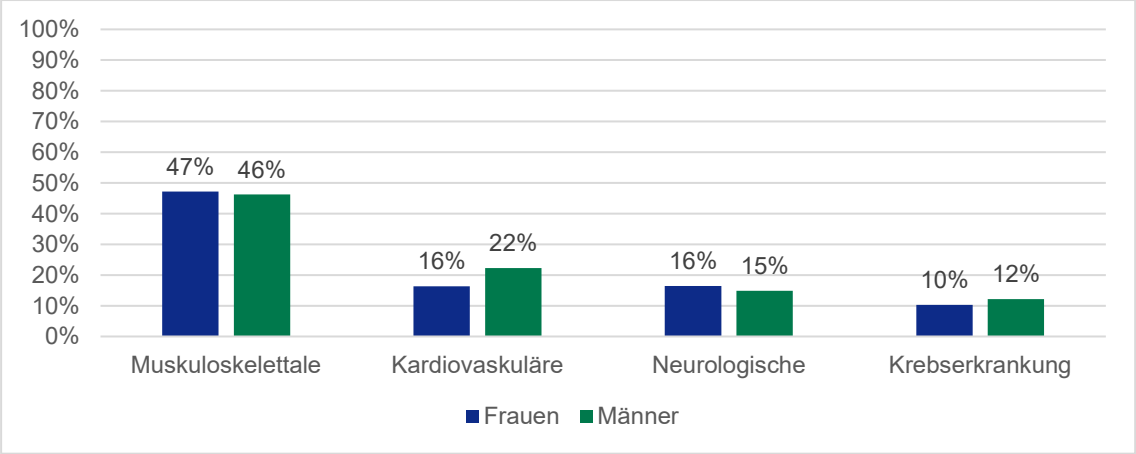


Abbildung 8: Mindestens ein Sturz in den letzten 30 Tagen.

Die höchste Sturzraten ist bei den muskuloskelettalen Erkrankungen (47 %). Ebenfalls zeigt sich eine höhere Prävalenz bei der Hauptdiagnosegruppe der kardiovaskulären Erkrankungen

bei den Männern. Die deskriptive Auswertung zeigt, dass in allen Hauptdiagnosegruppen bei mindestens 10% der Klient:innen einen Sturz in den letzten 30 Tagen erlebt haben.

3.5 Diskussion

Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Versorgungslage älterer Menschen stark nach Krankheitsbild und Geschlecht unterscheidet. Frauen profitieren häufiger von informeller Unterstützung, während Angehörige von Männern häufiger über Überlastung berichten. Bei Krebserkrankungen wird ein vergleichsweise hoher Anteil an qualifiziertem Fachpersonal eingesetzt. Technische Hilfsmittel sind weit verbreitet, was die Bedeutung präventiver Massnahmen für die Sicherheit im häuslichen Umfeld unterstreicht. Auffällig ist auch, dass Männer im Durchschnitt mehr Medikamente einnehmen als Frauen.

Die Analyse zeigt, dass Frakturen oft mit Sturzereignissen verknüpft sind, was die Relevanz von Sturzprophylaxe belegt. Insgesamt wird deutlich, dass die Kombination aus medizinischen, funktionalen und psychosozialen Daten differenzierte Einblicke in individuelle Versorgungslagen ermöglicht und Grundlage für gezielte Interventionen bieten kann.

4 Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass HCD-Daten eine wertvolle Basis für die Analyse von Versorgungsunterschieden bilden. Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, wie stark Versorgungslagen vom Geschlecht und der Hauptdiagnose abhängen. Für die bedarfsgerechte Planung ambulanter Unterstützungsleistungen ist eine differenzierte Betrachtung dieser Faktoren unerlässlich. Die Analysen legen nahe, dass evidenzbasierte Entscheidungen in der Spitex-Pflege durch eine systematische Nutzung dieser Daten substanziell verbessert werden können.

5 Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit BAG. (22. 04 2024). *Krankenpflege und Hilfe zu Hause: Kennzahlen 2022*. Von https://www.bag.admin.ch/de/krankenpflege-und-hilfe-zu-hause-kennzahlen abgerufen

Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2020). Pflege zu Hause: neue Daten. (S. G. (Obsan), Hrsg.) *Obsan Bulltin, 1/2020*. Von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2020-01_d.pdf abgerufen

Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Rabinowitz, T., Fries, B., Morris, I., Ikegami, N., . . . Ljunggren, G. (2022). *interRAI Community Mental Health Schweiz (interRAI CMHschweiz) Bedarfsabklärungsinstrument und Handbuch.* Washington, DC: interRAI.

Morris, J., Fries, B., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, G., . . . Berg, K. (2022). *interRAI Home Care Schweiz (interRAI HCschweiz) Bedarfsabklärungsinstrument und Handbuch. Deutschsprachige Ausgabe für die Schweiz.* Washington, DC: interRAI.

Spitex Schweiz. (2022). *Reglement HomeCareData.* Von https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/HCD/Reglement_HomeCareData.pdf abgerufen

Anhang

Anhang A: Bereiche und Beispielvariablen

Bereich	Variable	Datentyp
Bereich A: Administrative Daten und Beurteilungsgrund	• Geschlecht • Geburtsjahr • Zivilstand • Beurteilungsgrund • Wohnsituation • Form des Zusammenlebens • Zeit seit dem letzten Spitalaufenthalt	• Nominal 1-3 • Metrisch • Nominal 1-4 • Nominal 1-7 • Nominal 1-13 • Nominal 1-8 • Ordinal 0-5
Bereich B: Aufnahme und Vorgeschichte	• Staatsangehörigkeit • Wohn-Vorgeschichte in den letzten fünf Jahre	• Nominal + Freitext • Kodierung a-e
Bereich C: Kognitive Fähigkeiten	• Kurzzeitgedächtnis • Situatives Gedächtnis • Tagesschwankungen kognitiver Fähigkeiten	• Ordinal binär • Ordinal binär • Ordinal 0-2
Bereich D: Kommunikation und Sehen	• Inhaltliche Ausdrucksfähigkeit, verbal und nonverbal • Sehen – Bei angemessener Beleuchtung, falls nötig mit Sehhilfen	• Ordinal 0-4
Bereich E: Stimmungslage und Verhalten	• Macht negative Äusserungen zum Lebenssinn • Sorgt sich wiederholt um die eigene Gesundheit	• Ordinal 0-3
Bereich F: Psychosoziales Wohlbefinden	• Fürchtet sich vor Familienangehörigen oder nahen Bezugsperson(en) • Dauer des Alleinseins während des Tages (Morgen und Nachmittag)	• Ordinal 0-8
Bereich G: Körperliche Funktionsfähigkeiten	• Effektive IADL-Leistung und vermutete Leistungsfähigkeit • Leistungsfähigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens: BADL-Leistungen	• Ordinal 0-8
Bereich H: Kontinenz	• Blasenkontinenz • Darmkontinenz	• Ordinal 0-8
Beriech I: Medizinische Diagnosen	• Muskuloskelettale Erkrankungen • Herz-/Lungenerkrankungen	• Ordinal 0-3
Bereich J: Gesundheitszustand	• Stürze • Gleichgewicht • Schlafprobleme • Tabakkonsum • Alkoholkonsum	• Ordinal 0-2 • Ordinal 0-4 • Ordinal 0-4 • Ordinal 0-2 • Ordinal 0-3
Bereich K: Mund- Ernährungsstatus	• Grösse und Gewicht • Ernährungsform	• Metrisch • Ordinal Binär
Bereich L: Zustand der Haut	• Frühere Dekubiti • Fussprobleme	• Nominal Binäre • Ordinal 0-4
Bereich M: Medikamente	• Anzahl Medikamente • Medikamentenallergien	• Metrisch • Ordinal binär
Bereich N: Behandlungen	• Chemotherapie • Sauerstofftherapie • Formelles Hilfsnetz, z.B. Pflegefachperson	• Ordinal 0-3 • Ordinal 0-3 • Nominal binär, a-j
Bereich O: Verantwortungen, Verfügungen	• Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag	• Nominal binär
Bereich P: Informelle Unterstützung	• Anzahl informelle Helfer • Situation der Hilfsperson	• Metrisch • Ordinal binär, a-c
Bereich Q: Wohnumgebungsabklärung	• Lebt in einer behindertengerechten Wohnung • Finanzen	• Nominal binär • Nominal binär
Bereich R: Entlassungsaussichten	• Signifikante Veränderung der Selbstständigkeit	• Ordinal 0-2
Bereich S: Assessment-Informationen	*Unterschriften, wer mit dem Instrument evaluiert hat und wer die Dokumentation abschliesset*	

Bereich	Variable	Datentyp
Bereich Z: Entlassung	• Letzter Tag der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Spitex • Entlassung nach, z.B. Akutklinik, Pflegeheim, Hospiz	• Metrisch • Nominal 1-14

Tabelle 4:Bereiche und Variablen des HCD-Datenset

Anhang B: HCD-Nutzung nach Mitgliedschaft

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der erfassten Organisationen nach HCD-Nutzung und Mitgliedschaft bei Spitex Schweiz, basierend auf den BAG-Kennzahlen von 2023. Von insgesamt 1’254 registrierten Organisationen nutzen 244 das HCD, davon sind 202 Mitglieder von Spitex Schweiz. Die höhere Zahl an HCD-Nutzenden erklärt sich dadurch, dass in der BAG-Tabelle einzelne Organisationen mehrfach aufgeführt sind.

HCD	Mitglied	Nicht-Mitglied	Total
Nutzer	202	42	244
Nicht-Nutzer	154	796	950
Nicht einteilbar	19	41	60
Total	**375**	**879**	**1254**

Tabelle 5: HCD-Nutzung nach Mitgliedschaft bei Spitex Schweiz

Anhang C: HCD-Nutzung nach Typologie

Auch die Trägerschaft der Organisationen wurde erfasst. Tabelle 2 zeigt, dass der HCD-Datenpool zu 91% aus gemeinnützigen Organisationen gespeist wird. 22 erwerbswirtschaftlich ausgerichtete Organisationen sind Teil von HCD. 60 wurden von der Analyse ausgeschlossen, da sie nicht als typische Spitex Organisation gelten (Bsp. Lungenliga, Krebsliga etc.)

HCD	Erwerbswirtschaftlich	Gemeinnützig	Total
Nutzer	22	222	244
Nicht-Nutzer	655	295	950
Nicht einteilbar	0	60	60
Total	**677**	**577**	**1254**

Tabelle 6: HCD-Nutzung nach Trägerschaftstypologie