

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZIA) – Evaluation der Umsetzungsphase 2008-2010

Schlussbericht

Im Auftrag
der Pro Senectute Kanton Bern

Theres Egger, Kilian Künzi, Thomas Oesch
unter Mitarbeit von Nora Julien

Bern, November 2010

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	IV
Einleitung	1
Teil I: Hintergrund der Evaluation und Vorgehen	1
1 Ausgangslage und Auftrag	1
1.1 Zweck und Fragestellungen der Evaluation	1
1.2 Methodisches Vorgehen	2
2 Das Projekt «Zwäg ins Alter» (ZIA)	3
2.1 Ziele des Projekts	3
2.2 Projektorganisation und -finanzierung	3
2.3 Projektverlauf 2008-2010	5
2.4 Übersicht über die Projektelemente und das Verfahren	5
2.5 Qualitätssicherung und -entwicklung	12
Teil II: Ergebnisse der Analysen und Erhebungen	14
3 Das Projekt «Zwäg ins Alter» in Zahlen	14
3.1 Zur Datengrundlage	14
3.2 Einschluss der Hausärzt/innen	14
3.3 Gesundheits-Profil Verfahren	15
3.4 Individuelle Beratung / präventive Hausbesuche	17
3.5 Gruppenkurs / Kursevaluation	18
3.6 Personal und Projektkosten	21
4 Befragung der Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen	23
4.1 Methodisches Vorgehen	23
4.2 Charakterisierung der Teilnehmenden	24
4.3 Teilnahmegründe	25
4.4 Beratungsstruktur	26
4.5 Beratungssituation und Beratungsperson	27
4.6 Empfehlungen und Umsetzbarkeit der Empfehlungen	27
4.7 Ergebnisse der Hausbesuche	28

4.8	Allgemeine Zufriedenheit und Nutzen der Beratung	30
5	Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte der Projektregionen	32
5.1	Methodisches Vorgehen und Datengrundlage	32
5.2	Bekanntheitsgrad ZIA, Informationsstand und vertiefte thematische Auseinandersetzung	33
5.3	Handhabung und Verwendung Gesundheits-Profil Fragebogen / Gesundheitsbericht	34
5.4	Zusammenarbeit und Kommunikation	35
5.5	Beurteilung des Projekts ZIA und seiner einzelnen Elemente	36
5.6	Beurteilung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten	37
5.7	Vergleich mit den Befragungen in den Projekten Solothurn und Basel-Landschaft	42
6	Perspektive der Projektbeteiligten	44
6.1	Erfahrungen und Einschätzungen zu den Organisationsmodellen	44
6.2	Rekrutierungs- und Triageverfahren	50
6.3	Einbezug und Rolle der Hausärzte	52
6.4	Präventive Hausbesuche	56
6.5	Gruppenkurs	62
6.6	Bilanz und Ausblick	62
7	Kosten und Nutzen	64
7.1	Gesundheitsförderung im Alter – Literaturübersicht zu Kosten-Nutzen-Analysen	64
7.2	Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Projekt ZIA	74
Teil III: Synthese und Schlussfolgerungen		83
8	Beantwortung der Fragestellungen	83
8.1	Projektstruktur und Organisation	83
8.2	Rekrutierung und Zielgruppenerreichung, Triage zu den Beratungsangeboten	88
8.3	Einbezug und Rolle der Hausärzt/innen	90
8.4	Präventive Hausbesuche	95
8.5	Gruppenkursangebot	98
8.6	Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	100
9	Schlussfolgerungen und Gesamtbeurteilung	101
9.1	Beurteilung der Organisation des Projekts	101
9.2	Das Projekt ZIA in der Umsetzung	102
9.3	Resultate des Projekts ZIA	104
9.4	Wie sind Kosten und Nutzen zu beurteilen?	105
	Ausblick	106

Anhang	107
10 Literaturverzeichnis	107
11 Liste der Evaluationsfragestellungen und Informationsgrundlagen	111
12 Interviewpartner/innen	114
13 Erhebungsinstrumente	114

Zusammenfassung

Die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit und der Gesundheit im Alter sind für den Kanton Bern ein wichtiges alterspolitisches Anliegen. Vor diesem Hintergrund unterstützt der Kanton das **Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZIA)**. Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons (GEF) hat die Pro Senectute Kanton Bern 2008 die Trägerschaft der bestehenden **Pilotprojekte** in **Lyss** (2005-07), **Thun** (2005-07) und **Oberaargau** (2006-08) übernommen und Ende 2008 in der **Stadt Bern** ein viertes Projekt gestartet. Der Kanton Bern beteiligte sich in den Jahren 2008-2010 mit einem Gesamtbetrag von rund 2 Mio. Franken an den Kosten von ZIA.

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der **externen Evaluation der Umsetzungsphase 2008-2010**, die im Auftrag der Pro Senectute Kanton Bern durch das unabhängige Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS durchgeführt wurde.

Auftrag und Vorgehen der Evaluation

Die externe Evaluation soll im Sinne einer Rechenschaftslegung die Aktivitäten und die Resultate des Projekts ZIA in der Umsetzungsphase 2008-2010 beschreiben und bewerten. Durch die Untersuchung der Organisationsstrukturen, der Ausgestaltung des Vorgehens, der Leistungen und der Wirkungen des Projekts sollen Entscheidungshilfen für die mittel- und langfristige Planung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter bereitgestellt werden. Erwartet werden zudem Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten.

Die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen und die Bewertung stützt sich auf verschiedene Erhebungen und Analysen. Im 2. Quartal 2010 wurde eine **schriftliche Befragung bei den Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen** durchgeführt, die seit Sommer 2008 mindestens einen Hausbesuch erhalten haben. 128 Senior/innen haben an der Befragung teilgenommen bzw. teilnehmen können (Rücklauf: 56 Prozent). Parallel dazu erfolgte eine **schriftliche Befragung der Hausärzt/innen** in den Projektregionen, an der sich 66 Hausärzt/innen beteiligten (Rücklauf: 20 Prozent). Die Erfahrungen und Einschätzungen der **Projektbeteiligten** (Projektleitung, Umsetzungsverantwortliche, Geriatrie Universität Bern, begleitender Facharzt) wurden in (persönlichen) **Interviews** erhoben. Mit den **Gesundheitsberaterinnen** der vier Projektregionen wurden **Gruppengespräche** durchgeführt. Weitere Grundlagen wurden durch die **Auswertung von Projektdaten** sowie von **Projektdokumenten** geschaffen. Im Rahmen einer **Literaturanalyse** wurden Erkenntnisse zu Kosten und Nutzen von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zusammengestellt.

Der **Evaluationsbericht** enthält drei Teile. Im ersten Teil werden das Projekt ZIA und die Projektentwicklung 2008-2010 näher vorgestellt sowie Evaluationsauftrag und Vorgehen erläutert. Der zweite Teil stellt in ausführlicher Form die Ergebnisse der einzelnen Befragungen und Analysen vor. Im dritten Teil werden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen und Analysen zusammengeführt, die Evaluationsfragestellungen beantwortet und Schlussfolgerungen gezogen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation zusammenfassend präsentiert.

Das Projekt «Zwäg ins Alter» im Überblick

Mit dem Projekt ZIA wird das **übergeordnete Ziel** verfolgt, die selbständige Lebensführung älterer Menschen in der vertrauten Umgebung sowie ihre Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten und zu fördern und somit das Risiko einer Pflegebedürftigkeit zu reduzieren oder zu verzögern (Outcome). Die Investition in Gesundheitsförderung und Prävention soll mithelfen, neue zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit

der demografischen Entwicklung zu verhindern oder zu reduzieren. Es soll ein Beitrag dazu geleistet werden, damit im Kanton Bern die Zahl der Heimplätze in Zukunft nur moderat ausgebaut werden müssen resp. mittelfristig stabil bleiben (Impact).

Im Kanton Bern wird das so genannte **Gesundheits-Profil Verfahren** der Geriatrie Universität Bern mit einem umfassenden Fragebogen und einem persönlichen Gesundheitsbericht für Menschen ab 65 Jahren sowie einer Dokumentation zuhanden der Hausarztpraxen eingesetzt. Kernelemente sind zudem ein **Gruppenkursangebot** («Älter werden – Gesund und selbständig bleiben») für 65- bis 69-jährige Senior/innen und individuelle Beratung in Form von **präventiven Hausbesuchen**, ergänzt durch telefonische Beratung für Teilnehmende ab 70 Jahren. Weitere Bestandteile des Projekts sind der Einbezug der Hausärzt/innen und die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen sowie die allgemeine Sensibilisierung für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter im Rahmen von themenbezogenen Veranstaltungen. Letztere haben in der Umsetzungsphase 2008-2010 zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Die **Umsetzungsphase 2008-2010** ist geprägt durch eine Aufbauphase im Jahr 2008, in der primär der Aufbau einer Gesamtprojektstruktur, die Koordination der unterschiedlichen Vorgehensweisen sowie der Aufbau des Projekts in der Stadt Bern im Zentrum standen. Ab Herbst 2008 wurde das Projekt in allen Regionen nach einheitlichem Vorgehen durchgeführt. In den Jahren 2009 und 2010 standen die Umsetzung des vereinheitlichten Vorgehens, die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Angebots im Zentrum.

Projektstruktur und Organisation

Der Kanton Bern hat die **Trägerschaft** des Projekts ZIA im Rahmen einer Leistungsvereinbarung an die Pro Senectute Kanton Bern übertragen. Die **Projektleitung** ist beim Fachbereich Gesundheitsförderung und Prävention der Pro Senectute Kanton Bern angesiedelt. Für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens und die Erfassung und Auswertung der Fragebogen bestehen seitens der Trägerschaft Leistungsvereinbarungen mit dem **Urheber des Verfahrens** (Geriatrie Universität Bern) sowie mit einem **Logistikdienstleister** (BerCom AG). Das Projekt wird in vier Regionen des Kantons von unterschiedlichen Organisationen umgesetzt. Mit den vier **Umsetzungsorganisationen** bestehen allgemeine Vereinbarungen (Pro Senectute) bzw. Leistungsvereinbarungen (Spitex).

In der Umsetzungsphase 2008-2010 wurden lokal **drei Organisationsmodelle** erprobt, zwei «All-in-one-Lösungen» und eine aufgabenteilige Lösung. Im Oberaargau und in Lyss wird das Projekt durch die Pro Senectute umgesetzt (**Modell «Pro Senectute»**), in Thun durch die Spitex (**Modell «Spitex»**). Die Mitarbeitenden von ZIA bilden jeweils eine eigenständige Organisationseinheit und sind nicht in anderen Dienstleistungsbereichen der Organisation tätig. Innerhalb des Projekts ZIA arbeiten die Gesundheitsfachpersonen polyvalent (Organisation Gruppenkurs, Durchführung präventive Hausbesuche, Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen und Multiplikator/innen, Vernetzung und themenbezogene Veranstaltungen). In der Stadt Bern wird eine aufgabenteilige Lösung erprobt, bei der die präventiven Hausbesuche im Auftrag der Pro Senectute durch die Spitex durchgeführt werden (**Modell «Pro Senectute mit Spitex»**). Es ist anzufügen, dass im Modell, wie es in Bern aktuell praktiziert wird, die in Zusammenhang mit den Hausbesuchen stehenden Aufgaben nicht vollständig an die Spitex ausgelagert wurden. Die Einsatzkoordination sowie teilweise die Hausarztkontakte werden durch Pro Senectute wahrgenommen. Bei der Spitex besteht ein festes Team von Spitex-Mitarbeiterinnen, welche neben ihrer Spitex-Tätigkeit präventive Hausbesuche für ZIA durchführen, wobei sie dabei als Mitarbeitende der Pro Senectute auftreten. Unabhängig vom Modell wird das Projekt durch **Pflegefachpersonen mit Spitex-Erfahrung** durchgeführt, die in der Regel über eine Zusatzausbildung im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention oder Gerontologie verfügen und zwingend eine spezifische Beratungsbildung absolviert haben.

Die **Zusammenarbeit** zwischen der Trägerschaft und den Umsetzungsorganisationen einerseits und die Zusammenarbeit unter den Umsetzungsorganisationen andererseits werden von den Beteiligten einhellig positiv wahrgenommen. Ebenfalls auf der Ebene der Umsetzungsorganisationen kann insgesamt von einer funktionierenden Zusammenarbeit gesprochen werden, wobei naturgemäss eine aufgabenteilige Organisation, wie sie im Modell «Pro Senectute mit Spitex» praktiziert wird, besondere Anforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation stellt. Unterschiedliche Vorstellungen zur Konzeption und Durchführung von ZIA und die nicht frühzeitige Absprache haben die Zusammenarbeit zwischen der Trägerschaft und dem Urheber des Gesundheits-Profil Verfahrens erschwert und insgesamt zu Reibungsverlusten geführt.

Die geografisch kleinräumig erprobten Organisationsmodelle können nur bis zu einem gewissen Grad als Vorbild für ein **gesamtkantonales Modell** dienen. Die geeignete Projektstruktur ist zudem stark abhängig von der grundsätzlichen Ausrichtung eines Programms bzw. Projekts zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter (siehe dazu «Gesamtbeurteilung und Ausblick»). Generell wird von den verschiedenen Akteuren begrüsst, wenn der Kanton die Führungsrolle in einem entsprechenden Projekt übernimmt. Längerfristig erscheint eine weitergehende Steuerung des Projekts durch den Kanton über die Vorgabe von klar definierten Leistungs-, Wirkungs- und/oder Qualitätskriterien erforderlich. In der Umsetzungsphase 2008-2010 kann der vom Kanton gewährte Spielraum als zweckmässig angesehen werden.

Auf lokaler Ebene haben sich **alle drei Modelle grundsätzlich bewährt**. Im Hinblick auf eine optimale Nutzung der in den Organisationen vorhandenen personellen und fachlichen Ressourcen und die Authentizität der durchführenden Organisationen erscheint unter den aktuellen Rahmenbedingungen grundsätzlich ein Modell «Pro Senectute mit Spitex» ideal.

Die **Durchführung von präventiven Hausbesuchen** ist in erster Linie als eigenständiges, organisatorisch und personell von den anderen Dienstleistungsbereichen getrenntes Zusatzangebot denkbar. Grundsätzlich könnten Spitex-Mitarbeitende – wie im Berner Modell - neben der Hauspflege auch präventive Hausbesuche durchführen, wobei mit Blick auf die Organisation (Einsatzplanung) und die Qualitätssicherung (Rollenkonflikte, Einsatzvolumen) geeignete Lösungen gefunden werden müssen. Für die Gesundheitsberaterinnen müsste insbesondere ein Mindesteinsatzvolumen gewährleistet werden können (bspw. über entsprechende Vorgaben in einer Leistungsvereinbarung), damit genügend spezifisches Know-how aufgebaut werden kann. In kleinen Spitex-Regionen dürfte die Anzahl Mindesteinsätze kaum erreicht werden können. Bei einem überregionalen Engagement der Spitex (analog Kinder-Spitex, Onko-Spitex) stellen sich – besonders wenn es sich nicht um eine KVG-finanzierte Leistung handelt - verschiedene Herausforderungen (Akzeptanz durch Spitex-Organisationen vor Ort, Ansprache der Hausärzt/innen durch verschiedene Spitex-Organisationen).

Rekrutierungsverfahren, Zielgruppenerreichung und Triage

Seit 2009 wird im Projekt ZIA ein **paralleles, hierarchisches Rekrutierungsverfahren** praktiziert. Der Gesundheits-Profil Fragebogen wird einerseits von den Hausärzt/innen an die Senior/innen abgegeben («aktive Rekrutierung»). Andererseits werden die Senior/innen durch zielgruppennahe Multiplikator/innen (Seniorenorganisationen, in der Seniorenarbeit tätige Institutionen, Hausarzt-/Physiotherapiepraxen etc.) angesprochen, welche mit Abgabe eines Flyers auf das Angebot und die Möglichkeit, einen Fragebogen zu bestellen, aufmerksam machen («passive Rekrutierung»).

Im Jahr 2009 wurden 223 Gesundheits-Profil Fragebogen ausgewertet, davon 59 von 65- und 69-jährigen Personen und 164 von 70-jährigen und älteren Personen. Die **Beteiligung der Senior/innen am Projekt** lag damit deutlich unter den Erwartungen. Dies hängt einerseits mit der geringen aktiven Beteiligung der Hausärzteschaft zusammen, andererseits ist es auch nicht im erhofften Masse gelungen, die Senior/innen

über den ZIA-Flyer zu erreichen. Seit Beginn der ersten Pilotprojekte im Jahr 2005 wurden in den Projektregionen **zwischen 5 und 5.2 Prozent der zu Hause lebenden ab 65-jährigen Bevölkerung** mit dem Gesundheits-Profil Verfahren erreicht (rund 1'200 ausgefüllte Fragebogen). Das für diesen Zeitraum formulierte Ziel wurde damit insgesamt erreicht.

Das gewählte **parallele Rekrutierungsverfahren** kann grundsätzlich als **zweckmässig** beurteilt werden. Der Zugang über die Hausärzt/innen verspricht eine hohe Compliance und das Erreichen sozial benachteiligter Zielgruppen. Es kann zudem eher gewährleistet werden, dass nicht primär sensibilisierte und «gesunde» Personen erreicht werden. Die Herausforderungen liegen jedoch bei der geringen Teilnahmebereitschaft der Hausärzteschaft. Aufgrund der Erfahrungen im Kanton Bern und in anderen Kantonen drängt es sich auf, den **Zugang über die Hausärzteschaft zu optimieren** und **weitere Zugangswege zu prüfen**, bspw. ein Zugang über EL-Stellen.

Die **Zuweisung zu den Beratungsangeboten** (präventive Hausbesuche und Gruppenkurs) erfolgt heute allein aufgrund des Alters, wobei die Hausbesuche Personen ab 70 Jahren offen stehen. Als alleiniges Zuweisungskriterium erscheint das Alter ungenügend bzw. zu unpräzise. Es sollte ein differenzierteres Kriterien-Set erarbeitet werden, das neben dem Alter weitere gesundheitsrelevante (Risiko-)Faktoren berücksichtigt. Analog zum heutigen Vorgehen kann für Personen mit einem günstigen Risiko-Profil ein Kursangebot empfohlen werden, für solche mit einem ungünstigen Profil präventive Hausbesuche.

Einbezug der Hausärzt/innen

Das **Verfahren und die Kriterien für den Einschluss der Hausärzt/innen** in das Projekt wurden im Verlaufe des Jahres 2008 angepasst. Nach neuem Vorgehen werden die Hausärzt/innen in den Projektregionen flächendeckend dokumentiert (Fachmanuale Gesundheits-Profil Verfahren, Projektinformation, Antworttalon zur gewünschten Kommunikationsform mit den Beraterinnen) und zu einer Einführungsveranstaltung eingeladen. Damit gelten sie automatisch als in das Projekt eingeschlossen.

In allen vier Projektregionen konnte das Ziel einer **flächendeckenden Dokumentation** der Hausarztpraxen erreicht werden, jedoch fiel die Beteiligung an den **Einführungsveranstaltungen** eher tief aus bzw. lag in der Stadt Bern deutlich unter den formulierten Erwartungen. In der Umsetzungsphase 2008-2010 wurden **340 Hausärzt/innen neu in das Projekt eingeschlossen**, wovon lediglich 13 Personen an einer Einführung teilgenommen haben. Zusammen mit den Hausarztpraxen aus den vorangehenden Pilotprojekten wurden **bis heute 380 Hausärzt/innen** in das Projekt eingeschlossen.

Das Projekt ZIA verfügt bei den Hausärzt/innen über einen insgesamt höheren **Bekanntheitsgrad** als von der Projektleitung erwartet. Gut 5 von 10 der befragten Hausärzt/innen kennen das Projekt, weitere 4 von 10 kennen es zumindest teilweise. Insgesamt ist es aber auch im Kanton Bern nicht gelungen, einen relevanten Teil der Hausärzteschaft zu einer **aktiven Teilnahme am Projekt** zu bewegen. Zwei Drittel der befragten Hausärzt/innen in den Projektregionen gibt an, noch nie einen Fragebogen abgegeben bzw. einen Gesundheitsbericht zugeschickt erhalten zu haben. Bei den übrigen, die mindestens einen Bericht zugeschickt erhalten haben, konnte dieser zumeist mit den Patient/innen besprochen werden.

Die **insgesamt tiefe Teilnahmebereitschaft der Ärzt/innen**, mit der auch andere Projekte zu kämpfen haben, ist einerseits vor dem Hintergrund zu sehen, dass von einer mehrheitlich kritischen Haltung der Hausärzteschaft entsprechenden Projekten gegenüber ausgegangen werden muss. Die Projektbeteiligten sehen das Problem dabei nicht oder nicht primär bei der mangelnden Sensibilisierung der Hausärzteschaft für die Thematik, sondern vielmehr bei der Frage, wie sich solche Projekte vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung umsetzen lassen. Eine Mehrheit der befragten Ärzt/innen ist denn auch der Auffassung, dass der **Aufwand** einer Beteiligung an entsprechenden Projekten für Hausärzt/innen **zu gross** sei und –

dies ganz deutlich – **zu wenig entschädigt** werde. Eine knappe Mehrheit teilt die Meinung, dass die **Wirkung** von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention **generell überschätzt** werde. Hingegen schätzt eine Mehrheit der Hausärzt/innen die **Zusammenarbeit mit Gesundheitsberaterinnen grundsätzlich positiv** - und **nicht als Konkurrenz** - ein und ist der Meinung, dass diese sie in ihren Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung **entlasten** können. Etwas weniger deutlich fällt die positive Einschätzung bezüglich der **Kompetenzen** der an den Projekten beteiligten nichtärztlichen Gesundheitsprofessionals aus.

Rund ein Viertel der befragten Hausärzt/innen gibt an, im Projekt ZIA konkret einen **Austausch mit einer Gesundheitsberaterin** gehabt zu haben. Falls ein Austausch stattfindet, wird er positiv beurteilt, sowohl von den befragten Ärzt/innen als auch den Gesundheitsfachpersonen. Letztere erleben die Zusammenarbeit jedoch als recht anstrengend und aufwändig, da in die Kontaktarbeit sehr viel Zeit investiert werden muss. Die Gesundheitsberichte der 70-jährigen und älteren Senior/innen werden jeweils persönlich in die Praxen überbracht, zusammen mit einem kurzen Bericht über die Inhalte der individuellen Beratungen. Bei Fragen oder bei Risiko-Patient/innen wird jeweils Kontakt mit den Ärzt/innen aufgenommen. Die weitgehend fehlenden Rückmeldungen auf die Gesundheitsberichte bzw. die Beratungsberichte werden von den Gesundheitsfachpersonen jedoch als frustrierend erlebt.

Bedenkenswert ist, dass die **Kommunikation im Projekt** von den Hausärzt/innen in der Tendenz negativ beurteilt wird. Das in der Bilanz negative Urteil kann sich dabei auf verschiedene Aspekte beziehen (Kommunikation durch die Trägerschaft, Qualität der Unterlagen, Qualität der Einführungsveranstaltungen etc.). 6 von 10 Ärzt/innen halten fest, dass sie über ausreichende oder eher ausreichende Informationen zum Projekt verfügen.

Generell kann festgestellt werden, dass aktuell in der Hausärzteschaft eine **grosse Abwehrhaltung gegenüber «neuen» Aufgaben** vorhanden ist, wodurch der Glaubwürdigkeit von Projekten betreffend Trägerschaft, Inhalten und Wirkung und der Kommunikation mit den Hausärzt/innen noch grösseres Gewicht zukommt. Dies verweist darauf, dass die Hausärzt/innen über Ärzteorganisationen und anerkannte Exponent/innen bei der Projektplanung stärker einbezogen werden sollten, was auch den Einbezug bei der Projektdurchführung - der im Projekt ZIA nur ansatzweise gelungen ist - erleichtern sollte. Aufmerksamkeit sollte auch der Frage der Finanzierung des hausärztlichen Engagements zukommen. Bereits heute bietet das Tarifsystem (Tarmed) die Möglichkeit, entsprechende Leistungen abzurechnen, jedoch müsste diese Möglichkeit besser kommuniziert werden.

Die Ergebnisse der Evaluation legen nahe, dass das **Vorgehen beim Einbezug der Hausärzteschaft und deren Rolle in einem Projekt zur Gesundheitsförderung und Prävention** grundsätzlich zu überdenken ist. Es ist zu begrüßen, dass diese Aspekte zur Zeit im Rahmen des interkantonalen Projektes zur Erarbeitung von Best Practice Empfehlungen angegangen werden.

Präventive Hausbesuche

Im Projekt ZIA erhalten **Personen ab 70 Jahren**, die einen Gesundheitsprofil-Fragebogen ausgefüllt haben auf Wunsch eine individuelle Beratung. Durchgeführt werden die präventiven Hausbesuche durch diplomierte Pflegefachpersonen mit Spitex-Erfahrung, die in der Regel über eine Zusatzausbildung im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention oder Gerontologie verfügen und zudem eine interne Schulung durchlaufen haben.

Im Jahr 2009 haben 164 Senior/innen ab 70 Jahren einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt. **190 Senior/innen** haben einen **Erstbesuch** in Anspruch genommen, darunter solche, die gegen Ende Jahr

2008 den Fragebogen ausgefüllt haben. Alles in allem wurden 2009 **640 Hausbesuche** (Erst- und Folgeberatungen) sowie **600 telefonische Beratungen** durchgeführt.

Mit den Regelungen zur **Besuchsfrequenz** (Personen mit mittleren Risiken alle 3 Monate, bei Personen mit wenig Risiken aber ungünstigem Gesundheitsstand alle 6 Monate) haben die Berater/innen insgesamt gute Erfahrungen gemacht und sie wird auch von der überwiegenden Mehrheit der befragten Teilnehmenden an Hausbesuchen positiv bewertet. Zur Überbrückung längerer Besuchsabstände, bei denen die Beratungsinhalte zu verfallen drohen, könnten telefonische Kontakte noch konsequenter genutzt werden. Die **Dauer der Beratung** ist im Projekt ZIA grundsätzlich auf zwei Jahre beschränkt, die **Zahl der Beratungsbesuche** nicht abschliessend geregelt. Bei länger dauernden Beratungen mit regelmässigen Hausbesuchen besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsfachpersonen von einer **beratenden in eine begleitende Rolle** geraten. Dies akzentuiert sich besonders bei sozial isolierten Betagten, bei denen die Spitex in keiner Form involviert ist. Hier erscheint es vordringlich, dass man sich im Projekt ZIA auf das erklärte Ziel der Gesundheitsberatung konzentriert und sich gegenüber begleitenden Angeboten noch klarer abgrenzt bzw. diese besser nutzt (Triage). Die Kombination von **persönlichen und telefonischen Beratungen** bietet ein Potenzial, das künftig noch besser ausgeschöpft werden könnte, im Sinne eines Beratungsangebots, das möglichst passgenau auf die Bedürfnisse des Einzelfalls zugeschnitten ist und in einem optimalen Verhältnis von Aufwand und Resultaten steht. In dieser Hinsicht könnte es sinnvoll sein, entsprechende Kriterien bzw. Best Practice Empfehlungen zu erarbeiten.

Die für die präventiven Hausbesuche formulierten **Qualitätsziele** wurden in der Umsetzungsphase 2008-2010 erreicht bzw. übertroffen. Die Aspekte **Verständlichkeit, Responsivität, Vertrauen** und **Kompetenz** der Beratungsperson werden von den Teilnehmenden grossmehrheitlich positiv bewertet. Sie weisen eine **hohe Zufriedenheit** mit dem Angebot auf und würden es **weiterempfehlen**. Bei einer klaren Mehrheit der Senior/innen ist von einem **Nutzen** der Beratung auszugehen und sie würden diese wieder in Anspruch nehmen.

Die formulierten **Wirkungsziele** wurden – gestützt auf die Selbstdeklaration der Teilnehmenden - in unterschiedlichem Grad erreicht. Die Teilnehmenden berichteten häufiger als erwartet von Veränderungen auf der **Wissens- und Einstellungsebene**, jedoch weniger häufig von einer **Verhaltensänderung**. Mindestens zwei Drittel der Teilnehmenden sind dank der Beratungen besser informiert über Aspekte rund um Ihre Gesundheit (**Information**) und ihnen ist das Thema Gesundheit heute wichtiger (**Sensibilisierung**). 46 Prozent der Teilnehmenden wurden angeregt, Probleme mit dem Hausarzt zu besprechen (**Interaktion**), 40 Prozent berichten, dass sie heute etwas anders machen als vor der Beratung. Die berichteten **Veränderungen** betreffen in erster Linie Bewegung und Mobilität (körperliche Aktivität, Sturzprävention, Gleichgewicht, Kraft etc.), das Gesundheitsbewusstsein (bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit, positives Denken etc.) und die Ernährung (gesundheitsförderliche Ernährung, Trinkverhalten etc.). Anzuführen ist an dieser Stelle, dass besonders einmalige Handlungen, die auf die Beratung zurückgehen (bspw. Durchführen einer Präventionsuntersuchung, Erstellen einer Medikamentenliste, Anpassungen im Wohnbereich) durch ein Selbstreporting der Teilnehmenden nur sehr ungenügend erfasst werden, da diese nicht als «Veränderung» wahrgenommen werden.

Die Beratungsziele und Massnahmen werden von den Gesundheitsberaterinnen in der Beratungsdokumentation festgehalten und im Rahmen der Beratungen überprüft. Laut den Erfahrungen können in einer Mehrheit der Beratungen Wirkungen erzielt werden, in erster Linie auf der Ebene von **Wissen, Gesundheitsbewusstsein und Motivation** und bezüglich **einmaliger Interventionen** (Medikamentenmanagement, Seh- und Hörhilfen, weitergehende Abklärung/Beratung, etc.). **Längerfristige Veränderungen** des Gesundheitsverhaltens lassen sich erfahrungsgemäss eher im Bereich Bewegung umsetzen, als in biografisch stark verankerten und dadurch stabilen Bereichen, wie Ernährungsverhalten oder Sozialverhal-

ten. Generell tragen präventive Hausbesuche dazu bei, dass unentdeckte **gesundheitsrelevante Probleme aufgedeckt** werden können, insbesondere im sozialen Bereich und in Tabu-Bereichen.

Gruppenkursangebot

Der Gruppenkurs «Älter werden – gesund und selbständig bleiben» steht **allen Personen ab 65 Jahren in den Projektregionen** offen, unabhängig von einer Teilnahme am Gesundheits-Profil Verfahren. Senior/innen zwischen **65 und 69 Jahren**, die einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben werden vom Logistikdienstleiter automatisch zum Gruppenkurs eingeladen. Der Gruppenkurs wird durch die jeweilige Umsetzungsorganisation organisiert und durch qualifizierte Fachpersonen aus dem Bereich Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung und Sozialarbeit durchgeführt. Im dreistündigen Kurs werden die **Dimensionen Bewegung, Ernährung und Soziales** zunächst in Fachreferaten behandelt und anschliessend in Kleingruppen vertieft. Nach dem Gruppenkurs ist ein **Follow-up** eingeplant (Motivationsschreiben unmittelbar nach dem Kurs sowie nach drei Monaten).

Im Jahr 2009 wurden **13 Gruppenkurse** durchgeführt, an denen **249 Personen** teilgenommen haben. Wie viele Kursteilnehmende über das Gesundheits-Profil Verfahren rekrutiert wurden bzw. wie viele aufgrund des Kursbesuches anschliessend einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben, kann auf Basis der vorhandenen Daten nicht beurteilt werden.

Die für das Gruppenkursangebot formulierten **Qualitätsziele** wurden insgesamt erreicht bzw. übertroffen. Die **Rahmenbedingungen** (Dauer der Kleingruppen, Eignung der Kursräumlichkeiten) werden von den Kursteilnehmenden grossmehrheitlich positiv beurteilt und die **Kursinhalte** stossen auf grosses Interesse, insbesondere die Fachreferate zu den Themen Bewegung und Ernährung. Inwieweit die **Wirkungsziele** erreicht werden, kann gestützt auf die zur Verfügung stehenden Grundlagen nicht beurteilt werden. Die Mehrheit der Kursteilnehmenden kann sich vorstellen, aufgrund des Kurses etwas in ihrem Alltag zu verändern.

Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Die im Rahmen der Evaluation durchgeführte breite Literaturanalyse hat ergeben, dass es sich bei der grossen Mehrheit der verfügbaren Studien über die Wirtschaftlichkeit von Massnahmen und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter um **Wirksamkeits- (Effectiveness) und Kosten-Wirksamkeits-Analysen (Cost-Effectiveness)** handelt. Explizite **Kosten-Nutzen-Analysen (Cost-Benefit; Netto-Nutzen-Betrachtungen)** von multidimensionalen Präventionsmassnahmen wie präventiven Hausbesuchen oder Gesundheitsförderungskursen konnten nicht eruiert werden. Die Auswertung der Literatur zeigt ein **uneinheitliches Bild**. Es gibt sowohl Studien, welche die Kosten-Wirksamkeit von Bedarfsabklärungen und präventiven Hausbesuchen nachweisen als auch Studien, die ihnen keine Kosten-Wirksamkeit zuschreiben.

In diesem Zusammenhang ist anzufügen, dass verschiedene Autoren die in der Medizin geläufigen randomisierten kontrollierten RCT-Studien (Randomized Controlled Trials) als nur bedingt geeignet betrachten, um die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit von multidimensionalen Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu bewerten, da es sich bei solchen idealtypisch um soziale Programme mit vielschichtigen und langfristigen Wirkungsmechanismen handelt, die stets kontextabhängig sind. Diesbezüglich müssten klassische Evaluationen den Wirkungsnachweis erbringen, was jedoch bisher ebenfalls nicht ausreichend gelungen ist. Es besteht somit **weiterer Bedarf an Forschung und geeigneten Evaluationskonzepten**, um die Wissenslücke zu schliessen.

Die in der Evaluation angestellten **Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Projekt ZIA** fokussieren nutzenseitig aus Gründen der Informationsbasis primär auf das Element der präventiven Hausbesuche, kostenseitig wurden die Projektelemente breiter einbezogen (Gesundheits-Profil Verfahren, Gruppenkurs, themenbezogene Veranstaltungen, Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit etc.).

Die **Nutzen des Projekts ZIA** sind einerseits bei den **teilnehmenden Senior/innen** zu suchen. Übergeordnete Nutzenaspekte wie die Verringerung der Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität bzw. die Verbesserung der Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität können im Rahmen der vorliegenden Programmevaluation nicht quantifiziert oder monetarisiert werden. Für die Teilnehmenden an Hausbesuchen wurden Nutzenaspekte wie Zufriedenheit, erneute Inanspruchnahme, Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Verhaltensänderungen (Self-Reporting) erfasst. Senior/innen, die individuelle Beratung erhalten haben, weisen insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot und den erhaltenen Empfehlungen auf und würden das Angebot weiterempfehlen bzw. erneut in Anspruch nehmen. Die Gesundheitskompetenz wurde durch die Hausbesuche insgesamt verbessert (besserer Informationsstand, höheres Gesundheitsbewusstsein, Interaktion mit Hausarzt oder Gesundheitsfachpersonen). Dass die Hausbesuche bei einer Mehrheit zu einer Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens führen (Ernährung, Bewegung etc.), lässt sich gestützt auf die Selbsteinschätzung nicht feststellen. Entsprechende Veränderungen werden von 40 Prozent der Teilnehmenden berichtet. Das Wirkungsfeld des Projekts ZIA reicht andererseits über die eigentliche Zielgruppe hinaus. Die präventiven Hausbesuche – bis zu einem gewissen Grad dürfte dies auch für die anderen beiden Projektelemente gelten – erzielen auch **Resultate bei Personen im Umfeld der Teilnehmenden**, in erster Linie bei Angehörigen und (Ehe-)Partner/innen, indem diese als Risiko-Personen entdeckt werden und indirekt vom Beratungsangebot bzw. den umgesetzten Empfehlungen profitieren. Zudem erstreckt sich das Wirkungsfeld des Projekts auf **weitere Akteure im Bereich des Alters- und Gesundheitswesens** im Sinne einer verstärkten Sensibilisierung für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.

Auf Seiten der **Kosten** sind **verschiedene Kostenelemente** zu nennen wie Abgabe/Auswertung Gesundheits-Profil Fragebogen, Hausbesuche, Gruppenkurse, Telefonberatungen, themenbezogene Veranstaltungen, Qualitätssicherung und -entwicklung, Vernetzung mit Hausärzt/innen, mit Multiplikator/innen, Öffentlichkeitsarbeit etc. Werden sämtliche Kosten miteinbezogen, so ergeben sich **für das Projektjahr 2009 Vollkosten** von ZIA im Umfang von CHF 630'000. Eine Umlegung in Form von Vollkosten pro Fall fällt je nach Definition unterschiedlich aus. In einer Variante mit weiter gefasster Definition (neu via Gesundheits-Profil Fragebogen rekrutierte Personen, Teilnehmende an Gruppenkursen, Teilnehmende an themenspezifischen Veranstaltungen) ergeben sich Vollkosten von CHF 562 pro «erreichten Fall» bzw. «erreichte Person». In einer engeren, konservativeren Definitionsvariante (neu via Gesundheits-Profil Fragebogen rekrutierte Personen, Teilnehmende an Gruppenkursen, ohne Teilnehmende an themenspezifischen Veranstaltungen) sind es CHF 1'335. Wichtig anzumerken ist, dass es sich bei diesen Beträgen um eine **Momentaufnahme des Projekts** von 2009 handelt und nicht um laufende Kosten bei «**Normalbetrieb**». In den erwähnten Fall-Vollkosten sind sämtliche Implementierungskosten des Projekts eingerechnet, die in Folgejahren wegfallen dürften.

Vor diesem Hintergrund ergibt eine, mit der gegebenen Vorsicht zu interpretierende Schätzrechnung, bei der die Kosten des Kantons für einen Pflegeheimplatz beigezogen werden, dass durch die ZIA-Massnahmen modellhaft bei den erwähnten Teilnehmenden der Pflegeheimeintritt pro Person um durchschnittlich 8 Tage (weitere Definition «erreichte Personen») resp. 18 Tage (konservativere Definition «erreichte Personen») müsste hinausgezögert werden können, damit die Projektkosten abgegolten wären. Dabei ist zu beachten, dass es sich um einen Durchschnittswert über alle Fälle handelt.

Die groben Kostenschätzungen, die auf der Grundlage der gegebenen Daten überhaupt möglich waren, deuten daraufhin, dass die notwendigen Kosteneinsparungen (Verzögerung Heimeintritt) von den Grössenordnungen her grundsätzlich erreicht werden könnten.

Gesamtbeurteilung und Ausblick

In der Umsetzungsphase 2008-2010 ist deutlich geworden, dass bezüglich der Ausrichtung, Ziele und Umsetzung des Projekts ZIA bei den verschiedenen am Projekt beteiligten Akteuren unterschiedliche Vorstellungen bestehen. Dies lässt eine grundsätzliche Klärung bezogen auf die Ausrichtung eines Programms bzw. Projekts zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter im Kanton Bern, die Programmziele sowie die Funktion der Programmelemente und deren konkrete Umsetzung notwendig erscheinen.

Ein entsprechendes Programm kann in seiner **Ausrichtung** eher medizinisch/geriatriisch-präventiv oder eher geriatriisch/gerontologisch-gesundheitsförderlich orientiert sein. Das im Projekt eingesetzte Gesundheits-Profil Verfahren entspricht eher dem ersten Modell, das im Projekt praktizierte Beratungsangebot eher dem zweiten Modell.

Erforderlich erscheint auch eine klarere Festlegung der relevanten **Programmziele bzw. Zielgrössen**. Als Zielgrössen werden heute etwa die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, die Verbesserung der Mobilität, die Steigerung der Lebensqualität, die Verringerung der Morbidität bzw. der Krankheitskosten, die Verringerung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit bzw. der ambulanten Pflegekosten, die Verzögerung der Heimeintritte bzw. der stationären Pflegekosten etc. genannt.

Das Projekt ZIA zeichnet sich in der aktuellen Form durch eine gewisse «Inkompatibilität» der eingesetzten **Programmelemente** (Gesundheits-Profil Verfahren, individuelle Beratung, Gruppenkurse) aus, da die einzelnen Elemente in ihrer Funktion ungenügend klar und ihrer Ausgestaltung ungenügend aufeinander abgestimmt sind. Das eingesetzte Gesundheits-Profil Verfahren eignet sich nicht optimal als Zubringer und Grundlage für das Beratungsangebot, umgekehrt stellt das Beratungsangebot keine konsequente Folgeintervention zum Gesundheits-Profil Verfahren dar. Eine unveränderte flächendeckende Einführung des Projekts auf der Grundlage der drei Elemente, wie sie in der Umsetzungsphase 2008-2010 eingesetzt wurden, kann folglich aufgrund der Ergebnisse der Evaluation nicht empfohlen werden.

Als generelles positives Resultat des Projekts ZIA kann die Tatsache gesehen werden, dass das Projekt zu einer weiteren **Sensibilisierung und Vernetzung der Akteure** im Altersbereich beigetragen hat und die Akteure Pro Senectute und Spitex eng miteinander zusammenarbeiten. Das Projekt ZIA kann als **Lernprojekt** verstanden werden, in dessen Umsetzungsphase 2008-2010 ein grosser Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Konzepte, Standardisierung, Fortbildung etc.) und zur Weiterentwicklung des Projekts geleistet wurde, von dem auch andere Projekte profitieren können.

Für ein **Monitoring** des Projekts oder für eine verbesserte **Evaluation** ist es unerlässlich, während der Projektphase detailliertere Kennzahlen zu sammeln als dies bisher der Fall war. Die Evaluation der Projektetappen sollte zudem frühzeitig, d.h. nach Möglichkeit prospektiv geplant werden.

Den Schwierigkeiten, die sich u.a. ausgehend von unterschiedlichen Vorstellungen der Projektbeteiligten ergeben haben, kann zugutegehalten werden, dass sie die notwendige Grundsatzdiskussion über die Ausrichtung und Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter angestossen haben. Die aktive Beteiligung am interkantonalen Projekt zur Erarbeitung von Best Practice Empfehlungen ist daher zu begrüssen. Für den Kanton Bern besteht die Notwendigkeit - nicht zuletzt aus der erwarteten demografischen Entwicklung -, bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aktiv zu sein. Ein Vergleich von Daten des Kantons Bern zu Pflegeheimplätzen mit denjenigen des Schweizer Durchschnitts deutet darauf hin, dass im Kanton Bern noch Einsparungen möglich sein dürften. So liegt der Anteil der

70-Jährigen und Älteren, der in sozialmedizinischen Einrichtungen wohnt, im Kanton Bern generell über dem schweizerischen Mittel, dies gilt besonders für die eher tieferen Alterskategorien zwischen 70 und 90 Jahren.

Einleitung

Der vorliegende Schlussbericht präsentiert die Ergebnisse der Evaluation der Umsetzungsphase 2008-2010 des Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZIA).

In **Teil I** werden **Hintergrund, Gegenstand und Fragestellungen der Evaluation** erläutert und die **Gesamtanlage** der Evaluation mit ihren verschiedenen Erhebungen und Analysen vorgestellt.

Der **Teil II** widmet sich in ausführlicher Form den **Ergebnissen der einzelnen Befragungen und Analysen**. Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse soll die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen und die Gesamtbeurteilung im dritten Teil des Berichtes nachvollziehbar machen und interessierten Lesenden erlauben, einzelne Aspekte vertieft zu betrachten. Eilige Lesende verweisen wir direkt auf den dritten Teil des Berichts, in dem die Ergebnisse zusammengezogen werden.

In **Teil III** werden die Ergebnisse auf die Themenbereiche und Fragestellungen fokussiert, die den Ausgangspunkt der Evaluation bildeten. Zur **Beantwortung der Fragestellungen der Evaluation** werden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen und Analysen zusammengeführt. Der Bericht schliesst mit einer **Gesamtsicht und Schlussfolgerungen** aus Sicht der Evaluator/innen.

Teil I: Hintergrund der Evaluation und Vorgehen

In diesem ersten Teil des Berichts werden der Hintergrund des Auftrags sowie der Zweck, die Fragestellungen und das methodische Vorgehen der Evaluation erläutert. Daran anschliessend geht der Bericht auf die Entwicklung und die heutige Ausgestaltung des Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekts «Zwäg ins Alter» (ZIA) ein und will damit ein gemeinsames Verständnis über das untersuchte Projekt bzw. die evaluierte Umsetzungsphase 2008-2010 schaffen.

1 Ausgangslage und Auftrag

Die Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter sind ein Schwerpunkt der Alterspolitik im Kanton Bern. Vor diesem Hintergrund unterstützt der Kanton das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt «Zwäg ins Alter» (ZIA). Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) hat die Pro Senectute Kanton Bern im Jahr 2008 die Trägerschaft der bereits bestehenden Pilotprojekte in Lyss, Thun und Oberaargau übernommen und in der Stadt Bern ein viertes Projekt gestartet. Der Kanton beteiligt sich in den Jahren 2008-2010 mit einem Gesamtbetrag von rund 2 Mio. Franken an den Kosten.

Die Umsetzungsphase 2008-2010 des Projekts ZIA sollte durch eine externe Stelle evaluiert werden. Die Pro Senectute Kanton Bern hat den Evaluationsauftrag nach Prüfung mehrerer Bewerbungen und Schlussentscheid durch die GEF an das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS erteilt.

In der Evaluation sollten die folgenden Aspekte des Projekts ZIA untersucht werden:

- Wie sind die unterschiedlichen Organisationsmodelle zu beurteilen?
- Inwieweit bewährt sich das gewählte Verfahren in der Umsetzung? Welche Unterschiede sind bei der Umsetzung in städtischen und ländlichen Gebieten zu beachten?
- Welche Leistungen werden durch das Projekt erbracht? Welche Wirkungen werden erzielt? Wurden die anvisierten Ziele erreicht?
- Wie sind Kosten und Nutzen des Projekts zu beurteilen?
- Welche Verbesserungen können vorgenommen werden?

Die externe Evaluation des Projekts ZIA wurde von Juli 2009 bis September 2010 durchgeführt.

1.1 Zweck und Fragestellungen der Evaluation

Die Evaluation will im Sinne einer Rechenschaftslegung die Aktivitäten und die Resultate des Projekts ZIA in der Umsetzungsphase 2008-2010 beschreiben und bewerten. Durch die Untersuchung der Organisationsstrukturen, der Ausgestaltung des Vorgehens, der Leistungen und der Wirkungen des Projekts sollen Entscheidungshilfen für die mittel- und langfristige Planung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter bereitgestellt werden. Erwartet werden von der Auftraggeberin zudem Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten.

Die Fragestellungen der Evaluation lassen sich sechs Bereichen zuordnen:

- A Ausgestaltung des Angebots, Organisation und Organisationsmodelle
- B Rekrutierung, Zielgruppenerreichung und Triageverfahren
- C Einbezug und Rolle der Hausärzt/innen

1 Ausgangslage und Auftrag

- D Durchführung und Resultate präventive Hausbesuche
- E Durchführung und Resultate Gruppenkurs
- F Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Die detaillierte Liste der Fragestellungen und eine Übersicht zu den Informationsquellen, die für deren Beantwortung jeweils herangezogen wurden, findet sich im Anhang des Berichts.

1.2 Methodisches Vorgehen

Für die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen wurde eine Kombination von qualitativen und quantitativen Erhebungs- und Analysemethoden herangezogen.

■ **Dokumenten- und Literaturanalyse:** Die Auswertung von Projektdokumenten diente der Planung der Evaluation und als Grundlage für die Ausgestaltung der Erhebungsinstrumente sowie als Informationsquelle für die Beschreibung der Konzeption, Umsetzung und der Leistungen des Projekts ZIA. In die Auswertung einbezogen wurden rechtliche Grundlagen und Konzepte, Projektberichte, Evaluationen, Protokolle der Praxistreffen sowie Grundlagen und Arbeitsmaterialien, die im Zusammenhang mit dem Projekt erarbeitet wurden (Praxishandbuch, Informationsmaterialien, Beratungsleitfaden etc.). Die Evaluator/innen hatten während ihrer Arbeiten vollen Zugang zum Intranet des Projekts und den dort verwalteten Projektdokumenten.

Im Rahmen einer Literaturanalyse wurden Erkenntnisse zur Kosten-Nutzen-Relation von Programmen zur Gesundheitsförderung im Alter herausgearbeitet. Die Literaturanalyse erstreckt sich auf Publikationen aus dem europäischen Raum, einschliesslich der Schweiz.

■ **Auswertung von Projektdaten:** Es wurden statistische Daten zu den Ressourcen und Leistungen des Projekts ZIA ausgewertet, die von der Trägerschaft zur Verfügung gestellt wurden. Berücksichtigt werden konnten in erster Linie Angaben zu den Jahren 2008 und 2009. Im Verlaufe des Jahres 2008 erfolgte eine Vereinheitlichung der Datenerhebung in den verschiedenen Projektregionen, seit Anfang 2009 wird mit einer gemeinsamen Datenbank (Senectus) gearbeitet.

■ **Interviews mit den Projektbeteiligten:** Die Erfahrungen und Einschätzungen der Projektbeteiligten wurden im Rahmen von leitfadengestützten persönlichen Interviews mit der Projektleitung, den Umsetzungsverantwortlichen der vier Projektregionen sowie den Urhebern des Gesundheits-Profil Verfahrens erhoben, ergänzend wurde ein telefonisches Interview mit dem begleitenden Facharzt des Projekts geführt.

■ **Gruppengespräche mit den Einsatzteams:** In allen vier Projektregionen wurden zudem leitfadengestützte Gruppengespräche mit den durchführenden Gesundheitsfachpersonen des Projekts ZIA geführt.

■ **Schriftliche Befragung der Teilnehmer/innen an Hausbesuchen:** Im zweiten Quartal 2010 wurden alle Senior/innen, die seit Sommer 2008 mindestens einen Hausbesuch erhalten haben, zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen schriftlich befragt. 128 der 228 Senior/innen haben an der Befragung teilgenommen bzw. teilnehmen können (56 Prozent).

■ **Schriftliche Befragung der Hausärzt/innen:** Die Perspektive der Hausärzt/innen in den Projektregionen wurde ebenfalls im zweiten Quartal 2010 im Rahmen einer schriftlichen Befragung einbezogen. An der Befragung beteiligten sich 66 der 323 eingeschlossenen Hausärzt/innen, was einem Rücklauf von 20 Prozent entspricht.

2 Das Projekt «Zwäg ins Alter» (ZIA)

Der Kanton Bern unterstützt die Förderung der Autonomie, der Gesundheit und der Lebensqualität älterer Menschen seit längerem. Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons hat die Pro Senectute Kanton Bern 2008 die Trägerschaft der bestehenden Pilotprojekte in Lyss (2005-07), Thun (2005-07) und Oberaargau (2006-08) übernommen und Ende 2008 in der Stadt Bern ein viertes Projekt gestartet.

Im Projekt eingesetzt wird das so genannte Gesundheits-Profil Verfahren der Geriatrie Universität Bern mit einem umfassenden Fragebogen und einem persönlichen Gesundheitsbericht für Menschen ab 65 Jahren sowie einer Dokumentation zuhanden der Hausarztpraxen. Weitere zentrale Elemente sind Gruppenkurse für 65- bis 69jährige Senior/innen und individuelle Beratung in Form von präventiven Hausbesuchen für Teilnehmende ab 70 Jahren. Seit Herbst 2008 wird das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt in allen Regionen nach einheitlichem Verfahren durchgeführt. Im Verlaufe der Umsetzungsphase haben themenbezogene Veranstaltungen als weiteres Projektelement an Bedeutung gewonnen.

2.1 Ziele des Projekts

Die übergeordneten Ziele des Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekts ZIA werden im Konzept folgendermassen beschrieben:

- Das Projekt leistet einen Beitrag, die selbständige Lebensführung älterer Menschen in der vertrauten Umgebung sowie ihre Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten und zu fördern und somit das Risiko einer Pflegebedürftigkeit zu reduzieren oder zu verzögern. (Outcome)
- Die Investition in Gesundheitsförderung und Prävention soll mithelfen, neue zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung zu verhindern oder zu reduzieren. Ein übergeordnetes Ziel besteht darin, mit dem Projekt einen Beitrag zu leisten, damit im Kanton Bern die Zahl der Heimplätze in Zukunft nur moderat ausgebaut werden müssen resp. mittelfristig stabil bleiben. (Impact)

2.2 Projektorganisation und -finanzierung

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) hat der Pro Senectute Kanton Bern 2008 die Trägerschaft des Projekts übertragen. Die Leitung des Projekts ZIA wurde beim Fachbereich Gesundheitsförderung und Prävention der Pro Senectute Kanton Bern angesiedelt.

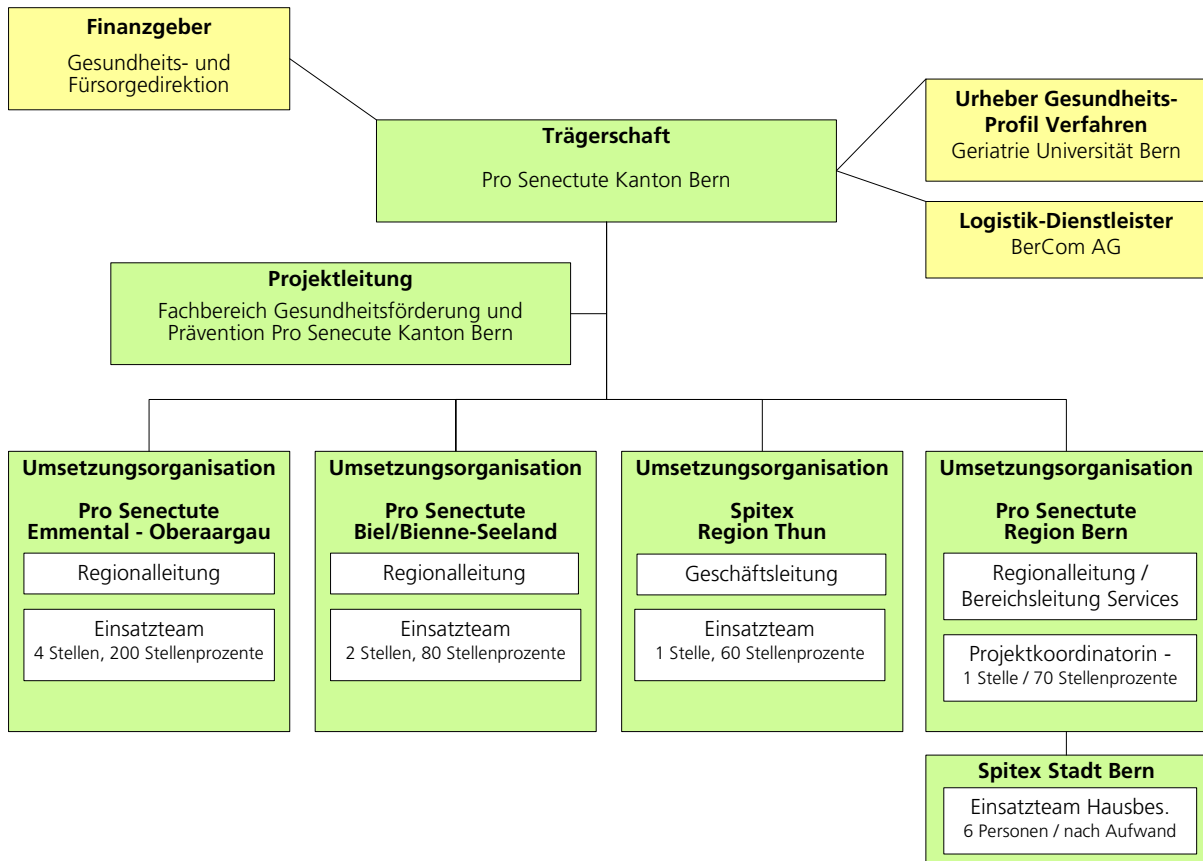
Der Leistungsvertrag für die Umsetzungsphase 2008-2010 beinhaltet einerseits die Durchführung des Projekts «Zwäg ins Alter» (ZIA). In diesen Leistungsbereich gehören die Übernahme der Trägerschaft der bisherigen Pilotprojekte und der Start eines vierten Projekts in der Stadt Bern, die Anwendung des Gesundheits-Profil Verfahrens der Geriatrie Universität Bern (GUB) sowie die Durchführung von Gruppenkursen und individuellen Beratungen / präventiven Hausbesuchen. Darüber hinaus ist die Pro Senectute Kanton Bern beauftragt, die längerfristig geplante flächendeckende Ausweitung und Umsetzung des Gesundheits- und Präventionsprojekts im deutschsprachigen Kantonsteil zu koordinieren und ist Verhandlungspartnerin der GEF im Bereich des Gesundheits-Profil Verfahrens. Im Rahmen dieses zweiten Leistungsbereichs übernimmt die Trägerschaft Aufgaben, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Projekt ZIA stehen.¹ Für die Umsetzungsphase 2008-2010 wurde ein Gesamtbetrag von 2'698'000 Franken

¹ Darunter fallen das überkantonale Projekt zu Best-Practice-Standards für die Gesundheitsförderung im Alter (BPGFA) oder das Projekt zur Entwicklung und Validierung eines Abklärungsinstruments Wohnen mit Dienstleistung für Bezüger/innen von Ergänzungsleistungen.

bewilligt. Davon entfallen rund 2 Mio. Franken auf die Durchführung des Projekts ZIA und rund 0.7 Mio. Franken auf die übrigen Aufgaben.

Die Pro Senectute Kanton Bern hat ihrerseits eine Leistungsvereinbarung mit der GUB für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens abgeschlossen. Weiter besteht eine Leistungsvereinbarung mit dem Logistikdienstleister BerCom für die Datenerfassung und Auswertung der Gesundheits-Profil Fragebogen, einschliesslich einer Datenschutzvereinbarung.

Abbildung 1: Organigramm Projekt ZIA Umsetzungsphase 2008-2010 (Stand: Ende 2009)



Das Projekt wird in vier Regionen des Kantons umgesetzt, wobei unterschiedliche Organisationsmodelle zum Tragen kommen. In den Regionen Oberaargau und Lyss wird ZIA durch die Pro Senectute durchgeführt, in der Region Thun durch die Spitex. In der Stadt Bern werden die Hausbesuche im Auftrag der Pro Senectute von der Spitex ausgeführt. Zwischen der Pro Senectute Kanton Bern und den regionalen Pro Senectute Organisationen bestehen Vereinbarungen, mit der Spitex Region Thun eine umfassendere Leistungsvereinbarung. In der Stadt Bern hat die Pro Senectute Region Bern eine Vereinbarung mit der Spitex Bern abgeschlossen.

2.3 Projektverlauf 2008-2010

Im Folgenden werden die wichtigsten Entwicklungen im Projekt ZIA in der Umsetzungsphase 2008-2010 knapp festgehalten.

Schwerpunkte

Im Jahr 2008 standen primär der Aufbau einer Gesamtprojektstruktur, die Koordination der unterschiedlichen Vorgehensweisen sowie der Aufbau des Projekts in der Stadt Bern im Zentrum. Anfang 2008 übernahm Pro Senectute Kanton Bern die Trägerschaft der bisherigen Pilotprojekte in den Regionen Oberaargau, Lyss und Thun. In der Region Lyss wurde das Projekt zeitgleich von der Spitex an die Pro Senectute übergeben. Neu liefen alle Umsetzungen unter dem Namen «Zwäg ins Alter» (ZIA). **Ab Herbst 2008 wurde das Projekt in allen Regionen nach einheitlichem Vorgehen durchgeführt.**

2009 wurde das neue Rekrutierungsverfahren eingesetzt. Neben der Abgabe von Fragebogen über die Hausärzt/innen können interessierte Senior/innen den Gesundheits-Profil Fragebogen über einen Bestelldialog neu direkt bei der Pro Senectute Kanton Bern beziehen. **2009 und 2010 standen primär die Umsetzung des vereinheitlichten Vorgehens und die Weiterentwicklung des Angebots im Zentrum.** Insbesondere gewann die allgemeine Sensibilisierung für Gesundheitsförderung und Prävention – in Form von themenbezogenen Veranstaltungen - als weiteres Element von ZIA stärker an Gewicht.

Erweiterungsschritte

Ein erster Erweiterungsschritt erfolgte auf Anfang 2009 in der Region Oberaargau mit der Ausweitung auf die Stadt Burgdorf und mit dem Start des Projekts in der Stadt Bern. Gleichzeitig mit der Erweiterung auf zwei Gemeinden wurden die Kriterien für den Einbezug der Hausärzt/innen angepasst. Diese wurden neu flächendeckend in das Projekt einbezogen. Im November 2008 wurden alle Hausärzt/innen in den bisherigen und neuen Projektgemeinden durch ein gemeinsames Schreiben der GEF, der Pro Senectute Kanton Bern und der Umsetzungsorganisationen über die Weiterführung des Projekts informiert. Auf Anfang 2009 konnten rund 340 Hausarztpraxen neu in das Projekt eingeschlossen werden, gegenüber bisher rund 40 Hausarztpraxen. Ein zweiter Erweiterungsschritt erfolgte auf Anfang 2010 in der Region Thun mit der Ausweitung auf die Gemeinde Spiez.

Die von der Trägerschaft geplante, jedoch vertraglich nicht geregelte Ausdehnung auf weitere Gemeinden im Seeland (Amt Büren und Amt Aarberg) konnte hingegen nicht umgesetzt werden. Die unterschiedlichen Auffassungen der Trägerschaft und der GUB betreffend die Auslegung der Standards für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens, die sich im Verlaufe des Jahres 2008 akzentuierten, führten Anfang 2009 zu einem Stillstand im Projekt. Der Urheber des Verfahrens erklärte sich unter diesen Bedingungen nicht bereit, das Gesundheits-Profil Verfahren für den Einsatz in neuen Gemeinden – dies betraf zunächst auch die Stadt Bern - zur Verfügung zu stellen. Damit wurde die Erweiterung des Projekts ZIA auf den ganzen Kanton in seiner bisherigen Form unter Anwendung des Gesundheits-Profil Verfahrens grundsätzlich in Frage gestellt. Gestützt auf die bestehende Leistungsvereinbarung wurde das Projekt in der Stadt Burgdorf und der Stadt Bern eingeführt, auf die Ausdehnung auf die Ämter Büren und Aarberg wurde verzichtet.

2.4 Übersicht über die Projektelemente und das Verfahren

Das Projekt ZIA umfasst als **Kernelemente** das Gesundheits-Profil Verfahren der Geriatrie Universität Bern mit einem umfassenden Gesundheits-Profil Fragebogen, einem persönlichen Gesundheitsbericht und einer

Dokumentation zuhanden der Hausarztpraxen sowie ein eigenständiges Beratungsangebot in Form von Gruppenkursen für 65- bis 69jährige Senior/innen und individuellen Beratungen / präventiven Hausbesuchen für Teilnehmende ab 70 Jahren.

Weitere Bestandteile des Projekts sind der Einbezug der Hausärzt/innen und die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen sowie die allgemeine Sensibilisierung für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in Form von themenbezogenen Veranstaltungen.

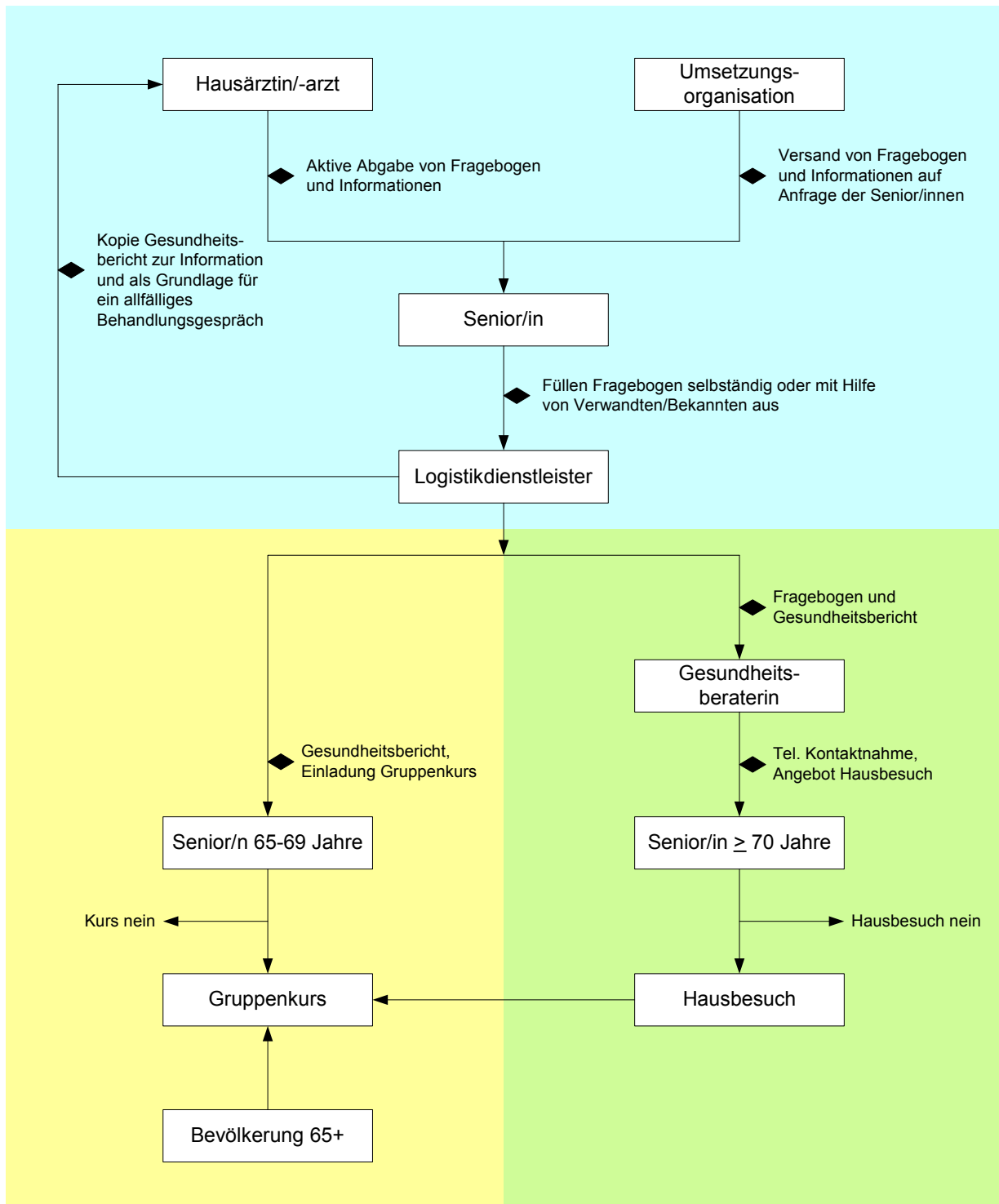
Abbildung 2 gibt einen schematischen Überblick über das Verfahren im Projekt ZIA. Seit Herbst 2008 wird das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt in allen Regionen nach einheitlichem Vorgehen durchgeführt. Das **Rekrutierungsverfahren** wurde auf Anfang Jahr 2009 erweitert. Die Rekrutierung der Teilnehmer/innen erfolgt einerseits über die **Hausarztpraxen**, die den Gesundheits-Profil Fragebogen an die Zielgruppe abgeben. Interessierte Senior/innen können den Gesundheits-Profil Fragebogen zudem über einen Talon bei der Pro Senectute Kanton Bern **bestellen**. Der ZIA-Flyer mit Bestelltalon wird durch lokale Multiplikator/innen mittels Abgabe an Veranstaltungen, Auflage an frequentierten Orten oder Versand verbreitet.

Die ausgefüllten Fragebogen werden von den Teilnehmer/innen an ein spezialisiertes Rechenzentrum (BerCom) geschickt, wo sie erfasst und zu einem standardisierten **persönlichen Gesundheitsbericht** verarbeitet werden. Das weitere Vorgehen ist zielgruppenspezifisch:

Senior/innen zwischen 65 und 69 Jahren erhalten den Gesundheitsbericht von der BerCom zugeschickt und werden gleichzeitig zum **Gruppenkurs** eingeladen. Eine Kopie des Berichts wird von der BerCom direkt an den Hausarzt zugestellt. Die Gruppenkurse werden ausserdem öffentlich ausgeschrieben und stehen grundsätzlich allen Senior/innen ab 65 Jahren offen.

Senior/innen ab 70 Jahren werden von einer Gesundheitsberaterin telefonisch kontaktiert und erhalten das Angebot für eine **individuelle Beratung / einen Hausbesuch**. Der Gesundheitsbericht und die Kopie werden von der BerCom an die jeweilige Umsetzungsorganisation zugestellt. Der Gesundheitsbericht wird den Senior/innen anlässlich des Hausbesuches überreicht oder wird ihnen zugeschickt, wenn kein Besuch gewünscht wird. Die Kopie des Gesundheitsberichts wird ebenfalls von der Umsetzungsorganisation an den Hausarzt weitergeleitet. Die Berichte werden in der Regel persönlich in der Praxis abgegeben, falls eine individuelle Beratung aufgenommen wurde, zusammen mit einer kurzen Notiz zu den bearbeiteten Themen.

Abbildung 2: Übersicht über das Verfahren von ZIA



Quelle: Eigene Darstellung

Die im Projekt ZIA umgesetzten Elemente werden im Folgenden etwas ausführlicher beschrieben.

2.4.1 Einbezug der Hausärzte und Hausärztinnen

Die Rahmenbedingungen für den Einbezug der Hausärzt/innen im Bereich des Gesundheits-Profil Verfahrens werden durch die Standards für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens der Geriatrie Universität Bern festgelegt (Stand: 03/2007, V. 2.0).

Bis 2008 wurden ausschliesslich Hausärzt/innen in das Projekt eingeschlossen, die von der Geriatrie Universität Bern einzeln (Lyss) oder im Rahmen einer Einführungsveranstaltung (Thun, Oberaargau) in das Verfahren eingeführt worden sind. Im Laufe des Jahres 2008 wurden das Vorgehen und die Kriterien für den Hausarztinbezug angepasst. Beim neuen Vorgehen werden die Hausärzt/innen flächendeckend dokumentiert und zu einer Einführungsveranstaltung eingeladen. Mit der Einladung werden sie automatisch in das Projekt eingeschlossen, die Teilnahme an einer Einführungsveranstaltung ist freiwillig.

Die Dokumentation der Hausärzt/innen beinhaltet folgende Elemente:

- die Fachmanuale zum Gesundheits-Profil Verfahren zuhanden der Hausärzt/innen bzw. der Medizinischen Praxisassistent/innen der Geriatrie Universität Bern,
- eine Beschreibung des Projekts ZIA und der Angebote (Hausbesuche, Gruppenkurs),
- ein Antworttalon, mit dem die Hausärzt/innen angeben können, ob und in welcher Form sie einen Kontakt mit der Gesundheitsfachperson wünschen.

Die Ansprache bzw. Dokumentation der Hausärzt/innen erfolgt von zwei Seiten, von der Geriatrie Universität Bern einerseits (Fachmanuale) und der Projektträgerschaft andererseits (übrige Dokumentation).

In der Umsetzungsphase 2008-2010 wurden vier Einführungsveranstaltungen für Hausärzt/innen angeboten, eine im Frühjahr 2008 in Burgdorf (Prof. Dr. A. Stuck), zwei weitere im Dezember 2008 in Bern und in Thun (Dr. J. Naef) sowie eine Veranstaltung im Dezember 2009 in Spiez (Prof. Dr. A. Stuck). Im November 2008 wurden alle Hausarztpraxen in den bisherigen und neuen Projektgemeinden flächendeckend dokumentiert,² im Dezember 2009 die Praxen in der Gemeinde Spiez.

Das Konzept für den Hausarztinbezug im Projekt ZIA sah ursprünglich vor, dass es in allen Projektregionen eine von der Geriatrie Universität Bern geschulte ärztlichen Referenzperson gibt, welche lokale ärztliche Multiplikator/innen in das Gesundheits-Profil Verfahren einführt und Ansprechperson für andere Hausärzt/innen ist. Diese Referenzperson sucht zusammen mit der Trägerschaft Kontakt zu ein bis zwei Hausärzt/innen, die über das Projekt informiert und in das Gesundheits-Profil Verfahren eingeführt werden und als Multiplikator/innen an regionalen Ärztetreffen ihr Wissen weitergeben. Dieses Ziel konnte nur in zwei Regionen bis zu einem gewissen Grad umgesetzt werden.

2.4.2 Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen

Die Standards für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens der Geriatrie Universität Bern sehen grundsätzlich auch die Möglichkeit vor, den Gesundheits-Profil Fragebogens neben den Hausärzt/innen über weitere Kanäle zugänglich zu machen.³ Diesbezüglich setzt das Projekt ZIA auf lokale Multiplikator/innen, die in nahem Kontakt zu den Senior/innen stehen (Seniorenorganisationen, Träger von Bera-

² Im November 2009 wurden ebenfalls die Hausarztpraxen in den Amtsbezirken Büren und Aarberg von Kanton und Trägerschaft informiert bzw. dokumentiert. Aufgrund der Meinungsverschiedenheiten zwischen der Trägerschaft und der GUB musste auf eine Ausweitung in diesen Gemeinden verzichtet werden. Die Hausarztpraxen in den betroffenen Gemeinden wurden im Februar 2009 schriftlich darüber informiert. In der Stadt Bern wurden die Hausarztpraxen erst im Februar 2009 mit den Manuals der GUB beliefert. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden in der Stadt Bern keine Fragebogen ausgewertet.

³ In der Projektregion Lyss wurden bis Mitte 2008 alle 65-jährig gewordenen Personen von der Gemeinde schriftlich auf das Angebot angesprochen.

tungs- und Freizeitangeboten für Senior/innen, Drogerien und Apotheken, AHV-Zweigstellen, Einwohnergemeinde etc.). Seit Anfang 2009 gibt es einen ZIA-Flyer, der über das Angebot von ZIA informiert und einen Bestelltalon enthält, mit dem der Gesundheits-Profil Fragebogen bei der Pro Senectute Kanton Bern bestellt werden kann. Verbreitet wird der ZIA-Flyer über die erwähnten Multiplikator/innen, welche diesen Veranstaltungen oder persönlichen Kontakten abgeben oder an geeigneten Orten auflegen. In der Stadt Bern erfolgte 2009 ein Versand des Flyers an alle Senior/innen mit Jahrgang 1944.

In Einzelfällen war man 2009 mit dem Problem konfrontiert, dass Personen, die den Fragebogen über den Flyer bezogen, keinen Hausarzt angaben oder die gemeldete Hausärztin nicht aus einer Projektgemeinde stammte. Deren Fragebogen wurden daher nicht ausgewertet und die betroffenen Senior/innen von der BerCom darüber informiert.⁴

2.4.3 Gesundheits-Profil Fragebogen und persönlicher Gesundheitsbericht

Der von der Geriatrie Universität Bern entwickelte Gesundheits-Profil Fragebogen richtet sich an Senior/innen ab 65 Jahren mit ausreichenden Deutschkenntnissen, die zu Hause leben und die nicht an einer dementiellen Erkrankung leiden oder auf dauerhafte pflegerische Leistungen der Spitex angewiesen sind. Es handelt sich um einen Selbstausfüllerfragebogen, der von den Senior/innen zuhause, allenfalls mit Unterstützung von Verwandten oder Bekannten ausgefüllt werden soll. Der 28-seitige Fragebogen erfasst in rund 200 Fragen Informationen zur medizinische Vorgeschichte und Medikamenteneinnahme, zu Schmerzen und Sinnesorganen, zum psychischen Wohlbefinden und dem sozialen Umfeld, zur Alltagsbewältigung und Mobilität, zum Suchtmittelkonsum, zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie zum Vorsorgeverhalten.

Die Erfassung und Auswertung der Fragebogen erfolgt durch ein Rechenzentrum (BerCom) mittels einer spezifisch entwickelten Software. Der auf der Basis der Fragebogen erstellte standardisierte vierseitige persönliche Gesundheitsbericht gibt Hinweise und konkrete Handlungsempfehlungen hinsichtlich der Risikofaktoren und hält fest, welche Themen mit dem Hausarzt besprochen werden sollten.

Der Gesundheits-Profil Fragebogen wird zusammen mit den Informationen über das Projekt ZIA abgegeben bzw. verschickt. Bei Fragen im Zusammenhang mit dem Projekt ZIA können sich die Senior/innen an die jeweilige Umsetzungsorganisation wenden, deren Telefonnummern in der Informationsbroschüre aufgeführt sind.

2.4.4 Gruppenkurs «Älter werden – Gesund und selbständig bleiben»

Senior/innen zwischen 65 und 69 Jahren, die den Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben, werden zum Gruppenkurs «Älter werden – Gesund und selbständig bleiben» eingeladen. Der Kurs wird in den Projektregionen auch öffentlich ausgeschrieben und steht somit weiteren interessierten Personen offen. Unmittelbar nach Ablauf der Anmeldefrist erhalten die Teilnehmenden eine Anmeldebestätigung mit Wegbeschreibung.

Der Gruppenkurs wird durch die jeweilige Umsetzungsorganisation organisiert, durchgeführt wird er durch qualifizierte Fachpersonen aus dem Bereich Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung und Sozialarbeit. Der Kurs dauert drei Stunden mit einer Pause und einem kleinen «Zvieri». Nach einer kurzen

⁴ Die Zahl der Fragebogen, die aufgrund der genannten Kriterien nicht ausgewertet werden konnten, sind der Trägerschaft nicht bekannt. Die Trägerschaft schätzt die Zahl aufgrund der Rücksprachen mit dem Logistikdienstleister auf rund 10 Fragebogen im Jahr 2009, was einem Anteil von rund 4 Prozent an den ausgefüllten Fragebogen entsprechen würde.

Begrüssung und Einführung durch die Kursleitung folgen drei Kurzreferate (15 Minuten). Behandelt werden die Themen

- Bewegung (Bewegungspyramide, Bewegung mit Arthrose und Rheuma, Sturzprävention)
- Ernährung (Ernährung im Alter, gesunde Ernährung, Ernährungspyramide)
- Soziale Netze (Soziale Integration und Isolation, Vermittlung von Wertschätzung und Sinn, Empfehlungen zur Beziehungspflege)

Nach der Pause werden die Themen in rotierenden Kleingruppen mit den Referent/innen vertieft (25 Minuten). Die Teilnehmenden erhalten so die Möglichkeit, ihre Fragen und Anliegen einzubringen. In der Kleingruppenarbeit geht es darum, die Motivation für Verhaltensänderungen zu fördern und konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Dies erfolgt konkret durch

- Bewegungsübungen (Einbeinstand, einfache Kraftübungen, aufzeigen, wie man vom Boden aufsteht)
- Ideen und Empfehlungen rund um die Ernährung (tägliches Einkaufen, Essgemeinschaften bilden, Essen auch alleine zelebrieren, Essenszeiten einhalten etc.)
- Beispiele zur Pflege sozialer Kontakte, Hinweise auf Unterstützungsangebote (Freiwilligenarbeit, Kurse, Freizeitbeschäftigungen, Ergänzungsleistungen etc.).

Zum Abschluss des Kurses werden die Teilnehmenden motiviert, zwei Ideen auf farbige Kärtchen zu schreiben und diese zu Hause umzusetzen und angeregt den Gesundheits-Profil Fragebogen zu bestellen und auszufüllen sofern sie nicht über das Projekt ZIA rekrutiert wurden. Zum Kurs gehört jeweils auch ein Stand mit Informationsmaterialien, welche die Teilnehmenden mitnehmen können.

Nach dem Gruppenkurs ist ein Follow-up eingeplant. Senior/innen, die am Gruppenkurs teilgenommen haben, erhalten von der Umsetzungsorganisation unmittelbar nach dem Kurs ein kürzeres Motivations-schreiben sowie nach drei Monaten ein längeres Motivations-schreiben, dem weitere Informationen zum Thema Ernährung, Bewegung und Soziales beigelegt werden.

2.4.5 Individuelle Beratung / Präventive Hausbesuche

Die individuelle Beratung in Form präventiver Hausbesuche richtet sich an 70-jährige und ältere Personen. Die Dauer der Beratung ist auf zwei Jahre beschränkt. Durchgeführt werden die Hausbesuche durch diplomierte Pflegefachpersonen mit Spitex-Erfahrung, die nach Möglichkeit über eine Zusatzausbildung im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention oder Gerontologie verfügen und die zudem eine interne Schulung durchlaufen haben.

Personen ab 70 Jahren, die den Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben, werden von der jeweiligen Umsetzungsorganisation telefonisch kontaktiert und erhalten das Angebot für eine Einzelberatung. Mit Senior/innen, die eine Beratung in Anspruch nehmen wollen, wird ein Erstbesuch vereinbart. Senior/innen mit wenig Risiken und günstigem Gesundheitshandeln sowie solche, die nach dem Erstbesuch keine weitere Beratung wünschen, werden zum Gruppenkurs eingeladen und erhalten keine weiteren Besuche. Sie werden jedoch auf die Möglichkeit hingewiesen, bei Bedarf eine telefonische Beratung oder einen Hausbesuch nachzufragen. Bei Personen mit wenig Risiken aber ungünstigem Gesundheitshandeln ist ein Besuch ca. alle 6 Monate vorgesehen, bei Personen mit mittleren Risiken ein Besuch alle 3 Monate. Hochrisikopersonen, bspw. solche mit einer dementiellen oder psychischen Erkrankung, werden mit deren Einverständnis weitergewiesen (Hausarzt, Krisenintervention etc.). Für die Durchführung der Erstbesuche und der Folgebesuche besteht ein Beratungsleitfaden. In der Beratung werden gestützt auf die Ergebnisse des Gesundheitsberichts Anliegen und Fragen geklärt, Informationen vermittelt und Möglichkeiten zur

Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung, die in der individuellen Situation zur Verfügung stehen, aufgezeigt. Die Personen sollen motiviert werden, von diesen Möglichkeiten Gebrauch zu machen und diese in den Alltag zu integrieren. Falls nötig werden –dies in der Regel im Rahmen eines Folgebesuches – die Ressourcen und Risiken im Bereich Mobilität (Sturzrisiko) und psychische Gesundheit (Depression, Demenz) weiter abgeklärt. Hierfür stehen den Beraterinnen eine Reihe von ergänzenden geriatrischen Assessment-Instrumenten zur Verfügung.

Im Rahmen der Falldokumentation werden Zeitpunkt, Dauer und Form der Beratungen (telefonisch, persönlich), Kontakte mit Fachpersonen, abgegebene Informationsmaterialien sowie die behandelten Themen erfasst. In den präventiven Hausbesuchen werden fallbezogen die in **Tabelle 1** aufgeführten gesundheitsbezogenen Themen behandelt.

Tabelle 1: Themenschwerpunkte präventive Hausbesuche

1. Körperliche Aktivität / Mobilität
2. Gleichgewicht / Koordination / Muskelkraft
3. Ernährung: Gesunde Ernährung / Übergewicht / Mangelernährung / Spezialsituationen
4. Orale Gesundheit
5. Soziale Aktivität
6. Geistige Aktivität
7. Hören
8. Sehen
9. Geschmack / Geruch / Tasten / Feinmotorik
10. Beziehungsverhältnisse
11. Wirtschaftliche Situation
12. Alkohol
13. Rauchen
14. Umgang mit Medikamenten
15. Schlaf
16. Anspannung - Entspannung
17. Sturzprävention
18. Schwindel
19. Chronische Gesundheitsprobleme - Selbstmanagement
20. Psychisches Erleben / Verdacht auf Depression
21. Kognitive Fähigkeit / Verdacht auf eingeschränkte Hirnleistung (Demenz)
22. Schmerzproblematik
23. Kreislauf
24. Urin-Inkontinenz
25. Verdauung
26. Vorsorgeuntersuchungen / Impfschutz
27. Umgang mit existentiellen Fragen (Verlust/Sterben)
28. Wohn- und Umfeldverhältnisse
29. Aktivitäten des täglichen Lebens
30. Sicherheit im Alter

Es besteht eine strukturierte Verlaufsdokumentation in der für jeden Themenbereich die besprochenen Probleme, die zur Lösung vorhandenen Ressourcen, vereinbarte Abmachungen und Interventionen sowie umgesetzte Massnahmen dokumentiert werden. Das Dossier wird nach zwei Jahren geschlossen und zusammen mit dem ausgefüllten Gesundheits-Profil Fragebogen abgelegt.⁵

2.4.6 Themenbezogene Veranstaltungen

Neben dem Gruppenkurs und den präventiven Hausbesuchen haben im Verlaufe der Umsetzungsphase 2008-2010 themenbezogene Veranstaltungen als weiteres Element des Projekts ZIA zunehmend an Be-

⁵ Im Verlauf wurde die Praxis dahingehend geändert, dass der Fragebogen der Seniorin, dem Senior zurückgegeben wurde.

deutung gewonnen. Es handelt sich dabei einerseits um Veranstaltungen, die von ZIA angeboten werden, sowie um themenbezogene Inputs der Gesundheitsfachpersonen von ZIA im Rahmen von Veranstaltungen, die von anderen Organisationen angeboten und durchgeführt werden..

Die Veranstaltungen bzw. die Beteiligung an Veranstaltungen sollen zur Sensibilisierung weiterer Kreise für das Thema Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung beitragen. Die älteren Personen sollen dabei für die multidimensionalen Zusammenhänge (physische, psychische und soziale Dimension von Gesundheit) sensibilisiert und über die verschiedenen Möglichkeiten zum Erhalt der Gesundheit und zur Gesundheitsförderung informiert werden. Nach Möglichkeit wird in den verschiedenen Veranstaltungen das Thema Bewegung erlebbar eingebaut. 2010 wurden entsprechende Grundsätze zur Durchführung von Veranstaltungen bzw. der Beteiligung an Veranstaltungen erarbeitet.

Zur Lancierung des Projekts wurden in neuen Projektgemeinden jeweils Impulsveranstaltungen durchgeführt, die auf ein sehr grosses Echo stiessen. Elemente der Impulsveranstaltungen waren Inputreferate durch Hausärzt/innen bzw. die Gesundheitsberater/innen von ZIA, Information bzw. Informationsmaterialien zu bestehenden Angeboten, Bewegungsübungen sowie das Schaffen von Austauschmöglichkeiten mit den Senior/innen und unter den Senior/innen

2.5 Qualitätssicherung und -entwicklung

Das Qualitätskonzept für das Angebot im Bereich der präventiven Hausbesuche und des Gruppenkurses sieht verschiedene Massnahmen zur Qualitätssicherung und –entwicklung vor. Es besteht zudem ein Grobkonzept für die Projektevaluation.

Konzept Gruppenkurs / präventive Hausbesuche: Für die Durchführung des Gruppenkurses und die präventiven Hausbesuche bestehen theoriebasierte Konzepte.

Standardisierte Instrumente: Es wurden verschiedene Instrumente erarbeitet, die eine standardisierte Durchführung des Gruppenkurses bzw. der präventiven Hausbesuche gewährleisten sollen (standardisierter Ablauf Gruppenkurs, Leitfaden Erstbesuch, Folgebesuche).

Qualifikationsprofil der Durchführenden: Das Anforderungsprofil für die Gesundheitsberaterinnen, die Hausbesuche durchführen, verlangt einen Abschluss als Pflegefachperson AKP / DN II, Spitexerfahrung, nach Möglichkeit eine Zusatzqualifikation im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention, Gerontologie sowie zwingend eine Beratungsfortbildung. Der Gruppenkurs ist durch Fachreferent/innen mit entsprechendem Qualifikationshintergrund als Physio-/Ergotherapeut/in, Ernährungsberater/in oder Sozialarbeiter/in zu gestalten.

Fortbildung der Durchführenden: Die Fortbildung der Gesundheitsfachpersonen umfasst zwei Unterrichtsblöcke von vier Tagen sowie nachfolgend vier Halbtage (60 Lektionen zuzüglich Selbststudium) sowie Praxisaufträge. Verfügen die Gesundheitsfachpersonen bereits über entsprechende Kompetenzen, können diese entsprechend angerechnet werden. Es stehen umfassende (Fortbildungs-)Unterlagen zu geriatrischen und gerontologischen Fachthemen zur Verfügung. Für spezifische Risiken im Zusammenhang mit Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit Alter (Immobilität, Demenz, Depression, Sturz, Hör- und Sehstörungen, Fehlernährung etc.) oder Themen wie Schmerz, Medikamente oder Suchtverhalten wurde eine Reihe von Arbeitspapieren erarbeitet, die den aktuellen Forschungsstand zusammenfassen, Schlussfolgerungen für die Beratungspraxis ziehen sowie Hinweisen auf ergänzende Assessment- oder Beratungsinstrumente enthalten. Die laufend aktualisierten und erweiterten Unterlagen stehen den Durchführenden über das Intranet zur Verfügung.

Praxistreffen: Die Praxistreffen bilden den institutionalisierten Rahmen für den Erfahrungsaustausch, die Fortbildung und die Information der Gesundheitsfachpersonen im Projekt ZIA. Die Treffen finden in einem Abstand von sechs Wochen statt.

Fallbesprechungen: Exemplarische Fallbesprechungen finden regelmässig im Rahmen der Praxistreffen statt, zu Beginn auch mit dem begleitenden Projektarzt. Die Fallbesprechungen können hier primär der Reflexion und dem Lernen dienen. Bei laufenden Beratungsfällen, in denen aktueller Diskussionsbedarf besteht, findet ein Austausch innerhalb der Einsatzteams oder mit der Projektleiterin des Projekts, die als Fachbegleiterin zur Verfügung steht, statt.

Begleitung bei Hausbesuchen: Bei neu eingeführten Beraterinnen werden begleitete Hausbesuche durch langjährige Beraterinnen sowie durch die Fachbegleiterin/Projektleiterin von ZIA durchgeführt. Die begleitende Beobachtung und die anschliessende Reflexion erfolgt anhand eines fixen Kriterienrasters.

Fachcoaching: Die Projektleitung steht den Beraterinnen als Fachberaterin zur Verfügung.

Dokumentation: Zur Dokumentation der Beratungstätigkeit bei der Durchführung der Hausbesuche besteht eine standardisierte Klientendokumentation.

Evaluation: Die wissenschaftliche Auswertung der im Rahmen des Gesundheits-Profil Verfahrens erhobenen Personendaten erfolgt grundsätzlich durch die Geriatrie Universität Bern, die als Urheberin des Verfahrens Zugang zu den anonymisierten Personendaten hat. Für die Evaluation der Beratungsangebote (Gruppenkurs, präventive Hausbesuche) ist die Trägerschaft zuständig. Bezogen auf den Gruppenkurs «Älter werden – Gesund und selbständig bleiben» erfolgt standardisiert eine Kursevaluation bei den Teilnehmenden und den Fachreferent/innen. Im Pilotprojekt Oberaargau wurden die präventiven Hausbesuche 2006/2007 mit einer formativen Evaluation begleitet, mit Fokus auf dem Nutzen und den Wirkungen bei Teilnehmenden aus unteren sozialen Schichten. 2008 wurde eine Kundenbefragung bei allen Teilnehmenden durchgeführt.

Für die Evaluation des Gesamtprojekts in der Umsetzungsphase 2008-2010 ist die Trägerschaft verantwortlich. Die Projektevaluation wurde im Rahmen des vorliegenden Auftrags an ein unabhängiges externes Evaluationsbüro vergeben.

Teil II: Ergebnisse der Analysen und Erhebungen

In diesem Teil des Berichts werden die Ergebnisse der einzelnen im Rahmen der Evaluation durchgeführten Analysen und Erhebungen in ausführlicher Form wiedergegeben. Er will interessierten Lesenden Einblick in die detaillierten Ergebnisse erlauben und so die Schlussfolgerungen der Evaluation nachvollziehbar machen. Eilige Lesende verweisen wir direkt auf den dritten Teil des Berichts, in dem die Ergebnisse zusammengezogen werden.

3 Das Projekt «Zwäg ins Alter» in Zahlen

Im Rahmen der Evaluation wurden bestehende statistische Daten und Befragungen zum Projekt ZIA ausgewertet, die von der Trägerschaft bereitgestellt wurden. Die im Folgenden gemachten Angaben beziehen sich grundsätzlich auf die Jahre 2008 und 2009, teilweise auf den Zeitraum seit Beginn der Pilotprojekte im Jahr 2005 (Lyss und Thun) bzw. 2006 (Oberaargau).

Da die wissenschaftliche Evaluation des Gesundheits-Profil Verfahrens nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation ist, erfolgte keine systematische Auswertung der Daten aus der Gesundheits-Profil Erhebung.

3.1 Zur Datengrundlage

Die Erfassung von Daten in verschiedenen Projektregionen wurde im Verlaufe des Jahres 2008 vereinheitlicht. Erst seit Anfang 2009 wird mit einer gemeinsamen Datenbank (Senectus) gearbeitet. Die Zahlen für das Jahr 2008 können daher gewisse Unschärfen enthalten.

In der Senectus-Datenbank werden Informationen betreffend das Rekrutierungsverfahren (Einbezug der Hausärzte, Zusammenarbeit mit Multiplikatoren), die präventiven Hausbesuche (Zeitpunkt und Dauer von Hausbesuchen) sowie die Projektaktivitäten in weiteren Aufgabenbereichen (Telefonberatungen, Gruppenkurse, Qualitätsentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit etc.) erfasst. Zudem wird das soziodemografische Profil der ab 70-jährigen Teilnehmenden am Gesundheits-Profil Verfahren erhoben. Bei Senectus handelt es sich nicht um ein Fallführungssystem. Im Projekt ZIA werden zur Zeit keine fallbezogenen Daten elektronisch erfasst und verwaltet. Auf der Grundlage der Senectus-Daten lassen sich daher keine präzisen Angaben zur Zahl der durchgeführten Hausbesuche pro Person, der Frequenz der Beratungen oder der Kombination von telefonischen oder persönlichen Beratungen machen.

Als Grundlage für die Kosten- und Personaldaten dient primär ein Dokument, das von der Projektleiterin Pro Senectute Bern zur Verfügung gestellt wurde. Aus den Zusammenstellungen lassen sich einfache Kennziffern berechnen, wobei je nach Ansatz die Entwicklungskosten für das Projekt miteinbezogen oder ausgeklammert werden können.

3.2 Einschluss der Hausärzt/innen

Bis 2008 konnte der Gesundheits-Profil Fragebogen nur von Hausärzt/innen abgegeben werden, die von der Geriatrie Universität Bern einzeln oder im Rahmen einer Veranstaltung in das Gesundheits-Profil Verfahren eingeführt worden sind. Im Verlaufe des Jahres 2008 wurden die Kriterien für den Einbezug neuer Hausarztpraxen angepasst: Hausärzt/innen gelten in das Projekt eingeschlossen, sobald sie die Dokumentation erhalten haben und zu einer Einführungsveranstaltung eingeladen wurden.

Bis Ende 2009 wurden insgesamt 380 Hausärzt/innen in das Projekt ZIA eingeschlossen, davon 340 im Zeitraum 2008/09 (vgl. **Tabelle 2**).

Tabelle 2: Einschluss der Hausärzt/innen nach Projektregion, Ende 2009

	Ober- aargau	Lyss	Thun	Bern	Gesamt
Anzahl eingeschlossene Hausärzt/innen total	67	8	60	245	380
davon 2008/2009	45	-	50	245	340
davon vor 2008	22	8	10	-	40
Anzahl Einführungsveranstaltungen total	4	2	3	1	10
davon 2008/2009	1	-	2	1	4
davon vor 2008	3	2	1	-	6
Anzahl Teilnehmende Einführungsveranstaltungen total	33	7	15	1	56
davon 2008/2009	7	-	5	1	13
davon vor 2008	26	7	10	-	43

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern

Anmerkung: Oberaargau seit Anfang 2009 inkl. Burgdorf, Thun seit Ende 2009 inkl. Spiez.

56 aller in das Projekt eingeschlossenen Hausärzt/innen wurden (mehrheitlich im Rahmen einer Veranstaltung) in das Gesundheits-Profil Verfahren eingeführt, 13 davon im Zeitraum 2008/09. In den beiden Jahren wurden vier Einführungsveranstaltungen angeboten, die bei den Hausärzt/innen auf ein unterschiedliches und insgesamt geringes Interesse stiessen. Insbesondere die im November 2008 angebotenen Veranstaltungen in Bern und Thun hatten eine geringe Resonanz. In Bern beteiligte sich eine Person an der Einführung, in Thun kam die Einführung nach Absage der interessierten Ärzt/innen nicht zustande.

3.3 Gesundheits-Profil Verfahren

Im Jahr 2008 wurde der Gesundheits-Profil Fragebogen in erster Linie über die Hausarztpraxen abgegeben. In der Projektregion Lyss wurden alle 65-jährigen Einwohner/innen von der Gemeinde angeschrieben und konnten den Fragebogen bestellen. Im Jahr 2009 wurde das zweigleisige Rekrutierungsverfahren eingeführt: Die Fragebogen wurden weiterhin von den Hausarztpraxen abgegeben, zusätzlich wurde durch unterschiedliche Multiplikator/innen ein Flyer gestreut, über den Senior/innen den Fragebogen bestellen konnten.

In den Jahren 2008 und 2009 wurden die 40 resp. 340 eingeschlossenen Hausarztpraxen mit rund 270 resp. 1'300 Fragebogen beliefert (vgl. **Tabelle 3**). Wie viele der Hausarztpraxen tatsächlich Fragebogen an Senior/innen abgaben und an wie viele Personen, ist nicht bekannt.

2008 wurden 106 Fragebogen ausgefüllt bzw. ausgewertet. Über die 40 eingeschlossenen Hausarztpraxen wurden 86 Senior/innen rekrutiert, über den Versand in Lyss 20 Senior/innen.

2009 konnten 223 Fragebogen ausgewertet werden, deutlich weniger, als aufgrund des neuen Rekrutierungsverfahrens erwartet wurde. Ab Anfang 2009 waren 357 Hausarztpraxen in das Projekt eingeschlossen. 30 Fragebogen wurden von der Pro Senectute an Senior/innen abgegeben, 180 Fragebogen wurden von Senior/innen via ZIA-Flyer bestellt.

Tabelle 3: Rekrutierung und Teilnehmende Gesundheits-Profil Verfahren, 2008/2009

	2008	2009
Abgabe von Fragebogen		
Anzahl eingeschlossene HA Anfang Jahr	40	357
Anzahl an HA verschickte Fragebogen	ca. 270	1'283
Anzahl durch HA abgegebene Fragebogen	nicht bekannt	nicht bekannt
Anzahl durch Pro Senectute abgegebene Fragebogen	-	30
Anzahl bestellte Fragebogen (1)	80	180
Rekrutierte Teilnehmende		
Anzahl ausgewertete Gesundheits-Profil Fragebogen	106	223
über HA rekrutiert	86	nicht bekannt
über Gemeinde / ZIA-Flyer rekrutiert (1)	20	nicht bekannt
Altersstruktur der Teilnehmenden		
Teilnehmende Personen total	106	223
Altersgruppe 65- bis 69 Jahre	nicht bekannt	59
Altersgruppe 70 Jahre und älter	nicht bekannt	164

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern. HA = Hausarztpraxen

(1) In Lyss wurden 2008 alle 65-jährigen Personen von der Gemeinde angeschrieben. Die flächendeckende Rekrutierung über den ZIA-Flyer wurde 2009 eingeführt.

Tabelle 4 zeigt die Teilnahme am Gesundheits-Profil Verfahren nach Jahr und Projektregion. Daraus ist zum einen ersichtlich, dass in allen Projektregionen deutlich weniger Personen erreicht wurden als dies in den Vorjahren durchschnittlich der Fall war. Die Ausweitung auf neue Hausarztpraxen und einen zusätzlichen Rekrutierungskanal hat sich zudem nicht in allen Projektregionen in einer Erhöhung der Teilnehmerzahl niedergeschlagen. In der Projektregion Oberaargau wurden 2009 minim weniger Teilnehmende erreicht als 2008.

Tabelle 4: Ausgewertete Gesundheits-Profil Fragebogen nach Projektregionen, 2008/2009

	Oberaargau	Lyss	Thun	Bern	Gesamt
Ausgewertete Fragebogen 2008	59	33	14	-	106
Ausgewertete Fragebogen 2009	54	44	33	92	223
Ausgewertete Fragebogen 2005-2007 (Pilotprojekte)	467	301	123	-	467
Durchschnittlich pro Jahr ausgewertete FB Pilotprojekte	234	100	41	-	-
Ausgewertete Fragebogen 2005-2009 total	580	380	170	92	1'222

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern; eigene Berechnungen.

Anmerkungen: Oberaargau seit Anfang 2009 inkl. Burgdorf

Seit Beginn der ersten Pilotprojekte wurden nach Angabe der Trägerschaft rund 1'222 Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt, wobei Doppelzählungen möglich sind.⁶ Damit wurden bis Ende 2009 zwischen 5.0 und 5.2 Prozent der Bevölkerung ab 65 Jahren, die ausserhalb einer sozialmedizinischen Einrichtung wohnhaft ist, erreicht (vgl. **Tabelle 5**).

⁶ Maximal 77 Personen aus der Projektregion Lyss haben zweimal einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt. Dies entspricht 0.26 Prozent der ab 65-jährigen Bevölkerung in den Projektregionen.

Tabelle 5: Erreichte Bevölkerung Gesundheits-Profil Verfahren nach Projektjahr

Projektjahr	Bevölkerung 65+ ohne SMI	Ausgewertete Fragebogen total	
	Anzahl Personen	Anzahl	Anteil an Bevölkerung
2005-2007	21'174	891	4.2%
2008	21'174	106	0.5%
2009	44'262	223	0.5%
Total		1'222	5.2%

Anmerkungen: SMI=Sozialmedizinische Institutionen / 2009 inkl. Burgdorf und Bern.

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern; Statistikkonferenz des Kantons Bern (2008), BFS (2009), eigene Berechnungen.

3.4 Individuelle Beratung / präventive Hausbesuche

Präzise Angaben zu den individuellen Beratungen / präventiven Hausbesuchen nach Projektregion liegen erst für das Jahr 2009 vor. Für das Jahr 2008 können daher in **Tabelle 6** nur summarische Angaben gemacht werden.

2009 haben 164 Personen ab 70 Jahren neu einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt und damit die Möglichkeit erhalten, das individuelle Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen. Dies entspricht einem Anteil von 0.6 Prozent an der über 70-jährigen Bevölkerung in den Projektregionen, die nicht in einer sozialmedizinischen Institution lebt. Ende Jahr zählte man insgesamt 524 laufende Beratungsdossiers.⁷ In den vier Projektregionen wurden 640 präventive Hausbesuche durchgeführt, davon waren 117 Erstbesuche. Ausserdem wurden 600 telefonische Beratungen angeboten.

Tabelle 6: Individuelle Beratungen / präventive Hausbesuche 2008 / 2009 nach Projektregion

	2008	2009				
	Gesamt	Gesamt	Oberaargau	Lyss	Thun	Bern
TN Gesundheits-Profil Verfahren 70 Jahre +	k.A.	164	46	11	27	80
Laufende Dossiers Ende Jahr	500	524	245	154	56	68
Beratungsbesuche total	650	640	176	176	52	236
davon Erstbesuche	k.A.	190	50	27	40	73
davon Folgeberatungen	k.A.	450	126	149	12	163
Telefonberatungen	600	600	101	278	31	190

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern.

Anmerkung: Oberaargau seit Anfang 2009 inkl. Burgdorf.

Aus **Tabelle 7** ist die soziodemografische Zusammensetzung der 70jährigen und älteren Teilnehmenden des Projekts ZIA aufgeschlüsselt nach Projektregionen ersichtlich. Datengrundlage bilden die laufenden Beratungsdossiers Ende Jahr 2009.

Der Frauenanteil liegt durchschnittlich bei 63 Prozent. 61 Prozent der Teilnehmenden sind zwischen 70- und 80-jährig, 37 Prozent sind über 80-jährig. Knapp ein Viertel der Teilnehmenden hat keine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen, 56 Prozent haben eine Berufslehre absolviert und 20 Prozent eine höhere Berufsausbildung, Hochschule oder Universität. Augenfällig ist der tiefe Anteil von Personen ohne nachobligatorische Ausbildung in Thun und Bern bzw. der überdurchschnittlich hohe Anteil von Akademi-

⁷ Das Beratungsdossier wird mit der Teilnahme am Gesundheits-Profil Verfahren eröffnet und nach zwei Jahren abgeschlossen.

Unter den laufenden Dossiers werden die noch laufenden Beratungen geführt sowie abgeschlossene Beratungen, bei denen das Dossier noch nicht geschlossen wurde. Senior/innen ab 70 Jahren, die einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben, haben jederzeit die Möglichkeit, innerhalb der zwei Jahre um eine (erneute) telefonische oder persönliche Beratung nachzusuchen.

ker/innen in Bern. Letzteres lässt sich dadurch erklären, dass sehr viele Teilnehmende über eine Hausarztpraxis rekrutiert wurden, die in einem sozioökonomisch besser gestellten Quartier liegt.

Tabelle 7: Soziodemografische Struktur der ab 70jährigen Teilnehmenden am Gesundheits-Profil Verfahren nach Projektregion, Laufende Dossiers Ende 2009

	Gesamt		Oberraargau		Lyss		Thun		Bern	
	n		n		n		n		n	
	524	100%	245	100%	154	100%	56	100%	68	100%
Geschlecht										
Frauen	332	63%	163	67%	89	58%	38	68%	41	60%
Männer	190	36%	81	33%	64	42%	18	32%	27	40%
k.A.	2	0.4%	1	0.4%	1	1%	-	-	-	-
Altersgruppen (1)										
70- bis 75-jährig	176	34%	78	32%	52	34%	24	43%	21	31%
76- bis 80jährig	144	27%	73	30%	39	25%	16	29%	16	24%
81- bis 85jährig	141	27%	74	30%	32	21%	12	21%	23	34%
ab 86jährig	50	10%	20	8%	18	12%	4	7%	8	12%
k.A.	13	2%	-	-	13	8%	-	-	-	-
Bildung										
keine Ausbildung	121	23%	71	29%	40	26%	5	9%	5	7%
mind. 1- bis 2-jährige Lehre	90	17%	56	23%	24	16%	6	11%	4	6%
mind. 3 jährige Lehre	205	39%	86	35%	61	40%	29	52%	28	41%
Höhere Berufsausbildung	82	16%	31	13%	26	17%	11	20%	14	21%
Uni, Hochschule	21	4%	1	0.4%	3	2%	1	2%	16	24%
k.A.	5	1%	-	-	-	-	4	7%	1	1%

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern / Senectus, eigene Berechnungen.

Anmerkung: Oberraargau ab Anfang 2009 inkl. Burgdorf.

(1) Altersgruppen gemäss der Erfassung in der Senectus-Datenbank.

Zum Bildungsstand der 70-jährigen und älteren Bevölkerung liegen auf Kantonebene keine aktuellen Vergleichsdaten vor. Für die Bevölkerung ab 65 Jahren auf gesamtschweizerischer Ebene lässt sich feststellen, dass der Anteil von Personen ohne nachobligatorische Ausbildung in den Jahren von 2000 bis 2009 von 35 auf 27 Prozent gesunken ist.⁸

3.5 Gruppenkurs / Kursevaluation

Der Gruppenkurs «Älter werden – gesund und selbständig bleiben» richtet sich an 65-jährige und ältere Senior/innen, die entweder am Gesundheits-Profil Verfahren teilgenommen haben oder die über Inserate, Ausschreibungen etc. auf das Angebot aufmerksam gemacht wurden. 2009 wurden in drei Projektregionen 4 Gruppenkurse mit insgesamt 78 Teilnehmenden durchgeführt, 2009 fanden in vier Projektregionen 13 Gruppenkurse mit insgesamt 249 Teilnehmenden statt.

⁸ Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS) / Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE), 2. Quartal 2009 / Volkszählung 2010 (VZ 2000). Die Schweizerische Volkszählung kommt für das Jahr 2000 auf einen vergleichbaren Anteil von Personen ohne nachobligatorische Ausbildung (34 Prozent). Abweichungen zeigen sich jedoch betreffend den Personenanteil mit Hochschul- oder Universitätsabschluss. Die Volkszählung 2000 beziffert diesen mit 4 Prozent, die SAKE 2000 mit 11 Prozent. Gemäss SAKE ist dieser Anteil auf 17 Prozent im Jahr 2009 gestiegen.

Tabelle 8: Anzahl und Teilnehmende Gruppenkurs 2008 / 2009

	2008	2009
Anzahl Gruppenkurse	4	13
Anzahl Teilnehmende Gruppenkurs	78	249

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern.

Kursevaluation 2008/2009

Als Bestandteil des Gruppenkurses wird eine Kursevaluation bei den Teilnehmenden durchgeführt. Von der Trägerschaft wurde uns eine Auswertung für die Jahre 2008/2009 zur Verfügung gestellt. Die Auswertung beruht auf 15 Gruppenkursen mit insgesamt 255 Teilnehmenden.

Zugang zum Kurs

Aus **Tabelle 9** ist ersichtlich, auf welchem Weg die Kursteilnehmenden vom Gruppenkurs erfahren haben. Wie viele Personen über das Gesundheits-Profil Verfahren rekrutiert werden konnten, lässt sich nicht exakt bestimmen, da nicht separat erhoben wird, wie viele Teilnehmende eine Einladung des Logistikdienstleisters BerCom erhalten haben. Diese fallen unter die 22 Prozent, die durch den Kurs-Flyer auf den Kurs aufmerksam geworden sind. 14 Prozent der Teilnehmenden haben zuvor einen präventiven Hausbesuch erhalten.

Tabelle 9: Zugang zum Gruppenkurs

	Anzahl	Anteil
<i>n</i>	212	100%
Flyer	46	22%
Kursprogramm Pro Senectute	32	15%
Präventiver Hausbesuch	29	14%
Seniorenrat	28	13%
Inserat	18	8%
Bekannte	17	8%
Gemeinde	13	6%
Altersturnen	12	6%
Landfrauen	7	3%
Sozialberaterin Pro Senectute	3	1%
Wanderfreunde	3	1%
Hausarzt	2	1%
Mittagstisch	1	0.5%
Internet	1	0.5%

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern / Kursevaluation Gruppenkurs; eigene Berechnungen.

Weitere bedeutende Rekrutierungswege sind überdies das Kursprogramm der Pro Senectute und die lokalen Seniorenräte sowie insgesamt die «Peer-Groups» der Senior/innen (Bekannte, Altersturnen, Wanderfreunde etc.). Eine untergeordnete Rolle spielt die Information durch die Sozialberaterinnen der Pro Senectute oder durch die Hausärzt/innen.

Resonanz der Beiträge in den drei Themenbereichen

Die Beiträge der Fachreferent/innen werden von nahezu allen Kursteilnehmenden als interessant oder sehr interessant beurteilt. Auf besondere Resonanz stossen die Inhalte zu Bewegung und Ernährung. Die Bei-

träge zum Bereich Soziales werden etwas weniger häufig - jedoch auch von einer Mehrheit - als «sehr interessant» beurteilt.

Tabelle 10: Beurteilung der Beiträge in den drei Themenbereichen

	n	Gesamt	sehr interessant	interessant	nicht interessant	k.A.
Bewegung / Sturzvorbeugung	247	100%	68%	31%	1%	0.5%
Ernährung	247	100%	64%	33%	2%	2%
Soziales	247	100%	56%	38%	1%	5%

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern / Kursevaluation Gruppenkurs; eigene Berechnungen.

Zeitlicher Umfang der Kleingruppenarbeit, Eignung der Räumlichkeiten

Im Anschluss an die Fachreferate und eine Pause findet ein Austausch zu den drei Themenbereichen in Kleingruppen statt. Rund 8 von 10 Kursteilnehmenden erachten den zeitlichen Umfang der Kleingruppen als gerade richtig, für rund 2 von 10 Personen sind die je 25 Minuten zu kurz.

Tabelle 11: Beurteilung des zeitlichen Umfangs der Kleingruppen und der Eignung der Räumlichkeiten

	Anzahl	Anteil
Austauschmöglichkeit in den Kleingruppen		
zu kurz	44	18%
gerade richtig	201	82%
zu lang	1	0.5%
k.A.	1	0.5%
Gesamt	246	100%
Eignung der Kursräumlichkeiten		
gut geeignet	118	59%
geeignet	82	41%
nicht geeignet	1	0.5%
Gesamt	201	100%

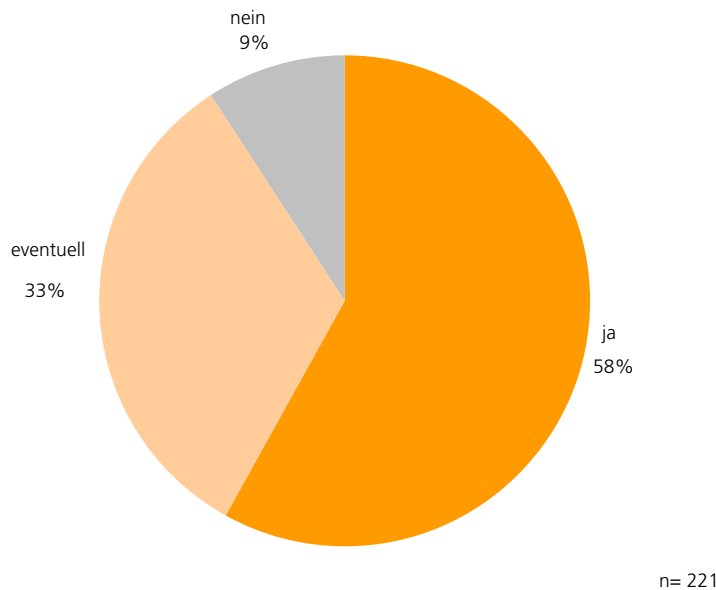
Quelle: Pro Senectute Kanton Bern / Kursevaluation Gruppenkurs; eigene Berechnungen.

Was die Kursräumlichkeiten betrifft, so sind diese gemäss 6 von 10 Teilnehmenden gut geeignet, 4 von 10 finden sie geeignet.

Absicht zur Verhaltensänderung

Die Frage, ob sie sich vorstellen können, aufgrund des Kurses etwas in Ihrem Alltag zu verändern, beantworten 58 Prozent der Kursteilnehmenden mit «ja», ein Drittel mit «eventuell». Bei 1 von 10 Personen kann allenfalls von einer Wirkung auf der Wissensebene ausgegangen werden, sie deklarieren jedoch, dass sie sich aufgrund des Kurses nicht anders verhalten werden als bisher.

Abbildung 3: Absicht zur Verhaltensänderung («Können Sie sich vorstellen, aufgrund der heutigen Veranstaltung etwas in Ihrem Alltag zu verändern?»)



Quelle: Pro Senectute Kanton Bern / Standardisierte Befragung Teilnehmende Gruppenkurs.

3.6 Personal und Projektkosten

Die folgenden Angaben zum Personal und zu den Projektkosten beziehen sich auf die in der Evaluation betrachteten Jahre 2008 und 2009. **Tabelle 12** zeigt den Gesamtaufwand für die im Rahmen der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Bern erbrachten Leistungen über die vier Projektregionen einschliesslich der Leitung der Pro Senectute Kanton Bern in den beiden Jahren. Für beide Jahre 2008 und 2009 zusammen ergaben sich laut den Unterlagen der Pro Senectute Gesamtkosten von CHF 1.47 Mio. Mit der Umsetzung betraut waren 9 festangestellte Gesundheitsfachpersonen mit insgesamt 4.5 Vollzeitstellen sowie 7 Gesundheitsfachpersonen mit variablem Einsatzvolumen.

Tabelle 12: Betriebswirtschaftliche Daten der vier Projektregionen inkl. Leitung

	2008	2009
Gesamtaufwand in CHF	687'467	779'598
Personen per Ende Jahr	9	9
Stellenprozentage per Ende Jahr	450	450

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern

In den Gesamtkosten enthalten sind jeweils auch die Entwicklungskosten des Projekts durch die Pro Senectute Kanton Bern und Kosten für entsprechende Zusatzstudien. Im Übergangsjahr 2008 fielen relativ hohe Kosten für Planung und Konzipierung in der Zusammenarbeit mit der Geriatrie Universität Bern an. Im Jahr 2009 wurden folgende Untersuchungen aus dem Projektbudget finanziert: Studie «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter», «Projekt Entwicklung Bedarfsabklärungsinstrument ‚Module betreutes Wohnen‘ für EL-BezügerInnen», Kostenteil für die Evaluation.

Werden diese Entwicklungskosten und Zusatzkosten für Studien abgezogen, ergibt sich auf der Basis der erhaltenen Grundlagen für 2009 ein «projektbezogener Aufwand» von CHF 150'000 und ein «klientenbezogener Aufwand» für die Durchführung von ZIA von CHF 630'000 (vgl. **Tabelle 13**).

Tabelle 13: Projekt- und klientenbezogener Aufwand 2009

	CHF
Projektbezogener Aufwand im Rahmen LV	150'000
Klientenbezogener Aufwand im Rahmen ZIA	630'000
Total	780'000

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern

Mit dem erwähnten klientenbezogenen Aufwand von CHF 630'000 für 2009 wurden verschiedene Leistungen erbracht, wie bereits in den vorangehenden Abschnitten dargestellt. **Tabelle 14** gibt diesbezüglich nochmals eine Übersicht.

Tabelle 14: Output resp. mit dem klientenbezogenen Aufwand verbundenen Leistungselemente 2009

Anzahl abgegebene Fragebogen	1'463
davon an Hausärzte abgegeben	1'283
Anzahl abgegebene Flyer	4'300
Anzahl ausgewertete Fragebogen	223
davon Anzahl ausgewertete FB Altersgruppe 65-69	59
davon Anzahl ausgewertete FB Altersgruppe 70+	164
Anzahl Beratungsbesuche total	640
Anzahl Telefonberatungen	600
Anzahl Gruppenkurse	13
Anzahl Teilnehmer/innen Gruppenkurse	249
Anzahl Veranstaltungen / Auftritte	31
Anzahl Teilnehmer/innen Veranstaltungen	ca. 650

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern

Eine detaillierte Kostenrechnung lässt sich auf der Grundlage der zur Verfügung gestellten Dokumente nicht vornehmen.

Einzelne Kostenelemente können wie folgt beschrieben werden:

- Ein abgegebener Fragebogen wurde mit CHF 7.50 budgetiert. Erfolgt eine Auswertung (ausgewerteter Fragebogen), fallen zusätzlich ca. CHF 13.80 an.
- Pro Hausbesuch bzw. Beratungsgespräch ist auf der Grundlage der verfügbaren Unterlagen mit Kosten von CHF 200.- zu rechnen (Leistungsvertrag zwischen der PS Kt. Bern und der Spitex Bern).
- Gemäss Auskünften von Pro Senectute Kanton Bern haben die Regionen ein Budget von CHF 1'500 Franken pro Gruppenkurs für Räumlichkeiten, Honorar externe Referent/innen, Zvieri etc., ohne Anteil Personalkosten Durchführende. Die Richtgrösse für die Teilnehmerzahlen liegt bei 15 bis 25 Personen. Nimmt man die Kurse und die Teilnehmerzahlen für das Jahr 2009 zum Ausgangspunkt (13 resp. 249), ergeben sich Kosten von rund CHF 78.- pro Kursteilnehmer/in (ohne Personalkosten Durchführende).

4 Befragung der Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen

Im Frühjahr 2010 wurde eine schriftliche Befragung bei allen Senior/innen durchgeführt, die seit Juli 2008 mindestens einen präventiven Hausbesuch / eine individuelle Beratung erhalten haben. 128 dieser 228 Personen haben an der Befragung teilgenommen.

4.1 Methodisches Vorgehen

Die schriftliche Befragung bei den Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen wurde vom 15. April bis 7. Mai 2010 durchgeführt.

■ **Erhebungsinstrument:** Der vierseitige Fragebogen (siehe Anhang) erfasst Informationen betreffend Beratungsstruktur, Beratungssituation und Beratungsperson, Motivation der Teilnehmenden, Nützlichkeit der Beratung und Zufriedenheit der Teilnehmenden, Veränderungen auf der Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensebene sowie soziodemografische Merkmale und Gesundheitszustand. Nach einer Vernehmlassung bei der Projektleitung und den Umsetzungsverantwortlichen von ZIA wurde der Fragebogen in einem Pretest bei vier Teilnehmenden von präventiven Hausbesuchen unterschiedlicher Alters- und Bildungsstufen getestet.

■ **Datenschutz:** Die Befragung wurde anonym unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und des Datenschutzvertrages durchgeführt. Der Versand der Fragebogen erfolgte im Namen der Pro Senectute Kanton Bern durch eine Mitarbeiterin des Projekts ZIA der Pro Senectute Region Emmental-Oberaargau. Die Fragebogen wurden an das Büro BASS zurückgeschickt und dort ausgewertet. Zur Kontrolle des Rücklaufs waren die Fragebogen mit einem Code versehen, der eine eindeutige Zuordnung nach Projektregion, Geschlecht, Beginn der Beratung und Beratungsstatus erlaubte.

■ **Grundgesamtheit und Befragungsteilnehmende:** In die Befragung eingeschlossen wurden alle Senior/innen, die zwischen Juli 2008 und März 2010 mindestens einen präventiven Hausbesuch erhalten haben (N= 228 Personen). 130 Personen haben einen Fragebogen zurückgeschickt (57 Prozent), 128 Fragebogen konnten in die Auswertung einbezogen werden (56 Prozent).⁹

Hinsichtlich der Projektregion gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Personen. Erwartungsgemäss ist der Prozentsatz von Personen, bei denen im Jahr 2008 ein Erstbesuch stattgefunden hat, bei den Teilnehmenden tiefer als bei den Nicht-Teilnehmenden (10% vs. 32%), der Anteil von Personen, bei denen die Beratung im Jahr 2009 oder 2010 aufgenommen hingegen höher (90% vs. 68%). Dementsprechend ist bei den Befragungsteilnehmenden auch der Anteil von noch laufenden Beratungen höher (75% vs. 58%). Bezüglich soziodemografischer Merkmale konnte bei der Non-Response-Analyse das Geschlecht berücksichtigt werden. Zwischen Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 15 zeigt die Struktur der Grundgesamtheit und der Befragungsteilnehmenden nach Projektregion, Beratungsbeginn und -status. Je ein Drittel der Befragungsteilnehmenden stammt aus den Projektregionen Oberaargau und Bern, rund ein Viertel aus Lyss und ein Zehntel aus Thun. Bei 10 Prozent der Personen wurde die Beratung im Jahr 2008 aufgenommen, bei 76 Prozent im Jahr 2009 und bei 14% im Jahr 2010. Drei Viertel der Personen befinden sich in einer laufenden Beratung, bei einem Viertel wurde die Beratung abgeschlossen.

⁹ 4 Fragebogen konnten nicht zugestellt werden, von 2 weiteren Personen wurde vermeldet, dass sie verstorben sind. 3 Personen haben zurückgemeldet, dass sie (noch) keinen Hausbesuch erhalten oder darauf verzichtet haben. 1 Fragebogen traf mehrere Wochen nach Ablauf der Rücksendefrist ein, bei 1 Fragebogen wurde der Zuordnungscode entfernt und der Fragebogen daher nicht ausgewertet.

Tabelle 15: Grundgesamtheit und Befragungsteilnehmende nach Projektregion, Beratungsbeginn und Beratungsstatus

	Grundgesamtheit		Befragungsteilnehmende	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Total	228	100%	128	100%
Projektregion				
Oberaargau	87	38%	43	34%
Lyss	54	24%	29	23%
Thun	16	7%	14	11%
Bern	71	31%	42	33%
Beginn der Beratung				
2008	45	20%	13	10%
2009	160	70%	97	76%
2010	23	10%	18	14%
Status Beratung / Dossier				
Laufende Beratung	154	68%	96	75%
Beratung abgeschlossen / Dossier laufend	21	9%	6	5%
Beratung / Dossier abgeschlossen	53	23%	26	20%

■ **Auswertung und Ergebnisdarstellung:** Die Daten wurden im Statistikprogramm SPSS plausibilisiert und ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Folgenden jeweils für das Total der befragten Senior/innen dargestellt. Sofern statistisch signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen verschiedenen Gruppen bestehen, wird im Text und in den Tabellen explizit darauf hingewiesen.¹⁰

4.2 Charakterisierung der Teilnehmenden

Als soziodemografische Merkmale wurden die Merkmale Geschlecht und Alter erhoben. Ergänzend wurde der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung erfasst, dies in erster Linie als möglicher Einflussfaktor auf die Zufriedenheit.

Rund zwei Drittel der Senior/innen, die eine oder mehrere individuellen Beratungen in Anspruch genommen haben, sind Frauen, ein Drittel sind Männer (vgl. **Tabelle 16**). Der Altersdurchschnitt liegt bei 78 Jahren (Median). 52 Prozent der Teilnehmenden sind unter 80-jährig, 45 Prozent sind 80-jährig oder älter, 3 Prozent haben keinen Altersangaben gemacht.¹¹

¹⁰ Getestet wurde mit dem Kruskal-Wallis-Test (Likert-Skalen) sowie dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson (übrige Variablen). Das Testverfahren von Kruskal-Wallis ist insbesondere für kleine und ungleichgrosse Stichproben geeignet (vgl. Kruskal & Wallis 1952; Bortz & Lienert 1998; Bortz, Lienert & Boehnke 2000). Systematisch getestet wurde nach den Variablen Projektregion, Geschlecht, Alter (unter 80 Jahre / 80 Jahre und älter), Gesundheitszustand (gut bis sehr gut / mässig bis sehr schlecht) sowie Beratungsstatus (Beratung laufend / abgeschlossen) und Anzahl Beratungen (einmalig / mehrmalig).

¹¹ Zwei Personen, die im Sommer 2008 eine Erstberatung erhalten haben, sind jünger als 70-jährig (66 bzw. 67 Jahre). Nach neuem Verfahren, das seit Herbst 2008 in allen Projektregionen einheitlich umgesetzt wird, richten sich die Hausbesuche ausschliesslich ab Senior/innen ab 70 Jahren.

Tabelle 16: Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand der Befragungsteilnehmenden

	Anzahl	%
Total	128	100%
Geschlecht		
Frau	83	65%
Mann	45	35%
Alter		
unter 80 Jahre	66	52%
80 Jahre und älter	58	45%
k.A.	4	3%
Altersdurchschnitt (Median)		78 Jahre
Subjektiver Gesundheitszustand		
sehr gut	14	11%
gut	68	53%
mässig	40	31%
schlecht	4	3%
sehr schlecht	-	-
k.A.	2	2%

Quelle: Befragung der Kund/innen

64 Prozent der Befragten bezeichnen ihren aktuellen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, 31 Prozent als mässig, 3 Prozent als schlecht.

4.3 Teilnahmegründe

Die meisten der befragten Senior/innen führen intrinsische Motive für ihre Teilnahme auf (vgl. **Tabelle 17**). Rund drei je drei Viertel wollten mit der Teilnahme primär etwas für die Erhaltung der Selbständigkeit resp. für ihre Gesundheit tun, rund ein Drittel hat primär aus Neugierde und Interesse teilgenommen, 17 Prozent nahmen das Angebot in Anspruch, weil sie ein bestimmtes Thema beschäftigt hat. 44 Prozent der Teilnehmenden haben (auch) ihrem «Hausarzt zu liebe» mitgemacht, 11 Prozent nennen einzig den Hausarzt als Teilnahmegrund.

Tabelle 17: Gründe für Teilnahme an der Beratung (Mehrfachantworten möglich)

Ich habe vor allem teilgenommen...	Befragte Total (n= 128)
...um etwas für die Erhaltung meiner Selbständigkeit zu machen	67%
...um etwas für meine Gesundheit zu machen	64%
...meinem Hausarzt zu liebe	44%
...aus Neugierde, einfach mal ausprobieren	35%
...weil mich ein bestimmtes Thema beschäftigt hat	17%
...andere Gründe	8%

Quelle: Befragung der Kund/innen

4.4 Beratungsstruktur

In der Befragung wurden einerseits Informationen zur Zahl der Erst- und Folgebesuche erhoben, andererseits Einschätzungen der Teilnehmenden zur Länge der Beratungen und der Beratungsfrequenz.

Anzahl der Hausbesuche

Bei der Hälfte aller Befragten wurde (bisher) ein Hausbesuch durchgeführt (vgl. **Tabelle 18**). Um generelle Aussagen zur durchschnittlichen Zahl der Beratungsbesuche machen zu können, ist der Blick auf die abgeschlossenen Beratungen angezeigt. In 46 Prozent dieser Fälle wurde die Beratung nach einem Besuch abgeschlossen, in 54 Prozent fanden zwei oder mehr Folgebesuche statt.

Tabelle 18: Anzahl der Hausbesuche

Anzahl Hausbesuche	Befragte total (n= 128)	Beratung abgeschlossen (n= 69)
1 Besuch	50%	46%
mehrere Besuche	49%	54%
2 Besuche	30%	31%
3 Besuche	10%	10%
4 Besuche	8%	10%
5 Besuche oder mehr	2%	3%
keine Angabe	1%	-
Gesamt	100%	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen

Besuchsdauer und Besuchsfrequenz

Ein Erstbesuch dauerte 2009 im Durchschnitt 1.16 Stunden, ein Folgebesuch 1.0 Stunden (Quelle: Senectus). Für die allermeisten Teilnehmenden (94 Prozent) war die Länge der einzelnen Hausbesuche gerade richtig (vgl. **Tabelle 19**).

Tabelle 19: Beurteilung der Besuchsdauer und der Besuchsfrequenz

Wie fanden Sie...	gerade richtig	eher zu lang	eher zu kurz	k.A.	Gesamt
...die Länge der Besuche? (n= 128)	94%	2%	2%	2%	100%
...den Abstand zwischen den Besuchen? (wenn mehr als 1 Besuch) (n= 63)	90%	5%	3%	2%	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen

Präzise Angaben zur durchschnittlichen Besuchsfrequenz liegen keine vor. Das Konzept von ZIA sieht bei Personen mit mittleren Risiken ein Folgebesuch nach drei Monaten vor, bei Personen mit wenig Risiken und ungünstigem Gesundheitshandeln ein Folgebesuch nach sechs Monaten. 9 von 10 der befragten Senior/innen, bei denen ein Folgebesuch stattfand, erlebten den Abstand zwischen den Besuchen als gerade richtig (vgl. **Tabelle 19**).

4.5 Beratungssituation und Beratungsperson

Die Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen sind grossmehrheitlich Teil der Ansicht, dass sich die Beraterin verständlich ausgedrückt hat und dass sie auf deren Fragen und Anliegen eingegangen ist (vgl. **Tabelle 20**). Im selben Mass hatten sie Vertrauen in die Beraterin und erachten diese als kompetent (völlige Zustimmung: 83 bis 91 Prozent).

Tabelle 20: Beurteilung der Beraterin / der Beratungssituation

Wie haben Sie die Beraterin erlebt? (n=128)	stimmt völlig	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht	k.A.	Gesamt
Die Beraterin hat sich verständlich ausgedrückt	91%	7%	-	-	2%	100%
Die Beraterin ist auf meine Fragen und Anliegen eingegangen (1)	83%	13%	-	-	4%	100%
Ich hatte Vertrauen zur Beraterin (1)	88%	8%	2%	-	2%	100%
Die Beraterin hat mir einen kompetenten Eindruck gemacht (1)	88%	8%	2%	-	2%	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen
Unterschiede nach Anzahl Beratungsbesuchen signifikant ($\alpha = 0.05$).

Personen, die erst einen Hausbesuch erhalten haben, beurteilen die Aspekte «Responsivität», «Vertrauen» und «Kompetenz» zurückhaltender als solche, die mehrmals besucht wurden. Dies bestätigt die Wahrnehmung der Beraterinnen, dass der Vertrauensaufbau gewisse Zeit in Anspruch nimmt.

4.6 Empfehlungen und Umsetzbarkeit der Empfehlungen

Mit den Empfehlungen und Tipps, die in der Beratung erarbeitet wurden, ist der grösste Teil der Teilnehmenden sehr zufrieden (64 Prozent) oder zufrieden (26 Prozent). 2 Prozent der Befragten zeigen sich eher unzufrieden. 9 Prozent der Teilnehmenden haben die Frage nicht beantwortet (vgl. **Tabelle 21**).

Senior/innen, die mehrere Beratungen erhalten haben, äussern ihre Zufriedenheit deutlicher als solche, bei denen nur ein Besuch stattgefunden hat und die häufiger keine Angaben machen. Ein ähnliches Bild zeigt sich nach dem Status der Beratung. Wer sich in einer laufenden Beratung befindet, äussert sich zufriedener, wer die Beratung abgeschlossen hat, macht öfters keine Angaben.

Tabelle 21: Zufriedenheit mit den Empfehlungen und Beurteilung der Umsetzbarkeit

Was hat Ihnen die Beratung gebracht? (n=128)	stimmt völlig	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht	k.A.	Gesamt
Ich bin mit den erarbeiteten Empfehlungen und Tipps sehr zufrieden (1)	64%	26%	2%	-	9%	100%
Ich kann die erarbeiteten Empfehlungen und Tipps in meinem Alltag gut umsetzen (2)	52%	31%	3%	-	14%	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen;
(1) Unterschiede nach Beratungsstatus und Anzahl der Besuche signifikant ($\alpha = 0.05$).
(2) Unterschiede nach Gesundheitszustand signifikant ($\alpha = 0.01$).

Für gut die Hälfte der Senior/innen stimmt es vollumfänglich, dass die erarbeiteten Empfehlungen im Alltag gut umgesetzt werden können, für knapp ein Drittel stimmt dies eher, für 3 Prozent eher nicht (vgl. **Tabelle 21**). Die übrigen Personen haben keine Angaben gemacht. Personen mit einem guten oder sehr

4 Befragung der Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen

guten subjektiven Gesundheitszustand bejahen die Umsetzbarkeit der Empfehlungen vorbehaltlos als solche, die ihren Gesundheitszustand als mässig oder eher schlecht bezeichnen.

Ob die Empfehlungen effektiv umgesetzt werden bzw. ob die Teilnehmenden infolge der Hausbesuche etwas an ihrem Verhalten verändert haben, hängt im vorliegenden Fall nicht davon ab, wie Umsetzbarkeit der Empfehlungen beurteilt wird. Personen, welche die Umsetzbarkeit vorbehaltlos bejahen, haben ihr Verhalten nicht häufiger verändert als solche, welche die Umsetzbarkeit mit gewisser Zurückhaltung beurteilen. Umgekehrt haben von diesen Personen nicht weniger konkret etwas verändert. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass die in den Beratungen erarbeiteten Empfehlungen insgesamt adäquat sind und die Tatsache, dass sie umgesetzt bzw. nicht umgesetzt werden, primär von anderen Faktoren abhängt, wie bspw. der Motivation der Teilnehmenden.

4.7 Ergebnisse der Hausbesuche

Die individuellen Beratungen zielen indirekt über eine Förderung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden auf konkrete Verhaltensänderungen.

Gesundheitskompetenz

Hinsichtlich der Förderung der Gesundheitskompetenz wurden die Aspekte «Information», «Sensibilisierung» und «Interaktion» erfasst (vgl. **Tabelle 2**).

Generell fällt beim Blick auf die Resultate der hohe Anteil von Befragten auf, die keine Angaben machen konnten oder wollten; er liegt zwischen 15 und 28 Prozent. Es darf vermutet werden, dass ein Teil davon Senior/innen sind, die bereits vor der Beratung recht gut über das Angebot informiert waren, denen das Gesundheitsthema schon zuvor wichtig war - und sie deshalb am Projekt teilgenommen haben - bzw. die auch schon früher Probleme mit ihrem Hausarzt besprochen haben. Konkrete Rückmeldungen aus dem Feld verweisen darauf, dass solche Personen Hemmungen hatten, die Aussagen folgerichtig mit «nein» zu quittieren, weil sie dies als Kritik an den Durchführenden verstanden hätten.

Tabelle 22: Resultate im Bereich der Gesundheitskompetenz

Was hat sich für Sie persönlich durch die Beratung verändert? (n= 128)	ja	nein	weiss nicht	k.A.	Gesamt
Ich bin besser informiert über Fragen rund um meine Gesundheit	69%	10%	6%	15%	100%
Ich bin besser informiert über Angebote für Seniorinnen und Senioren in meiner Umgebung (1)	62%	9%	6%	24%	100%
Das Thema Gesundheit ist mir heute wichtiger (1)	64%	8%	5%	24%	100%
Die Beratung hat mich angeregt, Probleme mit meinem Hausarzt zu besprechen (1)	46%	20%	6%	28%	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen.

(1) Unterschiede nach Projektregion signifikant ($\alpha = 0.05$).

Information

69 Prozent der Teilnehmenden sind nach eigenen Angaben besser informiert über Fragen betreffend ihre Gesundheit, 62 Prozent geben zur Auskunft, dass sie das Angebot für Senior/innen in ihrer Umgebung besser kennen (vgl. **Tabelle 2**). Besonders Teilnehmenden aus der Stadt Bern haben weniger häufig den Eindruck, dass sie besser über das Angebot für Senior/innen informiert sind, bzw. verneinen dies explizit

oder beantworten die Frage gar nicht. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass das Angebot für Senior/innen in der Stadt Bern gut ausgebaut und die Informationsdichte hoch ist.

Sensibilisierung

64 Prozent der Teilnehmenden erklären, dass ihnen das Thema Gesundheit heute wichtiger ist als vor der Beratung, 8 Prozent verneinen dies explizit (vgl. **Tabelle 2**). Besonders in der Region Thun und in geringerer Masse in Lyss weisen die Resultate darauf hin, dass die Beratung zu einer Sensibilisierung beigetragen hat. In der Region Ob- und Nidwalden und in der Stadt Bern ist das Bild weniger deutlich. Hier haben besonders viele Teilnehmende keine Angaben gemacht, was wie erwähnt damit zusammenhängen könnte, dass ihnen das Thema Gesundheit bereits vorher wichtig war.

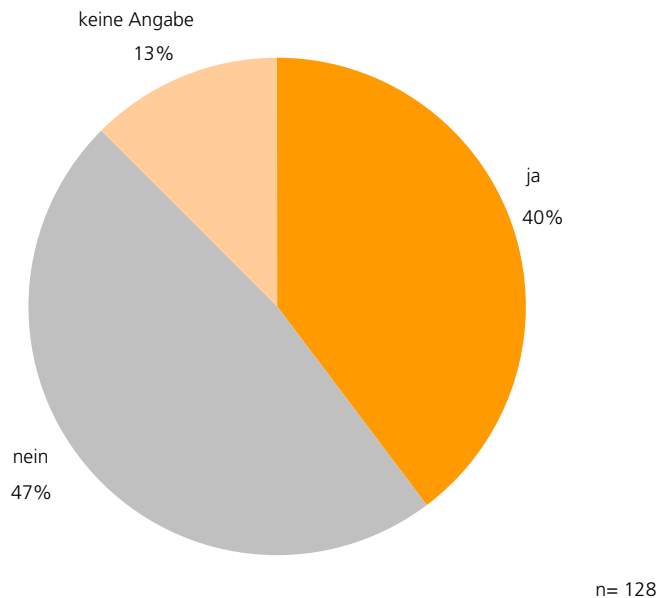
Interaktion

46 Prozent der Teilnehmenden berichten, dass sie durch die Beratung angeregt wurden, Probleme mit ihrem Hausarzt zu besprechen, ein Fünftel verneint dies explizit (vgl. **Tabelle 2**). Besonders in der Region Lyss verweisen die Resultate darauf, dass durch die Hausbesuche die Interaktion mit den Hausärzten gefördert wurde. In den übrigen Regionen ist das Bild wiederum weniger klar und lässt sich kaum eindeutig interpretieren.

Verhaltensänderungen

Die Resultate auf der Ebene der Verhaltensänderungen wurde mit der Frage erfasst «Machen Sie heute etwas anders als vor der Beratung?». 40 Prozent der Teilnehmenden beantworten diese mit «ja», 48 Prozent mit «nein». 13 Prozent haben keine Angaben gemacht (vgl. **Abbildung 4**).

Abbildung 4: Verhaltensänderung («Machen Sie heute etwas anders als vor der Beratung?»)



Quelle: Befragung der Kund/innen
(1) Unterschiede nach Altersgruppen signifikant ($\alpha = 0.05$).

4 Befragung der Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen

Hinsichtlich der selbstdeklarierten Veränderungen beim Verhalten lassen sich keine statistisch relevanten Unterschiede in Abhängigkeit des Gesundheitszustands der Personen oder der Anzahl der Beratungsbesuche beobachten. Bei jüngeren Teilnehmenden (< 80 Jahre) halten sich solche, die nach eigenen Angaben etwas verändert haben und solche, die nichts anders machen, die Waage (Verhaltensänderung: «ja» 47%, «nein» 49%, «weiss nicht»: 5%).

Bei den älteren Teilnehmenden überwiegen tendenziell Personen, die nichts anders machen, wobei in dieser Gruppe auch der Anteil von Personen, die keine Angabe gemacht haben, relevant höher ist (Verhaltensänderung: «ja» 35%, «nein» 45%, «weiss nicht»: 21%).

50 der 51 Personen, die infolge der Beratung etwas anders machen, haben die Gelegenheit genutzt, im Fragebogen anzugeben, was sie konkret verändert haben (vgl. **Tabelle 23**).

Tabelle 23: Konkrete Veränderungen (offene Frage)

Themenbereich	Anzahl Nennungen	Anteil an Antwortenden
Bewegung / Mobilität	23	46%
Gesundheitsbewusstsein	17	34%
Ernährung	13	26%
Alkohol / Tabak	2	4%
Sehen / Hören	1	2%
Diverses	2	4%
Nennungen total	56	
Antwortende Personen total	50	100%

Am häufigsten genannt werden Veränderungen im Bereich Bewegung und Mobilität (Körperliche Aktivität, Sturzprävention, Gleichgewicht, Kraft etc.), Gesundheitsbewusstsein (bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit, positives Denken etc.) und Ernährung (gesundheitsförderliche Ernährung, Trinkverhalten etc.). Es ist davon auszugehen, dass von den Befragten primär Veränderungen genannt werden, die bewusst wahrgenommen und die in den Alltag integriert wurden. Einmalige Interventionen, die durch die Beratung angeregt werden, wie bspw. Besuch beim Optiker, Medikamenten-Dosette etc. entziehen sich bei der gegebenen Fragestellung weitgehend der Erfassung.

4.8 Allgemeine Zufriedenheit und Nutzen der Beratung

Die Senior/innen, die das Angebot einer individuellen Beratung in Anspruch genommen haben, konnten ihrer allgemeinen Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mittels einer Kunin-Skala («Smilie-Frage») Ausdruck verleihen. Eine grosse Mehrheit der Teilnehmenden ist mit der Beratung sehr (68 Prozent) oder eher (23 Prozent) zufrieden (vgl. **Tabelle 24**). 5 Prozent sind nur teilweise zufrieden, niemand ist unzufrieden.

Tabelle 24: Allgemeine Zufriedenheit mit der Beratung

Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der Beratung?	Befragte Total (n= 128)
Sehr zufrieden	68%
Eher zufrieden	23%
Teils-teils	5%
Eher unzufrieden	-
Sehr unzufrieden	-
k.A.	4%
Gesamt	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen

Als weiterer Indikator für die Kundenzufriedenheit dient die Frage, ob man das Angebot weiterempfehlen würde (vgl. **Tabelle 25**). 68 Prozent der Teilnehmenden würden dies auf jeden Fall tun, 26 Prozent würden es eher tun, 2 Prozent würden das Angebot eher nicht weiterempfehlen.

Tabelle 25: Weiterempfehlung und erneute Inanspruchnahme der Beratung

Würden Sie...	ja, auf jeden Fall	ja, eher	nein, eher nicht	nein, sicher nicht	k.A.	Gesamt
... das Angebot weiterempfehlen? (n=128)	68%	23%	2%	-	7%	100%
... die Beratung wieder in Anspruch nehmen?	57%	26%	11%	1%	5%	100%

Quelle: Befragung der Kund/innen

Wie viele Teilnehmende das Angebot erneut in Anspruch nehmen würden, sagt in erster Linie etwas aus über den Nutzen der Beratung (vgl. **Tabelle 25**). 57 Prozent der Teilnehmenden würden die Beratung auf jeden Fall wieder in Anspruch nehmen, 26 Prozent würden sie eher wieder in Anspruch nehmen. Eine Minderheit der Teilnehmenden schätzt den Nutzen eher gering ein: 11 Prozent würden die Beratung eher nicht wieder in Anspruch nehmen, 1 Prozent bzw. eine Person würden sie sicher nicht mehr in Anspruch nehmen.

5 Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte der Projektregionen

Als wichtige Akteure im Rahmen der Evaluation des Projekts ZIA wurden im Frühjahr 2010 die Hausärztinnen und Hausärzte der Projektregionen befragt. Die Befragung erfolgte schriftlich. Es haben sich insgesamt 66 Hausärzt/innen beteiligt. Nachfolgend stellen wir das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der Befragung dar.

5.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlage

Die Feldphase der Befragung der Hausärzt/innen dauerte vom 14. Mai bis zum 11. Juni 2010.

■ **Erhebungsinstrument:** Der vierseitige Fragebogen (vgl. Anhang) erfasst in einem ersten Teil allgemeine Einschätzungen der Hausärzteschaft hinsichtlich Gesundheitsförderungsprojekte im Altersbereich, deren Organisation sowie Verbesserungsmöglichkeiten beim Einbezug der Ärzte. Ein zweiter Teil widmet sich dem Bekanntheitsgrad und der Beurteilung des Projekts ZIA. Im dritten Teil werden Erfahrungen mit dem Projekt ZIA und seinen Elementen abgefragt.

Nach einer Vernehmlassung bei der Projektleitung und den Umsetzungsverantwortlichen von ZIA wurde der Bogen in einem Pretest bei zwei ausgewählten Hausärzten getestet.

■ **Datenschutz:** Die Befragung wurde anonym unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durchgeführt. Der Versand erfolgte durch das Büro BASS in Couverts der Pro Senectute Kanton Bern mit einem Begleitschreiben, das sowohl von der Pro Senectute als auch vom Alters- und Behindertenamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern unterzeichnet war. Die Fragebogen wurden an das Büro BASS zurückgeschickt und dort erfasst und ausgewertet.

■ **Grundgesamtheit und Befragungsteilnehmende:** In die Befragung eingeschlossen wurden grundsätzlich alle Hausärzt/innen der vier Projektregionen ZIA Oberaargau, Lyss, Thun und Bern. Die Arztadressen wurden dem Büro BASS von der Pro Senectute Kanton Bern zur Verfügung gestellt. Diese hatte die Adressliste ihrerseits vom «Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH)» bezogen, im Oktober 2008 wurde die Liste von der Geriatrie Universität Bern bereinigt. Die Adressliste umfasste insgesamt 338 Ärztinnen und Ärzte. Nach Abzug der Ärztinnen und Ärzte, die nicht mehr erreicht werden konnten (6 Adressen unbekannt), die uns meldeten, dass sie pensioniert waren (4) oder dass sie nicht als Hausarzt, sondern als Spezialist/in arbeiteten (5), ergab sich eine Grundgesamtheit der Befragung von 323 Personen.

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die Befragungsteilnahme.

Tabelle 26: Grundgesamtheit und Befragungsteilnehmende nach Projektregion

	Grundgesamtheit		Rücklauf Befragung		Verteilung Stichprobe
	N	%	n	%	%
Bern	235	73%	39	17%	59%
Oberaargau (exkl. Burgdorf)	44	14%	13	30%	20%
Thun (exkl. Spiez)	37	11%	11	30%	17%
Lyss	7	2%	3	43%	5%
Total	323	100%	66	20%	100%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen

66 Hausärztinnen und Hausärzte haben den Fragebogen zurückgeschickt, was einem Rücklauf von 20.4% entspricht. Für eine schriftliche Befragung bei einer erfahrungsgemäss sehr schwierig zu erreichenden

Population kann der Rücklauf als zufriedenstellend bezeichnet werden.¹² Aus **Tabelle 26** geht hervor, dass die Befragungsteilnahme insbesondere in der grossen Projektregion Bern (17%) unterdurchschnittlich war.

■ **Auswertung und Ergebnisdarstellung:** Die Daten wurden im Statistikprogramm SPSS plausibilisiert und ausgewertet. Die Resultate werden nachfolgend primär für das Total der befragten Hausärzt/innen dargestellt. Sofern statistisch signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Projektregionen bestehen, wird im Text und in den Tabellen darauf hingewiesen.¹³ Anzumerken ist, dass sich bei einer Aufgliederung teilweise sehr geringe Fallzahlen ergeben, die entsprechend vorsichtig zu interpretieren sind.

5.2 Bekanntheitsgrad ZIA, Informationsstand und vertiefte thematische Auseinandersetzung

Eine der Evaluationsfragestellungen betrifft den **Bekanntheitsgrad des Projekts ZIA** unter der Hausärzteschaft der Projektregionen. Im Fragebogen wurde das Projekt knapp beschrieben. In der Anschlussfrage nach der Bekanntheit geben insgesamt 53% der Befragten an, dass sie das Projekt ZIA kennen, 38% geben an, das Projekt teilweise zu kennen, bei 9% ist das Projekt unbekannt (**Tabelle 27**). Eine Unterscheidung nach Projektregionen deutet darauf hin, dass der Bekanntheitsgrad («Ja») in den Regionen Lyss (100%) und Ob- u. Nidwalden (92%) deutlich höher ist als in den Regionen Bern (44%) und Thun (27%). In den beiden letztgenannten Regionen geben 18% der Hausärzt/innen an, das Projekt ZIA sei ihnen unbekannt («Nein»). Angesprochen auf den **Erhalt der Dokumentation** zum Projekt ZIA geben insgesamt 77% der befragten Hausärzt/innen an, diese erhalten zu haben, 9% sind der Meinung, keine Dokumentation erhalten zu haben, 14% wissen es nicht mehr.

Tabelle 27: Bekanntheit Projekt ZIA und Erhalt der Dokumentation

Kennen Sie das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt ZWÄG INS ALTER (ZIA)?	n	%
Ja	35	53%
Teilweise	25	38%
Nein	6	9%
Gesamt	66	100%

Haben Sie jemals eine Dokumentation zum Projekt ZIA oder zum dazugehörigen Gesundheitsprofilverfahren erhalten?	n	%
Ja	51	77%
Nein	6	9%
Weiss nicht	9	14%
Gesamt	66	100%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen

Zusammengefasst 59% der Hausärzt/innen der Projektregionen sagen aus, dass sie über «ausreichende» oder «eher ausreichende» **Informationen** zum Projekt ZIA verfügen, bei 37% trifft dies «nicht» oder «eher nicht» zu (**Tabelle 28**).

¹² Der Rücklauf ist auch aus dem Grunde als zufriedenstellend zu bezeichnen, als dass es sich bei der Befragung inhaltlich nicht um eine Thematik handelte, die die Hausärzt/innen unmittelbar stark betroffen hat (wie z.B. Tariffragen, Pandemiebewältigung o.ä.).

¹³ Getestet wurde mit dem Kruskal-Wallis-Test (Likert-Skalen) sowie dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson (übrige Variablen).

Tabelle 28: Beurteilung der Informiertheit und der thematischen Auseinandersetzung

	Trifft völlig zu		Trifft eher zu		Trifft eher nicht zu		Trifft überhaupt nicht zu		Weiss nicht		Keine Angabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ich verfüge über ausreichend Informationen zum Projekt ZWÄG INS ALTER (ZIA).	22	33%	17	26%	15	23%	9	14%	2	3%	1	2%	66	100%
Das Projekt ZIA hat dazu beigetragen, dass ich mich vertieft(er) mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter auseinandergesetzt habe.	1	2%	15	23%	26	39%	23	35%	1	2%	0	0%	66	100%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen

Gemäss den Antwortenden haben die Informationen und die Dokumentation in Zusammenhang mit dem Projekt ZIA bei zusammengefasst 25% dazu geführt, dass sie sich **vertieft(er) mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter auseinandergesetzt** haben. 74% der Antwortenden schreiben dem Projekt diesbezüglich (eher) keine Wirkung zu.

5.3 Handhabung und Verwendung Gesundheits-Profil Fragebogen / Gesundheitsbericht

Ein weiterer Teil der Ärztebefragung widmete sich den Fragen, wie viele Hausärzt/innen der Projektregionen bereits Gesundheits-Profil Fragebogen an Patient/innen abgegeben haben, ob sie von der spezialisierten Vertragsfirma BerCom bereits Gesundheitsberichte zugeschickt erhalten haben und wie sie mit diesen Gesundheitsberichten umgegangen sind. Ebenfalls interessierte, ob bereits ein Austausch zwischen den Ärzt/innen und einer Gesundheitsberaterin des Projekts ZIA stattgefunden hat.

Wie aus **Tabelle 29** hervorgeht, gab ein Drittel (33%) der antwortenden Hausärzt/innen der Projektregionen an, bereits Gesundheits-Profil Fragebogen an ihre Patient/innen abgegeben zu haben. Ein etwas geringerer Anteil (30%) hat bereits mindestens einen Gesundheitsbericht zugeschickt erhalten.

Tabelle 29: Abgabe des Gesundheits-Profil Fragebogens und Erhalt von Gesundheitsberichten

Haben Sie in Ihrer Praxis bereits Gesundheits-Profil Fragebogen an Patienten abgegeben?	n	%
Ja	22	33%
Nein, noch nie	44	67%
Gesamt	66	100%
Haben Sie von der BerCom AG schon einen Gesundheitsbericht zugeschickt erhalten?	n	%
Ja	20	30%
Nein, noch nie	44	67%
Keine Angabe	2	3%
Gesamt	66	100%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen

Eine Auswertung nach regionaler Verteilung zeigt, dass in drei der vier Regionen die klare Mehrheit der befragten Hausärzt/innen «noch nie» einen Gesundheits-Profil Fragebogen an Senior/innen abgegeben haben (Bern: 79%, Thun: 73%, Lyss: 67%). In der Region Oberaargau hat hingegen der Grossteil der antwortenden Ärzt/innen (10 von 13; 77%) schon Fragebogen abgegeben.

Von den insgesamt 20 Hausärzt/innen (30%), die einen oder mehrere Gesundheitsberichte zugeschickt erhielten, wurde 14-mal (70%) angegeben, dass der oder die Berichte mit dem Patienten oder der Patien-

tin besprochen wurden, 9-mal (45%) wurde berichtet, dass die Berichte ohne Besprechung zu den Patientendossiers abgelegt wurden. Dabei waren Mehrfachantworten möglich; drei Ärzt/innen gaben an, sowohl Berichte besprochen als auch Berichte ohne Besprechung abgelegt zu haben (**Tabelle 30**).

Tabelle 30: Verwendung der zugesandten Gesundheitsberichte (Mehrfachantworten möglich)

Falls Sie bereits einmal oder mehrmals einen Gesundheitsbericht der BerCom AG erhalten haben, wie haben Sie diese(n) verwendet? (Mehrfachantworten)	Nennungen	%
Bericht(e) mit Patientin/Patient besprochen	14	70%
Bericht(e) ohne Besprechung mit Patientin/Patient zu den Patientendossiers abgelegt	9	45%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen (n=20 Ärzt/innen, die Gesundheitsberichte erhalten haben)

5.4 Zusammenarbeit und Kommunikation

In der Befragung geben 25% der Ärzt/innen an, dass sie bereits einmal oder mehrmals einen **Austausch mit einer Gesundheitsberaterin** des Projekts ZIA hatten (**Tabelle 31**). Sie beurteilen den Austausch überwiegend positiv (31% als «sehr positiv», 50% als «eher positiv», 19% der Antwortenden haben hier keine Meinung).

Tabelle 31: Beurteilung des Austauschs mit Gesundheitsberater/in

Hatten Sie in Ihrer Praxis bereits einmal oder mehrmals einen Austausch mit einer Gesundheitsberaterin des Projekts ZIA? Falls ja, wie beurteilen Sie diesen Austausch?	n	Gültige %
Nein	47	75%
Ja	16	25%
Gesamt	63	100%
Beurteilung des Austauschs (n=16)		
Sehr positiv	5	31%
Eher positiv	8	50%
Eher negativ	-	-
Sehr negativ	-	-
Weiss nicht	3	19%
Gesamt	16	100%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen

Einen wesentlichen Faktor in der konkreten Umsetzung des Projekt ZIA bildet die **Kommunikation mit den Hausärzt/innen** (**Tabelle 32**). Bei der Auswertung wurden diejenigen 6 Ärzt/innen ausgeschlossen, die sich im Fragebogen zur Kommunikation geäußert haben, aber gleichzeitig ankreuzten, dass sie das Projekt ZIA nicht kennen - auch nicht teilweise. 5 weitere Personen gaben keine Beurteilung ab (Missings). Von den verbleibenden 55 Ärzt/innen beantworteten 20 Personen (36%) die Frage mit «weiss nicht». Zusammengefasst 20 Personen (37%) beurteilen die Kommunikation als «eher schlecht» bis «sehr schlecht». Es verbleiben somit 15 Personen (28%), welche eine positive Einschätzung zur Kommunikation abgeben.

Tabelle 32: Beurteilung der Kommunikation mit den Hausärzten/innen

Wie beurteilen Sie im Projekt ZIA die Kommunikation mit den Hausärzten/-innen?	n	%
Sehr gut	2	4%
Eher gut	13	24%
Eher schlecht	19	35%
Sehr schlecht	1	2%
Weiss nicht	20	36%
Gesamt	55	100%

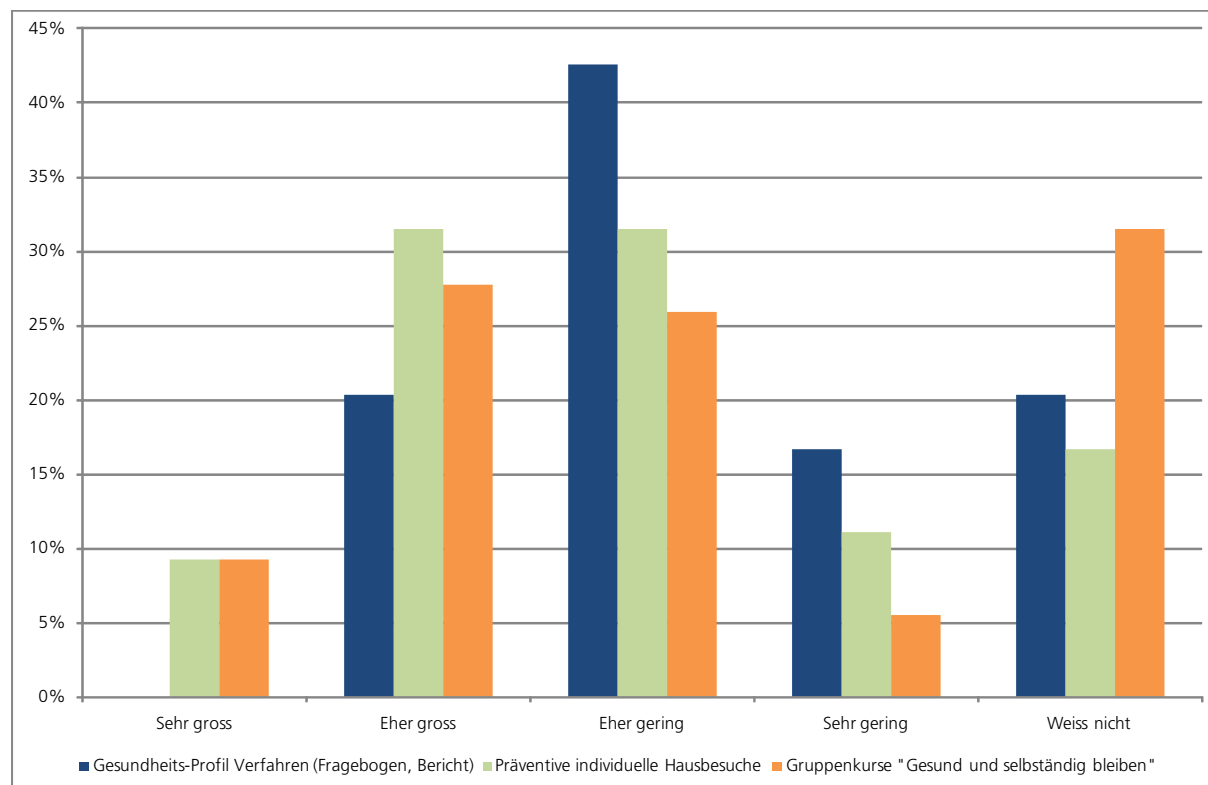
Quelle: Schriftl. Befragung der Hausarzt/innen der Projektregionen (n=55 Arzt/innen, die angaben, ZIA zu kennen; 5 Missings)

5.5 Beurteilung des Projekts ZIA und seiner einzelnen Elemente

Der **Nutzen der einzelnen zentralen Elemente des Projekts ZIA**, d.h. des Gesundheits-Profil Verfahrens (Fragebogen, Gesundheitsbericht), der präventiven Hausbesuche und des Gruppenkurses «Älter werden - Gesund und selbständig bleiben», bezüglich der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter wird von den befragten Hausarzt/innen unterschiedlich beurteilt. 6 der 60 Arzt/innen, die angegeben haben, dass sie das Projekt ZIA – zumindest teilweise - kennen, machten zu den zentralen Elementen keine Aussagen. Die Beurteilung der anderen 54 Arzt/innen ist in **Abbildung 5** ersichtlich.

Der Anteil der Arzt/innen, die den Nutzen der einzelnen Angebote nicht beurteilen konnte oder wollte liegt bei rund einem Fünftel (Gesundheits-Profil Verfahren, präventive Hausbesuche) resp. knapp einem Drittel (Gruppenkurs).

Abbildung 5: Beurteilung des Nutzens der einzelnen zentralen Elemente des Projekts ZIA



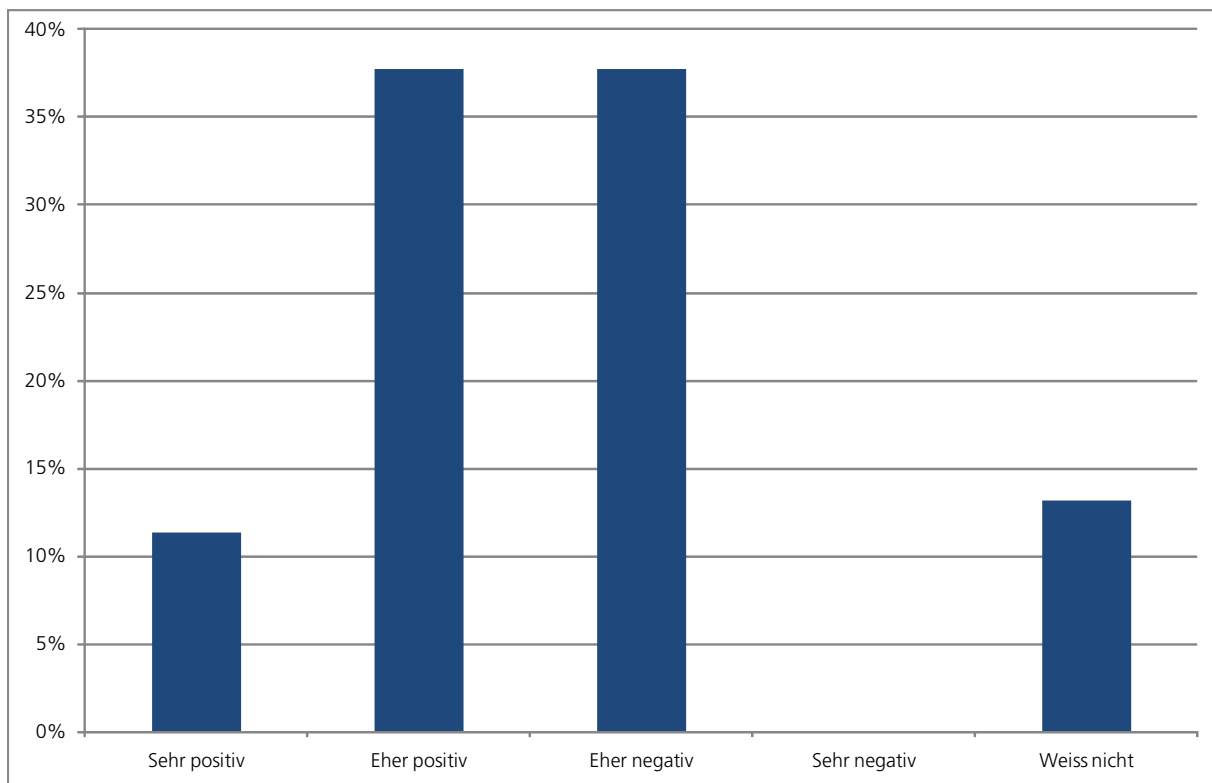
Quelle: Schriftl. Befragung der Hausarzt/innen der Projektregionen (n=54 Arzt/innen, die angaben, ZIA zu kennen)

Bei den präventiven Hausbesuchen und dem Gruppenkurs halten sich die Stimmen, die den Nutzen als gross («sehr gross»/«eher gross») bzw. als gering («eher gering»/«sehr gering») einschätzen, in etwa die Waage (Hausbesuche: 41% gross gegenüber 43% gering; Kursangebot: 37% gross gegenüber 31% gering). Der Nutzen des Gesundheits-Profil Verfahrens (Fragebogen und Gesundheitsbericht) wird von den Antwortenden in der Tendenz als tiefer eingeschätzt (20% gross gegenüber 59% gering).

In einer abschliessenden Frage wurden die Ärzt/innen gebeten, eine **Gesamtbeurteilung des Projekts ZIA** vorzunehmen (vgl. **Abbildung 6**). Dabei ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der Beurteilung der zentralen Elemente. Jeweils 38%, also etwas mehr als ein Drittel, beurteilen das Projekt insgesamt als «eher positiv» respektive als «eher negativ». Niemand schätzt hingegen das Projekt als «sehr negativ» ein.

Eine Auswertung nach Regionen ergibt, dass ein vergleichsweise hoher Anteil positiver Beurteilungen aus der Region Bern kommt (52% «eher positiv», 7% «sehr positiv»), wobei in dieser Region auch der Anteil «weiss nicht» (21%) gross ist. Ein hoher Anteil negativer Beurteilungen stammt hingegen aus der Region Ob- und Nidwalden (77% «eher negativ»).

Abbildung 6: Wie beurteilen Sie insgesamt das Projekt ZWÄG INS ALTER (ZIA)?



Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen (n=53 Ärzt/innen, die angaben, ZIA zu kennen; 7 Missings)

5.6 Beurteilung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten

Ein etwas breiter gefasster Aspekt der Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen von ZIA betraf die Erhebung von kritischen Punkten und Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte im Altersbereich allgemein.

5.6.1 Meinungen zu Wirkung, Aufwand und Aufgabenteilung

In einem ersten Teil wurden die Hausärzt/innen gebeten, eine Einschätzung zu teilweise kritischen Statements zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten im Altersbereich abzugeben. Die Ergebnisse sind in **Tabelle 33** dargestellt; der besseren Lesbarkeit halber sind die zusammengefasst mehrheitlichen Zustimmungen oder Ablehnungen mit Raster hervorgehoben.

Tabelle 33: Meinungen hinsichtlich genereller Wirkung, Aufwand, Vergütung, Aufgabenteilung

Bitte geben Sie bei den folgenden zum Teil kritischen Statements zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten im Altersbereich an, inwieweit Sie zustimmen können.	Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiss nicht	Gesamt
Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter werden in ihrer Wirkung generell überschätzt.	14%	38%	34%	8%	6%	100%
Der Aufwand, an Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter teilzunehmen, ist für Hausärzte/-innen zu gross.	9%	47%	35%	6%	3%	100%
Der Aufwand der Hausärzte/-innen, an Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter teilzunehmen, wird zu wenig vergütet.	45%	21%	12%	2%	20%	100%
Die Gesundheitsberatung durch Pflegefachpersonen bildet eine Konkurrenz zu den Hausärzten/-innen. Die Pflegefachpersonen übernehmen Aufgaben der Grundversorger/innen.	2%	9%	41%	44%	5%	100%
Pflegefachpersonen können mit Gesundheitsberatungen Hausärzte/-innen in den Aufgaben Prävention und Gesundheitsförderung entlasten.	38%	52%	5%	5%	2%	100%
Die an Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter beteiligten nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonen sind häufig zu wenig kompetent für ihre Aufgaben.	5%	18%	29%	25%	23%	100%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen (n=66)

Bezüglich der **Wirkung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten** im Altersbereich teilt eine Mehrheit der Antwortenden die Meinung, dass die Wirkung generell überschätzt werde (52% eher oder völlig zustimmend). Der Anteil, der nicht dieser Meinung ist, beträgt 42%, 6% sind unentschieden. Insgesamt ist also von einer mehrheitlich kritischen Haltung der Hausärzt/innen gegenüber entsprechenden Projekten wie ZIA auszugehen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage nach dem **Aufwand der Hausärzt/innen**, sich an einem entsprechenden Projekt zu beteiligen. Hier teilen zusammengefasst 56% die Einschätzung, dass dieser Aufwand zu gross sei, 41% sind anderer Meinung (3% «weiss nicht»).

Sehr deutlich zum Ausdruck kommt die Haltung der antwortenden Ärzt/innen, dass die **Vergütung** einer Projektteilnahme zu gering ausfalle. Hier stimmen zwei Drittel der Befragten (66%) dem entsprechenden Statement zu. Nur 14% sind der Meinung, dass die Vergütung ausreichend sei. Mit 20% ist bei dieser Frage allerdings der Anteil «weiss nicht» relativ hoch.

Die Aufgabenteilung und **Zusammenarbeit mit den Gesundheitsberater/innen** sehen die Hausärzt/innen zumeist positiv. Eine klare Mehrheit ist der Ansicht, dass die Gesundheitsberater/innen keine **Konkurrenz** zu den Hausärzt/innen darstellen (41% «eher nicht», 44% «überhaupt nicht»), es gibt aber eine Minderheit von rund 10%, die dies anders einschätzt. Weiter beurteilen hohe 90% der antwortenden Hausärzt/innen die Möglichkeit positiv, dass die Gesundheitsberater/innen ihnen in ihren Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung eine **Entlastung** bringen können (52% «stimme eher zu», 38% «stimme voll und ganz zu»). Etwas weniger ausgeprägt fällt die positive Einschätzung bezüglich der **Kompetenzen** der beteiligten nichtärztlichen Gesundheitsprofessionals aus. Eine Mehrheit der Haus-

ärzt/innen (54%) hält diese für genügend kompetent, ihre Aufgaben wahrzunehmen, 18% sind jedoch «eher nicht» bzw. 5% «überhaupt nicht» dieser Ansicht. Relativ gross (23%) ist bei dieser Frage allerdings auch der Anteil an Ärzt/innen, die «weiss nicht» angeben.

5.6.2 Meinungen zur Organisation

Die Organisation von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter setzt sich gemeinhin aus einem Set von Trägern und Leistungserbringern zusammen. Die Hausärzt/innen der Projektregionen ZIA wurden in diesem Zusammenhang gefragt, wie aus ihrer Sicht ein entsprechendes Projekt grob organisiert sein sollte. Hierzu konnten sie verschiedenen Funktionen, die im Rahmen eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekts wahrgenommen werden müssen, verschiedene Akteure resp. Träger zurechnen.

65 Befragungsteilnehmende haben entsprechende Angaben gemacht. **Tabelle 34** zeigt die Nennungen (N., Mehrfachnennungen waren möglich) prozentual aufgeteilt. Wiederum sind Mehrheiten mit Raster hervorgehoben.

Tabelle 34: Meinungen bezüglich der Organisation (Prozentanteile an Nennungen total)

	Kanton		Gemeinde		Ärzterschaft		Spitex		Pro Senectute		Total Nennungen (100%)
	N.	Anteil	N.	Anteil	N.	Anteil	N.	Anteil	N.	Anteil	
Zentrale Trägerschaft / Leitung	34	39%	15	17%	11	13%	5	6%	22	25%	87
Bedarfsabklärung bei Senioren/-innen	1	1%	4	5%	12	14%	42	48%	29	33%	88
Triage / Zuteilung zu Beratung/Kurs	0	0%	3	3%	35	35%	35	36%	24	25%	97
Gesundheitsberatung	3	3%	1	1%	38	38%	32	32%	25	25%	99
Sozialberatung	2	2%	19	22%	3	3%	9	11%	50	60%	83

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen (n=65)

In Bezug auf die zentrale **Trägerschaft / Leitung** ist die Mehrheit der Befragten der Meinung, dass diese beim Kanton liegen sollte. 39% der Nennungen zur Trägerschaft entfallen auf den Kanton, bezogen auf die 65 Antwortende (n) ergeben sich 52%, die hier ein Kreuz machen. Relativ häufig wird - zum Teil gleichzeitig - die Pro Senectute angegeben (25% der Nennungen, 34% der Antwortenden).

Die Funktion der **Bedarfsabklärungen** bei Seniorinnen und Senioren wird von einer deutlichen Mehrheit der Befragten bei der Spitex verortet (48% der Nennungen, 66% der Antwortenden): Ebenfalls häufig wird hier die Pro Senectute erwähnt (33% der Nennungen, 45% der Antwortenden).

Etwas weniger eindeutig ist die Verortung der **Triage bzw. der Zuteilungskompetenz zu Beratung und Kurs**. Zu gleichen Teilen (35% resp. 36% der Nennungen, je 56% der Antwortenden) wird die Triage-Funktion der Ärzteschaft und der Spitex zugeordnet. Aber auch bei der Pro Senectute sieht noch ein beachtlicher Anteil diese Funktion (25% der Nennungen, 38% der Antwortenden).

Vergleichsweise breit verteilt ist die Verortung der **Gesundheitsberatungen**. Der grösste Teil der Nennungen fällt hier auf die Ärzteschaft (38% der Nennungen, 60% der Antwortenden). Hoch ist der Anteil aber auch bei der Spitex (32% der Nennungen, 51% der Antwortenden) und wiederum ebenfalls noch beachtlich bei der Pro Senectute (25% der Nennungen, 40% der Antwortenden).

Deutlich eingegrenzter als bei den Gesundheitsberatungen fallen die Meinungen bezüglich **Sozialberatung** aus. Die klare Mehrheit der Befragten ist hier der Meinung, dass diese von der Pro Senectute (60%

der Nennungen, 79% der Antwortenden) übernommen werden sollte. Daneben wird bis zu einem gewissen Grad noch die Gemeinde (22% der Nennungen, 30% der Antwortenden) in dieser Funktion gesehen.

Der Fragebogen enthielt zudem die beiden **offenen Kategorien** «Andere Funktion» und «Andere Akteure/Träger». Hier machten einzelne Befragte weitere Angaben. So wurden unter «Andere Funktion» die «Ernährungsberatung» genannt oder die «Gesamtkoordination (Case-Management) des einzelnen Individuums», letzteres wurde bei der Ärzteschaft verortet. Als weiterer Akteur wurde der «Geriatler» aufgeführt, der Bedarfsabklärung und Gesundheitsberatung wahrnehmen könne. Weiter wurde erwähnt, dass die Finanzierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten im Altersbereich je hälftig zwischen Kanton und Bund aufgeteilt sein sollte. Auch sei die Übernahme durch die Krankenkassen z.B. bei Osteoporose nicht genügend geregelt. Angemerkt wurde zudem, dass es für die Gesamtaufsicht eine übergeordnete kompetente Stelle ohne wirtschaftliche Interessen brauchen würde und dass die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter auf freiwilliger Basis der Betroffenen geschehen müsse (keine «Zwangsbesuche», Berufsgeheimnis der Ärzte, weniger Institutionalisierung/mehr Eigenverantwortung). Sehr wichtig sei zudem eine wissenschaftliche Begleitung/Auswertung entsprechender Projekte, insbesondere bezüglich ökonomischer Wirkungen.

5.6.3 Einbezug der Hausärzteschaft

Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter wie ZIA bekunden aus der bisherigen Erfahrung oft Mühe, die Hausarzt/innen adäquat mit einzubeziehen. Aus diesem Grunde wurden die Hausarzt/innen der Projektregionen nach kritischen Punkten gefragt. In einer offenen Frage konnten sie angeben, welche hauptsächlichsten Verbesserungsmöglichkeiten sie hinsichtlich ihres Einbezugs in entsprechende Projekte sehen.

38 Hausarzt/innen (58% der Befragungsteilnehmenden) haben die offene Frage beantwortet. Die Antworten sind in Rangreihenfolge der Nennungen in **Tabelle 35** übersichtsartig zusammengefasst und mit einer Auswahl von Zitaten illustriert.

Wie daraus hervorgeht, liegt ein Problempunkt resp. eine Hauptverbesserungsmöglichkeit in der administrativen Abwicklung resp. Entschlackung entsprechender Projekte. Häufig wird auch angegeben, dass der Aufwand in einem Missverhältnis zum Nutzen und insbesondere auch zur Vergütung der Hausarzt/innen stehe (anzumerken ist hier, dass gemäss Auskünften des begleitenden Facharztes von ZIA die Abrechnung der ärztlichen Leistungen über den Tarmed bereits heute gut möglich sei).

Als wichtige Verbesserungsmöglichkeit wird ausserdem der Einbezug der Hausarzt/innen in der Vorbereitungsphase bzw. die bessere Koordination mit der Ärzteschaft genannt. Weiter werden mehr bzw. regelmässiger Orientierung über konkrete Kursangebote etc. gefordert, wobei sowohl die Hausarzt/innen als auch die Patient/innen direkt informiert werden sollten: «*Regelmässige Reminder-Information, auch des Zielpublikums (Aufwand für Hausärzte sonst zu gross)*».

Mehrere Befragte finden, dass die einzelnen Hausarzt/innen in ihren Praxen grundsätzlich nicht als «Hauptakteure» in den entsprechenden Projekten auftreten, sondern eher als Spezialisten bzw. Berater beigezogen werden sollten. Andere Institutionen wie z.B. Igomed (ein Ärztenetzwerk im Raum Thun mit integrierter Versorgung) oder die Spitex sollten als Hauptverantwortliche agieren, wobei ebenfalls thematisiert wird, dass mehr involvierte Akteure auch zu mehr Koordinationsaufwand führen.

Einige wenige Befragte erwähnen ausserdem die Gefahr, dass solche Projekte wie ZIA das Zielpublikum verfehlen können, da oft die ohnehin schon Gesünderen oder Gesundheitsbewussten die Projektleistungen in Anspruch nähmen und nicht diejenigen, die sie wirklich benötigten.

Tabelle 35: Kritische Projektpunkte und hauptsächliche Verbesserungsmöglichkeiten

	Anzahl Nennungen	Anteil Nennungen (100%)
Weniger administrativer Aufwand / Projekte sind zu ineffizient / Problem Ärztemangel		
■ «Der Stellenwert und Nutzen solcher Projekte ist fraglich, v.a. in Verhältnis zu Aufwand (...).»		
■ «Es müssen dringend Massnahmen gegen den Hausarztmangel erfolgen! Aktuell haben die Hausärzte schlicht zuwenig Zeit, um sich an solchen Projekten zu beteiligen.»	12	32%
■ «Zu viele Fragen, zu viel Papier!» [gemeint sind Projekte dieser Art grundsätzlich]		
■ «Kleine, einfache, ressourcenorientierte Projekte sind machbar für Hausärzte.»		
■ «Kurzer Zeitaufwand, einfache Hilfsmittel, nichts aufwendiges Schriftliches.»		
Kommunikation / Koordination / Hausärzt/innen von Anfang an miteinbeziehen		
■ «Ärzte sollten schon in der Vorbereitungsphase miteinbezogen werden (Hausärzte und Geriater!).»		
■ «Von Anfang an miteinbeziehen!»	9	24%
■ «Miteinbezug der Ärzteschaft schon in der Planungsphase.»		
■ «Vorheriger Einbezug betreffend Inhalte und Zielsetzungen.»		
■ «Einbezug vor Lancierung von grossen Projekten.»		
Angemessene Entschädigung der Hausärzt/innen		
■ «Angemessene Aufwandsentschädigung (z.B. über Tarmed) sehe ich als hauptsächliche Verbesserungsmöglichkeit.»	6	16%
■ «Keine Gratisarbeit und Zusatzbelastung für Ärzte. Genügend Entschädigung.»		
■ «Projekte mit möglichst wenig Zeitaufwand oder sicher sonst mit entsprechender Vergütung der Leistung z.B. nach Tarmed.»		
Regelmässige Information / Reminder auch für Zielpublikum		
■ «Immer wieder Flyer mit Informationen schicken.»		
■ «Mehr Infos zu Kurs- und Beratungsangebot, das in den Praxen aufgelegt/abgegeben werden kann. Themenzentrierte Informationsbroschüren.»	5	13%
■ «Orientierung, wann und wo Gruppenkurse stattfinden (Schwimmen, Gymnastik, Nordic Walking; Zusammenarbeit mit Sportamt, Vereinen).»		
Bedeutung in Frage gestellt / mangelnde Patientenmotivation		
■ «Stellenwert ist fraglich ... Projekte müssen "aufgeschwatzt" und aufgezwungen werden, damit Senior/innen mitmachen.»		
■ «Weiss nicht! Habe bei mehreren Patient/innen Screenings gemacht, dann aber nie mehr etwas gehört. Projekt scheint "gestorben" zu sein. Konsequenzen haben sich keine ergeben, sehr mässiges Feedback!»	4	11%
■ «Problem liegt weniger bei Ärzteschaft. Die Patienten wünschten keine Teilnahme am Projekt und wollten auch keinen zweiten Besuch der Gesundheitsschwester. Eine gezieltere Bedarfsabklärung, falls vom Hausarzt als notwendig empfunden, durch Pro Senectute wäre der Weg.»		
Hausärzt/innen resp. kleine Praxen eher ungeeignet als Hauptakteure		
■ «Solche Projekte über Igomed laufen lassen. Geriater als Referenz.»		
■ «Kleine Praxen sind ungeeignet für "Projekte". Wir haben es mit einzelnen Individuen (und deren Umgebung) zu tun. Wir könnten aber im konkreten Fall helfen, z.B. einen "Gesundheitsfragebogen" zu ergänzen.»	3	8%
Zielpublikum genauer definieren, es profitieren eher die ohnehin Gesundheitsbewussten		
■ «Das Problem ist nicht der Einbezug der Hausärzte, sondern dass meist die "falschen" Patienten in Beratung und Kurse gehen. Es sind Gesundheitsbewusste, die keinen grossen Nutzen haben und solche (...), die sich auch so nicht beruhigen lassen.»	2	5%
■ «Zielgruppen gut definieren! Meist profitieren die Gesundheitsbewussten. Die Projekte richten sich an die (noch) Gesünderen (zu präventiv).»		
Anderes	2	5%

Quelle: Schriftl. Befragung der Hausärzt/innen der Projektregionen (n=38)

5.7 Vergleich mit den Befragungen in den Projekten Solothurn und Basel-Landschaft

Tabelle 36 zeigt abschliessend einen Vergleich zwischen der Hausärztebefragung der vier Pilotregionen von ZIA mit den entsprechenden Befragungen bei den vergleichbaren Projekten «Sanaprofil» Solothurn und dem Projekt «Gesund Altern» im Kanton Basel-Landschaft.¹⁴

Tabelle 36: Vergleich der Hausärztebefragung ZIA mit den Befragungen in den Projekten «Sanaprofil» Solothurn und Basel-Landschaft

	Sanaprofil Solothurn	Basel-Landschaft	ZIA Bern
Bruttostichprobe potentiell involvierte Hausarzt/innen (N)	N= 230	N= 26	N= 323
Nettostichprobe Befragungsteilnehmende (n)	n= 74	n= 14	n= 66
Bekanntheit	85% ja 12% teilweise		53% ja 38% teilweise
Notwendige Information vorhanden	93%	100%	59%
Fragebogen hilfreich	15% sehr hilfreich 57% hilfreich	72%	0% Nutzen sehr gross 20% Nutzen eher gross
Gesundheitsbericht hilfreich	16% sehr hilfreich 51% hilfreich	79% sehr hilfreich/hilfreich	
Kurs hilfreich	8% sehr hilfreich 54% hilfreich		9% Nutzen sehr gross 28% Nutzen eher gross
Hausbesuche hilfreich			9% Nutzen sehr gross 31% Nutzen eher gross
Projekt-Teilnahmeempfehlung	34% ja 28% teilweise	29% ja 36% teilweise	
Bereits Fragebogen an Patienten abgegeben			33% Ja

Anmerkungen: Die Fragen und die Antwortmöglichkeiten wurden teilweise nicht identisch formuliert
Quelle: Schriftl. Befragung der Hausarzt/innen der Projektregionen ZIA; Stuck et. al. (2008, Alter und Gesundheit), Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft (2010, Abschlussbericht Pilotprojekt)

In den drei Vergleichsprojekten sind unterschiedlich viele Hausarzt/innen potenziell involviert (N), und es haben sich auch unterschiedlich viele Ärzt/innen an der Hausärztebefragung beteiligt (n). Die Differenzen hängen u.a. auch mit den unterschiedlichen Verfahren zusammen, mit welchem die Hausarzt/innen rekrutiert, informiert und in die Projekte integriert wurden.

Generell ist davon auszugehen, dass sämtliche Pilotprojekte Mühe bekundeten, die Hausärzteschaft für ein Mitmachen zu motivieren.¹⁵ In den Pilotprojektumsetzungen wie auch in den entsprechenden Evaluationsberichten ergaben sich bezüglich Ärztebeteiligung eher ernüchternde Zahlen. Dass es insgesamt schwierig ist, die Hausärzteschaft für entsprechende Projekte und deren Evaluation zu motivieren, zeigte sich auch im Kanton Basel-Landschaft. In den drei Pilotgemeinden im Kanton Basel-Landschaft liessen sich auch mit aktivem Engagement der drei Kontaktärzte, die sich bei ihren Kolleg/innen einsetzten, den Evaluationsfragebogen auszufüllen, nicht viel mehr als die Hälfte zu einer Befragungsteilnahme bewegen (von

¹⁴ Zu den ähnlichen Projekten in Zug und Zürich liegen keine Hausärztebefragungen vor. Leider fehlt auch ein detaillierter Erfahrungsbericht zum Projekt SO!PRA, dem Nachfolgeprojekt der EIGER-Studie.

¹⁵ Beispielsweise ging das Projekt des Kantons Basel-Landschaft ursprünglich davon aus, dass nach der Pilotphase in den drei Pilotgemeinden der Kanton das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt flächendeckend einführt und ca. 300 Hausarzt/innen, mittels Multiplikatoren geschult würden: «Die Ärztinnen und Ärzte sind Schlüsselpersonen im Verfahren, da Sie den Fragebogen von sich aus an alle Personen der entsprechenden Altersgruppe abgeben. Darüber hinaus wird ein Grossteil der Gesundheitsberichte mit ihnen besprochen, und sie sind es, die allfällige Massnahmen einleiten» (Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft 2007, 9). In den kantonalen Ärztgesellschaften stiessen die Projekte zu Beginn zumeist auf Zustimmung.

26 Evaluationsbogen betrug der Rücklauf 14). In grösseren Pilotprojekten wie ZIA und ohne aktive Unterstützung einzelner Kontaktärzte fiel die Beteiligung noch deutlich geringer aus.¹⁶

Aus der Zusammenstellung in Tabelle 36 geht zudem hervor, dass das Projekt ZIA insgesamt einen tieferen Bekanntheitsgrad bei den Hausärzt/innen erreichen konnte als die vergleichbaren Projekte in den anderen Kantonen. Auch das Vorhandensein der notwendigen Informationen wurde von den Ärzten bei ZIA im Vergleich als geringer eingeschätzt. Andererseits haben doch 33% der Ärzte der ZIA-Projektregionen angegeben, bereits Fragebogen an Patient/innen abgegeben zu haben. Weiter lässt sich festhalten, dass die Nützlichkeit der zentralen Elemente der Gesundheitsförderungsprojekte (Gesundheits-Profil Verfahren, Kurse) von den Ärzten der ZIA-Projektregionen kritischer beurteilt wurde als von ihren Kolleg/innen in den Projekten Sanaprofil und Basel-Landschaft.

¹⁶ Am Rande sei erwähnt, dass auch das breit angelegte deutsche Projekt zu präventiven Hausbesuchen Mühe hatte, Ärzte zu einer Kooperation zu bewegen: «... im Projekt ‚mobil‘ war die Einbindung der Hausärzte zu Projektbeginn geplant. Einer Einladung zur Informationsveranstaltung folgen jedoch nur einzelne in den Projektregionen praktizierende Hausärzte» (DIP 2008, 151).

6 Perspektive der Projektbeteiligten

Die Erfahrungen und Einschätzungen der verschiedenen Projektbeteiligten wurden im April, Juni und September 2010 im Rahmen von persönlichen, leitfadengestützten Einzel- und Gruppengesprächen eingeholt, eines der Interviews erfolgte telefonisch. Mit den Gesprächen sollten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Projektregionen erfasst und die Ausgestaltung, Umsetzung und Resultate des Projekts aus der Perspektive der verschiedenen Projektbeteiligten vertieft werden. Die Gespräche dienten auch als Grundlage für die allgemeine Beschreibung des Projekts (Kapitel 2).

Mit der Projektleitung, den Umsetzungsverantwortlichen, der Geriatrie Universität Bern sowie dem ärztlichen Fachberater des Projekts ZIA wurden Einzelgespräche geführt. Im Vordergrund standen dabei der Einbezug und die Rolle der Hausärzteschaft, die Ausgestaltung des Projekts hinsichtlich der Rekrutierung, der Triage und der Projektelemente sowie Fragen zur Organisation des Projekts.

Mit den Einsatzteams der vier Projektregionen wurde je ein Gruppengespräch geführt. Diese fokussierten auf das konkrete Vorgehen bei der Umsetzung des Projekts und auf die Erfahrungen und Einschätzungen im Zusammenhang mit den Hausbesuchen und dem Gruppenkurs. Thematisiert wurde auch die Zusammenarbeit im Projekt und innerhalb der Umsetzungsorganisation.

6.1 Erfahrungen und Einschätzungen zu den Organisationsmodellen

Im Projekt ZIA wurden in der Umsetzungsphase 2008-2010 drei Organisationsmodelle erprobt: In Lyss und Oberaargau wird das Projekt durch die Pro Senectute umgesetzt, in Thun ist das Angebot bei der Spitex angesiedelt und in Bern schliesslich werden die Hausbesuche im Auftrag der Pro Senectute durch die Spitex durchgeführt.

6.1.1 Umsetzung durch Pro Senectute (Modell Lyss und Oberaargau)

Das Projekt in Lyss wurden von 2005 bis 2007 von der Spitex durchgeführt. 2008 wechselten das Projekt und die beiden Mitarbeiterinnen zur Pro Senectute Biel-Bienne/Seeland. Das Einzugsgebiet erstreckt sich auf die Gemeinde Lyss mit rund 1'700 Einwohner/innen ab 65 Jahren. Sieben Hausärzt/innen sind aktuell in das Projekt eingeschlossen. Umgesetzt das Projekt durch ein Team von zwei Mitarbeiter/innen mit insgesamt 80 Stellenprozenten.

Im Oberaargau ist das seit 2006 bestehende Projekt bei der Pro Senectute Emmental-Oberaargau angesiedelt. Das Einzugsgebiet umfasst die über 50 Gemeinden im Oberaargau sowie die Stadt Burgdorf mit insgesamt rund 16'900 Einwohner/innen ab 65 Jahren. Eingeschlossen sind 67 Hausärzt/innen. Das Einsatzteam besteht einschliesslich der Teamleitung aus drei Mitarbeiterinnen mit insgesamt 160 Stellenprozenten, bis Ende 2009 aus vier Mitarbeiterinnen mit insgesamt 200 Stellenprozenten.

Die ZIA-Beraterinnen sind seit Beginn der Pilotprojekte am Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt beteiligt. Neben anderem waren die Mitarbeiterinnen während mehreren Jahren in unterschiedlichen (Führungs-)Funktionen bei der Spitex tätig.

■ **Organisation und Zuständigkeiten:** Die operative Verantwortung für das Projekt ZIA liegt bei der Regionalleitung der jeweiligen Pro-Senectute-Organisation. Umgesetzt wird das Projekt durch ein zentrales Einsatzteam, das im Falle der Region Lyss der Beratungsstelle Lyss angegliedert ist, im Falle der Region Oberaargau der Beratungsstelle Langenthal, von wo aus das gesamte Einzugsgebiet abgedeckt wird.

Der Aufgabenbereich der einzelnen ZIA-Mitarbeiterinnen umfasst die Organisation des Gruppenkurses, die Durchführung der präventiven Hausbesuche sowie die weiteren Tätigkeiten im Bereich von Veranstaltungen, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit.

In der Region Oberaargau wurde das Einsatzgebiet unter den Beraterinnen geografisch aufgeteilt. Kriterium für die Fallzuteilung bei den Hausbesuchen ist grundsätzlich die jeweilige Fallbelastung der Beraterinnen.

■ **Einbettung in die Organisation:** Aus Sicht der Organisationsentwicklung stellt die Integration von Gesundheitspflegefachpersonen in die Pro Senectute eine Herausforderung dar. Bei den Sozialarbeitenden der Pro Senectute galt und gilt es Vorbehalte und Konkurrenzängste gegenüber der neuen Profession und dem neuen Angebot abzubauen, was nach Einschätzung der Umsetzungsverantwortlichen und teilweise der Projektmitarbeiterinnen recht gut gelungen ist. *«Im letzten Jahr sind die Groschen gefallen, die Sozialarbeiterinnen kommen nun auch mit einem Gesundheitsthema. Ich habe nicht mehr das Gefühl, dass sie meinen, wir nehmen ihnen etwas weg. Am Anfang musste man etwas ‚ellenbögen‘ und sich behaupten, aber ich habe nicht das Gefühl, dass wir nicht am richtigen Platz sind.»* (Gesundheitsberaterin Projektregion Lyss).

Aus den Gesprächen wird jedoch deutlich, dass der Integrationsprozess Zeit beansprucht: *«Es gibt immer wieder Schwierigkeiten, wo sie nicht wissen, wo sie uns hintun sollen, ob wir Konkurrenz sind. Kürzlich sagte ich, jetzt sind wir schon lagen dabei, aber sie haben es immer noch nicht begriffen.»* (Gesundheitsberaterin Projektregion Oberaargau).

Diese Ausgangslage erfordert einen permanenten Austausch und eine gute Koordination mit den verschiedenen Bereichen innerhalb der Pro Senectute. Nach den Erfahrungen der ZIA-Mitarbeiterinnen sind dabei – neben den offiziellen Koordinationssitzungen – besonders die informellen Kontakte und Gespräche in den Beratungsstellen vor Ort nicht zu unterschätzen, die Gelegenheit bieten, für die Projektanliegen zu sensibilisieren und dazu beitragen, Vertrauen zu schaffen. Anspruchsvoller gestaltet sich die Situation in der Region Oberaargau, in der das Einsatzteam der Beratungsstelle Langenthal angegliedert ist und die Austauschmöglichkeiten mit den Ansprechpartnerinnen der Beratungsstelle Burgdorf begrenzt sind bzw. gezielt geschaffen werden müssen.

■ **Synergien und Schnittstellen:** Interne Ressourcen können besonders im Bereich der Gruppenkurse genutzt werden (Fachreferent/innen aus den Bereichen Soziales und Bewegung). Die Pro Senectute hat ausserdem einen guten Zugang zur Zielgruppe des Projekts, den nicht pflegebedürftigen Senior/innen, und die verschiedenen Angebote (Kursprogramm, Kurse, Veranstaltungen) werden auch genutzt, um auf das Projekt ZIA hinzuweisen.

Aus den Gesprächen geht hervor, dass vor allem die Abgrenzung zum Bereich Bildung und Sport (Sturzprävention, Bewegungsübungen) sorgfältig geklärt werden muss. *«Wir müssen schon schauen, dass wir dort nicht in das bestehende Angebot reinstehen. Die Sportleiterinnen hatten das Gefühl, dass man sich in ein Gebiet hineinwagt, das nicht unseres ist.»* (Gesundheitsberaterin Oberaargau)

Man hat aber insgesamt den Eindruck, dass die Koordinationssitzungen, die stattgefunden haben, zur Klärung beitragen konnten. Aktuell sind Bestrebungen im Gange, aus dem Gruppenkurs hinaus ein weiterführendes und damit ergänzendes Angebot aufzubauen. In der Region Oberaargau konnten sich die Teilnehmenden am Gruppenkurs für einen anschliessenden Bewegungskurs an fünf Halbtagen anmelden, der jedoch aufgrund zu geringer Anmeldezahlen nicht zu Stande kam. Den Grund dafür sieht man weniger im mangelnden Interesse als in der ungünstigen Durchführungszeit (Sommer). Auch in der Region Lyss werden mögliche Angebote diskutiert, die an relevanten Themen des Gruppenkurses anknüpfen, wie

Beckenbodentraining (Inkontinenz), Gedächtnistraining (Vergesslichkeit) oder Kochkurse (gesunde Ernährung im Alter).

Inhaltliche Überschneidungen bestehen auch zwischen den präventiven Hausbesuchen, in denen bspw. Finanzfragen angesprochen werden und der Sozialberatung, in denen Präventionsthemen aufgegriffen werden. Gemäss den Umsetzungsverantwortlichen und der Gesundheitsberaterinnen hat dies bisher nicht zu besonderen Problemen geführt, da die Triage funktioniere und die entsprechenden Fälle von den Gesundheitsberaterinnen an die Sozialberatung weitergewiesen würden.

■ **Bilanz zu den Erfahrungen mit dem Organisationsmodell:** Von den Umsetzungsverantwortlichen wird die neue Dienstleistung insgesamt als Bereicherung und Chance für die Organisation gesehen. Auch die Durchführenden erachten die Pro Senectute grundsätzlich als geeignete für die Durchführung von Gruppenkursen und Hausbesuchen. In der Region Lyss, in der das Angebot früher bei der Spitex und heute bei der Pro Senectute angegliedert ist, kommt man zum Schluss: *«Ich habe sehr das Gefühl, dass wir am richtigen Platz sind, einfach weil die Spitex andere Aufgaben wahrnimmt. Es war früher teilweise so, als ich mich bei den Leuten gemeldet habe, dass sie sagten ‚nein, Spitex, das brauche ich noch nicht.‘»* (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Lyss)

Auch in der Projektregion sieht nach den Erfahrungen im Kontakt mit den Senior/innen einen Vorteil im «Absender Pro Senectute», die bei den Senior/innen ein hohes Vertrauen genießt.

■ **Zusammenarbeit im Gesamtprojekt:** Die Zusammenarbeit mit der Projektleitung von ZIA und den anderen Umsetzungsorganisationen wird als sehr gut bezeichnet. Die Gesundheitsberaterinnen übernehmen aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung im Projekt ZIA gegenüber den neuen Beraterinnen eine gewisse Coaching-Funktion, von der man gleichzeitig profitiert, indem das eigene Vorgehen reflektiert wird. Die Zusammenführung der verschiedenen Projekte stellt aus Sicht der Gesprächspartner/innen ein grosser Gewinn dar, da man das Vorgehen im Sinne von «Good Practice» weiterentwickeln können und von den Erfahrungen der anderen profitiere.

6.1.2 Umsetzung durch Spitex (Modell Thun)

In der Region Thun wurde das Projekt 2005 aufgenommen und ist seither bei der Spitex Region Thun angesiedelt. Zum Einzugsgebiet gehören die Stadt Thun und seit 2010 die Gemeinde Spiez mit insgesamt rund 8'600 Einwohner/innen ab 65 Jahren und 60 eingeschlossene Hausärzt/innen. Umgesetzt wird das Projekt durch eine Mitarbeiterin mit 60 Stellenprozenten.

Bis 2005 wurde das Projekt durch eine langjährige Mitarbeiterin der Spitex Region Thun durchgeführt, die Ende 2009 in den Ruhestand getreten ist. Die heutige Mitarbeiterin war ebenfalls bei mehrere Jahre bei der Spitex tätig und hat u.a. im Rahmen einer HMO-Praxis eine Gesundheitssprechstunde aufgebaut.

■ **Organisation und Zuständigkeiten:** Die operative Verantwortung für das Projekt obliegt der Geschäftsleitung der Spitex Region Thun. Durchgeführt wird es durch eine Gesundheitsfachperson, die innerhalb der Spitex keine anderen Aufgaben übernimmt. Für den Fall einer Abwesenheit ist eine Stellvertretung durch eine ZIA-Mitarbeiterin aus einer anderen Projektregion gewährleistet.

Zu den Aufgaben der Projektmitarbeiterin gehören die Organisation und Moderation des Gruppenkurses, die Durchführung der präventiven Hausbesuche sowie die Aufgaben im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Möglichen Auslastungsschwankungen im Projekt wird mit einer Lebensarbeitszeit-Lösung (LAZ) begegnet. Die Trennung bei der Durchführung von Spitex-Hausbesuchen und präventiven Hausbesuchen wird von den Beteiligten aus verschiedenen Gründen als wichtig und sinnvoll erachtet. Ausschlaggebend sind zum einen Effizienzüberlegungen: *«Für wichtige Aufgaben muss man den Leuten*

den Rücken frei halten. Man sollte für das Kerngeschäft – die Prävention – Zeit haben und nicht durch andere Einsätze belastet werden. Die Energien sollten gebündelt auf die Hausbesuche, den Kontakt mit den Ärzten etc.» (Umsetzungsverantwortlicher Projektregion Thun)

Massgebend sind jedoch auch inhaltliche Überlegungen. Der eigene Spitex-Hintergrund wird bei der Durchführung von präventiven Hausbesuchen als sehr hilfreich erlebt, das Vorgehen sei vertraut und man sei geübt, eine rasche Situationsanalyse vorzunehmen. Die pflegerische und die beratende Tätigkeit beinhalte jedoch deutliche Unterschiede. *«Die Tätigkeit im Rahmen der Spitex und der Gesundheitsförderung ist sehr unterschiedlich und hat nichts miteinander zu tun. (...) Bei der Spitex hat man einen klaren Auftrag, man wird von der Krankenkasse bezahlt und weiss ‚so viel Zeit habe ich‘. Das was wir hier machen ist weit weg von der klar definierten Arbeit. Ich muss herausfinden, wo sind die Schwerpunkte, was muss ich angehen. Ich muss auch die Arbeit selber einteilen, den nächsten Besuch planen. Beides zu machen ist schwierig, man ist schnell wieder in der anderen Rolle» (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Thun)*

■ **Einbettung in die Organisation:** Nach Erfahrung der Gesprächspartner/innen steht man dem Projekt ZIA in der Organisation sehr wohlwollend gegenüber, nicht zuletzt da es sich um ein kostenneutrales Zusatzangebot mit eigenem Budget handle. Spitex-intern wird regelmässig in der Hauszeitschrift über das Projekt informiert. Dass man als Gesundheitspflegefachperson den selben professionellen Hintergrund habe, erleichtere die Integration. Die Einbettung in die Pro Senectute wird demgegenüber als Herausforderung betrachtet. *«Wenn das Projekt jetzt zur Pro Senectute wechseln würde, da müsste ein Prozess geschehen, dass ich mir das vorstellen kann. Die Pro Senectute ist sehr fokussiert auf die Sozialberatung und hat keine Leute mit Pflegefachausbildung.» (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Thun)*

■ **Synergien und Schnittstellen:** Beim Aufbau des Projekts konnte man auf personelle Ressourcen in der eigenen Organisation zurückgreifen. Das Projekt ZIA stellt nach Ansicht der Gesprächspartner/innen in erster Linie eine Ergänzung zum bestehenden Dienstleistungsangebot der Spitex dar, Abgrenzungsprobleme bestünden keine, da sich das Zielpublikum der Spitex-Hausbesuche und der präventiven Hausbesuche nicht überschneide. Wenn, dann seien die präventiven Hausbesuche – bei Risikofällen - eher ein «Zulieferer» für die Spitex. Die Projektmitarbeiterin hat das Projekt in den verschiedenen Stützpunkten vorgestellt, um die Spitex-Mitarbeitenden dahingehend zu sensibilisieren, dass es allenfalls Angehörige gibt, die in das Projekt passen würde. Die im hauswirtschaftlichen Bereich tätigen Mitarbeitenden zu sensibilisieren, wird eher als schwierig erachtet.

Überschneidungen zu bestehenden Dienstleistungen sieht man betreffend der Sozialberatung der Pro Senectute, an die man im gegebenen Fall die Beratenen weiterweist. *«Ich sage den Leuten oft, sie sollen zum Thema EL Kontakt zur Sozialberatung aufnehmen. Das klappt gut. Ich habe primär eine Triagefunktion. Das ist für mich ein Teil der Professionalität zu merken, da macht es Sinn, etwas abzugeben. Bei anderen Bereichen bin ich aus der praktischen Erfahrung bei der Spitex auch kompetent – die vielen dunklen Lampenschirme, herumliegende Elektrokabel etc. – da denke ich nicht, dass ich nicht kompetent bin und es jemand anderes braucht.» (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Thun)*

Eine klare Abgrenzung gegenüber der Sozialberatung aber auch gegenüber dem eigenen Spitex-Hintergrund wird als sehr zentral erachtet und sei Teil der Professionalität. *«Es geht um Gesundheitsförderung und nicht um Sozialberatung und auch nicht um Spitex.» (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Thun)*

■ **Bilanz zu den Erfahrungen mit dem Organisationsmodell:** Mit der Anbindung an die Spitex haben die Befragten insgesamt gute Erfahrungen gemacht. Auf der Ebene der Qualifikationsanforderungen weise ZIA einen engen Bezug zur Spitex auf. Gleichzeitig unterscheidet sich die Arbeit im Projekt ZIA jedoch

wesentlich von jener der Spitex, wodurch eine personelle Trennung bei der Durchführung der präventiven und der pflegerischen Hausbesuche sinnvoll sei. Der Umsetzungsverantwortliche versteht das Projekt ZIA als – kostenneutralen - Zusatzbetrieb, der auch eine andere Organisation führen könnte. Der Wegfall würde jedoch sehr bedauert, da die Investition in die Prävention auch als Aufgabe der Spitex gesehen wird.

■ **Zusammenarbeit Gesamtprojekt:** Die ursprüngliche Skepsis, wonach sich Zusammenarbeit mit der Trägerschaft als schwierig erweisen könnte, haben sich für den Umsetzungsverantwortlichen in keiner Weise nicht bestätigt. Die Rahmenbedingungen seien klar definiert und die Integration in das Gesamtprojekt insgesamt positiv. Bei der aktuellen Organisation würden die Verbindungen von Pro Senectute und Spitex effektiv gelebt. Wenn dies nicht mehr der Fall sein sollte, würde sehr viel verloren gehen. Im speziellen Fall von Thun, als einzige Region mit einem «Einzelteam» wird zudem geschätzt, dass mit der aktuellen Projektorganisation der fachliche Austausch unter den Gesundheitsberaterinnen gewährleistet werde. Die Projektmitarbeiterin selbst schätzt die Möglichkeit, sich bei Bedarf an die Beraterinnen der anderen Projektregionen wenden zu können, um Fragen zu besprechen, namentlich betreffend die Organisation des Gruppenkurses oder der Multiplikatorenarbeit.

6.1.3 Umsetzung durch Pro Senectute, Hausbesuche durch Spitex (Modell Bern)

Das Projekt in Bern wurde Ende 2008 gestartet. Das Einzugsgebiet erstreckt sich auf die Stadt Bern, die rund 23'500 Einwohner/innen ab 65 Jahren zählt und in der 245 Hausärzt/innen in das Projekt eingeschlossen sind. Durchgeführt wird das Projekt durch eine Projektkoordinatorin der Pro Senectute Region Bern und ein Einsatzteam der Spitex Stadt Bern.

■ **Organisation und Zuständigkeiten:** Die operative Verantwortung für das Projekt liegt bei der Regionalleitung der Pro Senectute Region Bern sowie bei der Bereichsleitung Soziales. Bei der Pro Senectute Region Bern ist ein Koordinatorin für die Umsetzung zuständig, die Durchführung der Hausbesuche wurde an die Spitex Stadt Bern ausgelagert.

Zu den Aufgaben der Koordinatorin gehören schwergewichtig die Zusammenarbeit mit der Spitex Bern, die Organisation und Moderation des Gruppenkurses sowie die Aufgaben im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Die Tatsache, dass die Koordinatorin bei der Pro Senectute Region angestellt ist, fachlich jedoch der Pro Senectute Kanton Bern unterstellt ist, bot anfänglich gewisse Probleme, denen man durch die Erstellung eines klaren Funktionendiagramms erfolgreich begegnen konnte.

Die präventiven Hausbesuche werden durch ein sechsköpfiges Einsatzteam der Spitex Stadt Bern durchgeführt. Dieses verfügt nicht über einen fixen Stellenetat sondern wird abhängig vom Bedarf eingesetzt. Die Beraterinnen sind in unterschiedlichen Spitex-Stützpunkten tätig, was die Koordination und den regelmässigen Austausch untereinander erschwere. Um die Koordination zu erleichtern wurde ein zentrales Büro eingerichtet, in dem die Beraterinnen die benötigten Unterlagen abholen können. Ein regelmässiger Austausch unter den ZIA-Beraterinnen findet alle sechs Wochen im Rahmen des Praxistreffens statt, in dessen Anschluss eine einstündige Besprechung zu organisatorischen Fragen stattfindet. Ansonsten gibt es unter den Beraterinnen des Einsatzteams keinen institutionalisierten Austausch. Gelegenheit für einen informellen Austausch bietet sich manchmal, wenn man sich im zentralen Büro trifft.

■ **Einbettung in die Organisation:** Als Gesundheitsberaterinnen von ZIA erleben sich die Mitarbeiterinnen in der Spitex anerkannt. Allerdings stellen sie fest, dass - nicht zuletzt aus Zeitgründen - kein weitergehender Austausch mit den anderen Spitex-Mitarbeitenden stattfindet. Im Rahmen von Teamsitzungen können andere Spitex-Mitarbeitende bis zu einem gewissen Grad für die Anliegen des Projekts sensibilisiert werden. Generell wird von den ZIA-Beraterinnen festgestellt, dass sie von ihrer langjährigen Erfahrung

als Spitexmitarbeiterinnen profitieren können, indem das schnelle Erfassen vor Ort zu ihren Kernkompetenzen zählt.

■ **Synergien und Schnittstellen:** Beim Aufbau des Projekts konnte man bei der Spitex Stadt Bern auf bereits vorhandene personelle Ressourcen zurückgreifen. Die meisten Beraterinnen waren vorher im Gesundheitsberatungsprojekt der Stadt Bern «Ein Gespräch das vieles bewirkt» engagiert. Abgrenzungsprobleme zwischen diesem Angebot der Spitex, das sich mit Hausbesuchen an Menschen ab 50 Jahren richtet und den präventiven Hausbesuchen von ZIA bestünden in der Praxis keine, da das Angebot kaum in Anspruch genommen werde.

Es sind insbesondere die ZIA-Mitarbeitenden selbst, die aus ihrer Sicht direkt vom Projekt profitieren können, vor allem im Bereich der Gesprächsführung und den diesbezüglichen Weiterbildungen durch die Projektleiterin von ZIA. Bei Abklärungsgesprächen im Rahmen der Spitex sei nun klar, dass hierfür vor allem die ZIA-Mitarbeitenden eingesetzt würden. Indirekt profitiere dadurch auch die Spitex als Organisation: *«Dank der ZIA-Beratung ist heute auch das Wissen bei der Spitex höher, was es an Hilfsmitteln, ergänzenden Angeboten etc. überhaupt gibt. Unsere Arbeit für ZIA fördert auch das Bewusstsein für Prävention, Angebote wie die Angehörigenbetreuung haben sicher auch damit zu tun.»* (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Bern)

Der Rollenwechsel zwischen der pflegerischen Tätigkeit bei der Spitex und den Beratungen im Rahmen der präventiven Hausbesuche wird von den Beraterinnen als teilweise schwierig erlebt. Dies zum einen aus Gründen, die bei der Organisation zu suchen sind: *«Schwierig ist, wenn ich am morgen Beratungen mache und am Nachmittag für die Spitex arbeite. Da laufe ich Gefahr, dass ich unter Zeitdruck komme. Wenn ich einen ZIA-Tag habe, da bin ich entspannter. Mit dem Rollenwechsel habe ich sonst nicht so Mühe, vielleicht, weil ich noch nicht so lange bei der Spitex bin wie andere.»* (Gesundheitsberaterin ZIA Projektregion Bern)

Der Rollenwechsel wird als anspruchsvoll erlebt, da die beiden Tätigkeit sehr verschieden seien. Als Spitex-Mitarbeiterin habe man einen klaren Auftrag, klare Zeitlimiten und arbeite eher defizitorientiert. Als ZIA-Mitarbeiterin sei die Arbeit eher offen, man müsse lernen, sich die für das Gespräch nötige Zeit zu nehmen und auf die Ressourcen zu achten.

Laut den Umsetzungsverantwortlichen und der Projektkoordinatorin brachte das Projekt auch bei der Pro Senectute neue Impulse in die Organisation. Es brauchte auch hier eine gewisse Zeit, bis das Projekt «Fuss fassen konnte». An internen Veranstaltungen und bei Neuanstellungen wird das Projekt jeweils vorgestellt. Die Vernetzung mit dem Bereich Bewegung und Sport konnte soweit vorangetrieben werden, dass man an Veranstaltungen gegenseitig auf die Angebote hinweist. Überschneidungen werden am ehesten zwischen dem Gruppenkurs und dem Bereich Bewegung und Sport wahrgenommen, weshalb frühzeitig der Kontakt gesucht wurde. Allfällige Abgrenzungsprobleme zwischen den präventiven Hausbesuchen und der Sozialberatung werden auch hier als eher gering erachtet. Inhaltliche Überschneidungen betreffen die Themen Wohnberatung, teilweise auch Zukunftsgestaltung. In den betreffenden Fällen würden die Teilnehmenden an präventiven Hausbesuchen an die jeweiligen Angebote weitergewiesen.

■ **Bilanz zu den Erfahrungen mit dem Organisationsmodell:** Das aktuelle Modell, bei dem die Hausbesuche fallbezogen an die Spitex ausgelagert werden, bewährt sich aus Sicht der Beteiligten primär in einer Anfangsphase. Längerfristig wird eine Festanstellung im Projekt als vorteilhaft erachtet. Das aktuelle Modell bietet insbesondere das Problem, dass die ZIA-Beraterinnen sich wenig auf die präventiven Hausbesuche konzentrieren können und nur während einem halben bis einem Tag pro Monat für ZIA eingeplant sind, was sich aus Sicht der Qualitätssicherung als nicht optimal erweist.

■ **Zusammenarbeit im Gesamtprojekt:** Alle Gesprächspartner/innen berichten, dass die Zusammenarbeit mit der Projektleitung von ZIA sehr gut funktioniere und mit den anderen Umsetzungsorganisationen ein guter Austausch bestehe. Die Gesundheitsberaterinnen haben durch die spezifische Situation in Bern eine etwas andere Rolle als in den übrigen Regionen, seien aber mittlerweile unbestritten als Mitarbeiterinnen von ZIA integriert. Wichtig und wertvoll erachten die Gesundheitsberaterinnen das Coaching durch die langjährigen ZIA-Beraterinnen und den Erfahrungsaustausch im Rahmen der Praxistreffen.

6.2 Rekrutierungs- und Triageverfahren

Der Gesundheits-Profil Fragebogen wird im Projekt ZIA einerseits über die Hausarztpraxen abgegeben, andererseits werden die Senior/innen auf verschiedenen Wegen mit einem ZIA-Flyer angesprochen, über den sie den Fragebogen anfordern können. Unter 70-jährige Senior/innen, die den Fragebogen abgegeben haben, werden anschliessend zum Gruppenkurs eingeladen, 70-jährige und älteren wird ein Hausbesuch angeboten. In den Gesprächen mit den Umsetzungsverantwortlichen und der Geriatrie Universität wurden die Einschätzungen und Erfahrungen zum Rekrutierungs- und Triageverfahren angesprochen.

Rekrutierung

Bei der Rekrutierung, so sind sich die Beteiligten einig, muss gewährleistet werden, dass die Senior/innen nicht durch verschiedene Seiten mit dem Gesundheits-Profil Fragebogen beliefert werden. Nach Ansicht der Geriatrie Universität Bern könne es zudem zu einem Negativimage führen, wenn Senior/innen mehrfach aktiv auf ein Angebot angesprochen würden, an dem sie nicht interessiert seien.

Insbesondere der ärztliche Fachberater von ZIA zeigt im Gespräch eine klare Haltung. Der optimale Zugang bzw. die optimale Rekrutierung laufe über die Hausärzte: «An ihnen führt kein Weg vorbei». Sie böten die Gewähr für die gute Motivation der Patient/innen fürs Ausfüllen des Fragebogens resp. für den Rücklauf. Sie würden gegenüber dem Patienten über den nötigen Respekt verfügen und die nötige Autorität verkörpern. Auch hätten die Hausärzt/innen den besten Zugang zu sogenannten Risikopatienten und könnten eine entsprechende Selektion vornehmen. Um eine maximale Rekrutierung zu erreichen, sei eine Besprechung des Fragebogens bei seiner Abgabe an den Patienten angebracht, und der Arzt solle sich jederzeit für Fragen zur Verfügung stellen, wenn der Patient Mühe mit dem Ausfüllen habe. Falls zwei Wochen nach Abgabe der ausgefüllte Bogen noch nicht eingetroffen sei, dann sollte der Arzt eine telefonische Nachfrage machen. Erfahrungsgemäss würden 50% der gemahnten Patienten den Bogen noch ausfüllen und einsenden. Erst eine solche Betreuung garantiere einen hohen Rücklauf resp. eine hohe Rekrutierungsrate. Die besten Multiplikator/innen seien Patient/innen, die beim Verfahren mitgemacht hätten und dann andere Patient/innen animieren würden, ebenfalls einen Bogen auszufüllen. Weitere Multiplikatoren für die Rekrutierung seien Vereine oder Organisationen wie die Spitex, Pro Senectute, Frauenvereine, Rotes Kreuz etc.; vorwiegend Organisationen, die sich auf die Arbeit mit älteren Personen ausgerichtet hätten. An Anlässen wie z.B. einem Seniorenmittagessen oder Altersturnen, könne dann eine Autoritätsperson (Präsidentin, Vereinsarzt o.ä.) auf das Gesundheitsförderungsprojekt hinweisen und zum Mitmachen animieren.

Das zweigleisige Vorgehen im Projekt ZIA wird also von den meisten Gesprächspartner/innen grundsätzlich als richtig erachtet. Nach Ansicht der Geriatrie Universität Bern und dem ärztlichen Fachberater von ZIA ist es zweckmässig, die Senior/innen primär über die Hausärzt/innen erreichen zu wollen und ergänzend dazu weitere Möglichkeiten auszuschöpfen. Die Umsetzungsverantwortlichen setzen aufgrund ihrer Erfahrungen im Projekt ZIA einen etwas anderen Schwerpunkt. Für die meisten steht es ausser Zweifel, dass die Hausärzt/innen – aus den oben bereits genannten Gründen - wichtige Akteure im Zugang zu der Zielgruppe sind, gerade auch bei sozial benachteiligten Personen. Aus diesem Grund sollte insbesondere

auch in städtischen Gebieten darauf geachtet werden, die Hausarztpraxen in den entsprechenden Quartieren einzubeziehen. Bei einer passiven Rekrutierung – zumindest über die heutigen Kanäle – könnten vor allem Personen erreicht werden, die bereits einen Nutzen im Angebot sehen und eine gewisse Sensibilisierung mitbringen. Da es sich aus verschiedenen Gründen (Entschädigungsfrage, Einbezug und Support etc.) als schwierig erweist, einen grossen Teil der Hausärzt/innen längerfristig für eine aktive Teilnahme zu bewegen, ist es den Umsetzungsbeteiligten ein Anliegen, weitere Zugänge zu prüfen.

Damit verbunden stellt sich unweigerlich erneut die Frage nach der Rolle den Hausärzt/innen bei der Gesundheitsförderung und Prävention und der Funktion des Gesundheits-Profil Verfahrens darin.

Triage und Triagekriterien

Die Ausgestaltung des Triageverfahrens und die Triagekriterien wurden in den Gesprächen mit der Projektleitung, den Umsetzungsverantwortlichen und der Geriatrie Universität Bern eher global diskutiert.

Konsens besteht dahingehend, dass hinsichtlich einer möglichst hohen Beteiligung für die Senior/innen grösstmögliche Wahlfreiheit für Beratungsangebote bestehen sollte. Dies wird nach der aktuellen Praxis insofern gewährleistet, als dass auch über 70-jährige Personen alternativ oder ergänzend zu einer individuellen Beratung den Gruppenkurs besuchen können. Der Gruppenkurs ist zudem offen für die gesamte über 65-jährige Bevölkerung. Gleichzeitig werden auch über 70-jährige Senior/innen aus den Projektregionen im Gruppenkurs auf die Möglichkeit hingewiesen, einen Gesundheits-Profil Fragebogen bestellen und ausfüllen und eine individuelle Beratung in Anspruch nehmen zu können.

Alles in Allem hat man seitens der Umsetzungsbeteiligten den Eindruck, dass das Triagekriterium «Alter» zwar einfach handhabbar, aber insgesamt zu wenig differenziert sei. Entscheidend sei u.a. auch der Aspekt, welche Personen eher auf ein Gruppensetting ansprechen und für welche eine Einzelberatung sinnvoll sei. Die Geriatrie Universität Bern spricht an, dass das Triagekriterium «Alter» und die – relativ tiefe – Altersgrenze nicht der bestehenden Evidenz entsprächen.

Auch nach Meinung des ärztlichen Fachberaters ist das Alter allein ein ungenügendes Kriterium. Ihm schwebt eine relativ einfache Liste von Risikofaktoren vor, die im Sinne eines Screenings überprüft und mit einer Gewichtung versehen werden: (a) Alter, (b) Sozialer Status (z.B. EL-Bezug), (c) Bildung, (d) Soziales Netz (Alleinstehend / Mehrpersonenhaushalt, Vereinstätigkeit etc.), (e) Anzeichen einer Depression, (f) Anzeichen kognitiver Einschränkungen. In einem Fragebogen-Screening könnten diese Faktoren überprüft werden. Ein tiefer Score würde auf einen Nicht-Risiko-Patienten hinweisen, dem der Besuch eines Gruppenkurses empfohlen würde. Ein hoher Score würde auf einen Risiko-Patienten hinweisen, dem ein Hausbesuch empfohlen würde.

Ein flächendeckendes Angebot von Hausbesuchen wird von der Geriatrie Universität Bern nicht als zweckmässig erachtet. In einzelnen Situationen und besonders bei Personen aus sozial benachteiligten Gruppen könnten entsprechende Angebote jedoch grundsätzlich sinnvoll sein. Bei Kosten von 1'000 bis 1'5000 Franken pro Person und Jahr seien flächendeckende Hausbesuche zudem kaum finanzierbar. Auf einen anderen Standpunkt stellen sich teilweise die Umsetzungsverantwortlichen, einerseits mit Hinweis auf das Potenzial im Bereich der Früherkennung, andererseits mit Hinweis auf Angebote wie die Mütterberatung.

Entsprechend dem Verständnis, dass es sich beim Gesundheits-Profil Verfahren primär um ein hausärztliches Verfahren handelt, sehen die Geriatrie Universität Bern und der ärztliche Fachberater des Projekts die Verantwortung für die Triage bei den Hausärzt/innen.

6.3 Einbezug und Rolle der Hausärzte

Der Einbezug der Hausärzt/innen ist ein integraler Bestandteil des Gesundheits-Profil Verfahrens und damit des Projekts ZIA. Die Gespräche mit den verschiedenen Projektakteuren verdeutlichen, dass bezüglich dem Einbezug der Hausärzt/innen und deren Rolle in einem Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt wie ZIA unterschiedliche bzw. kontroverse Vorstellungen bestehen, die einen Kristallisationspunkt für die Konflikte bilden, die zwischen Trägerschaft und Umsetzungsorganisationen einerseits und dem Urheber des Gesundheits-Profil Verfahren andererseits aufgetreten sind.

Die Erfahrungen im Projekt zeigen, dass über engagierte Hausärzt/innen viele Senior/innen erreicht werden können. Gleichzeitig belegen die Erfahrungen im Kanton Bern und andernorts, dass es sehr schwierig ist, die Hausärzt/innen für eine aktive Teilnahme zu gewinnen. Das Projekt ZIA setzt beim Einbezug und der Kommunikation mit den Hausärzt/innen auf ein mehrstufiges Vorgehen. In einer ersten Phase werden die Hausärzt/innen schriftlich über das Projekt informiert, erhalten die Projektunterlagen und werden zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. In einer zweiten Phase sollen die Hausärzt/innen durch regelmässige Informationen der Projektleitung und Besuche und Rückmeldungen durch die Gesundheitsberaterinnen von ZIA motiviert und erinnert werden, die Gesundheits-Profil Fragebogen an ältere Patient/innen abzugeben. Mittelfristig wird angestrebt, dass die Hausärzt/innen das Angebot als integralen Bestandteil der Betreuung ältere Patient/innen verstehen. Das Konzept für den Hausarztteinbezug sieht ebenfalls vor, dass in der jeweiligen Projektregionen je ein Hausarzt als Referenzperson für das Projekt gewonnen wird, die zusammen mit der Trägerschaft weitere Hausärzte – so genannte Multiplikator/innen - in das Projekt einführt. Den ärztlichen Multiplikator/innen kommt die Funktion zu, an regionalen Ärzetreffen das Projekt weiter bekannt zu machen. Das Ziel, ein Netz von Referenzpersonen und Multiplikator/innen aufzubauen konnte indes nicht erreicht werden. Die für die Hausärzt/innen vorgesehene Multiplikatorenrolle erachtet ein Umsetzungsverantwortlicher auch mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, da diesbezüglich die konkrete Erfahrung gemacht wurde, dass sich die Hausärzt/innen eher als Einzelunternehmer verstehen, die in einem Konkurrenzverhältnis stehen.

6.3.1 Erfahrungen mit der Teilnahmebereitschaft der Hausärzt/innen

Die Bereitschaft der Hausärzteschaft, sich aktiv in einem Projekt wie ZIA zu engagieren, wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Diese wurden insbesondere in den Gesprächen mit der Projektleitung, den Umsetzungsverantwortlichen, dem Urheber des Verfahrens und dem ärztlichen Fachberater von ZIA thematisiert.

Nach Ansicht der Geriatrie Universität Bern und der meisten Umsetzungsverantwortlichen liegt das Problem nicht bei einer mangelnden **Sensibilisierung** für die Belange der Gesundheitsförderung und Prävention, sondern vielmehr eine Frage der Umsetzbarkeit angesichts der Arbeitsbelastung und der Anreize. Die Umsetzungsverantwortlichen sprechen allerdings auch die grundsätzlich kurative Ausrichtung der ärztlichen Tätigkeit an. Diese seien in erster Linie geschult und gewohnt, *«Krankheiten zu behandeln und nicht, Krankheiten zu verhindern oder Gesundheitsförderung zu betreiben»*. Offen ist die Frage, in welchem Mass und in welcher Art die Hausärzte im Bereich Gesundheitsförderung in ihrer Praxistätigkeit eine aktive Rolle wahrnehmen (bspw. medikamentösen Einstellung der Blutwerte bis hin zur Verordnung einer Ernährungsberatung).

Entscheidend ist für die meisten Gesprächspartner/innen ist die Frage, wie es gelingt, ein Projekt zur Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig in die hausärztliche Praxis zu integrieren. Die Abgabe des Fragebogens sei heute nicht in den Arbeitsablauf der Hausärzt/innen eingebaut und gehe vor allem angesichts der unbestritten **hohen Arbeitsbelastung** unter. Vor allem in ländlichen Regionen, so wird von

einer Seite vermutet, seien die Hausarztpraxen überlastet. Verschärft wird dies durch den **fehlenden finanziellen Anreiz** für die Hausärzt/innen, wodurch man heute nur wenige motivierte Hausärzt/innen erreichen könne. Die Gesprächspartner/innen sind sich weitgehend einig, dass die Hausärzt/innen bei einer entsprechenden Finanzierungsgrundlage grundsätzlich mitmachen würden. *«Wir müssen uns darauf einrichten, dass Hausärzte belastet sind und als Fachpersonen in der Lage sein müssen, effizient und gut zu arbeiten und ein Einkommen zu generieren und für alles ein gutes Verhältnis von Aufwand und Ertrag zu finden. Wenn das stimmt, gehe ich davon aus, dass Prävention und Gesundheitsförderung zu den Kernaufgaben der Hausärzte gehört. Dann ist die Sensibilisierung sekundär. Man kann nicht sensibilisieren und dann etwas wollen, wofür sie nicht bezahlt sind.»* (Geriatric Universität Bern)

Insbesondere der ärztliche Fachberater des Projekts ZIA verortet die Gründe für die schwache Beteiligung der Hausärzt/innen auf einer *«soziopolitischen Ebene»*. Die Hausärzt/innen seien überlastet, ausgebrannt, frustriert, und verbittert. Dies resultierte aus der gegenwärtigen Gesundheitspolitik (Stichworte: Hausärztemangel, Kürzung von Labortarifen, Infragestellen der Medikamentenabgabe etc.). Diese Situation führe dazu, dass die Ärzt/innen gegenüber neuen Aufgaben, die an sie herangetragen würden, wie z.B. die Mitarbeit in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten wie ZIA, eine grundsätzlich ablehnende Haltung einnehmen würden. Diese Grundhaltung habe wenig mit dem eigentlichen Projekt zu tun.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Hausärzt/innen im Projekt einen **Nutzen** sehen und von dessen **Wirksamkeit** überzeugt sind. Für die Umsetzenden wird wenig deutlich, ob und in welcher Art die eingeschlossenen Hausärzt/innen vom Gesundheits-Profil Verfahren und den Hausbesuchen profitieren, da man praktisch keine Rückmeldungen erhalte. Verschiedene Hausarztpraxen in den Projektregionen haben explizit von einer Teilnahme am Projekt abgesehen, da sie den Gesundheits-Profil Fragebogen als zu wenig niederschwellig erachteten bzw. in anderen Fällen Kritik am Gesundheitsbericht geübt hätten. Wer sich darauf eingelassen habe, so ebenfalls die Rückmeldungen, habe aber von den Hausbesuchen profitiert, da erkannt wurde, dass dadurch gewisse Probleme aufgedeckt werden konnten.

Man erhalte jedoch auch Rückmeldungen, wonach ZIA letztlich einen Zusatzaufwand bedeute und zu neuen Kosten führe. Diese Wahrnehmung ist nach Ansicht der Geriatric Universität Bern eine Folge des konkreten Vorgehens im Projekt ZIA, bei dem die Hausärzteschaft in ungenügender und ungeeigneter Weise einbezogen und unterstützt werde. Nach Erfahrung der Geriatric Universität Bern werden der Nutzen und die Wirksamkeit des Gesundheits-Profil Verfahrens nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Dabei wird eingeräumt, dass die Compliance nicht in allen Bereichen gegeben sei. Konkret: Wenn ein Hausarzt eine Vorsorgeuntersuchung bisher nicht unterstützt habe, werde er seine Praxis nicht ändern wollen. Hinsichtlich der ergänzenden Beratungsangebote im Projekt ZIA, dem Gruppenkurs und den präventiven Hausbesuchen, wird darauf hingewiesen, dass der Wirkungsnachweis ausstehend ist. Für die befragten Umsetzungsverantwortlichen ist eher unklar, inwieweit die Hausärzt/innen von der Wirksamkeit der Gruppenkurse und der Hausbesuche überzeugt sind bzw. es wird von einer Seite klar verneint.

Die Teilnahmebereitschaft der Hausärzteschaft wird im Weiteren durch die **Glaubwürdigkeit der Trägerschaft bzw. der Umsetzungsorganisationen** beeinflusst. Von verschiedener Seite wurde die Nähe des Projekts zum **Kanton** angesprochen, welche in der aktuellen Phase die Umsetzung eher erschwere als erleichtere. Bei der Hausärzteschaft wird eine generelle Abwehrhaltung gegenüber Anliegen des Kantons festgestellt, die zwar sachlich keinen direkten Bezug zum Projekt habe, sich jedoch negativ auswirke (*«Die Sparrunde trifft immer uns, nie die Spezialisten»*). Eher hinderlich für das Projekt dürfte auch sein, dass ZIA nicht durch die **Standesorganisationen** mitgetragen wird bzw. diese nicht direkt am Projekt beteiligt sind. Um eine breite Abstützung des Projekts gewährleisten zu können, wäre es nach Ansicht der Geriatric Universität Bern erforderlich, die Ärztevertreter in geeigneter Form in die Programmsteuerung einzubeziehen. Auch seitens einzelner Umsetzungsverantwortlichen räumt man ein, dass man diesen Punkt vielleicht

zu wenig beachtet habe, *«wir hätten diese früher, intensiver einbeziehen sollen»*. Bei der Hausärzteschaft ist die Pro Senectute Kanton Bern als **Trägerorganisation** des Projekts zur Gesundheitsförderung und Prävention eher wenig bekannt. Einen Teil der Schwierigkeiten, die Ärzteschaft zu erreichen, führt die Geriatrie Universität Bern auf den Umstand zurück, dass es sich beim Gesundheits-Profil Verfahren um ein ärztliches Verfahren handle und die Trägerschaft bei den dortigen Akteuren nicht verankert sei. Der ärztliche Fachberater von ZIA, betont ebenfalls, dass im Leitungsgremium eines Projekts ein ärztliches «Aushängeschild» brauche. Der Kanton könne selber solche Projekte nicht durchführen, er müsse einen anderen Träger bestimmen. Der Fachberater, der selber in der Region Oberaargau praktiziert, erlebte die dortige Organisation als *«perfekt»*, die Pro Senectute biete sich als Umsetzungsorganisation an. Die Spitex könne eingebunden werden. Aber die Hausbesuche sollten nur von speziell ausgebildeten Personen durchgeführt werden. Nur so seien sie wirkungsvoll, wie mehrere Studien zeigen würden. Eine herkömmliche Spitex ohne Zusatzschulung könne die Hausbesuche nicht durchführen.

Zur Frage, inwieweit die Pro Senectute und die Spitex als **Umsetzungsorganisationen** in der Hausärzteschaft anerkannt sind, äusserten sich die Umsetzungsverantwortlichen und die Geriatrie Universität Bern in folgender Weise: Festgestellt wurde zum einen, dass die Pro Senectute und deren Tätigkeit bei den Hausärzt/innen insgesamt wenig bekannt seien und es sich nicht um einen vertrauten Partner handle. Mit der Spitex bestehe demgegenüber eine enge Zusammenarbeit. Von mehreren Seiten wird auch auf die Ambivalenz dieses Verhältnisses hingewiesen. Die Spitex sei zum einen Partner, werde zum andern aber auch als Konkurrenz wahrgenommen. Die Spitex-Organisationen befinden sich zudem auch im Kanton Bern in einem Reorganisationsprozess. Dies hat in der Projektregion Thun Konflikten zwischen der Spitex und der Hausärzteschaft zur Folge gehabt, die sich auch negativ auf die Zusammenarbeit im Projekt ZIA ausgewirkt habe. Von den Umsetzungsverantwortlichen und –beteiligten wurde auch die Rolle des **Urhebers des Verfahrens** angesprochen bzw. der Umstand, dass eine gewisse Distanz zwischen den praxisorientierten *«manchmal eher hemdsärmeligen»* Hausärzt/innen und der wissenschaftlich orientierten universitären Geriatrie, die sehr *«pingelig ist punkto Verfahren»*, bei einem Teil der Hausärzteschaft ebenfalls eher hinderlich bis *«kontraproduktiv»* auswirke.

Eine Rolle spielt bei der Teilnahmebereitschaft generell die **Art und Weise des Einbezugs** der Hausärzt/innen. Laut Geriatrie Universität Bern erstaune es wenig, dass die Beteiligung der Hausärzteschaft im Projekt tief sei und nur wenige motivierte Hausärzt/innen mitmachten. Die Hauptkritik bezieht sich darauf, dass die Hausärzt/innen aus der Sicht der Geriatrie Universität Bern nicht adäquat einbezogen und ungenügend unterstützt würden. Angesprochen werden dabei die Beteiligung der Hausärzt/innen bei der Projektplanung und die konkrete Vorgehensweise beim Einschluss neuer Hausärzt/innen. Einleitend ist bereits festgestellt worden, dass es im Projekt nur beschränkt gelungen ist, in den Regionen ein Netz von Referenzpersonen und ärztlichen Multiplikator/innen aufzubauen. Was die Projektdurchführung betrifft, so wird das Vorgehen in Frage gestellt, die Hausärzteschaft flächendeckend mit den Projektunterlagen zu versorgen und zu einer Informationsveranstaltung einzuladen. *«So wie sie heute Reklame kriegen, kriegen sie eine Einladung zum Gesundheits-Profil Verfahren. Da haben nur wenige mitgemacht.»* (Geriatrie Universität Bern) Die Praxen benötigten einen maximalen organisatorischen und logistischen Support. Im Gespräch wurde nicht darauf eingegangen, was dies im Hinblick auf einen flächendeckenden Einsatz des Verfahrens bedeutet.

Konsens besteht dazu, dass eine **kontinuierliche Kommunikation** und ein **persönlicher Kontakt** in der Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen erforderlich seien. Die Erfahrungen in den Regionen zeigen, dass das Engagement von Hausärzt/innen, welche Fragebogen abgeben, oftmals nach einer gewissen Zeit abnehme. *«Sie steigen ein, aber es flaut dann ab und geht vergessen»*. Die Information und der Kontakt mit der Hausärzteschaft werden abhängig von den Gegebenheiten in der jeweiligen Projektregion anders

gehandhabt. In allen Regionen werden die Gesundheitsberichte und die Beratungsberichte bewusst nicht verschickt sondern persönlich in die Praxen überbracht, damit ein regelmässiger Kontakt gewährleistet werden kann.

Mit den verschiedenen Gesprächspartner/innen wurde auch die Frage erörtert, wo bei der **Förderung der Teilnahmereitschaft** der Hausärzt/innen konkret angesetzt werden sollte. Wie von den ärztlichen Gesprächspartnern wird auch von vielen Umsetzungsverantwortlichen und –beteiligten die Wichtigkeit betont, die Hausärzteschaft möglichst eng einzubeziehen und auf ärztliche Multiplikator/innen zu setzen. Die Hausärzt/innen werden als wichtige Partner im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verstanden, die auch den Zugang zu vulnerablen und ansonsten schwer zu erreichenden Zielgruppen gewährleisten. Die Hausärzt/innen *«sind Respektspersonen, ihr Rat wird befolgt.»* Der *«Fluch»* sei aber, wenn der Zugang nur auf den Hausärzt/innen beruhe, *«dann hat man ein Problem, wenn die nicht mitmachen»*. Ergänzend sollte es darum auf jeden Fall weiterhin möglich sein, auf andere Rekrutierungswege zu setzen bzw. diese sollten ausgebaut werden. Andere Umsetzungsverantwortliche und –beteiligte stellen die zentrale Stellung der Hausärzt/innen bei der Rekrutierung der Senior/innen grundsätzlich in Frage, könnten sich aber vorstellen, den Gesundheitsbericht bzw. den Beratungsbericht weiterhin an die jeweiligen Hausärzt/innen abzugeben. Eine solche Diskussion offenbart, dass die Funktion des Gesundheits-Profil Verfahrens und die Rolle der Hausärzt/innen unterschiedlich interpretiert wird.

Die Haltung, die der Urheber dazu einnimmt, wird folgendermassen auf den Punkt gebracht: *«Wir denken an ein Modell, bei dem der Hausarzt Beratungs-Verordnungen geben kann, bspw. für Gruppenkurse oder für Einzelberatungen, die der Hausarzt delegieren kann, wie bspw. eine Ernährungsberatung. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Triage, sondern es ist eine Delegation von Aufgaben, für die der Hausarzt zuwenig Zeit hat. Das Gesundheits-Profil Verfahren ist ein Tool, das den Hausärzten helfen soll, bei älteren Personen die Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Man schafft eine Basis, um weitere Personen beizuziehen, bspw. durch Gruppenveranstaltungen oder Einzelberatungen, die den Hausarzt unterstützen.»* (Geriatric Universität Bern)

Der ärztliche Fachberater von ZIA betont, dass eine bessere Teilnahmereitschaft der Hausärzt/innen unter den gegenwärtig herrschenden Bedingungen schwierig zu erreichen sei. Grundsätzlich lassen sich seiner Ansicht nach folgende zwei wichtige Punkte festhalten: (a) Absolut zentral sei, dass die Projektleitung bei einem renommierten in der Ärzteschaft gut verankerten Arzt liege. Es müsse sich *«um ein Alpha-Tier handeln, das die Hausärzte mitreissen kann»*. Eine alleinige Projektleitung durch eine andere Organisation oder Profession, wie z.B. der Pro Senectute stosse erfahrungsgemäss auf wenig Widerhall bei der Hausärzteschaft. (b) Den Ärzt/innen müsse klargemacht werden, dass ihr Zusatzaufwand, der mit einem Projekt wie ZIA verbunden sei, honoriert bzw. abgegolten werde. Die Zusatzaufwände bei den Gesprächen und die Betreuung der Patienten könnten im Tarmed über eine Ausweitung der Minutage problemlos erfasst und verrechnet werden. Gleiches gelte für das Aktenstudium resp. das Studium der Gesundheitsberichte wie auch die Fallbesprechung mit der Gesundheitsberaterin. Diese Aufwände könnten unter der Position *«Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten»* verrechnet werden. Dieses Wissen über die Verrechnungsmöglichkeiten sei in der Ärzteschaft noch nicht überall vorhanden.

Nach Sicht der Geriatric Universität Bern sind es folgende Punkte, die mit Blick auf die Förderung der Teilnahmereitschaft beachtet werden müssen: (a) Die Authentizität der Trägerorganisation spiele eine zentrale Rolle. Die Pro Senectute bringe man nicht in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, die Spitex schon eher. Die Hausärzte seien noch näher oder eine Organisation wie die Geriatric Universität Bern, man könne in dieser Zielgruppe *«nicht einfach jemanden vorne hinstellen.»* (b) Die Hausärzte müssten von Anfang an mit einbezogen werden. *«Sie müssen sich äussern können zu dem, was in den Praxen läuft»*. (c) Es sei auch eine Frage der Transparenz gegenüber den Hausärzt/innen, man

müsse aufzeigen, was in der Beratung passiert, was dort beraten werde. (d) Die Hausärzt/innen müssten begleitet werden, eine «*Einmalsensibilisierung*» funktioniere nicht.

6.3.2 Kontakt und Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen

In der neuen Projektregion Bern wurden zu Beginn alle 245 Praxen von der Projektkoordinatorin telefonisch kontaktiert, mit 12 Hausärzt/innen konnte schliesslich ein persönliches Gespräch vereinbart werden. Bei der Kontaktaufnahme mit den Ärzt/innen sei grosse Ausdauer erforderlich, da die Medizinischen Praxisassistent/innen (MPA) teilweise eine konsequente «*Abwimmelungsstrategie*» praktizierten. In der Projektregion Lyss findet - neben den fallbezogenen Praxisbesuchen – einmal pro Jahr ein Gespräch mit dem Hausarzt statt; im laufenden Jahr wurde mit 5 der 7 Hausärzt/innen ein Gespräch geführt. In den Regionen Oberaargau und Thun werden heute nur noch fallbezogenen Praxisbesuche durchgeführt oder Gespräche mit Hausärzt/innen durchgeführt.

In allen Projektregionen werden die Gesundheitsberichte der über 70jährigen Senior/innen nach Abschluss einer allfälligen individuellen Beratung persönlich in die Hausarztpraxis überbracht, zusammen mit einem kurzen Bericht zu den Beratungsinhalten. Diese Rückmeldung an die Hausärzt/innen erfolgt je nach Region in unterschiedlicher Form und wurde bisher noch nicht standardisiert. Die Besuche in der Praxis dienen einerseits dazu, den Austausch mit den MPA zu pflegen, gleichzeitig werden die Praxen bei dieser Gelegenheit auch mit neuen ZIA-Flyern beliefert.

Eine aktive Zusammenarbeit gibt es in den verschiedenen Projektregionen nur mit einzelnen, engagierten Hausarztpraxen. Den MPA kommt in diesen Fällen häufig eine Schlüsselrolle zu, in dem diese ein systematisches Screening der Patientendossiers im Hinblick auf die Abgabe der Fragebogen an die über 65 jährigen Patient/innen vorgenommen haben oder systematisch alle Dossiers markieren, bei denen ein Fragebogen abgegeben wurde. Im Zusammenhang mit konkreten Beratungsfällen findet im gegebenen Fall ein Austausch zwischen den Hausärzt/innen und den Beraterinnen statt, wobei die Initiative fast ausschliesslich von den Beraterinnen ausgeht, die sich mit Rückmeldungen oder Fragen an den Arzt oder die Ärztin wenden. Wer sich darauf eingelassen habe, «*hat profitiert, hat beispielsweise realisiert, dass eine beginnenden Demenz unter Umständen bei einem Arztbesuch nicht erkannt, in einer stündigen Beratung aber entdeckt wird.*»

6.4 Präventive Hausbesuche

Betreffend das Beratungsangebot standen die Erfahrungen mit den präventiven Hausbesuchen im Zentrum der Gespräche mit den Gesundheitsberaterinnen von ZIA. Sie berichteten darüber, wie diese vorbereitet und durchgeführt werden und vor allem, was nach ihren Erfahrungen erreicht werden kann und wo auch Grenzen liegen.

6.4.1 Vorgehen und Ausgestaltung der präventiven Hausbesuche

In der Umsetzungsphase 2008-2010 wurde sehr viel unternommen, um die Qualität des individuellen Beratungsangebots zu sichern und weiterzuentwickeln. Dazu gehört u.a. eine Vereinheitlichung des Vorgehens in den Projektregionen, die Erarbeitung der Leitfaden für die Erst- und Folgeberatungen und ein permanenter Erfahrungsaustausch unter den Beraterinnen und mit der Projektleiterin als fachlichen Begleiterin der Beratungsteams. Die alle sechs Wochen stattfindenden Praxistreffen wurden in den vergangenen zweieinhalb Jahren als Plattform für die gerontologische und geriatrische Fortbildung der Beraterinnen genutzt. Die Praxistreffen werden von allen Beteiligten als sehr wertvoll und wichtig bezeichnet.

Erstkontakt und Vorbereitung

Der Erstkontakt mit den Senior/innen, deren Gesundheitsbericht ausgewertet wurde, erfolgt in ZIA durch die jeweilige Gesundheitsberaterin, im Falle von Bern durch die Koordinatorin. Die Erfahrungen zeigen, dass der allergrösste Teil der Senior/innen – rund 90 Prozent - einen Besuch wünschen. Erfahrungsgemäss ist es nicht sinnvoll, Besuche aufzudrängen, wenn grosse Ablehnung spürbar ist. In der Region Oberriggen wurden während der Pilotphase Personen, die zwar den Fragebogen ausgefüllt haben, aber nicht an einem Besuch interessiert waren, ursprünglich dem Hausarzt gemeldet. Dabei wurde ersichtlich, dass es sich nicht selten auch um Leute mit mittleren Risiken und einem problematischen Gesundheitshandeln handelte. Unter den Ablehnenden finden sich nach den Rückmeldungen zufolge gehäuft auch Personen, die den Gesundheits-Profil Fragebogen primär ihrem Hausarzt zuliebe ausgefüllt haben.

Der Erstbesuch wird von den Gesundheitsberaterinnen gestützt auf den Gesundheitsbericht vorbereitet. Fallspezifisch werden bereits auch Broschüren und Informationsmaterialien zusammengestellt, die den Senior/innen bei einem Erstbesuch bei Bedarf abgegeben werden. Anhand des Berichts werden die Beratungsschwerpunkte identifiziert und Punkte festgehalten, bei denen eine weitergehende Klärung notwendig erscheint. Ein zentrales Element des Gesundheitsberichts sind die Empfehlungen, welche die Empfänger/innen verunsichern und in gewissen Fällen auch brüskieren können (bspw. Empfehlung zur Krebsvorsorge bei Krebspatienten). Nicht zuletzt aus diesem Grund ist es für die Geriatrie Universität Bern unabdingbar, dass im Gesundheits-Profil Verfahren der Hausarzt oder die Hausärztin als Ansprechperson benannt werde. Bei den über 70-jährigen Personen sind die Empfehlungen Thema der individuellen Beratungen von ZIA. Heikel bezeichnen die Gesundheitsberaterinnen die Situation bei jüngeren Teilnehmer/innen, die den Gesundheitsbericht zugeschickt erhalten und deren Arzt nicht darauf reagiert.

Ausgestaltung der Beratung

Das Beratungskonzept von ZIA baut auf einem ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz auf. Die Leitplanken der Individualberatungen (Erstgespräch, Folgebesuche, telefonische Beratungen) werden durch einen Leitfaden vorgegeben. Für das Erstgespräch gibt es Zielvorgaben, die den Beraterinnen als Orientierung dienen.

In den rund einstündigen **Erstgesprächen** werden der Rahmen der Beratung abgesteckt, Fragen und Bedürfnisse der Senior/innen abgeholt und besprochen und abhängig von der Situationsanalyse das weitere Vorgehen festgelegt. Betont wird von den Beraterinnen die Wichtigkeit, die Leute nicht zu bedrängen und klar festzuhalten, dass man nach einem Erstbesuch auf Folgeberatungen verzichten kann, aber jederzeit die Möglichkeit offen steht, einen Besuch anzufordern. Der Gesundheitsbericht als solches wird in den Beratungen in unterschiedlicher Weise eingebaut. Anfänglich ist man mit den Senior/innen den Bericht durchgegangen, zwischenzeitlich hat man die Erfahrung gemacht, dass es sich besser bewährt, in den Gesprächen die identifizierten Schwerpunkte und die damit verbundenen Empfehlungen generell zu besprechen und den Bericht erst danach abzugeben. Im Rahmen eines einmaligen Besuches können erfahrungsgemäss ein bis zwei Themen behandelt werden, bei komplexeren Fällen wird ein Folgebesuch angestrebt.

Weitergehende Assessments, v.a. zur Abklärung von Depression und Demenz, erfordern in der Regel einen **Folgebesuch**, Mobilitäts-Assessments sind bereits bei einem Erstbesuch denkbar. Nach Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Hausbesuchen gefragt, wurde u.a. angesprochen, dass die geriatrischen Assessment-Instrumente noch konsequenter genutzt werden könnten. Vertrauensbildung und Motivation, eine «Strategie der kleinen Schritte» und hohe Alltagsorientierung der gemeinsam erarbeiteten Lösungsschritte sind Schlüsselthemen der Gesundheitsberatungen und sind auch nach den Erfahrungsberichten der Beraterinnen zu schliessen, zentrale Voraussetzungen für die Erreichung der Beratungsziele.

Ein wichtiges Instrument der individuellen Beratungen von ZIA sind die **Telefonberatungen**. Sie ermöglichen es, in regelmässigem Abstand eine Veränderung der Situation zu erfassen und die Bemühungen der Senior/innen mit einer gewissen Kontinuität zu unterstützen. Telefonische Kontakte eignen sich primär dazu, Impulse zu geben, neue Themen können erfahrungsgemäss nur in einem persönlichen Beratungsgespräch zweckmässig behandelt werden. In einzelnen Regionen erfolgt nach Abschluss der Hausbesuche ein telefonisches Follow-up im Halbjahresrhythmus während der zwei Jahre, bei dem die aktuelle Situation erfasst und die Umsetzung der Massnahmen thematisiert werden. Für die telefonischen Rückfragen hat es sich sehr bewährt, wenn in den Dossiers geeignete Anknüpfungspunkte festgehalten werden (Operation, Hobby, besprochene Themen), welche die Aufnahme des Gesprächs nach längerer Zeit erleichtern.

Kriterien für Folgebesuche und Erfahrungen mit der Besuchsfrequenz

Bei Senior/innen mit wenig Risiken und günstigem Gesundheitshandeln soll die persönliche Beratung nach dem Erstbesuch abgeschlossen werden. Bei Teilnehmenden mit wenig Risiken aber ungünstigem Gesundheitshandeln ist ein Folgebesuch alle 6 Monate vorgesehen, bei Personen mit mittleren Risiken ein Besuch alle 3 Monate. Die Risiken werden anhand des Gesundheitsberichts und der Skala der spezifischen geriatrischen Symptome, die zu erhöhter Pflegeabhängigkeit führen, bestimmt. Insbesondere bei Immobilität, Demenz und Stürzen wird die Besuchsfrequenz erhöht.

In der Beratungspraxis gibt es Senior/innen, die trotz Risiken und ungünstigem Gesundheitshandeln nach dem Erstbesuch keine weitere Beratung wünschen. In diesen Fällen wird versucht, mit den Teilnehmenden auszuhandeln, dass man zu einem späteren Zeitpunkt telefonisch Kontakt aufnehmen darf und weist auf die Möglichkeit hin, jederzeit einen Besuch nachzusuchen. Dass Senior/innen mit wenig Risiken und gutem Gesundheitshandeln auf einen Folgebesuch drängen, stellt sich als Problem eher selten. Hier vertritt man die Haltung, dass es ein Auftrag von ZIA ist, die Leute in ihren Bestrebungen zu unterstützen und ihnen Bestätigung zu vermitteln, dass das was sie machen, richtig sei. In solchen Fällen wird aber einen grösstmöglichen Abstand ausgehandelt und man beschränkt sich nach Möglichkeit auf telefonische Beratungsgespräche.

In welcher Frequenz die Beratungen stattfinden sollen, ist sehr situationsabhängig. Generell brauchen instabile Personen eine engmaschigere Beratung, motivierte Personen eher weniger. Nach Erfahrung der Beraterinnen ist es häufig sinnvoll, zu Beginn in kürzerer Frequenz zu beraten und später den Abstand zwischen den Beratungen zu erhöhen. Eine hohe Beratungsfrequenz ist wie erwähnt bei Demenz und hoher Sturzgefahr angezeigt und erfahrungsgemäss manchmal auch bei sozial schwierigen Situationen sinnvoll. In bestimmten Fällen wird ein Besuch häufiger als alle drei Monate als sinnvoll erachtet. Generell jedoch bewährt sich aus Sicht der Beraterinnen der Beratungsabstand von drei Monaten bei Personen mit mittleren Risiken, da festgestellt wurde, dass ein Besuch auch zu früh erfolgen könne. Bei den längeren Frequenzen besteht die Gefahr, dass der Beratungsinhalt verfallen kann, telefonische Rückfragen seien hier wertvoll.

Die Zahl der Hausbesuche innerhalb der zwei Jahre ist in ZIA nicht vorgegeben. Die Frage, wie viele Folgebesuche sinnvoll und möglich sind, ist dabei nicht nur eine finanzielle Frage. Bei einer länger dauernden Beratung mit regelmässigen Hausbesuchen bestehe die Gefahr, dass sich die Rolle der Beraterinnen verändere und die Beratung zur Begleitung werde. Ein Sonderfall stellt die Region Lyss dar, in der die Senior/innen die Möglichkeit erhalten, nach zwei Jahren erneut einen Gesundheits-Profil Fragebogen auszufüllen und weiterhin Beratung in Anspruch zu nehmen. Man hat es dort also mit Senior/innen zu tun, die teilweise bereits über mehrere Jahre beraten bzw. begleitet werden. In diesen Fällen gehe es darum, einmal jährlich – persönlich oder telefonisch - eine Standortbestimmung vorzunehmen. Es zeige sich, dass

sich innerhalb dieser Zeit die persönliche Situation grundsätzlich verändern könne und eine erneute Beratungsintervention sinnvoll sei, häufig etwa, wenn der Partner stirbt oder ins Pflegeheim eingewiesen wird.

Die Herausforderung, sich klar abzugrenzen, stellt sich für die Beratenden besonders bei Betagten, die sozial isoliert sind und bei denen die Spitex in keiner Form involviert ist. Die Beraterinnen bewegen sich hier auf einer Gratwanderung zwischen Gesundheitsberatung und Begleitung, die in den Projektregionen unterschiedlich gehandhabt wird. Während man es im einen Fall zwar schwierig aber wichtig findet, sich in diesen Fällen auf die Aufgabe des Projekts zu fokussieren und abzugrenzen, sucht man in anderen Fall nach Möglichkeiten, zumindest telefonisch einen regelmässigen Kontakt aufrecht zu erhalten. Eine Beraterin hat in solchen Fällen Bemühungen unternommen, einen freiwilligen Besuchsdienst zu organisieren, die v.a. durch Kirchen angeboten werden.

Auch bei «beratungsresistenten» Senior/innen müssen sich die ZIA-Beraterinnen abgrenzen. *«Ja, es gibt solche Leute. Ich hatte einen ehemaligen Metzger, übergewichtig, wo ich dachte, der hat zu viel ‚Speck an den Knochen‘. Er will sich nicht bewegen und nichts ändern, will aber trotzdem, dass man wiederkommt. Es gibt Fälle, wo ich merke, dass wird jetzt ein wenig ein Kafichränzli und das ist nicht mehr Aufgabe unseres Projekts»* (Gesundheitsberaterin Projektregion Thun)

Grenzen der Beratung

Die Grenzen der Beratung werden einerseits dort gesetzt, wo der Beratungsbedarf den gegebenen Rahmen sprengen (Finanzberatung, Sozialberatung etc.). In diesen Bereichen werden die Senior/innen an entsprechende Stellen weitergewiesen. Grenzen werden auch erreicht, wo bei den Teilnehmenden oder ihren Angehörigen Probleme aufgedeckt werden, die in haus- oder fachärztliche Behandlung gehören. Teilweise werden solche Fälle erst durch die präventiven Hausbesuche aufgedeckt. Illustriert wird dies etwas durch das Fallbeispiel einer Seniorin, deren Mann schwer alkoholkrank ist wo klar wurde, dass die Teilnehmerin weitergehende psychologische Unterstützung braucht. Oder durch das Beispiel einer anderen Teilnehmerin, deren Belastungen mit der im selben Haushalt wohnhaften psychisch kranken Tochter zusammenhängen und wo durch die Beratung erkannt wurde, dass diese eine professionelle Behandlung benötigte. Voraussetzung für die Information Dritter ist das Einverständnis der beratenen Personen. Hier bewegt man sich in Einzelfällen auf einer Gratwanderung, wie im berichteten Fall einer Personen mit schwerem Alkoholabusus. In diesem konkreten Fall wurde aus Gründen des Selbstschutzes der Hausarzt ohne explizites Einverständnis der betroffenen Person kontaktiert.

6.4.2 Wirkungen der präventiven Hausbesuche

Zu den individuellen Beratungen führen die Beraterinnen eine Verlaufsdocumentation. Darin werden die in den präventiven Hausbesuchen behandelten Themen mit den jeweiligen Beratungszielen und den vereinbarten Massnahmen festgehalten. Die Umsetzung wird in den Folgebesuchen überprüft und die konkret umgesetzten Massnahmen werden festgehalten. Die Beraterinnen sind dadurch geeignete Auskunftspersonen, um über die Resonanz der Hausbesuche bei den Teilnehmenden zu berichten.

In den Gruppengesprächen mit den Gesundheitsberaterinnen standen die Wirkungen im Zentrum, die unmittelbar mit den Beratungen verbunden sind. Diese lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen festmachen: Im Bereich von Wissen und Information, von Sensibilisierung, Einstellungen und Motivation sowie des Verhaltens. Eine Übersicht zu den Beratungsthemen und damit zu den Wirkungsfeldern findet sich im Kapitel 2.4.5, Tabelle 1. In den Gruppengesprächen ging es in erster Linie darum, die Wirkungsweise anhand von Praxisfällen als Ergänzung zur schriftlichen Befragung der Teilnehmenden exemplarisch aufzu-

zeigen. Um die konkret erzielten Resultate bei den Teilnehmenden zu dokumentieren, ist eine Auswertung der Beratungsdossiers erforderlich.¹⁷

Resultate und Wirkungen generell

Durch die präventiven Hausbesuche können nach den Erfahrungen im Projekt ZIA gesundheitsrelevante Probleme umfassender erfasst werden, insbesondere können Tabu-Themen, wie Inkontinenz oder Alkoholkonsum oder soziale und finanzielle Problematiken oft erst durch einen Hausbesuch aufgedeckt werden. *«Ich hatte eine Teilnehmerin, die sagte, sie können aber nicht jeden Tag frisches Obst kaufen. Da merkte ich, dass es finanziell wirklich knapp war. Ich habe sie dann an die Sozialberatung weitergewiesen. Die hat dann gesagt, dass sie EL zugute habe. Die Frau war dann richtig ein anderer Mensch und ist so aufgelebt!»* (Gesundheitsberaterin Projektregion Lyss) In sehr vielen Beratungen taucht auch das Thema der Patientenverfügungen auf, die im Gesundheits-Profil Fragebogen nicht erfasst werden.

Aus den von den Beraterinnen berichteten Praxisfällen wird einerseits deutlich, dass sich die Wirkungen der präventiven Hausbesuche über die eigentliche Zielgruppe hinaus entfalten. Mehrfach sind es Fälle, in denen gesundheitliche Problematiken bei anderen Familienmitgliedern offenbar gemacht und diese an entsprechende Stellen weitergewiesen werden konnten. Andererseits profitieren oftmals auch die Ehepartner/innen von den Hausbesuchen und den umgesetzten Empfehlungen (gesünderes Essen, gemeinsame Aktivitäten etc.).

Bewusst ist man sich, dass sich der Beratungserfolg oft an bescheidenen Veränderungen bemisst. Fast alle Beraterinnen berichten davon, dass sie lernen mussten, eine «Strategie der kleinen Schritte» zu verfolgen. *«Wenn sich jemand in seinem ganzen Leben nie bewegt hat, dann muss ich zufrieden sein, wenn er jeden Tag einen kleinen Spaziergang macht oder einmal pro Tag die Treppe nimmt»* (Gesundheitsberaterin Projektregion Lyss). Unbestritten ist, dass sich Wirkungen auf der Verhaltensebene am schwierigsten erzielen lassen, jedenfalls was längerfristige Veränderungen des Gesundheitsverhaltens betrifft. Nach Einschätzungen der Beraterinnen gelingt es am ehesten, im Bereich des Bewegungsverhaltens etwas zu verändern. Die Essgewohnheiten oder das Sozialverhalten sind biografisch stark verankert und erweisen sich entsprechend als stabiler.

Laut den Beraterinnen konnten aufgrund der präventiven Beratungen in einer Mehrheit der Fälle konkrete Wirkungen erzielt werden, in erster Linie auf der Wissens- und Einstellungsebene, der einmaligen Interventionen, teilweise auf der Ebene von längerfristigen Veränderungen im Gesundheitsverhalten. Es gibt jedoch auch Fälle, die sich als «beratungsresistent» erweisen und bei denen es schwierig sei, mit den Hausbesuchen - für die Beraterinnen erkennbar - etwas zu bewirken. Festgestellt wird, dass die Beratungen besonders bei sehr alten Leuten, welche die Haltung vertreten, «das bringt bei mir eh nichts mehr» wenig Resultate erzielen können. Bei solchen Senior/innen erweist sich die Motivation als sehr schwierig und würde viel Zeit in Anspruch nehmen. Es gebe auch Senior/innen, bei denen keine Veränderungen Platz hätten. *«Der erste war ein Mann, der eine neue Brille bräuchte. Er will nicht zum Optiker, weil er kein Geld hat und er will keine Unterstützung annehmen, weil man das nicht macht. In solchen Fällen kann man kaum etwas bewirken, findet man keine Ansatzpunkte. Der zweite Fall war ein Mann in desolaten Familienverhältnissen. In dieser Situation mochte es keine Auseinandersetzung mit sich selbst ertragen, da bin ich als Beraterin im falschen Moment gekommen.»* (Gesundheitsberaterin Projektregion Oberaargau).

¹⁷ Für die Projektregion Oberaargau wurden die Beratungsdokumentationen im Rahmen der Evaluation zur Wirkungsweise der Gesundheitsberatung ausgewertet (vgl. Bonsack 2008b).

Beobachtete Wirkungen auf der Ebene des Wissens

Den Teilnehmer/innen können in den individuellen Beratungen insbesondere Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die sie bisher nicht kannten. Vor allem bei jüngeren Senior/innen werden auch Informationsmaterialien abgegeben, damit diese von sich aus aktiv werden können. Oft sei es bei Folgebesuchen oder telefonischen Rückfragen interessant, welche Informationen hängen geblieben sind und von den Teilnehmenden aktiv wieder ins Gespräch gebracht werden. Nicht immer sind es die erwarteten, sondern auch solche, die in der Beratung am Rande thematisiert worden sind.

Beobachtete Wirkungen auf der Ebene von Sensibilisierung und Einstellungen

Die präventiven Hausbesuche leisten nach den Beobachtungen der Beraterinnen häufig einen Beitrag zur Bewusstseinsbildung. Im Gesundheitsbericht werden Probleme angesprochen, die durch eine neutrale Beraterin erneut angesprochen werden, was die Senior/innen, gerade bei Tabuthemen «zwingt» sich damit auseinanderzusetzen. Tabuthemen spielen dabei auch in Paarkonstellationen eine Rolle. Als Beispiel wird ein Fall angeführt, wo der problematischer Alkoholkonsum des Partners über lange Zeit nicht angesprochen wurde, die Betroffenen aber stark belastet hat. Durch eine neutrale Vermittlerin konnte das Problem thematisiert und nach konkreten Unterstützungsmöglichkeiten gesucht werden.

Als wichtig erachtet wird, dass die Senior/innen in den Beratungen angeleitet würden, die eigene Situation zu reflektieren und richtig einordnen zu können. Illustriert wird dies durch den Fall einer Seniorin mit Schlafproblemen, die auf Anregung der Beraterin ein Schlaftagebuch geführt hat, das anschliessend gemeinsam besprochen wurde. Dies habe zur Sensibilisierung beigetragen, was in der persönlichen Situation für die Frau gut ist und was nicht und habe im konkreten Fall zudem aufgezeigt, dass sie mehr schläft als von ihr wahrgenommen.

Präventive Hausbesuche tragen auch dazu bei, die Motivation der Senior/innen aufrecht zu erhalten, konkrete Schritte umzusetzen. Vielfach werde es von den Teilnehmenden explizit begrüsst, dass Verhaltensabsichten überprüft und kritisch nachgefragt werde. Bei Vorliegen solcher Situationen wird insbesondere das Instrument der telefonischen Beratungen genutzt. Bei bereits sensibilisierten Senior/innen treffen die Beraterinnen auf Personen, die bestimmte Verhaltensabsichten hegen, sich bspw. mit der Idee tragen, ein Altersturnen zu besuchen, jedoch über das Angebot nicht Bescheid wissen oder Hemmungen haben, die Absicht umzusetzen. Hier können die Beratungen durch Information und Ermunterung die Umsetzung unterstützen.

Wie im Gruppenkurs hat man auch in den Hausbesuchen die Erfahrung gemacht, dass Mobilitäts- und Gleichgewichtstests ein gutes Instrument sind, um Probleme erlebbar zu machen und damit zur Bewusstseinsbildung und der Motivation der Senior/innen beitragen, konkrete Massnahmen im Bereich Mobilität anzugehen.

Beobachtete Wirkungen auf der Ebene von Verhalten

Hinsichtlich von Verhaltenswirkungen ist zwischen einmaligen Resultaten oder Interventionen und längerfristigen Verhaltensänderungen zu unterscheiden. Zum ersten Bereich gehören etwa Resultate wie die Inanspruchnahme einer Hörberatung, das Aufsuchen des Arztes, Veränderungen im Wohnbereich (Mobilität, Sehen). Regelmässig werden in den Beratungen Hausarztgespräche vorbereitet, welche die Teilnehmenden bestärken und befähigen, ihre Anliegen mit dem Hausarzt zu besprechen. In vielen Beratungen ist das Medikamenten-Management ein Thema. Hier zeigt die Erfahrung, dass im Gesundheits-Profil Fragebogen zwar Medikamente erhoben werden, oftmals aber nicht rezeptpflichtige Medikamente nicht angegeben würden. In diesen Fällen wird zusammen mit den Senior/innen eine Medikamentenkarte erstellt oder eine bestehende angepasst, um höhere Transparenz zur Medikamentensituation für die Hau-

särzt/innen oder die Apotheke herzustellen. Oftmals wird auch Überforderung mit der Medikamenteneinnahme aufgedeckt, der mit der Organisation einer Medikamenten-Dosette begegnet werden kann.

Direkt mess- und nachweisbar sind die Wirkungen von Verhaltensänderungen insbesondere im Bereich der Mobilität, etwa der Verbesserung der Gangsicherheit aufgrund regelmässiger Bewegungsübungen.

6.5 Gruppenkurs

Das Gruppenkursangebot bildete keinen Schwerpunkt der externen Evaluation. Durchführung, Wirkungen, Änderungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten wurden daher in den Gesprächen nicht systematisch vertieft. Es lässt sich festhalten, dass das Gruppenkursangebot von allen befragten Akteur/innen als sinnvolles und grundsätzlich wirksames Angebot wahrgenommen wird.

Mit den Kursausschreibungen hat man in den Projektregionen unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Der Gruppenkurs wird über verschiedene Kanäle propagiert (Kursprogramm Pro Senectute, Inserate, Verteilung der Kursausschreibung über Multiplikator/innen etc.). Als sehr wirkungsvoll hat sich in Thun eine breite – allerdings etwas kostspielige - Kursausschreibung über den Amtsanzeiger erwiesen. Die beste Resonanz besteht erfahrungsgemäss, wenn potenzielle Teilnehmer/innen über Seniorenorganisationen bzw. den Seniorenrat direkt angeschrieben werden. Auch bei diesem Vorgehen mussten allerdings Kurse mangels Anmeldungen abgesagt werden. Bei der Planung von Kursen müssten daher Durchführungszeitpunkt (nicht in den Sommermonaten) und Durchführungsort (zentral, gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr) unbedingt beachtet werden.

6.6 Bilanz und Ausblick

Rückblickend wird von den Umsetzungsbeteiligten festgestellt, dass ZIA insgesamt einen wichtigen Beitrag zur **Sensibilisierung** geleistet hat. *«ZIA hat im alterspolitischen Bereich etwas ausgelöst. Das Bewusstsein, dass es neben dem stationären Angebot entsprechende Massnahmen braucht, hat zugenommen.»*

ZIA wird auch als **Lernprojekt** verstanden und als solches geschätzt. *«Das Projekt war sehr wertvoll, man konnte Viel und Wichtiges ausprobieren und erproben.»* Den Konflikten, die sich dabei im Projekt hinsichtlich der Auslegung der Standards für die Anwendung des Gesundheits-Profil Verfahren ergeben haben, wird zugute gehalten, dass sie eine notwendige Grundsatzdiskussion über die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention und den Austausch der verschiedenen Akteure begünstigt habe.

Der Tenor der Umsetzungsbeteiligten hinsichtlich dem erzielten **Nutzen** und den erzielten **Wirkungen** lässt sich folgendermassen auf den Punkt bringen: *«Nutzen bei den Erreichten hoch, insgesamt unter den Erwartungen.»* Den relativ hohen Investitionen stünden aufgrund der Reibungsflächen, die sich im Projekt boten, ein recht geringer messbarer Output gegenüber. Bezogen auf das vom ärztlichen Fachberater mitbetreute Projekt in der Region Oberaargau hält dieser den Aufwand für ZIA für *«absolut vertretbar»*. Der Aufwand in einem Pilotprojekt sei immer relativ gross, weil viel Entwicklungsarbeit geleistet werden müsse. Diese Entwicklungsarbeit sei einmal abgeschlossen: *«Wenn alle Lehren aus dem Projekt im Oberaargau gezogen werden – insbesondere auch was eine Optimierung der Rekrutierung der Hausärzte und der Zielpersonen anbelangt, dies ist ja eine Kette -, so ist der Aufwand für eine flächendeckende Anwendung im Kanton Bern absolut vertretbar.»*

Die Geriatrie Universität Bern hält bezüglich der Wirksamkeit der Hausbesuche fest, dass diese aufgrund des fehlenden Hausarztinbezugs nicht gegeben sei. Die Trägerschaft und die Umsetzungsbeteiligten betonen, dass die Wirksamkeit in einem vergleichbaren Setting nicht untersucht worden sei, gehen aber von positiven Effekten aus.

Deutlich wird in der Diskussion über die Zielerreichung und Wirksamkeit, dass die Zielgrössen eines Projekts wie ZIA klar festgelegt werden müssen (Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Verbesserung der Mobilität, Steigerung der Lebensqualität, Verringerung der Morbidität / Krankheitskosten, Verringerung der Pflegebedürftigkeit / der ambulanten und stationären Pflegekosten, Verzögerung der Heimeintritte / Reduktion der Pflegekosten etc.).

Den grössten **Anpassungs- und Verbesserungsbedarf** sehen die Umsetzungsverantwortlichen bei der Verbesserung und Vereinfachung des Zugangs zu den Zielgruppen, *«die es nötig haben»*; dies sind ihrer Ansicht nach in erster Linie sozial schwächere Personen, solche, die mit Gesundheitsfragen und dem Gesundheitswesen wenig vertraut sind und polymorbide Personen. Diesbezüglich wünscht man sich insgesamt ein einfacheres Assessment-Instrument teilweise ein Assessment-Verfahren, das stärkeres Gewicht auf den sozialen Aspekt von Gesundheit legt. Ein weiterer Schwerpunkt wird bei der Vernetzung und Kommunikation gesehen. Die Vernetzung aller Organisationen im Altersbereich sei weiterhin zentral und der Einbezug müsse früh erfolgen. Gestärkt werden sollte weiterhin die Kommunikation in den *«Peer Groups»* der Senior/Innen. *«Das könnte die Wirksamkeit verbessern, wenn dort das selbe kommuniziert wird, wie in den Beratungen und Kursen»*. Als zukunftssträchtig wird zudem eine Ausdehnung des Projekts in Form von spezifischen Inputs anlässlich von Veranstaltungen erachtet.

Nach der Geriatrie Universität Bern wäre die Weiterführung eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekts sinnvoll, wenn es in anderer Form angeboten würde. Eine Weiterführung von ZIA in seiner heutigen Form kann man sich nicht vorstellen. Präventive Hausbesuche wären allenfalls für bestimmte vulnerable Zielgruppen - *«soziale Benachteiligte, Leute, die mit dem Gesundheitssystem nicht zurecht kommen»* - ins Auge zu fassen, jedoch nicht in der heutigen Form. Ein flächendeckendes Angebot von Hausbesuchen wird nicht als sinnvoll und mit Blick auf die Finanzierung nicht realistisch erachtet. Es bestehe immer noch der Weg über die Bedarfsabklärungen der Spitex. *«Wenn ein alter Mensch in Not ist, vielleicht auch in finanziellen Angelegenheiten, besteht in komplexen Situationen immer die Möglichkeit, eine Bedarfsabklärung zu machen und zu klären, braucht es Unterstützung durch Spitex, braucht die Person Hilfe, eine spezifische Beratung. Das ist nicht ausgeschlossen. Aber ein routinemässiges Angebot, wo man den Leuten sagt, das nützt, wir kommen einmal bei Ihnen vorbei, da würde ich sagen: Nutzen nicht gegeben.»*

Der ärztliche Fachberater sieht im Wesentlichen vier Verbesserungspunkte: (1) Für die Teilnahme der Hausärzt/Innen müsse *«eine gute Lösung»* gefunden werden; (2) Daneben müsse die Rekrutierung durch nichtärztliches Personal (Multiplikatoren, Vereine etc.) weiter optimiert werden; (3) Es brauche eine optimalere Selektion für Personen, die einen Hausbesuch erhalten sollen. Das Kriterium Alter genüge nicht; (4) Das Gesundheits-Profil Verfahren bzw. das Assessment müsse überarbeitet werden. Der Fragebogen sei an sich nicht schlecht, aber es seien gewisse Modifizierungen (z.B. Formulierung von Fragen etc.) notwendig. Auch die Betreuung der Patient/Innen beim Ausfüllen (plus Erinnerungsschreiben) sollte gewährleistet sein.

7 Kosten und Nutzen

In diesem Kapitel gehen wir den Fragen zu den Kosten und dem Nutzen des Projekts ZIA nach. In einem ersten Abschnitt geben wir einen relativ breiten Einblick in den internationalen Forschungsstand zu Kosten-Nutzen-Analysen von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In einem zweiten Abschnitt legen wir unsere Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Projekt ZIA dar.

7.1 Gesundheitsförderung im Alter – Literaturübersicht zu Kosten-Nutzen-Analysen

7.1.1 Fragestellung und methodisches Vorgehen

Im Rahmen einer Literaturanalyse wurden möglichst breit Erkenntnisse zur Kosten-Nutzen-Relation von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter herausgearbeitet.

Unter den **Begriff «Gesundheitsförderung und Prävention im Alter»** fallen in Zusammenhang mit der Evaluation des Pilotprojekts «Zwäg ins Alter»:

- Verfahren zur Ermittlung des Interventionsbedarfs (Bedarfsabklärungen resp. Assessments);
- präventive Hausbesuche sowie
- Gesundheitsförderungskurse.

Die Präventionsmassnahmen können grundsätzlich in **ein- und multidimensionale Interventionen** unterteilt werden. Sturz-, Depressions- und Demenzprävention sind Beispiele für eindimensionale Interventionen. Präventive Hausbesuche sowie umfassende Bedarfsabklärungen stellen dagegen multidimensionale Instrumente der Prävention dar.

Im **Fokus der Literaturanalyse zu Kosten-Nutzen-Fragen** stehen die **Wirkungen von präventiven Hausbesuchen**. Die ökonomischen Untersuchungen zu eindimensionalen Präventionsmassnahmen werden in der Literaturübersicht mitberücksichtigt, weil solche Interventionen vielfach im Rahmen von Hausbesuchen stattfinden. Sie stellen jedoch nicht den Kern der Analyse dar.

Gesucht wurde explizit nach Studien, die die Kosten und/oder die Nutzen von Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Alter zum Thema haben. In der Gesundheitsökonomie wird für einsprechende Studien u.a. der Begriff «Wirtschaftlichkeitsanalysen» verwendet. In diesem Bereich lassen sich verschiedene Typen unterscheiden, nach Lungen (2007): Kosten-Minimierungs-Analysen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen, Kosten-Nutzen-Analysen und Kosten-Konsequenzen-Analysen. **Tabelle 37** zeigt eine Übersicht über Wirtschaftlichkeitsanalysen im Gesundheitswesen in Bezug auf die In- und Outputs.

Tabelle 37: Wirtschaftlichkeitsanalysen im Bereich des Gesundheitswesens

Bezeichnung	Input (Kosten)	Output (Konsequenzen)	Beispiel
Kosten-Minimierungs-Analysen		Identischer Output	Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff
Kosten-Wirksamkeits-Analysen		Output gemessen in einer eindimensionalen Grösse	Lebensjahre
Kosten-Nutzwert-Analysen	Direkte und indirekte Kosten der Aktion	Output gemessen in Nutzwert (Präferenzen)	Lebensqualitätsadjustierte Lebensjahre (Quality-Adjusted Life-Years)
Kosten-Nutzen-Analysen		Output gemessen in Geldeinheiten	Zahlungsbereitschaft für eine (zusätzliche) Untersuchung
Kosten-Konsequenzen-Analysen		Outputdarstellung in nicht aggregierter Form	Tabellarische Gegenüberstellung verschiedener Kostenarten und Konsequenzen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lungen (2007)

Die verschiedenen Wirtschaftlichkeitsanalysen lassen sich wie folgt beschreiben:

■ **Kosten-Minimierungs-Analyse:** Die Kosten-Minimierungs-Analyse ist ein Instrument, um das kostengünstigste bzw. -minimalste Projekt bei identischem Output zu bestimmen.

■ **Kosten-Wirksamkeits-Analyse:** Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis), auch Kosten-Effektivitäts-Analyse genannt, ist ein Instrument zur Bewertung von Wirtschaftlichkeit von Projekten, deren Kosten zwar über Marktpreise ermittelt werden können, deren Nutzen jedoch nicht monetär gemessen werden kann (z.B. zusätzliche Lebensjahre) oder deren monetäre Messung (in der Gesellschaft) umstritten ist. Im Rahmen gesundheitspolitischer Evaluationen beziehen sich diese Analysen in der Regel auf einzelne Therapien, Programme oder Massnahmen, seltener auf umfassende Vorschläge. Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse geht nicht unmittelbar auf den ursprünglichen Nachweis der klinischen Wirksamkeit (effectiveness), der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (efficacy) und der Verfügbarkeit (availability) ein. Dieser erwähnte Effektivitäts- resp. Wirkungsnachweis wird durch klinische Studien, bevorzugt randomisierte kontrollierte Studien («Randomized Controlled Trials», RCT), erbracht.¹⁸

■ **Kosten-Nutzwert-Analyse:** Bei Kosten-Nutzwert-Analysen (Cost-Utility Analysis) handelt es sich um erweiterte Kosten-Effektivitäts-Analysen. Die Kosten-Nutzwert-Analyse bietet im Unterschied zur Kosten-Effektivitäts-Analyse den Vorteil, dass mehrere Nutzen und Wirkungen mit dem gleichen Mass messbar gemacht werden und so der Mehrdimensionalität vieler Fragestellungen eher Rechnung getragen werden kann. Unter dem Begriff «Nutzwert» verstehen Ökonom/innen das, was Individuen beim Konsum eines Gutes oder einer Dienstleistung aufgeben müssen oder gewinnen. Der Nutzwert in der Gesundheitsökonomie umfasst die Präferenzen einer Zielgruppe hinsichtlich eines bestimmten Gesundheitszustands. Die Idee hinter der Kosten-Nutzwert-Analyse ist, dass nicht alle Lebensjahre verschiedener Personen gleich bewertbar sind. Ein zusätzliches Lebensjahr für einen schwerkranken Menschen ist anders zu gewichten als ein zusätzliches Lebensjahr für einen Menschen, der lediglich an Bluthochdruck leidet. Diese Verknüpfung von Lebensqualität und Lebensdauer ermöglicht insbesondere die Ermittlung von «Quality-Adjusted Life-Years (QALY)» und deren Bewertung mit Kosten. Die Gegenüberstellung von Kosten pro QALY über verschiedene Interventionen wiederum führte zur Aufstellung von Ranglisten, aus denen die kosteneffektivsten Interventionen abgelesen werden können.

■ **Kosten-Nutzen-Analyse:** Das Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis) basiert auf der Summe aller in Geld bewerteten Wirkungen eines Programms oder Projekts für alle betroffenen Individuen. Das sogenannte Kaldor-Kompensationskriterium ist die Basis der Kosten-Nutzen-Analyse. Dem Kriterium entsprechend ist ein Projekt dann empfehlenswert, wenn die Nutzen die Kosten übersteigen. Der Nutzen ist definiert durch den Betrag, den die «Gewinner» bereit sind zu bezahlen, damit das Projekt durchgeführt wird. Die Kosten sind definiert durch den Betrag, den die «Verlierer» bekommen müssen, damit sie bereit sind zu akzeptieren, dass das Projekt durchgeführt wird. Die Kosten-Nutzen-Analyse ist mit erheblichen methodischen Problemen behaftet. Probleme bei der Messung von Nutzen in Geldeinheiten oder der Messung der Zahlungsbereitschaft verhindern eine grössere Verbreitung der Kosten-Nutzen-Analyse im Bereich des Gesundheitswesens.

■ **Kosten-Konsequenzen Analyse:** Bei der Kosten-Konsequenzen Analyse (auch Kosten-Folgen-Analyse) werden die Ressourcen an Lebenszeit und Kosten den Ergebnissen (z.B. verbesserte Versorgungsleistung, geringere Fehlerrate, verbesserte Lebensqualität) in tabellarischer Form gegenübergestellt, aber nicht als Quotient (ratio) wie bei den klassischen Kosten-Effektivitäts- oder Kosten-Nutzwert-Analysen berechnet. Damit können für die Entscheidungsträger eine Vielzahl denkbarer Kombinationen von Kosten und Konsequenzen dargestellt und überschaut werden (vgl. Metz 2005, Lungen 2007).

¹⁸ «Randomized Controlled Trials (RCT)» sind Versuchsanordnungen, bei denen die Teilnehmenden zufällig in die Kontroll- und die Interventionsgruppe eingeteilt werden. Vergleichende Studien ohne zufällige Einteilung der Probanden in die Kontroll- und Interventionsgruppe werden als «Controlled Trials (CT)» bezeichnet.

Reine Wirksamkeits-Analysen ohne Betrachtung der damit verbundenen Kosten wie auch die Kosten-Wirksamkeits-Analysen sind im engeren Sinne nicht Gegenstand der vorliegenden Literaturrecherche. Sie werden jedoch ebenfalls berücksichtigt, weil Interventionen jeglicher Art nur effizient sein können, sofern sie auch effektiv sind. Das Kriterium der Wirksamkeit (Effektivität) ist dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit (Effizienz) vorgelagert. Effektivität bedeutet allgemein, dass die ergriffenen Massnahmen in Richtung der definierten Ziele wirken. Effizienz ist gleichzusetzen mit dem Prinzip, ein Ziel mit möglichst geringem Mitteleinsatz oder möglichst grossem Ertrag zu erreichen. Effektivität kann somit als eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Effizienz betrachtet werden.

Für die Literaturrecherche haben wir folgende **Datenbanken** systematisch durchsucht:

- MedLine bzw. PubMed (Datenbank der National Library of Medicine der USA);¹⁹
- EconLit (elektronische Bibliographie weltweiter Wirtschaftsliteratur der American Economic Association).

Das Hauptaugenmerk galt dabei so genannten «peer-reviewed» wissenschaftlichen «Journals». Zusätzlich zu den wissenschaftlichen Journalen wurde zwei Schweizer Fachzeitschriften nach themenspezifischen Artikeln durchsucht.²⁰

- Swiss Medical Weekly (Schweizerische Medizinische Wochenschrift);
- Schweizerische Ärztezeitung (Offizielles Organ der FMH und der FMH Services).

Es konnte die Literatur bis **Ende Januar 2009** berücksichtigt werden.

Anzumerken ist, dass die vorliegende Literaturübersicht keinen Anspruch auf eine systematische Meta-Analyse erheben will. Die beigezogenen Studien wurden nicht vertieft anhand eines spezifischen Kriterienrasters auf ihre Qualität hin überprüft. Ziel war vielmehr, die Literatur zu unserer Fragestellung zusammenzutragen und zu beschreiben.

Nachfolgend werden im ersten Teil in chronologischer Reihenfolge die wichtigsten Studienergebnisse der letzten Jahre zu Wirksamkeits-Analysen im Bereich der Gesundheitsförderung zusammengefasst wiedergegeben. Im zweiten Teil werden Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Studien vorgestellt, und im dritten Teil führen wir Ergebnisse von Kosten-Nutzen-Studien auf.

7.1.2 Wirksamkeits-Analysen

In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl von Studien über die Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen bei älteren Personen publiziert. Wir konzentrieren uns in erster Linie auf aktuelle Metastudien, welche die grosse Mehrheit der Primär-Untersuchungen abdecken.²¹

Eindimensionale Präventionsmassnahmen

■ Cole (2008) untersucht im Rahmen einer **systematischen Literaturübersicht** die Wirkung von kurzzeitigen (< 12 Wochen) depressionsverhindernden Interventionen bei älteren Personen. In den 14 ausgewählten Studien wird der Depressionsstatus der Teilnehmenden, die im Durchschnitt mindestens 40 Jahre alt sind, nach mindestens 6 Monaten gemessen. 8 von 14 Studien berichten über positive Resultate, doch nur 3 Studien stellen signifikante Unterschiede beim Ausmass der Depressionssymptome zwischen Interventions- und Kontrollgruppe fest. Der Autor schlussfolgert, dass einige Massnahmen das Potenzial besit-

¹⁹ Auf eine Auswertung der spezifischen Datenbank zu internationalen Literatur zur Psychologie (PsycINFO) wurde verzichtet.

²⁰ Als **Suchstrategie** wurden folgende Ausdrücke miteinander verknüpft: «preventive home visits» oder «health promotion» mit «elderly persons/aged persons» und/oder «cost-benefit analysis» oder «economic analysis». Der Begriff «preventive home visits» wurde in einer ergänzenden Suche mit den Begriffen «fall prevention» und «prevention of depression» ersetzt.

²¹ Metaanalysen ermöglichen die Zusammenfassung von verschiedenen Untersuchungen zu einem wissenschaftlichen Forschungsgebiet. Dabei werden die empirischen Einzelergebnisse inhaltlich möglichst homogener Primärstudien zusammengefasst. Ziel ist häufig eine Effektgrössenschätzung (Quelle: <http://www.stat-help.com/meta.pdf>; Stand: 19.1.2010).

zen, das Auftreten von Depression bei älteren Personen zu verhindern. Der Autor zählt hierzu individuelle Therapien für Risikopersonen, erzieherische Interventionen bei Personen mit chronischen Krankheiten und kognitive Verhaltenstherapien.

■ Gillespie et al. (2009) untersuchen im Rahmen einer **Metastudie** 62 Studien [RCT] mit insgesamt 21'668 Teilnehmenden die Wirkung von Sturzprävention bei älteren Personen. Die Programme haben zum Ziel, die Risikofaktoren eines Sturzes positiv zu beeinflussen. Als Zielgrösse werden die Anzahl Stürze verwendet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Bewegungsübungen als sehr wirksam herausstellen, sofern sie mindestens zwei der folgenden Elementen beinhalten: Krafttraining, Gleichgewichtsübungen, Dehnungsübungen und Ausdauertraining.

■ Weitere Studien belegen (vgl. Wolf 2003, Taylor 2004), dass Programme, welche die Bewegungsaktivitäten älterer Personen fördern, Stürze verhindern und Körperfunktionen aufrecht erhalten. Zudem finden sich verschiedene Einzelstudien, welche unter bestimmten Umständen die Wirksamkeit von Demenzprävention und von Programmen gegen Mangelernährung bei älteren Personen belegen können. Diese eindimensionalen Programme stehen jedoch nicht im Zentrum unserer Literaturanalyse zu den Kosten und Nutzen von präventiven Hausbesuchen und werden darum nicht weiter diskutiert.

Multidimensionale Präventionsmassnahmen

■ Eine Forschungsgruppe der Rand Corporation²² (2000) **evaluierte** die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsprogrammen, bei denen zur Beurteilung des Gesundheitsrisikos bei älteren Personen sogenannte «Health Risk Appraisals (HRA)», eine Sammlung gesundheitsrelevanter Informationen, eingesetzt wurden. Die Zielpersonen erhielten eine persönliche Rückmeldung und wurden mit mindestens einer präventiven Massnahme in Verbindung gesetzt. Die Evaluation zeigt, dass sich HRA-Programme positiv auf das Gesundheitsverhalten, auf physiologische Variablen wie Gewicht und Blutdruck sowie den Gesundheitszustand der älteren Personen auswirken. Programme, die die HRA-Methode mit konkreten präventiven Massnahmen kombinieren, zeigen dabei die grössten Wirkungen. Die Autoren schliessen, dass «Health Risk Appraisals» nur in Kombination mit Folgeinterventionen wirksam sind. Der Einsatz eines HRA-Fragebogens mit einer einmaligen Rückmeldung wird von den Autoren als eine wenig erfolgsversprechende Präventionsstrategie eingeschätzt.

■ van Haastreg et al. (2000) präsentieren eine **systematische Literaturübersicht** über die Wirkung von präventiven Hausbesuchen bei älteren Personen. Die Literaturoberricht berücksichtigt 15 Studien von unterschiedlicher methodischer Qualität, welche die Wirkung von präventiven Hausbesuchen auf die physische Funktionalität, die psychosoziale Funktionalität, die Anzahl Stürze, die Anzahl Einweisungen in stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Sterblichkeit der Zielgruppe untersuchen. In 5 von 12 entsprechenden Studien werden positive Wirkungen der Hausbesuche auf die physische Funktionalität der Zielpersonen identifiziert, in 1 von 8 Studien konnte die psychosoziale Funktionalität der Personen in der Interventionsgruppe verbessert werden, in 2 von 6 Studien konnte die Zahl der Stürze reduziert werden, in 2 von 7 Studien die Einweisungsrate in Institutionen des Gesundheitswesens und in 3 von 13 die Sterblichkeit. Die Autoren schlussfolgern, dass insgesamt nur geringfügige empirische Evidenz über die Wirkung von präventiven Hausbesuchen vorhanden sei.

■ Elkan et al. (2001) untersuchen die Wirkung von präventiven Hausbesuchen bei älteren Personen mit Hilfe einer **systematischen Metaregressionsanalyse**. 15 Artikel von insgesamt 1'215 untersuchten Artikeln werden dabei ausgewählt, um deren Ergebnisse in einer Gesamtbetrachtung darzustellen. In 8 Studien, die die Wirkungen von präventiven Hausbesuchen auf die Sterblichkeit untersuchen, reduzieren

²² RAND Research And Development (Forschung und Entwicklung) ist eine nach dem Zweiten Weltkrieg in den USA gegründete «Denkfabrik». Weltweit hat RAND heute acht Standorte, an welchen renommierte Wissenschaftler/innen gesellschaftsrelevante Fragen behandeln.

diese die Sterblichkeitsrate der Personen in der Interventionsgruppe um 24 Prozent. Bei Studien mit älteren Personen verringert sich die Rate der Einweisungen in Alters- und Pflegeheime durch die Hausbesuche in signifikanter Weise. Die Metaanalyse von 6 Studien mit einer älteren Zielgruppe findet hingegen keine signifikanten Effekte der präventiven Hausbesuche auf den Gesundheitszustand, die Funktionalität oder die Anzahl Einweisungen in ein Spital. Die Autoren halten insgesamt fest, dass präventive Hausbesuche in der Lage sind, die Sterblichkeitsraten und die Anzahl Einweisungen in ein Alters- oder Pflegeheim der älteren Personen zu senken.

■ Stuck et al. (2002) evaluieren mit Hilfe einer **Metaregressionsanalyse** die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen auf die Sterblichkeit, die Anzahl Pflegeheimweisungen und den funktionellen Status (gemessen in ADL = activities of daily living) bei älteren Personen. 17 Artikel mit 18 Studien (nur RCT) aus insgesamt 1'349 Studien werden für diesen Zweck ausgewählt, wobei in allen Studien das Durchschnittsalter der Teilnehmenden 70 und mehr Jahre beträgt. In 3 von 4 Studien mit einer durchschnittlichen Besuchsfrequenz von 10 und mehr Besuchen konnte das Risiko einer Einweisung in ein Pflegeheim in der Interventionsgruppe um 34 Prozent gesenkt werden. In allen anderen Studien konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. In Versuchen mit multidimensionalen Assessments und Folgebesuchen konnte das Risiko einer Funktionsbeeinträchtigung um 24 Prozent gesenkt werden, in den Studien mit spezifischen eindimensionalen Bedarfsabklärungen konnten keine Unterschiede in Bezug auf den Grad der Funktionalität festgestellt werden. In 6 Studien mit einem Durchschnittsalter der Teilnehmenden zwischen rund 73 und 78 Jahren konnte eine Reduktion des Sterblichkeitsrisikos um 24 Prozent festgestellt werden. Bei Studien mit älteren Probanden fanden sich hingegen keine signifikanten Unterschiede. Die Autoren identifizieren vier Bedingungen, unter welchen sich präventive Hausbesuche auf die Zielgrößen wie Sterblichkeit oder Pflegeheimweisungen positiv auswirken: multidimensionale Bedarfsabklärungsinstrumente, hohe Anzahl Hausbesuche, Personen mit geringem Sterblichkeitsrisiko und jüngere Zielgruppe (unter 80 Jahren).

■ Meinck et al. (2004) bewerten die Effektivität präventiver Hausbesuche im Alter in Zusammenhang mit Überlegungen zur Einführung eines solchen Leistungsangebots im deutschen Gesundheitssystem. Mit Hilfe einer **systematischen Literaturrecherche** werden drei aktuelle Übersichtsarbeiten (davon zwei Metaanalysen) untersucht, die insgesamt 26 mehrheitlich kontrollierte randomisierte Studien [RCT] berücksichtigen. Zusätzlich zu den drei Übersichtsarbeiten werden drei kontrollierte Primärarbeiten [CT] ausgewertet. Die systematischen Metastudien gelangen zu unterschiedlichen Bewertungen der Wirksamkeit. Mittels quantitativer, studienübergreifender Auswertung kann in 1 Analyse die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter sowohl für Studien mit selektiertem als auch unselektiertem Einschluss der Teilnehmenden nachgewiesen werden. Die zweite Metaanalyse (es handelt sich dabei um die oben erwähnte Arbeit von Stuck 2002) kann dieses Ergebnis nicht bestätigen. Wirksamkeit wird hier erst mittels stratifizierter Analysen nachgewiesen, die als relevante Einflussfaktoren eine hohe Anzahl an Hausbesuchen, die Durchführung eines multidimensionalen Assessments mit Folgebesuchen, das Durchschnittsalter und die Morbidität der Teilnehmer ermitteln. Die Autoren fügen an, dass sich im Rahmen der Studie von Stuck (2002) kein Einflussfaktor positiv auf mehr als eine der untersuchten Zielgrößen auswirke.

■ Bouman et al. (2008) präsentieren eine **systematische Literaturübersichtsstudie** über die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen bei älteren Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand. Für diesen Zweck werden 8 RCT-Studien aus 844 analysierten Studien ausgewählt. Bei den ausgewählten Artikeln handelt es sich um Studien zu präventiven Hausbesuchen bei Personen über 65 Jahre mit schlechtem Gesundheitszustand. Die Versuchsanordnung enthält mindestens 4 Hausbesuche pro Jahr über die Dauer von mindestens 12 Monaten. Die Autoren stellen fest, dass keine der 7 methodisch korrekten Studien signifikante Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe in Bezug auf die Ziel-

grössen Sterblichkeit, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen oder Kosten feststellen kann.

■ Huss et al. (2008) [RCT] untersuchen mit Hilfe einer Metaregressionsanalyse die Wirkung von präventiven Hausbesuchen auf die Sterblichkeit, die Anzahl Pflegeheimweisungen und den funktionellen Status bei älteren Personen. Für diesen Zweck werden 20 Studien (21 Versuchsanordnungen) aus 4'770 potentiellen Publikationen ausgewählt. Die Resultate der Metaregressionsanalyse zeigen, dass die präventiven Hausbesuche weder die Sterblichkeit noch den funktionellen Status der Personen in der Interventionsgruppe in signifikanter Weise beeinflussen. Einzig in einer jüngeren Teilpopulation konnte festgestellt werden, dass die präventiven Hausbesuche die Sterblichkeit reduzieren. Ein positiver Effekt auf die Beweglichkeit der Teilnehmenden konnte nur in Studien nachgewiesen werden, bei denen im Rahmen des Assessments eine klinische Untersuchung durchgeführt wurde.

■ Harari et al. (2008) [RCT] untersuchen die Wirkung von Beurteilungen des Gesundheitsrisikos (HRA) bei selbständig lebenden älteren Personen in London (UK) auf deren Gesundheitsverhalten. Die computergenerierten Risikobeurteilungen werden den behandelnden Hausärzt/innen und den Zielpersonen zugestellt. Nach einem Jahr berichten die Personen aus der Interventionsgruppe, dass sie sich etwas mehr bewegen und sich leicht häufiger gegen Grippe impfen lassen im Vergleich zu den Personen aus der Kontrollgruppe. In allen anderen Variablen zu Gesundheitsverhalten können keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Die unter diesen Umständen eingesetzten HRA zeigen nur geringfügige Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Zielgruppe.

Zwischenfazit

Der **Wirksamkeitsnachweis** von eindimensionalen Präventionsstrategien wird in zahlreichen Studien erbracht. Die Literaturrecherche zeigt, dass vor allem Interventionen im Bereich der Sturzprävention und der Bewegungsförderungsprogramme in der Lage sind, Stürze und sturzbedingte Verletzungen bei älteren Personen zu verhindern (vgl. Gillespie 2009). Die empirische Evidenz der Wirksamkeit von Depressions- und Demenzprävention sowie Massnahmen gegen Mangelernährung ist hingegen schmaler.

Die Studien von Harari (2008) und der Rand Corporation (2000) zum Bedarfsabklärungsinstrument «Health Risk Appraisals» zeigen, dass multidimensionale Interventionsstrategien nur dann wirksam sind, wenn sie in Kombination mit Folgeinterventionen umgesetzt werden. Präventive Hausbesuche werden von zwei Übersichtsarbeiten (Elkan 2001, Stuck 2002) als wirksam eingeschätzt. In beiden Fällen handelt sich dabei um Metaregressionsanalysen. Die Ergebnisse von Metaregressionsanalysen sind grundsätzlich mit Vorsicht zu interpretieren, da durch die Aggregation der auf unterschiedlichen Versuchsanordnungen basierenden Ergebnisse Verzerrungen auftreten können. Die drei betrachteten systematischen Literaturübersichten und eine aktuelle Metaanalyse (Huss et al. 2008) negieren die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen oder sie schätzen sie deutlich geringer ein. Elkan/Kendrick (2004) kommen im Bericht der WHO «What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?» zum Schluss, dass die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche bis dato nicht eindeutig bewiesen resp. der Wirksamkeitsbeweis mit Unsicherheiten verbunden sei. Diese Schlussfolgerung ist insofern bedeutend, als dass Elkan im Rahmen einer Metastudie von 2001 selbst eine der zwei Arbeiten verfasst hat, die den präventiven Hausbesuchen Wirksamkeit attestierten.

Tabelle 38 gibt abschliessend eine Übersicht über die betrachteten Studien zur Wirksamkeit von multidimensionalen Präventionsmassnahmen in Bezug auf das Studiendesign, den Untersuchungsgegenstand und die Ergebnisse.

Tabelle 38: Übersicht zu Studien über die Wirksamkeit multidimensionaler Präventionsmassnahmen

Autor	Studiendesign	Untersuchungsgegenstand	Wirksamkeit *
Rand Corporation (2000)	Evaluation	Gesundheitsrisikobeurteilung (HRA)	-
van Haastreg et al. (2000)	Literaturübersicht (N=15; RCT und CT)	Präventive Hausbesuche	+
Elkan et al. (2001)	Metaregressionsanalyse (N=15; RCT)	Präventive Hausbesuche	+++
Stuck et al. (2002)	Metaregressionsanalyse (N=17; RCT)	Präventive Hausbesuche	++
Meinck et al. (2004)	Literaturübersicht (N=6)	Präventive Hausbesuche	++
Bouman et al. (2008) **	Literaturübersicht (N=8; RCT)	Präventive Hausbesuche	-
Huss et al. (2008)	Metaregressionsanalyse (N=21; RCT)	Präventive Hausbesuche	+
Harari et al. (2008)	Originalarbeit (RCT)	Gesundheitsrisikobeurteilung (HRA)	+

Anmerkungen: * (-) = nicht bewiesen; (+) = geringe Evidenz vorhanden; (++) = Evidenz teilweise vorhanden; (+++) = bewiesen;

** In der Literaturübersicht von Bouman et al. (2008) werden ausschliesslich Studien mit präventiven Hausbesuchen bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand betrachtet

Quelle: Eigene Darstellung

7.1.3 Kosten-Wirksamkeits-Analysen

Im folgenden Abschnitt werden Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Analysen zu eindimensionalen Massnahmen im Bereich der Sturzprävention sowie zu präventiven Hausbesuchen diskutiert.

Eindimensionale Präventionsmassnahmen

■ Robertson et al. (2001) [RCT] untersuchen die Kosten-Wirksamkeit eines Muskel- und Gleichgewichtstrainingsprogramms zur Reduktion von Stürzen und Verletzungen bei älteren zu Hause lebenden Frauen (≥ 80 Jahre) in Neuseeland. Die Frauen in der Interventionsgruppe führen ein individuelles Übungsprogramm aus, während die Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe die übliche soziale Unterstützung und Pflege erhalten. Die Programmkosten im Verhältnis zu den verhinderten Stürzen stellen die Messgrösse für die Kosten-Wirksamkeit dar. Das Präventionsprogramm führt nach zwei Jahren zu einer Kosten-Wirksamkeit von 265 Dollar pro verhinderten Sturz und 426 Dollar pro verhinderte Verletzung, d.h. für einen verhinderten Sturz entstehen Trainingsprogrammkosten von 265 Dollar, für eine verhinderte Verletzung 426 Dollar. Nicht berechnet haben die Autoren die durchschnittlichen Einsparungen, die pro verhinderten Sturz oder verhinderte Verletzung erzielt werden konnten. Hinsichtlich der gesamten Gesundheitskosten in beiden Gruppen stellen sie jedoch fest, dass sich das Programm nicht in signifikanter Weise ausgewirkt, dies trotz der im Beobachtungszeitraum signifikanten Reduktion der Stürze.

■ Roux et al. (2008) untersuchen die lebenslange Kosten-Wirksamkeit, u.a. gemessen in QALY, von sieben Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität bei einer Kohorte von gesunden US-Amerikaner/innen. Die Interventionen lassen sich jeweils einer der vier folgenden Präventionsstrategien zuordnen: gemeindeweite Kampagnen, individuell abgestimmte Verhaltensveränderungen, gemeindeweite Interventionen zur Förderung der sozialen Unterstützung und leichter Zugang zu Angeboten mit körperlicher Aktivität. Die Kosten-Wirksamkeits-Relationen bewegen sich je nach Intervention zwischen 14'000 und 69'000 Dollar pro QALY.

■ In der Literatur finden sich zahlreiche weitere Studien zur Kosten-Wirksamkeit eindimensionaler Präventionsmassnahmen. An dieser Stelle wird darauf nicht mehr weiter eingegangen, da der Fokus der vorliegenden Literaturanalyse einerseits auf Kosten-Nutzen-Analysen liegt und andererseits auf Analysen zu präventiven Hausbesuchen.

Multidimensionale Präventionsmassnahmen

■ Stuck et al. (1995b) [RCT] untersuchen in einer dreijährigen Studie die Wirksamkeit von jährlichen Bedarfsabklärungen und Hausbesuchen durch ausgebildetes Pflegepersonal bei über 74-Jährigen in der Schweiz. Als Zielgrössen werden die physische Funktionalität, gemessen in ADL (= activities of daily living)

und IADL (= instrumental activities of daily living), sowie die Anzahl der Pflegeheimweisungen verwendet. Nach drei Jahren erhalten 12 Prozent der Personen in der Interventionsgruppe und 22 Prozent der Personen in der Kontrollgruppe Unterstützung bei der Ausübung von alltäglichen Tätigkeiten (ADL). Bei den IADL-Aktivitäten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe. 4 Prozent der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe werden permanent in ein Pflegeheim eingewiesen, wobei in der Kontrollgruppe der Anteil an Pflegeheimweisungen 10 Prozent beträgt. Die Programm- und Personalkosten der Intervention pro gewonnenem Jahr ohne Einschränkung der Selbständigkeit werden in der Studie mit rund 6'000 Dollar beziffert.

■ In Stuck et al. (2000) [RCT] wird bei über 74-jährigen Personen die Wirkung von multidimensionalen Bedarfsabklärungen und vierteljährlichen Hausbesuchen analysiert. Die Hausbesuche werden durch drei ausgebildete Pflegefachpersonen durchgeführt, die sich verschiedene Regionen aufteilen. Die Probanden werden anhand von 6 Prädiktoren in Bezug auf ihr Risiko, unselbständig zu werden, in zwei Gruppen aufgeteilt: hohes Risiko, tiefes Risiko. Nach drei Jahren sind die Personen in der Interventionsgruppe mit einem tiefen Unselbständigkeitsrisiko weniger unselbständig (ADL) im Vergleich zu den Personen in der Kontrollgruppe. Bei den Personen mit einem hohen Unselbständigkeitsrisiko können hingegen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Interventionen von zwei der drei Pflegefachpersonen reduzieren die Anzahl der Pflegeheimweisungen in der Interventionsgruppe in signifikanter Weise. Die Massnahmen dieser zwei Pflegefachpersonen führen im dritten Jahr zu Nettoeinsparungen in der Höhe von 1'403 Dollar pro Person.

■ Markle-Reid et al. (2006) präsentieren einen Literaturüberblick über 12 ausgewählte Studien [RCT] zum Thema Kosten-Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen im Alter. Die Resultate zeigen, dass eine Vielzahl von durch Pflegefachpersonen im Rahmen von Hausbesuchen ausgeführten Interventionen den Gesundheitszustand, den Funktionalitätsstatus, die Sterblichkeitsrate, die Inanspruchnahme von Spitalleistungen und Pflegeheimen sowie die Kosten der älteren Personen in die gewünschte Richtung beeinflussen. Die Autoren verweisen auf den zukünftigen Bedarf an theoretischer Fundierung, an Fokussierung auf Gesundheitsförderungsstrategien und an Forschung im Bereich der Kosten-Nutzen-Analysen.

■ Kronborg et al. (2006) [RCT] evaluieren die Kosten-Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen bei älteren Personen in Dänemark über die Dauer von 3 Jahren. Als wichtigste Zielvariable werden die Kosten pro gewonnenes aktives Lebensjahr ausgewiesen. Die Zahl der aktiven Lebensjahre wird definiert als Periode, in der sich die Person unabhängig von A nach B bewegen, im Haus umhergehen, draussen bei gutem und schlechtem Wetter spazieren und Treppen steigen kann. In 17 von 34 Gemeinden boten Pflegefachpersonen und allgemeinpraktizierende Ärzt/innen Alterstrainings im Hinblick auf physische Aktivitäten an (= Interventionsgruppe) und in den restlichen 17 Gemeinden wurden konventionelle Hausbesuche ausgeführt (= Kontrollgruppe). Die durchschnittliche Gesamtkostendifferenz beträgt bei einer Diskontrate von 3% zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bei den 75-Jährigen -856 Euro (CI 95: -2'455 bis +744) und bei den 80-Jährigen 694 Euro (CI 95: -2'684 bis +4'071). Die abdiskontierte Differenz der durchschnittlich gewonnenen aktiven Lebensjahre beträgt bei den jüngeren Senioren 0.034 (CI 95: -0.058 bis 0.125) und bei den älteren 0.197 (CI 95: 0.013 bis 0.380). Die Studie liefert keine Evidenz für die Kostenwirksamkeit von Alterstrainings im Rahmen von präventiven Hausbesuchen.

■ Sahlen et al. (2008) [CT] untersuchen die Kosten-Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen bei älteren Personen in Schweden. 75-jährige und ältere Personen in einer schwedischen Gemeinde erhielten während 2 Jahren 2 Hausbesuche pro Jahr. Nach vier Jahren zeigen sich die Hausbesuche aus einer gesellschaftlichen Perspektive als kostenwirksam. Vorausgesetzt dass die zukünftigen Gesundheits- und Betreuungskosten der älteren Personen in die Berechnungen miteinbezogen werden, können die Kosten pro QALY auf 14'200 Euro beziffert werden.

Zwischenfazit

Die Studien von Robertson et al. (2001) und Roux et al. (2008) erbringen den Kosten-Wirksamkeits-Nachweis von zwei sehr unterschiedlichen Bewegungsförderungskampagnen. Die Studie von Robertson et al. (2001) bestätigt die Kosten-Wirksamkeit von Muskel- und Gleichgewichtstraining für zu Hause lebende ältere Frauen. Das Programm kostet 265 Dollar pro verhinderten Sturz. Es kann jedoch die gesamten Gesundheitskosten der Zielgruppe nicht in signifikanter Weise senken. Nach Roux et al. bewegen sich die lebenslangen Kosten-Wirksamkeits-Relationen bei gesunden US-Amerikaner/innen je nach Intervention zwischen 14'000 und 69'000 Dollar pro gewonnenes Lebensjahr ohne körperliche und psychische Einschränkungen. Ob sich eindimensionale Präventionsmassnahmen auf die Gesundheitskosten auswirken oder nicht, beruht in erster Linie auf der Versuchsanordnung (Zielgruppe, Häufigkeit der Massnahmen etc.) und der Art der Intervention. Es zeichnet sich ab, dass vor allem Programme zur Förderung der Bewegungsaktivität kostenwirksame Effekte aufweisen.

Tabelle 39 gibt eine Übersicht über die konsultierten Studien zur Kosten-Wirksamkeit von multidimensionalen Präventionsmassnahmen hinsichtlich Studiendesign, Untersuchungsgegenstand und Ergebnisse.

Tabelle 39: Übersicht zu Studien über die Kosten-Wirksamkeit multidimensionaler Präventionsmassnahmen

Autor	Studiendesign	Untersuchungsgegenstand	Wirksamkeit *
Stuck et al. (1995)	Originalarbeit (RCT)	Präventive Hausbesuche bei Personen ab 75 Jahren	+++
Stuck et al. (2000)	Originalarbeit (RCT)	Präventive Hausbesuche bei Personen ab 75 Jahren	++
Markle-Reid et al. (2006)	Literaturüberblick (N=12; RCT)	Präventive Hausbesuche älteren Personen	+++
Kronborg et al. (2006)	Originalarbeit (RCT)	Präventive Hausbesuche bei Personen ab 80 Jahren	-
Sahlen et al. (2008)	Originalarbeit (CT)	Präventive Hausbesuche bei Personen ab 75 Jahren	+++

Anmerkungen: * (-) = nicht bewiesen; (+) = geringe Evidenz vorhanden; (++) = Evidenz teilweise vorhanden; (+++) = bewiesen
Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich in der Literatur sowohl Studien finden, die die Kostenwirksamkeit präventiver Hausbesuche beweisen, als auch solche, die den Hausbesuchen keine Kostenwirksamkeit zuschreiben. Dabei sind die Studien mit positiver Einschätzung eher in der Mehrzahl. Für die Schweiz zeigten Stuck et al. (1995, 2000), dass präventive Hausbesuche in Kombination mit multidimensionalen Bedarfsabklärungen und häufigen Hausbesuchen bei Personen mit relativ guter Gesundheit kostenwirksame Effekte haben. Elkan/Kendrick (2004, vgl. oben Abschnitt 7.1.2) schlussfolgern hingegen, dass, solange der endgültige Wirksamkeitsbeweis von präventiven Hausbesuchen ausstehe, auch deren Kosten-Wirksamkeit unbewiesen sei.

7.1.4 Kosten-Nutzen-Analysen

Nachfolgend stellen wir einige jüngere Kosten-Nutzen-Analysen zu Massnahmen im Bereich der Sturzprävention sowie zu präventiven Hausbesuchen vor.

Eindimensionale Präventionsmassnahmen

■ Beard et al (2006) untersuchen ein Sturzpräventionsprogramm (Name «Stay on Your Feet»), das sich an ältere Personen in New South Wales (Australien) richtet. Die Kosten-Nutzen-Analyse vergleicht die Kosten des Programms mit dem Nutzen von verhinderten Spitaleinweisungen auf zwei Arten: Die erste Variante vergleicht die Kosten der Spitaleinweisungen im Interventionsgebiet mit den Spitalkosten einer anderen Region mit einer ähnlichen demographischen Struktur. Die zweite Variante vergleicht die Kosten der Interventionsregion mit den Spitalkosten des ganzen Staates. Die Programmkosten werden auf 781'829 Dollar geschätzt. Beide Berechnungsarten ergeben einen Nettonutzen in der Höhe von 5.4 Mio. Dollar für ver-

hinderte Spitalkosten und 16.9 Mio. Dollar für verhinderte direkte und indirekte Kosten. Die Nutzen-Kosten-Relation beträgt im Durchschnitt 20.6 zu 1. Die Autoren sind der Meinung, dass gut konzipierte Sturzpräventionsprogramme für ältere Personen hochwirksam sind und für jede Regierung eine profitable Investition darstellen. Ihre verwendeten Berechnungsmodelle schätzen die Autoren dabei als eher konservativ ein.

■ Hektoen et al. (2009) analysieren die Kosten-Wirksamkeit resp. die Kosten und Nutzen (= verminderte Kosten) eines übungsbasierten Sturzpräventionsprogramms für zu Hause lebende ältere Frauen (≥ 80 Jahre) in Norwegen. Auf der Basis von Schätzungen der Gesundheitskosten infolge von Stürzen und der Bestimmung der Programmkosten wird eine Kosten-Nutzen-Relation berechnet. Gemäss den Studienresultaten wird eine Reduktion der Gesundheitskosten für die Behandlung sturzbedingter Verletzungen pro Individuum erreicht, die 1.85 Mal grösser ist als die Programmkosten.

■ Davis et al. (2009) [RCT, CT] betrachten im Rahmen einer systematischen Literaturübersicht die ökonomischen Auswirkungen von Sturzpräventionsprogrammen. 9 Studien entsprechen den Qualitätskriterien der Autoren. Diese 9 Studien beinhalten 8 Kosten-Wirksamkeits-Analysen, eine Kosten-Nutzwert-Analyse und eine Kosten-Nutzen-Analyse. Die drei folgenden Sturzpräventionsstrategien können als kostensparende Interventionen bei bestimmten Zielgruppen eingeschätzt werden: ein individuell angepasstes Trainingsprogramm für Personen mit einem hohen Sturzrisiko, das sogenannte Otago-Übungsprogramm [entwickelt von der Universität Otago in Neuseeland] bei 80-jährigen und älteren Personen sowie ein Programm zur Förderung der Sicherheit im Hause bei Personen mit Sturzerfahrung.

Multidimensionale Präventionsmassnahmen

Im Rahmen unserer Literaturrecherche konnten wir keine spezifischen Studien zu Kosten-Nutzen-Analysen von präventiven Hausbesuchen und/oder multidimensionalen Bedarfsabklärungen bei älteren Personen ausfindig machen. Einzig die Kosten-Wirksamkeits-Analyse von Stuck et al. (2000) [RCT] (vgl. Abschnitt 7.1.3 weiter oben) widmet sich in einem Teil der Kosten-Nutzen-Frage, wobei dies nicht die Hauptfragestellung der Untersuchung bildete. Die Studie beziffert die Höhe der Nettoeinsparungen von präventiven Hausbesuchen nach drei Jahren mit 1'403 Dollar pro Person. Daneben finden sich Kosten-Nutzen-Studien zu Programmen im Gesundheitsbereich, die die gesamte Bevölkerung betreffen und sich nicht ausschliesslich an ältere Personen richten. Als Beispiel sei hier Lindquist et al. (2001) aufgeführt, die die Kosten und Nutzen eines sehr breit angelegten Programms für Unfallverhütung in Motala (Schweden, vgl. <http://www.phs.ki.se/csp/safecom/motala2.htm>) berechnen. Das Studiendesign von Lindquist et al. entspricht einer nicht zufällig ausgewählten Kontroll- und Interventionsgruppe [CT]. Alle Unfälle vor und nach der Intervention werden dabei aufgezeichnet. Die Berechnungen ergeben, dass durch die Massnahmen des Programms die sozialen Kosten der Unfälle von 116 Mio. Schwedischen Kronen (SEK) auf 96 Mio. reduziert werden können. Die Kosten der Massnahmen werden mit 10 Mio. beziffert. Der monetäre Nutzen des Unfallverhütungsprogramms in Motala übersteigt somit dessen Kosten.

Zwischenfazit

Zwei aktuelle Studien (vgl. Beard et al. 2006, Hektoen et al. 2009) aus Australien und Norwegen zeigen auf, dass Sturzpräventionsprogramme positive Kosten-Nutzen-Relationen erzielen. Diese Resultate werden durch eine systematische Literaturübersicht von Davis et al. (2009) über die Effekte von 9 verschiedenen Sturzpräventionsprogrammen gestützt.

Unsere Literaturrecherche förderte keine spezifischen Studien zu Kosten-Nutzen-Analysen zu präventiven Hausbesuchen und/oder multidimensionalen Bedarfsabklärungen bei ältere Personen zu Tage. Einzig

Stuck et al. (2000) [RCT] weisen in ihrer Studie auf eine positive Nutzen-Kosten-Relation von präventiven Hausbesuchen hin.

7.1.5 Schlussfolgerungen

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass es sich bei der grossen Mehrheit der Studien über die Kosten und Nutzen von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter um Wirksamkeits- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen handelt. Explizite Kosten-Nutzen-Analysen (Netto-Nutzen-Betrachtungen) von multidimensionalen Präventionsmassnahmen wie präventiven Hausbesuchen oder Gesundheitsförderungskursen konnten nicht eruiert werden.

Die Auswertung der Literatur in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsanalyse von präventiven Hausbesuchen zeigt ein uneinheitliches Bild. Es gibt sowohl Studien, die die Kosten-Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen nachweisen als auch Studien, die den Hausbesuchen keine Kosten-Wirksamkeit zuschreiben. Es kann festgehalten werden, dass Arbeiten aus der Schweiz (vgl. Stuck et al. 1995, 2000) präventive Hausbesuche unter bestimmten Voraussetzungen als kostenwirksam einstufen.

In diesem Zusammenhang ist aber auch darauf hinzuweisen, dass verschiedene Autoren (vgl. Clark 2001, Elkeles 2006) RCT-Studien nicht als die geeignete Methode ansehen, um die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit von Programmen zur Gesundheitsförderung zu bestimmen. Elkeles (2006) plädiert dafür, den Evidenzbegriff bzw. seine Nachweismethoden vom jeweiligen Gegenstand abhängig zu machen, wie dies in der Evaluation üblich sei. Der Autor ist der Meinung, dass Gesundheitsförderungsprogramme in einer Ex-ante-Betrachtung auf Ihre Wirkungen hin überprüft werden sollten. RCT-Studien, wie sie in der Medizin üblich sind, seien den Anforderungen, die an einen Wirkungsnachweis von Präventionsprogrammen gestellt werden, nicht genügend gerecht. Elkeles führt aus, dass es sich bei Gesundheitsförderung idealtypisch um soziale Programme mit sehr vielschichtigen Wirkungsmechanismen handelt, die stets kontextabhängig sind. Nur für Einzelbestandteile solcher Programme, wie insbesondere verhaltensbezogene Interventionen, seien überhaupt quantitative Nachweismethoden möglich, andere Programme seien nur mit qualitativen Methoden bewertbar. Eine quantitative Evidenzhierarchie mit einem den Situationskontext bewusst ausblendenden Evidenzideal sei dem Gegenstand daher nicht angemessen. Falls man die Einschätzungen Elkeles teilt, ist ein ausstehender Wirkungs- oder Wirtschaftlichkeitsnachweis von Präventionsprojekten im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) kein Beweis für die Nichtexistenz einer positiven finanziellen Wirkung von Präventionsprojekten im Alter. In diesem Fall müssten anstelle der RCT-Studien klassische Evaluationen den Wirkungsnachweis erbringen. Einer umfangreichen Wirkungsevaluation zu präventiven Hausbesuchen bei Senior/innen in Deutschland (vgl. DIP 2008) ist dies allerdings nicht gelungen. Es besteht somit Bedarf nach weiterer Forschung, um die Wissenslücke zu schliessen.

7.2 Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Projekt ZIA

Im ersten Abschnitt geben wir noch einmal Hinweise darauf, dass es Projekte wie ZIA generell sehr schwer haben, einen kurzfristigen Wirkungsnachweis zu erbringen. In den weiteren Abschnitten werden Nutzen- und Kostenelemente von ZIA aufgeführt. Wir stützen uns dabei primär auf die präventiven Hausbesuche. Ergänzend nehmen wir weiter eine grobe Abschätzung der Kosten einer flächendeckenden Umsetzung von ZIA im Gesamtkanton vor.

7.2.1 Schwierigkeiten im Wirkungsnachweis von Projekten wie ZIA

«The effectiveness of home visits remains a matter of uncertainty and this means that cost-effectiveness is also uncertain».

Zu diesem Schluss kommen Elkan/Kendrick (2004, 9) in ihrem Synthesebericht zuhanden der WHO/Europe (Health Evidence Network Report). Gleichzeitig halten die Autor/innen aber auch fest, dass Hausbesuche bei bestimmten Gruppen von älteren Menschen die Mortalität und die Pflegeheimweisungen reduzieren können. Merkmale solcher wirksamen Hausbesuchsprogramme seien ein multidimensionales Assessment, viele Folgebesuche und eine Zielgruppe mit einem tiefen Todesfallrisiko.

Eine breite Evaluation zum Nutzen wie auch zur Anwendbarkeit und inhaltlichen Gestaltung präventiver Hausbesuche bei über 74-jährigen Senior/innen führte, wie bereits erwähnt, das **Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung** durch (DIP 2008). Das Projekt unter dem Namen «mobil» umfasste verschiedene Bausteine, die teilweise mit demjenigen von ZIA vergleichbar sind:

- Zugehende Beratung durch professionelles, interdisziplinäres Beraterteam,
- multidimensionales Assessment,
- interdisziplinäre Fallkonferenzen,
- Folgeberatungen.

Die Zielgruppe waren nicht-pflegebedürftige Personen ab 75 Jahren, ohne kognitive Beeinträchtigungen. Im Rahmen eines 1. Hausbesuchs wurde ein multidimensionales Assessment durchgeführt (150 Fragen). Nach rund 1 Monat erfolgte ein Beratungsgespräch (2. Hausbesuch). Je nach Bedarf wurden innerhalb eines Jahres die Beratungen im Rahmen von weiteren Hausbesuchen fortgeführt (3. bis 5. Hausbesuch). Die Interventionsgruppe umfasste 180 Personen, die Kontrollgruppe 1'172 Personen. Als Ergebnisindikatoren wurden die Pflegebedürftigkeit, der Eintritt in ein Pflegeheim, die Arztbesuche, die Spitalaufenthalte und -pflegetage, die Gesundheitskosten (Apotheken-, Krankenhaus- und Pflegekosten), der subjektive Gesundheitszustand und die funktionalen Fähigkeiten definiert.

Bei einer abschliessenden Befragung der Personen mit Hausbesuchen (n=72 Befragungsteilnehmende) bewerteten 97% die Beratungen insgesamt mit sehr gut (53%) und gut (44%). Die Schwerpunkte der Zufriedenheit lagen in den Bereichen bessere Informiertheit über Gesundheitsfragen sowie über Möglichkeiten der Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Allerdings stimmten auch insgesamt 54% der Aussage «es hat sich durch die Beratungen nichts für mich geändert» voll (18%) oder eher (36%) zu. Etwas weniger als die Hälfte (44%) gab an, durch die Beratungen etwas für ihre Gesundheit getan zu haben.

Als Ergebnis des Interventions- und Kontrollgruppenvergleichs ist festzuhalten, dass sich im gewählten Setting keine signifikanten Unterschiede der beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich der zuvor festgelegten Ergebnisindikatoren finden liessen: Pflegebedürftigkeit, Übertritt ins Pflegeheim, Anzahl der Krankenhaustage und -kosten, Gesundheitskosten, funktionale Fähigkeiten und subjektiver Gesundheitszustand. Die Autor/innen schliessen in der Folge «... dass die zu falsifizierende Hypothese, präventive Hausbesuche hätten keinen nachweisbaren positiven Effekt bezüglich dieser Ergebnisindikatoren mit der vorliegenden Studie nicht entkräftet werden kann». Als mögliche Begründung für den fehlenden Wirkungsnachweis ihrer breit angelegten Studie nennen die Autor/innen eine mögliche Risikoselektion in der Interventionsgruppe (mehr «gesundheitlich eingeschränkte» Personen als in der Kontrollgruppe). Allerdings finden die Autor/innen in der Interventionsgruppe eine Tendenz zur Stabilisierung der sogenannten «mobility tiredness» (Teilskala der funktionalen Fähigkeiten), während bei der Kontrollgruppe eine Zunahme derselben festzustellen war. Personen mit Ermüdung in der Mobilität verursachten höhere Fallkosten. Die Teilskala «mobility-tiredness» sei massgeblich beteiligt an der Vorhersage von Hilfebedarf in zwei und drei Jahren sowie von Pflegekosten in drei Jahren.

Nach wie vor ist also davon auszugehen, dass im Unterschied zu eindimensionalen Projekten im Altersbereich (z.B. eingegrenztes Projekt zur Sturzvermeidung) mehrdimensionale Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte Mühe bekunden, in Studien den Wirkungsnachweis zu erbringen und damit auch ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis auszuweisen. Das Hauptproblem besteht darin, dass in breit angelegten mehrdimensionalen Projekten die Multidimensionalität des Merkmals «Gesundheit und Selbständigkeit im Alter» und die Multidimensionalität der Intervention «Gesundheitsförderung, präventive Hausbesuche» aufeinandertreffen. Die methodischen Schwierigkeiten bei der Isolierung einzelner Effekte sind bei der Interpretation entsprechender Studien zu berücksichtigen.

Festzuhalten ist aber auch, dass für die Schweiz auf der Grundlage der Studien von Stuck et al. (1995b, 2000, 2002) davon auszugehen ist, dass präventive Hausbesuche unter bestimmten Voraussetzungen (Kombination mit multidimensionalen Bedarfsabklärungen und häufigen Hausbesuchen bei Personen mit relativ guter Gesundheit) den Eintritt ins Pflegeheim hinauszögern können. Gemäss den Autor/innen würden die Analysen zur Kosteneffektivität zeigen, dass aus volkswirtschaftlicher Sicht von einer Investition gesprochen werden müsse, die aber im zweiten oder dritten Jahr in Form verminderter Pflegeheimeintritte Früchte trage. Die Durchführung der Hausbesuche setze interdisziplinäre und diagnostische Kenntnisse voraus. Stuck et al. (2000) beziffern die Höhe der Nettoeinsparungen von präventiven Hausbesuchen nach drei Jahren mit 1'403 Dollar pro Person.

Natürlich sollten wirksame Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter nicht nur die Pflegeheimeintritte verzögern, sondern auch die Nachfrage bzw. die Kosten in der ambulanten Pflege (Spitex) resp. die Gesundheitskosten insgesamt dämpfen. Entsprechende Kosteneffektivitätsanalysen sind von vielen Variablen abhängig und sehr schwierig vorzunehmen. Sie können im Rahmen dieser Ex-post-Evaluation von ZIA nicht durchgeführt werden, insbesondere auch, weil eine adäquate Datenlage fehlt. Vor diesem Hintergrund können wir keine Aussagen machen zu Fragen, die für eine Wirksamkeits- und Kosteneffektivitätsanalyse zu ZIA bedeutsam wären, wie zum Beispiel:

- Welche Gesundheitsleistungen (-kosten) bezieht eine Person in der betreffenden Alterskategorie mit Hausbesuchen im Vergleich zu einer Person ohne Hausbesuche?
- Um wie viele Monate oder Jahre kann die Pflegebedürftigkeit durch ZIA hinausgezögert werden? Um wie viele Monate oder Jahre verzögert sich der Pflegeheimeintritt?

Die Beantwortung entsprechender Fragen würde eine sehr detaillierte Datenbasis erfordern und eine Untersuchung der Personen über eine lange Zeitspanne, idealerweise vom ersten Hausbesuch bis zum Tod oder zumindest bis zum Pflegeheimeintritt. Gleichzeitig müsste eine Vergleichsgruppe ohne Hausbesuche in die Analysen miteinbezogen werden können.

Wir beschränken uns daher auf die Betrachtung verschiedener Nutzen- und Kostenelemente von ZIA.

7.2.2 Nutzen

Als Nutzelemente der präventiven Hausbesuche von ZIA auf der Ebene der Klient/innen lassen sich auf der Grundlage der Klientenbefragung (n=128 Teilnehmende mit Hausbesuchen, vgl. Kapitel 4.7) und der internen Kursteilnehmendenbefragung (n=221 Kursteilnehmende vgl. Kapitel 3.5) im Wesentlichen folgende Punkte aufzählen:

- **Bessere Informiertheit und Sensibilisierung:** Zwischen 60 und 69 Prozent der Klient/innen geben an, dass sich durch die Beratungen ihre Informiertheit zu Gesundheitsfragen verbessert haben, sie besser über Angebote für Senior/innen informiert seien und dass ihnen das Thema Gesundheit wichtiger geworden sei.

■ **Verhaltensänderung:** Bei 40 Prozent der Teilnehmenden mit Hausbesuchen hat ZIA nach eigenen Angaben eine Verhaltensänderung bewirkt. Bei 48 Prozent ist dies nicht der Fall. Die Verhaltensänderungen betreffen vor allem die Bereiche Bewegung/Mobilität, Gesundheitsbewusstsein und Ernährung. Von den Kursteilnehmenden beantworteten 58 Prozent die Frage, ob sie sich vorstellen können, aufgrund des Kurses etwas in Ihrem Alltag zu verändern, mit «ja».

■ **Interaktion mit Hausarzt:** 46 Prozent der Teilnehmenden mit Hausbesuchen geben an, dass sie durch die Beratung angeregt wurden, Probleme mit ihrem Hausarzt zu besprechen. Mit Blick auf die Früherkennung und -intervention gegenüber möglichen Einschränkungen oder Erkrankungen ist dieser Aspekt als Nutzen zu betrachten - wobei natürlich auf der anderen Seite durch die Konsultationen auch Gesundheitskosten anfallen.

Mit den erhaltenen Beratungen zeigten sich insgesamt 91 Prozent zufrieden (68% sehr zufrieden, 23% eher zufrieden). 83 Prozent würden die Beratungen wieder in Anspruch nehmen (57% auf jeden Fall wieder, 26% eher wieder).²³

Es kann unterstellt werden, dass die Beratungen resp. deren langfristige Folgen grundsätzlich die **Lebensqualität** der Betroffenen positiv beeinflussen, insbesondere durch die Möglichkeit, mittels der erworbenen Gesundheitskompetenzen – vor allem die funktionalen und interaktiven - die Phase der Autonomie im Alter verlängern zu können. Autonomie im Alter hat gemeinhin einen grossen individuellen Stellenwert.

Die durch ZIA erreichte Verbesserung von Gesundheitskompetenzen und die erfolgten Verhaltensänderungen dürften langfristig eine positive Wirkung auf die Pflegebedürftigkeit bzw. den Pflegebedarf der betreffenden Personen haben. Es wäre verkürzt abzuleiten, dass bei den 48 Prozent der Klient/innen, die angaben, dass die Beratungen zu keinen Verhaltensänderungen geführt haben, die Hausbesuche völlig unwirksam seien, da die im Rahmen der Beratungen erhaltenen Gesundheitsinformationen auch zu einer späteren Verhaltensänderung führen können, sofern diese dereinst notwendig wird.

Als Nutzelement von ZIA auf der organisatorischen Ebene wäre zudem eine gewisse Vernetzung der verschiedenen Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu nennen (Hausärzte, Spitex, Pro Senectute, Geriatrie, Krankenkassen etc.), auch wenn diese nicht reibungslos verlief.

Wie gross der positive Einfluss des Gesundheits-Profil Verfahrens, der Beratungen und Kurse im Rahmen von ZIA auf die Gesundheit und Selbständigkeit der Zielgruppen ist und welche Kosteneinsparungen damit verbunden sind, lässt sich, wie bereits erwähnt, auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht ermitteln.

7.2.3 Kosten

Hingegen versuchen wir nachfolgend, die Kosten für ZIA etwas differenzierter auszuweisen. Verschiedene Kostenangaben wurden bereits in Kapitel 3.6 dargestellt. In **Tabelle 40** fassen wir sie noch einmal zusammen. Für die materiellen Kernelemente (Gesundheits-Profil Fragebogen, präventive Hausbesuche, Gruppenkurse) ergeben sich auf der Grundlage der Unterlagen von ZIA für das Jahr 2009 Kosten von rund CHF 160'000. Ein viel grösserer Betrag (rund CHF 470'000) wurde für Telefonberatungen, themenbezogene Veranstaltungen, die Kommunikation im Rahmen der individuellen Beratungen mit den Hausärzt/innen, die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen, die Produktion und den Versand von Flyern, Klientenadministration, Qualitätssicherung und -entwicklung etc. aufgewendet.

²³ Eine generell hohe Zufriedenheit bei den Besuchten deckt sich mit anderen Untersuchungen zu präventiven Hausbesuchen (vgl. Elkan 2004, 10).

Tabelle 40: Elemente der kundenbezogenen Kosten für das Projektjahr 2009

	CHF
Kosten für materielle Kernelemente, zusammengesetzt aus:	158'647
Kosten abgegebene Fragebogen (1'463 x CHF 7.50)	8'069
Kosten ausgewertete Fragebogen (223 x CHF 13.80)	3'077
Kosten Hausbesuche (640 x CHF 200.-)	128'000
Kosten Gruppenkurse (13 x CHF 1'500.-; CHF 78 pro TN)	19'500
Restliche Kosten, zusammengesetzt aus:	471'353
Telefonberatungen	
Themenbezogene Veranstaltungen	
Öffentlichkeitsarbeit	
Zusammenarbeit mit Hausärzt/innen und anderen Fachpersonen	
Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen	
Klientenadministration / Organisation	
Qualitätssicherung / Qualitätsentwicklung	
Mitarbeit kantonale Entwicklung	
Produktion Flyer, Versand, Kursorganisation etc.	
Allgemeiner Overhead	
etc.	
Total kundenbezogene Kosten	630'000

Anmerkungen: Nicht in die kundenbezogenen Kosten der vier Projektregionen eingerechnet ist der in den Unterlagen ausgewiesene projektbezogene Aufwand der Pro Senectute Kt. Bern (CHF 150'000)
Quelle: Pro Senectute Kanton Bern, eigene Berechnungen

Auf der Basis der dargestellten kundenbezogenen Projektkosten und der Grösse der Zielgruppen in den Projektregionen nehmen wir nachfolgend einige **Schätzungen für das Projektjahr 2009** von ZIA vor - das Jahr 2009 wählen wir, da hier sämtliche Projektregionen aktiv waren und die Datenlage am besten ist (vgl. **Tabelle 41**).

Es gibt verschiedene Ansatzpunkte, die **Kosten pro Person oder Fallkosten** zu ermitteln. Entscheidend ist neben der Definition der Kosten, die miteinbezogen werden sollen, auch die Festlegung, unter welchen Voraussetzungen jemand als «erreichte Person oder Fall» definiert wird.

■ In einer **weiter gefassten Variante** können als erreichte Personen (a) die 2009 neu via Gesundheits-Profil Fragebogen rekrutierten Personen (=223), (b) die Teilnehmenden an Gruppenkursen (=249) sowie (c) die Teilnehmenden an themenspezifischen Veranstaltungen definiert werden (vgl. Kapitel 3.6). Auf dieser Grundlage ergeben sich für das Jahr 2009 Kosten pro «erreichte Person» von CHF 562 (CHF 630'000 / 1'122 Personen).

■ In einer konservativeren, **enger gefassten Variante** legen wir (a) die Anzahl 2009 neu via Gesundheits-Profil Fragebogen rekrutierter Personen (=223) und (b) die Teilnehmenden an Gruppenkursen (=249) zu Grunde (vgl. Kapitel 3.6).²⁴ Nicht hinzugezählt werden hier Personen, die lediglich eine themenspezifische Veranstaltung besucht haben (650 Personen). Auf dieser Basis ergeben sich pro «Gesundheits-Profil Verfahren-, Hausbesuch- und Gruppenkursteilnehmende/n» für das Jahr 2009 Kosten von CHF 1'335 (CHF 630'000 / 472 Personen). Wir werden bei den weiteren Schätzungen vor allem mit dieser engeren Variante arbeiten.²⁵

Weiter versuchen wir, das «**Ausschöpfungspotential**» des Projekts ZIA abzuschätzen. Als Ausgangspunkt nehmen wir die Bevölkerung ab 65 Jahren in den Projektgemeinden von ZIA. Auf der Grundlage

²⁴ Es kann davon ausgegangen werden, dass der grösste Teil der Gruppenkursteilnehmenden nicht über das Gesundheits-Profil Verfahren rekrutiert wird, es zwischen den beiden Gruppen also nur geringe Überschneidungen (Doppelzählungen) gibt.

²⁵ Unsere Überlegungen gehen dahin, dass das Gesundheits-Profil Verfahren und die davon abgeleiteten präventiven Hausbesuche und Gruppenkurse die ursprünglichen Massnahmen des Pilotprojekts ZIA darstellen; die themenspezifischen Veranstaltungen haben sich erst im Verlauf der Zeit zu einem wesentlichen Bestandteil von ZIA entwickelt. Weiter dürfte die Wirkung eines Veranstaltungsbesuchs eher noch schwieriger abzuschätzen sein, als diejenige einer Beratung im Rahmen eines Hausbesuchs oder einer Kursteilnahme.

von Bevölkerungsschätzungen für den Kanton Bern²⁶ ist in den Projektgemeinden mit 50'744 Personen im Alter ab 65 Jahren zu rechnen. Ein Teil davon wohnt in sozialmedizinischen Institutionen (Alters- und Pflegeheime) und ist daher nicht als Zielgruppe erreichbar. Gemäss den vom Bundesamt für Statistik für den Kanton Bern ausgewiesenen Zahlen für 2008 beträgt der Anteil 65-Jähriger und Älterer (65+) in sozialmedizinischen Institutionen 12.8%; er liegt somit über dem schweizerischen Durchschnitt von 10.5%.²⁷ Damit erhalten wir in den Projektregionen 44'262 Personen im Alter ab 65, die grob als Zielgruppe von ZIA betrachtet werden können. Dabei handelt es sich um eine Überschätzung, da Personen, die Spitex-Leistungen erhalten resp. ambulant pflegebedürftig sind, ebenfalls aus der Zielgruppe auszuschliessen wären. Bei 472 Gesundheits-Profil Verfahren-, Hausbesuch- und Gruppenkursteilnehmenden erhalten wir eine Ausschöpfungsquote des Projekts ZIA von rund 1.1%. Dies bedeutet, dass mit dem Projekt ZIA in einem «Normaljahr» (2009) rund 1.1% der in den Projektregionen ausserhalb sozialmedizinischer Institutionen lebenden Personen ab 65 Jahren über Gruppenkurse oder Erstbesuche «erreicht» wurden.

Die Bevölkerung 65+ ausserhalb sozialmedizinischer Institutionen des gesamten Kantons Bern beträgt geschätzte 159'444 Personen (2009). Legen wir die erwähnten Grössenordnungen des ZIA-Projekts (erreichte Personen i.e.S., kundenbezogene Kosten) auf die **Grössenordnungen des gesamten Kantons** um, so ergäben sich für 2009 über ZIA 1'700 Gesundheits-Profil Verfahren-, Hausbesuch- und Gruppenkursteilnehmende ab 65 Jahren und Kosten im Umfang von rund CHF 2.27 Mio. (1'700 x CHF 1'335). Anzumerken ist, dass es sich dabei um nicht um laufende Kosten pro Jahr handeln würde, sondern um eine Art kundenbezogene Implementierungskosten bezüglich aller Personen ab 65 Jahren im Gesamtkanton. In den Folgejahren wären jeweils nur die neu in die Zielgruppen eintretenden Jahrgänge zu berücksichtigen.

Tabelle 41: Kennzahlenschätzungen für das Projektjahr 2009 - weitere und engere Definition für «erreichte Personen»

Weitere Definition «erreichte Personen», inkl. Teilnehmende an Informationsveranstaltungen	
Anzahl «erreichte Personen» in den Projektregionen, zusammengesetzt aus:	1'122
Via Gesundheits-Profil Fragebogen rekrutierte Personen	223
Teilnehmende an Gruppenkursen	249
Teilnehmende an themenspezifischen Informationsveranstaltungen	650
«Erreichte Personen» in % der Bevölkerung 65+ in den 4 Projektregionen ausserhalb SMI (1'122 / 44'262 Personen)	2.5%
Kosten pro «erreichte Person» in den 4 Projektregionen (CHF 630'000 / 1'122 Personen)	CHF 562
Kosten bei Umlegung ZIA-Daten auf ganzen Kt. Bern (562 CHF x 1'700 Personen 65+ ausserhalb SMI)	CHF 0.96 Mio.
Engere Definition «erreichte Personen» als «Gesundheits-Profil Verfahren-, Hausbesuch- und Gruppenkursteilnehmende», exkl. Teilnehmende an Informationsveranstaltungen	
Anzahl «erreichte Personen» in den Projektregionen, zusammengesetzt aus:	472
Via Gesundheits-Profil Fragebogen rekrutierte Personen	223
Teilnehmende an Gruppenkursen	249
«Erreichte Personen» in % der Bevölkerung 65+ in den 4 Projektregionen ausserhalb SMI (472 / 44'262 Personen)	1.1%
Kosten pro «erreichte Person» in den 4 Projektregionen (CHF 630'000 / 472 Personen)	CHF 1'335
Kosten bei Umlegung ZIA-Daten auf ganzen Kt. Bern (1'335 CHF x 1'700 Personen 65+ ausserhalb SMI)	CHF 2.27 Mio.

Anmerkungen: SMI: Sozialmedizinische Institutionen

Quelle: Pro Senectute Kanton Bern, Statistikkonferenz des Kantons Bern (2008), BFS (2009), eigene Berechnungen

Kosten-Effektivitäts-Überlegungen könnten dahin gehen, ob sich bei den im Projekt ZIA 472 Gesundheits-Profil Verfahren-, Hausbesuch- und Gruppenkursteilnehmenden ab 65 Jahren (hochgerechnet auf Kanton 1'700), die dank dem implementierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt ZIA teilweise ver-

²⁶ Quelle: Statistikkonferenz des Kantons Bern: Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2030, Ausgabe 2008.

²⁷ Quellen: BFS (2009): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2008 - Standardtabellen, Neuchâtel; BFS, ESPOP.

besserte Gesundheitskompetenzen und ein besseres gesundheitsförderndes Verhalten aufweisen, Kosten im Umfang von CHF 1'335 pro Person einsparen liessen.

Gemäss Zahlen des Kantons Bern für 2006 betragen die Gesamtbetriebskosten inkl. Investitionskostenanteil für einen durchschnittlichen Pflegeheimplatz – der Kanton verfügt über rund 14'000 Pflegebetten - geschätzte CHF 95'000 pro Jahr (Quelle: GEF 2007; Schätzwert basierend auf einem Pflegestufendurchschnitt von 3.5 inkl. kalkulatorischem Kostenanteil und inkl. Investitionskostenanteil; CHF 260.65 x 365). Davon zahlten Kanton und Gemeinden rund 5% an die Betriebskosten und 2.4% an die Investitionskosten. Weitere 21% beträgt der Anteil, den die Ergänzungsleistungen an den Betriebskosten eines Pflegeplatzes ausmachen. Insgesamt ergibt sich damit ein Betrag von rund CHF 27'000 (28.4%) an Beiträgen der öffentlichen Hand für einen Pflegeheimplatz pro Jahr bzw. CHF 74.- pro Pflegeheimplatz und Tag. Der Rest wird von den Heimbewohner/innen (Altersrenten, Vermögensverzehr) und den Krankenkassen finanziert.²⁸

Vor dem Hintergrund der angestellten groben, mit der gegebenen Vorsicht zu interpretierenden Schätzrechnungen, bei der die Kosten des Kantons für einen Pflegeheimplatz beigezogen werden, müssten durch die Massnahmen im Projekt ZIA modellhaft bei den «erreichten» Personen ab 65 Jahren der Pflegeheimeintritt pro Person um durchschnittlich 18 Tage (konservative Definition) resp. 8 Tage (weitere Definition) hinausgezögert werden (CHF 1'335 resp. 562 / CHF 74.-), damit das Projekt kostenneutral wäre. Dabei ist zu beachten, dass es sich um einen Durchschnittswert handelt und im Falle grosser sogenannter Mitnahmeeffekte (z.B. ZIA-Massnahmen beeinflussen nur bei ganz wenigen Personen den Zeitpunkt des Pflegeheimeintritts), sich die einzusparenden Tage bei den Personen, bei denen eine Wirkung eintritt, entsprechend erhöhen müssten.

Wenn wir zum Beispiel die ermittelten Grössenordnungen auf den Kanton hochrechnen, also bezüglich der Situation, wenn ZIA in der Form von 2009 auf Kantonsebene umgesetzt wäre, so müssten bei den 1'700 durch ZIA potentiellen Gesundheits-Profil Verfahren-, Beratungs- und Gruppenkursteilnehmenden (= engere Definition) ab 65 Jahren die Pflegeheimeinweisungen von 84 Personen (4.9%) um 1 Jahr (365 Tage) hinausgezögert werden können (CHF 2.27 Mio. / CHF 27'000), damit der Kanton im entsprechenden Jahr die entsprechenden Pflegeheimplätze einsparen könnte.²⁹

Festzuhalten ist, dass es sich hier um sehr einfache Rechenbeispiele handelt. Ob das Ziel plausibel ist und erreicht werden kann, lässt sich auf der Grundlage der verfügbaren Daten weder beweisen noch widerlegen.

Abschliessend nehmen wir zu illustrativen Zwecken auf der Basis der Einzelkosten bezüglich der materiellen **Kernelemente von ZIA für Personen ab 70 Jahren** (Gesundheits-Profil Verfahren bzw. Assessment und präventive Hausbesuche - Gruppenkurse schliessen wir aus) eine grobe Hochrechnung für eine flächendeckende Anwendung für den Jahrgang der 75-Jährigen vor. Dabei unterstellen wir, dass die Implementierung abgeschlossen ist bzw. keine Implementierungskosten mehr anfallen und es nur darum geht, jeweils den nachrückenden Jahrgang von 75-Jährigen materiell zu finanzieren, und dass der Einbezug in die Präventionsmassnahmen wesentlich «erfolgreicher» gelingt, als dies bisher in ZIA der Fall war. Wir stützen uns hier auf Annahmen, die im Rahmen des grundsätzlich mit ZIA vergleichbaren Projekts «Gesund altern» im Kanton Basel-Landschaft getroffen wurden (vgl. Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft

²⁸ Der Schätzrechnungen basieren noch auf der alten Pflegefinanzierung. Im Zuge der Einführung der neuen Pflegefinanzierung ab 2011 dürfte der Anteil der öffentlichen Hand zunehmen, dies durch die bundesrechtliche Fixierung der Krankenkassenbeiträge und die weitgehende Pflegefinanzierung über die Ergänzungsleistungen.

²⁹ Vgl. hierzu auch die Modellrechnungen von H. Schmocker (2007), die auf einen Anteil von 4.8% Personen kommt, bei denen die Interventionen die gewünschte Wirkung erreichen müssten.

2007, 13: 50% der Kontaktierten füllen Gesundheits-Profil Fragebogen aus, 10% nehmen Einzelberatungen in Form von Hausbesuchen war).

Für das Hochrechnungsbeispiel unterstellen wir folgendes Szenario:

- Jahrgang der 75-Jährigen im Kt. Bern ausserhalb sozial-medizinischer Institutionen (Zahlen von 2008)
- Flächendeckende Abgabe des Gesundheits-Profil Fragebogens durch Hausärzte und per Flyerbestellung und Auswertung (bzw. Anwendung eines vergleichbaren Assessments); Annahmen: Kontaktierung aller 75-Jährigen, Fragebogen kann an 60% abgegeben werden; bei 50% kann ausgefüllter Fragebogen ausgewertet werden (Annahmen analog Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft 2007, 13).
- Flächendeckende Anwendung präventiver Hausbesuche, Annahmen: von den Personen, die Fragebogen ausgefüllt haben (50%), wünschen 20% einen Hausbesuch (=10% des Jahrgangs). Im Durchschnitt finden 3 Besuche pro Person statt. (Annahmen analog Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft 2007, 13).
- Nur «laufende» Kosten der Kernelemente Gesundheits-Profil Fragebogen (Abgabe und Auswertung) und präventive Hausbesuche werden berücksichtigt, ohne Implementierungs-/Organisationskosten etc.

Unter den oben unterstellten Annahmen ergeben sich für den Jahrgang der 75-Jährigen Anwendungskosten für die Kernelemente Gesundheits-Profil Fragebogen und präventive Hausbesuche im Umfang von rund CHF 530'000 (vgl. Kapitel 3.6). Mit Blick auf die «erreichten» Personen entspräche dies Kosten von rund CHF 145 pro ausgewerteten Fragebogen oder CHF 725 pro Person mit Hausbesuchen.

Tabelle 42: Modellrechnung: «Laufende» Kosten der Kernelemente Gesundheits-Profil Fragebogen und präventive Hausbesuche für den Jahrgang der 75-Jährigen bei flächendeckender Einführung

	CHF
Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende (BE 2008), Jahrgang 75-Jährige ausserhalb SMI	7'309
Kosten Abgabe Fragebogen an 60% (CHF 7.50 pro Bogen x 4'385 Personen)	CHF 32'888
Kosten Auswertung Fragebogen bei 50% (13.80 pro Bogen x 3'655 Personen)	CHF 50'439
Kosten präventive Hausbesuche bei 10% (3 Besuche à CHF 200.- x 731 Personen)	CHF 438'600
Total	CHF 529'236

Anmerkungen: Der Jahrgang umfasst 7'544 Personen, davon abgezogen wurden 3.1% bzw. die Quote SMI für 70-74-Jährige
Quelle: Pro Senectute Kanton Bern; BFS (2009), eigene Berechnungen

Diese jährlichen «laufenden» Kosten für die Kernelemente könnten wiederum mit den jährlichen Kosten eines Heimplatzes verglichen werden.

7.2.4 Schlussfolgerungen

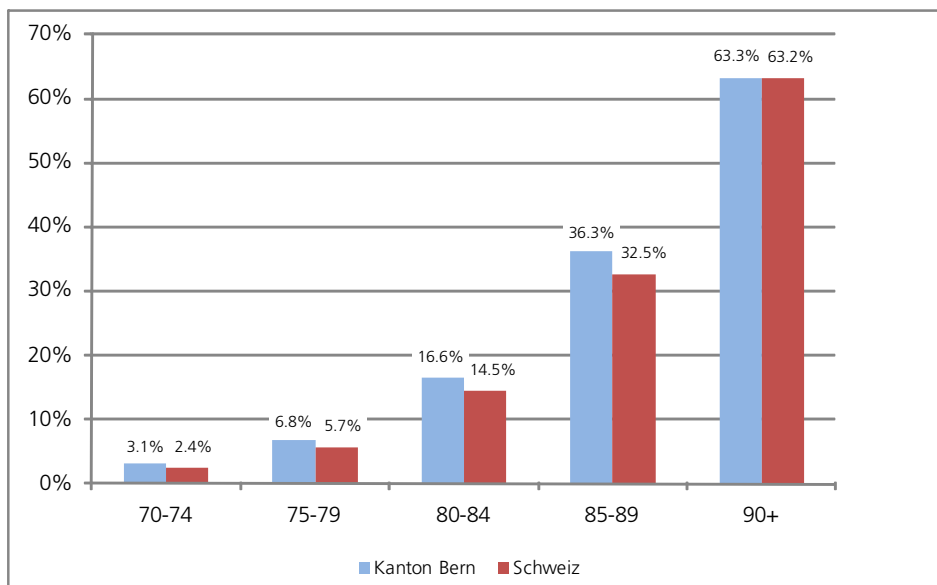
Wie dargelegt, können die Kosten-Nutzen-Relationen des Projekts ZIA bei der gegebenen Datenlage nicht genauer spezifiziert und beurteilt werden. Auf der Grundlage der Klientenbefragungen (Self-Reporting) ist bei rund zwei Dritteln der Personen mit Hausbesuchen von positiven Effekten auf die Gesundheitskompetenzen und bei rund 40 Prozent auf ein gesundheitsförderliches Verhalten auszugehen. Ein Nachweis dieser Effekte ist im Rahmen der vorliegenden Evaluation allerdings nicht möglich; er lässt sich aber auch nicht widerlegen.

Der mit den Interventionen verbundene Aufwand (Vollkosten) in ZIA ist relativ gross und liegt bezogen auf das Projektjahr 2009 je nach Definition bei rund 562 CHF resp. 1'335 pro «erreichte Person». Der Hauptteil des Aufwands entsteht dabei nicht durch die materiellen Kosten für die Kernelemente (Gesundheits-Profil Fragebogen, Hausbesuche, Gruppenkurse) sondern durch die umfangreichen Vernetzungs-, Organisations- und Kommunikationsarbeiten sowie die weiteren klientenbezogenen Angebote (telefonische Beratungen, themenbezogene Veranstaltungen etc.).

Sehr grobe Hochrechnungen, bei denen zur Illustration die Kosten des Kantons für einen Pflegeheimplatz beizogen wurden, deuten darauf hin, dass zur Erreichung einer Kostenneutralität für den Kanton durch die ZIA-Massnahmen bei den «Gesundheits-Profil Verfahren-, Hausbesuch- und Gruppenkursteilnehmenden» der Pflegeheimeintritt im Durchschnitt über alle um 8 Tage (weitere Definition «erreichte Personen») resp. 18 Tage (engere Definition «erreichte Personen») pro Person hinausgezögert werden müsste. Mit Blick auf die Kosten des Kantons für einen Pflegeheimplatz pro Jahr, müsste bei rund 5 Prozent der teilnehmenden Personen (engere Definition) der Pflegeheimeintritt um 1 Jahr verzögert werden. Ob dieses Ziel plausibel und erreichbar ist, lässt sich auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht beantworten.

Festzuhalten bleibt, dass für den Kanton Bern die Notwendigkeit besteht - nicht zuletzt aus der erwarteten demografischen Entwicklung -, bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aktiv zu sein. Ein Vergleich von Berner Daten im Bereich Pflegeheimplätze mit denjenigen des Schweizer Durchschnitts (Zahlen von 2008) deutet zudem darauf hin, dass im Kanton Bern Einsparungen möglich sein könnten. So liegt der Anteil der 70-Jährigen und Älteren, der in sozialmedizinischen Einrichtungen wohnt, im Kanton Bern generell über dem schweizerischen Mittel, dies gilt besonders für die eher tieferen Alterskategorien. Insgesamt ergibt sich bei der Alterskategorie 70+ eine Differenz von 2.3 Prozentpunkten (BE: 15.9%, CH: 13.6%), in absoluten Zahlen entspräche dies im Kanton Bern rund 3'000 Personen.

Abbildung 7: Quote der Personen in sozialmedizinischen Einrichtungen nach Altersklassen – Kanton Bern im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt (Jahr 2008)



Quelle: BFS (2009); eigene Berechnungen

Teil III: Synthese und Schlussfolgerungen

In diesem dritten Teil des Berichts werden die Untersuchungsergebnisse auf die Themen und Fragestellungen bezogen, die den Ausgangspunkt der Evaluation bilden. Die Ergebnisse der verschiedenen Analysen und Befragungen werden dabei summarisch zusammengezogen. Die detaillierten Resultate können im zweiten Teil des Berichts nachgelesen werden. Zunächst werden im anschliessenden Kapitel die Evaluationsfragestellungen beantwortet, daran anschliessend wird eine Gesamtbeurteilung vorgenommen.

8 Beantwortung der Fragestellungen

Die Fragestellungen der Pro Senectute Kanton Bern beziehen sich auf die Organisation des Projekts ZIA, die Ausgestaltung des Rekrutierungs- und Triageverfahrens und den Einbezug der Hausärzt/innen, die Beratungsangebote sowie die Kosten und Nutzen des Projektes.

8.1 Projektstruktur und Organisation

Projektelemente und Projektentwicklung

- *Wie lässt sich die heutige Ausgestaltung des Projekts ZIA beschreiben?*
- *Welche wichtigen Entwicklungen und Veränderungen haben sich seit Beginn der Umsetzungsphase 2008-2010 im Projekt und in seinem Kontext ergeben?*

Im Projekt ZIA wird das in mehreren Kantonen angewendete **Gesundheits-Profil Verfahren** der Geriatrie Universität Bern eingesetzt. Es beinhaltet einen ausführlichen Assessment-Fragebogen und einen persönlichen Gesundheitsbericht sowie Fachmaterialien für die Hausarztpraxen. Das zweite Kernelement ist ein **Kursangebot** («Älter werden – gesund und selbständig bleiben»), von dem alle Personen ab 65 Jahren in den Projektregionen profitieren können, unabhängig von der Teilnahme am Projekt. Die 65- bis 69-jährigen Projektteilnehmer/innen erhalten jedoch direkt eine Einladung zum Gruppenkurs. Das dritte Kernelement sind **individuelle Beratungen / präventive Hausbesuche** für Projektteilnehmer/innen ab 70 Jahren. Weitere Bestandteile von ZIA sind der Einbezug der Hausärzt/innen und die Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen sowie die allgemeine Sensibilisierung für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in Form von **themenbezogenen Veranstaltungen**.

Auf Anfang Jahr 2009 wurde ZIA **geografisch erweitert** (Stadt Burgdorf und neues Projekt in Bern). Gleichzeitig wurden die Kriterien für den **Einschluss der Hausärzt/innen** in das Projekt angepasst. Die Hausärzteschaft wird neu flächendeckend dokumentiert und gilt mit dem Erhalt einer Einladung zu einer Informationsveranstaltung als in das Projekt eingeschlossen. Seit 2009 wird auch ein neues **Rekrutierungsverfahren** umgesetzt. Neben der Abgabe des Gesundheits-Profil Fragebogens durch die Hausärzteschaft wird ein Bestelltalon für den Fragebogen über zielgruppennahe Multiplikator/innen verbreitet. Grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten zwischen der Trägerschaft und dem Urheber des Gesundheits-Profil Verfahrens betreffend die Auslegung der Standards für den Einsatz des Gesundheitsprofil Verfahrens führten Anfang 2009 zu einer Blockierung des Projekts und verunmöglichten im Seeland die geplante Ausdehnung auf weitere Gemeinden.

Auf **interkantonalen Ebene** wurde zwischenzeitlich eine Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung von Best-Practice-Empfehlungen für die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ins Leben gerufen, in welche die Erfahrungen in den verschiedenen Projekten zusammenfliessen.

Organisation Gesamtprojekt

- *Wie lässt sich die Organisation des Projekts ZIA beschreiben?*
- *Sind Abläufe, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen klar und zweckmässig geregelt?*
- *Wie sollte aus Sicht der Beteiligten ein Projekt grob organisiert sein? Welche Funktion sollte von welchem Träger übernommen werden?*

Der Kanton Bern hat die **Trägerschaft** im Rahmen einer Leistungsvereinbarung der Pro Senectute Kanton Bern übertragen. Für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens und die Erfassung und Auswertung der Fragebogen hat die Trägerschaft Leistungsvereinbarungen mit dem **Urheber des Verfahrens** (Geriatric Universität Bern) sowie mit einem **Logistikdienstleister** (BerCom AG) abgeschlossen. In den **Umsetzungsregionen** Oberaargau und Lyss wird das Projekt mit seinen drei Kernelementen durch die Pro Senectute umgesetzt, in der Region Thun durch die Spitex. In Bern werden die präventiven Hausbesuche im Auftrag der Pro Senectute von der Spitex durchgeführt, wobei die Gesundheitsberaterinnen als Mitarbeitende der Pro Senectute auftreten. Mit den umsetzenden Spitex-Organisationen bestehen Leistungsvereinbarungen.

Der Kanton Bern beteiligt sich in den Jahren 2008-2010 mit einem **Gesamtbetrag von rund 2 Mio.** Franken an den Durchführungskosten. Im Jahr 2009 lagen die Kosten bei 630'000 Franken. Einschliesslich der Projektleitung waren **9 festangestellte Gesundheitsfachpersonen** mit insgesamt 450 Stellenprozenten sowie **7 Gesundheitsfachpersonen** ohne Festanstellung mit der Umsetzung beschäftigt.

In der Umsetzungsphase 2008-2010 von ZIA ging es unter anderem darum, verschiedene **Umsetzungsmodelle zu erproben** und die **Vollzugstauglichkeit des Projekts zu überprüfen**. Insofern kann die Gesamtprojektorganisation und der Verzicht auf eine weitergehende Projektsteuerung über die Vorgabe von klar definierten Leistungs-, Wirkungs- und /oder Qualitätskriterien im Rahmen des Leistungsvertrages an die Trägerschaft als zweckmässig verstanden werden.

Aus Sicht der in der Evaluation befragten Hausärzt/innen sollte ein Projekt für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter auf relativ breite Akzeptanz stossen, wenn die **Aufbau und Ablauforganisation** wie folgt organisiert ist: Die zentrale Trägerschaft resp. Verankerung des Projekts wird beim Kanton gesehen (52% präferieren diese Variante), gegebenenfalls bei der Pro Senectute (34%). Die Bedarfsabklärungen bei Senior/innen werden durch die Spitex durchgeführt (66%), allenfalls durch die Pro Senectute (45%). Die Triage zum Kurs- und Beratungsangebot wird als Aufgabe der Ärzteschaft oder der Spitex gesehen (je 56%). Gesundheitsberatungen werden von der Ärzteschaft durchgeführt (60%), allenfalls von der Spitex (40%), Sozialberatungen von der Pro Senectute (60%). Für die Geriatrie Universität Bern wäre es die *«Idealösung»*, wenn sich der Kanton dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention annehmen und die Steuerung eines Programms über Leistungsvereinbarungen übernehmen würde. Falls er personell nicht in der Lage sei zu steuern, die Steuerungsfunktion nicht übernehmen wolle oder es sich – wie bei ZIA – um ein Projekt handle, könne man das Projektmanagement auch delegieren. Die Hausärzteschaft müsste, sei es als Standesorganisation oder durch regionale Gremien, in einem Steuerungsgremium angemessen vertreten sein, zusammen mit den anderen Leistungserbringern. Nach dem ärztlichen Fachberater von ZIA ist es zentral, dass die *«Projektleitung»* bei einem in der Hausärzteschaft gut verankerten Arzt, *«einem Dr. med.»* liege. Die Umsetzung sollte laut der Geriatrie Universität Bern über eine Leistungsvereinbarung an die jeweils geeignete Organisation vergeben werden, die im Aufgabenbereich authentisch ist. Hausbesuche wären aus ihrer Sicht das typische Spitex-Feld, für die Gruppenangebote wäre Pro Senectute gut geeignet. Die diesbezüglichen Erfahrungen der Umsetzungsverantwortlichen flossen in erster Linie in die Beurteilung der Umsetzungsmodelle ein (vgl. weiter unten).

Zusammenarbeit im Gesamtprojekt

■ Wie wird die Zusammenarbeit auf Gesamtebene von den Beteiligten beurteilt?

Die **vertikale Zusammenarbeit** zwischen der **Trägerschaft und den Umsetzungsorganisationen** einerseits und die **horizontale Zusammenarbeit unter den Umsetzungsorganisationen** andererseits werden von den Beteiligten einhellig als sehr gut und konstruktiv wahrgenommen. Dass die Akteure Pro Senectute und Spitex eng miteinander arbeiten, wird als positives Resultat des ganzen Projekts gesehen. Unterschiedliche Vorstellungen zur Konzeption und Durchführung von ZIA im Bereich des Gesundheits-Profil Verfahrens zwischen der **Trägerschaft** und dem **Urheber** haben die Kooperation auf dieser Ebene massiv erschwert, bzw. dazu geführt, dass man faktisch nicht von einer Zusammenarbeit sprechen kann. Die Trägerschaft und die Geriatrie Universität Bern bekräftigen, man habe anfänglich versucht zusammenzuarbeiten, aber es sei mit der Zeit so schwierig geworden, dass man feststellen musste, *«das geht so nicht»*. Von der Geriatrie Universität Bern wird konstatiert, dass man die *«Indikationen und die Packungsbeilage»* nicht berücksichtige, von der Trägerschaft und den Umsetzungsorganisationen das man nicht bereit sei, das Verfahren praxisorientiert weiterzuentwickeln, *«die GUB will wissenschaftlich saubere Daten erheben, wir wollen gute Dienstleistungen für ältere Menschen erbringen.»*

Organisationsmodelle

■ Sind Abläufe, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen auf Ebene der Umsetzungsorganisationen klar und zweckmässig geregelt?

■ Wie wird die Zusammenarbeit innerhalb der Umsetzungsorganisationen von den Beteiligten beurteilt?

■ Wie sind die verschiedenen Organisationsmodelle hinsichtlich der organisatorischen und fachlichen Einbettung des Verfahrens zu beurteilen?

■ Inwieweit ist die Leistungserbringung in Abhängigkeit der Organisationsmodelle effektiv und effizient?

■ Wie ist die Vorteilhaftigkeit der einzelnen Organisationsmodelle insgesamt zu beurteilen?

Im **Modell «Pro Senectute»** (Oberaargau, Lyss) und im **Modell «Spitex»** (Thun) wird das Projekt integral von einer Organisation umgesetzt (**«All-in-one-Lösung»**). Innerhalb der Organisation wird ZIA durch ein finanziell und personell eigenständiges Projektteam durchgeführt, das der Regionalleitung bzw. Geschäftsleitung unterstellt ist. Die Gesundheitsfachpersonen sind grundsätzlich in verschiedenen Aufgabebereichen tätig (Gruppenkurs, präventive Hausbesuche, Zusammenarbeit mit Hausarzt/innen und Multiplikator/innen, Vernetzung und Sensibilisierung), die Einsatzteams sind nur begrenzt arbeitsteilig organisiert. Im **Modell «Pro Senectute mit Spitex»** (Bern) werden die präventiven Hausbesuche im Auftrag der Pro Senectute durch die Spitex durchgeführt. Bei der Pro Senectute ist eine Projektkoordinatorin tätig, die dem Bereich PS Service unterstellt ist. Diese ist für die operative Koordination mit den Spitex-Mitarbeitenden sowie für die übrigen Aufgabebereiche zuständig (Gruppenkurs, Zusammenarbeit mit Hausarzt/innen und Multiplikator/innen, Vernetzung und Sensibilisierung). Die Spitex verfügt über ein fixes Team von Spitex-Mitarbeiterinnen, welche präventive Hausbesuche für ZIA durchführen. Zur Zeit besteht kein fixes Einsatzvolumen, d.h. die Einsätze werden nach Aufwand abgegolten. Die im Zusammenhang mit den präventiven Hausbesuchen stehenden Aufgaben werden im Berner Modell nicht integral an die Spitex übertragen. An der Zusammenarbeit mit den Hausarzt/innen sind sowohl die Projektkoordinatorin der Pro Senectute als auch die Gesundheitsberaterinnen der Spitex beteiligt.

Unabhängig vom Modell wird das Projekt in allen Regionen durch **Pflegefachpersonen mit Spitex-Erfahrung** durchgeführt. In der Regel verfügen diese über eine Zusatzausbildung im Bereich Gesundheitsförderung, Gerontologie oder Beratung. Alle Mitarbeiterinnen haben eine spezifische Fortbildung für die Durchführung des Projekts ZIA durchlaufen.

Die **Organisation (Abläufe, Aufgaben und Kompetenzen)** des Projekts innerhalb der vier beteiligten Umsetzungsorganisationen wurde im Rahmen der Gesamtprojekt-Evaluation nicht umfassend untersucht. Es kann daher nicht abschliessend bewertet werden, inwieweit die Organisation vor Ort ausreichend klar und zweckmässig geregelt ist. Naturgemäss stellt eine aufgabenteilige Organisation, wie sie im Modell «Pro Senectute mit Spitex» praktiziert wird, besondere Anforderungen an die Ausgestaltung der Ablauf- und Aufbauorganisation. In der Region Bern wurden die Abläufe, Aufgaben und Kompetenzen denn auch am ausführlichsten geregelt.

Die **Zusammenarbeit unter den Projektbeteiligten** vor Ort wird in allen Regionen grundsätzlich positiv beurteilt. Im Berner-Modell gestaltet sich die Zusammenarbeit am anspruchsvollsten. Sie wird aber von den Beteiligten grundsätzlich als sehr gut bezeichnet, insbesondere da man stets bemüht war, organisatorische Lösungen zu suchen, welche eine gute Zusammenarbeit unterstützen. Die **Zusammenarbeit mit den übrigen Organisationseinheiten und Akteur/innen** der jeweiligen Umsetzungsorganisationen funktioniert unterschiedlich. Bei den Pro Senectute-Organisationen müssen bei der Einbindung der Gesundheitsfachpersonen bzw. des Angebots von ZIA Widerstände und Konkurrenzängste innerhalb der Organisation abgebaut werden und die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Angeboten gut geklärt werden. Damit die Einbindung gelingt und Synergien nutzbar gemacht werden können, sind intensive Bemühungen im Bereich von Kommunikation und Organisationsentwicklung erforderlich. Für die Spitex-Organisationen stellen sich bei der Integration der Gesundheitsfachpersonen bzw. des neuen Angebots diese Probleme weniger bzw. nicht. Es findet innerhalb der Organisation allerdings auch keine eigentliche Zusammenarbeit mit den anderen Bereichen statt, da keine wesentlichen Überschneidungen mit dem übrigen Spitex-Angebot bestehen.

In der synoptischen **Tabelle 43** wird für die drei Organisationsmodelle eine Bewertung nach verschiedenen Aspekten der **organisatorischen und fachlichen Einbettung** vorgenommen. Im Zentrum steht dabei die Bewertung der Modelle im Bezug auf die Durchführung der Beratungsangebote von ZIA, den präventiven Hausbesuchen und den Gruppenkursen.

Tabelle 43: Beurteilung von Aspekten der organisatorischen und fachlichen Einbettung

	Modell Pro Senectute	Modell Spitex	Modell Pro Senectute mit Spitex
Durchführung präventive Hausbesuche			
Personelle/fachliche Ressourcen	Sind in der Organisation nicht vorhanden; müssen neu aufgebaut werden.	Sind in der Organisation weitgehend vorhanden; spezifische Zusatzqualifikation erforderlich.	Sind bei der Spitex weitgehend vorhanden; spezifische Zusatzqualifikation erforderlich.
Integration Gesundheitsfachpersonen	Bemühungen im Bereich Kommunikation / Organisationsentwicklung erforderlich.	Unproblematisch.	Unproblematisch.
Rollenkonflikte der Durchführenden	Keine Rollenkonflikte, da Gesundheitsberaterinnen ausschliesslich für ZIA tätig.	Keine Rollenkonflikte, da Gesundheitsberaterinnen ausschliesslich für ZIA tätig.	Rollenkonflikte, da Gesundheitsberaterinnen in Spitex-Pflege tätig.
Schnittstellen zum bestehenden Angebot	Bestehen im Einzelfall gegenüber der Sozialberatung. Abgrenzung erforderlich, aber unproblematisch.	Bestehen im Einzelfall gegenüber der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen; Abgrenzung unproblematisch.	Bestehen im Einzelfall gegenüber der hauswirtschaftlichen Dienstleistungen; Abgrenzung unproblematisch.
Auslastungsschwankungen / Einsatzplanung	Können über LAZ-Lösung aufgefangen werden. Einsatzplanung wenig komplex, da Gesundheitsberaterinnen ausschliesslich für ZIA tätig.	Können über LAZ-Lösung aufgefangen werden. Einsatzplanung wenig komplex, da Gesundheitsberaterinnen ausschliesslich für ZIA tätig.	Einsatzplanung komplex, da Gesundheitsberaterinnen in Spitex-Pflege tätig.
Geografisches Einsatzgebiet	Weitgehend flexibel.	Begrenzt flexibel: Konfliktpotential bei Aktivität in anderen Spitex-Gemeinden (Hausarztkontakt durch zwei Spitex-Organisationen).	Begrenzt flexibel: Konfliktpotential bei Aktivität in anderen Spitex-Gemeinden (Hausarztkontakt durch zwei Spitex-Organisationen).
Glaubwürdigkeit / Akzeptanz der durchführenden Organisation	Senior/innen: Hohe Bekanntheit und Akzeptanz; Wahrnehmung als Beratungsdienstleister. Hausärzteschaft: Wenig Bezugspunkte, begrenzt authentisch.	Senior/innen: Hohe Bekanntheit und Akzeptanz; Wahrnehmung als Pflegedienstleister. Hausärzteschaft: Viele Bezugspunkte, authentisch, z.T. Konkurrenzverhältnis.	Senior/innen: Hohe Bekanntheit und Akzeptanz; Wahrnehmung als Pflegedienstleister. Hausärzteschaft: Viele Bezugspunkte, authentisch, z.T. Konkurrenzverhältnis.
Durchführung Gruppenkursangebot			
Personelle/fachliche Ressourcen	Sind in der Organisation weitgehend vorhanden.	Sind in der Organisation nicht vorhanden; müssen aufgebaut werden.	Sind bei Pro Senectute weitgehend vorhanden.
Schnittstellen zum bestehenden Angebot	Bestehen gegenüber dem Bereich Bildung und Sport (Sturzprävention, Bewegungsübungen). Abgrenzung erforderlich, aber unproblematisch.	Keine.	Keine.
Glaubwürdigkeit / Akzeptanz der durchführenden Organisation	Senior/innen: Hohe Bekanntheit und Akzeptanz; Wahrnehmung als Beratungsdienstleister. Hausärzteschaft: authentisch.	Senior/innen: Hohe Bekanntheit und Akzeptanz; Wahrnehmung als Pflegedienstleister. Hausärzteschaft: begrenzt authentisch.	Senior/innen: Hohe Bekanntheit und Akzeptanz; Wahrnehmung als Beratungsdienstleister. Hausärzteschaft: authentisch.

Im Sinne einer **Gesamtbeurteilung** lassen sich folgende Feststellungen machen:

- **Effektivitäts- oder Effizienzunterschiede** zwischen den einzelnen Projektregionen resp. den verschiedenen Organisationsmodellen konnten im Rahmen der vorliegenden Ex-Post-Evaluation nicht untersucht werden. Hierzu wären entsprechend detaillierte Datengrundlagen notwendig, die neben den Kostenelementen auch noch Qualitätselemente berücksichtigen würden.
- Die lokal erprobten Modelle lassen sich nur bis zu einem gewissen Grad als Referenzmodelle für eine gesamtkantonale Umsetzung heranziehen.

- Mit Blick auf eine optimale Nutzung der in den Organisationen vorhandenen personellen und fachlichen Ressourcen und die Authentizität der durchführenden Organisationen erscheint ein Modell «Pro Senectute mit Spitex» ideal. Im Falle des «Berner-Modells» hängt der hohe organisatorische Aufwand teilweise damit zusammen, dass die Aufgaben im Zusammenhang mit den präventiven Hausbesuchen (Hausärztekontakt, Einsatzplanung, Durchführung, Qualitätssicherung etc.) nicht integral an die durchführende Organisation ausgelagert werden (können), sondern teilweise selber übernommen werden (müssen). Es dürfte unabhängig davon aber kaum eine Option sein, das Modell in dieser Form (Durchführung der präventiven Hausbesuche durch die jeweiligen lokalen Spitex-Organisationen im Auftrag der regionalen Pro Senectute-Organisation) als Vorbild für eine flächendeckende Ausweitung zu nehmen.
- Die Vorteilhaftigkeit der Modelle ist vor dem Hintergrund der Frage zu beurteilen, wo bei einem Projekt zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter grundsätzlich der Fokus liegt. Auch wenn man von einem physisch-psycho-sozial verknüpften Gesundheitsverständnis ausgeht, können oder müssen allenfalls Schwerpunkte gesetzt werden. Falls das Schwergewicht eher auf der Ebene der physisch-psychischen Dimension von Gesundheit liegt (Vorsorge, Frühintervention), dann erscheint eine Kette Hausärzteschaft – Spitex – Pro Senectute sinnvoll zu sein. Falls das Schwergewicht eher auf der Ebene der psycho-sozialen Dimension von Gesundheit liegt (Gesundheitsförderung, Sozial- und Gesundheitsberatung), dann sollte die Pro Senectute an erster Stelle stehen und die anderen Akteure nach Bedarf zum Einsatz kommen.³⁰
- Unabhängig von der durchführenden Organisation (Pro Senectute oder Spitex) hat es sich bewährt, wenn die präventiven Hausbesuche durch ein Team von spezifisch qualifizierten Gesundheitsfachpersonen mit Spitex-Erfahrung durchgeführt werden. Im Hinblick auf die Vermeidung von Rollenkonflikten, die Einsatzplanung und die Zufriedenheit der Durchführenden ist es von Vorteil, wenn die präventiven Hausbesuche von Gesundheitsfachpersonen durchgeführt werden, die nicht gleichzeitig im pflegerischen Bereich des regulären Spitex-Angebots tätig sind.
- Es ist von einem professionellen Verständnis der Gesundheitsberaterinnen auszugehen, das durch entsprechende Fortbildungsmassnahmen gewährleistet wird. Dieses beinhaltet, dass die Gesundheitsberaterinnen in der Lage sind, sich bei ihrer Tätigkeit gegenüber den Inhalten der pflegerischen Spitex-Tätigkeit (bspw. Durchführung von Blutdruckmessungen bei den Teilnehmenden von präventiven Hausbesuchen) bzw. gegenüber den Inhalten der Sozialberatung (bspw. Beratung in Finanzfragen von Teilnehmenden von Präventiven Hausbesuchen) abzugrenzen.

8.2 Rekrutierung und Zielgruppenerreichung, Triage zu den Beratungsangeboten

Rekrutierungsverfahren

■ *Wie ist das Rekrutierungsverfahren, die Ansprache der Senior/innen ausgestaltet? Inwiefern bestehen Unterschiede zwischen den Projektregionen?*

■ *Welche Erfahrungen hat man mit den verschiedenen Rekrutierungswegen gemacht? Was hat sich bewährt?*

■ *Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich des Rekrutierungsverfahrens?*

³⁰ In einem solchen Modell könnte auch die Rekrutierung vermehrt über Kriterien einer prekären Situation (bspw. Bezug von Ergänzungsleistungen) erfolgen.

Das Projekt ZIA setzt seit 2009 auf ein **paralleles Rekrutierungsverfahren**. Die Senior/innen sollen einerseits über die **Hausärzt/innen** erreicht werden, die den Gesundheits-Profil Fragebogen an ihre über 65-jährigen Patient/innen abgeben. Parallel dazu werden die Senior/innen auf verschiedenen Wegen durch **zielgruppennahe Multiplikator/innen** angesprochen. Diese machen durch Abgabe eines ZIA-Flyers auf das Angebot aufmerksam und interessierte Senior/innen können den Fragebogen bestellen. Dadurch wird gewährleistet, dass der Fragebogen nur durch eine Stelle aktiv abgegeben wird. Welcher Anteil der Teilnehmende am Gesundheits-Profil Verfahren bzw. an den Hausbesuchen über die beiden Rekrutierungswege erreicht werden, kann auf Basis der vorhandenen Daten zur Zeit nicht beziffert werden.

Unbestritten ist unter den Projektbeteiligten, dass bei der **«aktiven Rekrutierung»** über die **Hausarztpraxen** gute Rücklaufquoten erzielt werden und über diesen Zugang sozial benachteiligte Zielgruppen am ehesten erreicht werden können. Als Vorteil der Rekrutierung über die Hausarztpraxen kann auch gewertet werden, dass über diesen Weg eher «gesundheitlich beeinträchtigte» Personen in das Projekt gelangen als «vollständig gesunde» Personen, bei denen die Projektmassnahmen als Überversorgung (Mittnahmeeffekte) interpretiert werden könnten. Der Knackpunkt liegt vorgelagert in der geringen Teilnahmebereitschaft der Hausärzteschaft, die verbessert werden müsste (vgl. Kapitel 8.3). Ein maximaler Rücklauf kann nach Erfahrung des ärztlichen Fachberaters, der selbst in einer Projektregion praktiziert, erzielt werden, wenn der Fragebogen mit den Patient/innen besprochen wird, diese bei Bedarf beim Ausfüllen vom Arzt unterstützt werden und bei Nicht-Ausfüllen ein einmaliger telefonischer Reminder erfolgt. 50 Prozent würden den Fragebogen dann noch ausfüllen.

Die **«passive Rekrutierung»** erfolgt vor Ort durch verschiedene, lokal verankerte **Multiplikator/innen**, nach der Strategie, möglichst viele Kanäle zu nutzen (Seniorenrat, Kirchgemeinden, Pro Senectute, Rotes Kreuz, Sozialarbeiterinnen, Physio- und Ergotherapeuten, Apotheken etc.). Im Pilotprojekt Lyss wurde bis 2008 über die Gemeinde rekrutiert (Brief an 65-jährige Personen). Angaben zur Rücklaufquote liegen uns nicht vor. In Bern wurde der Flyer im Frühjahr 2009 an 900 75-jährige Personen versandt. In der ersten Welle (500 Personen) konnten über dieses Vorgehen lediglich 2 Prozent der Angeschriebenen für eine Teilnahme gewonnen werden; deutlich weniger als bei identischem Vorgehen in der Stadt Zürich (6 Prozent).

Das **zweigleisige Vorgehen** wird von den Projektbeteiligten grundsätzlich als der richtige Weg erachtet, wobei aufgrund der Erfahrungen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Für den ärztlichen Fachberater und die Geriatrie Universität Bern liegt der optimale Zugang bei der Hausärzteschaft. Dieser Zugang sollte folglich optimiert werden. Den mit der Umsetzung betrauten Akteure ist es aufgrund der auch in anderen Projekten vorhandenen Schwierigkeiten beim hausärztlichen Zugang ein Anliegen, die Möglichkeit weiterer Zugänge zu prüfen.

Zielgruppenerreichung Gesundheits-Profil Verfahren

■ *An wie viele Personen ab 65 Jahren wurde ein Gesundheits-Profil Fragebogen abgegeben? Über welche Kanäle?*

■ *Wie viele Personen ab 65 Jahren haben einen Gesundheits-Profil Fragebogen eingereicht bzw. einen Gesundheitsbericht erhalten? Wie gross ist ihr Anteil an der zu Hause lebenden über 65-jährigen Bevölkerung in den ausgewählten Regionen? Inwieweit wurden die Ziele erreicht (mind. 4% ab 2005 bis Ende 2010)*

■ *Wie setzen sich die Teilnehmer/innen des Projekts nach Alter, Geschlecht, Geburtsland und Bildung zusammen? Inwieweit ist die Zusammensetzung repräsentativ für die zuhause lebende über 65-jährige Bevölkerung in den ausgewählten Regionen?*

Im Jahr 2009 wurden rund 1'300 Fragebogen an Arztpraxen ausgegeben; wie viele davon an 65-jährige und ältere Personen abgegeben wurden, ist nicht bekannt. 180 Fragebogen wurden bei der Pro Senectute Kanton Bern bestellt.

223 Personen haben 2009 einen **Gesundheitsbericht** erhalten, dies entspricht einem Anteil von 0.5 Prozent der ausserhalb von sozialmedizinischen Institutionen wohnhaften Bevölkerung ab 65 Jahren. Seit Beginn der Pilotprojekte im Jahr 2005 haben sich rund **1'200 Personen** am Gesundheits-Profil Verfahren beteiligt. Dies sind unter Berücksichtigung von Doppelzählungen rund **5 bis 5.2 Prozent** der zu Hause lebenden ab 65-jährigen Bevölkerung in den Projektregionen. Das formulierte Ziel (4% bis Ende 2010) wurde damit erreicht.

Angaben zur sozio-demografischen und sozio-ökonomischen Struktur der Teilnehmenden wurden im Rahmen der Evaluation nur für die Teilnehmenden an Hausbesuchen ausgewertet.

Triage zu den Beratungsangeboten

- *Wie ist die Triage (Zuweisung Gruppenkurse / Hausbesuche) ausgestaltet? Inwiefern bestehen Unterschiede zwischen den Projektregionen?*
- *Welche Erfahrungen hat man mit der Triage gemacht? Inwieweit werden die heutigen Kriterien als sinnvoll erachtet?*
- *Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Triage?*

Senior/innen zwischen **65 und 69 Jahren**, die einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben, werden vom Logistikdienstleister zum **Gruppenkurs** eingeladen. Senior/innen **ab 70 Jahren** werden von einer Gesundheitsberaterin telefonisch kontaktiert und erhalten das Angebot für eine **individuelle Beratung / einen präventiven Hausbesuch**. Seit Herbst 2008 gilt dieses Verfahren in allen Projektregionen. Das Kursangebot steht unabhängig von einer Teilnahme am Projekt allen Personen ab 65 Jahren in den Projektregionen offen. Senior/innen ab 70 Jahren, die einen präventiven Hausbesuch in Anspruch nahmen oder aber auf diesen verzichten wollten, konnten ebenfalls am Kursangebot teilnehmen.

Befürwortet wird im Hinblick auf eine möglichst hohe Beteiligung die grösstmögliche Wahlmöglichkeit der Senior/innen für die Beratungsangebote. Als alleiniges Triagekriterium wird das Alter für eine Zuweisung als ungenügend erachtet. Zweckmässig erscheint eine **differenziertere Segmentierung und Triage** gestützt auf ein Fragebogen-Screening. Als Grundlage bietet sich grundsätzlich der Gesundheits-Profil Fragebogen an, der von den meisten Beteiligten jedoch – für diesen Zweck - als eher zu kompliziert erachtet wird. Möglich erscheint auch eine reduzierte Erhebung von Risikofaktoren, darunter Alter, sozialer Status, Bildung, soziales Netz, Anzeichen von Depression, Anzeichen kognitiver Einschränkungen. Gestützt auf das jeweilige Erhebungsinstrument könnte ein Risiko-Score gebildet werden, der als Grundlage für die Zuweisung zu den Beratungsangeboten dient. Personen mit einem tiefen Risiko-Score könnte ein Kursangebot, solchen mit einem hohen Risiko-Score eine individuelle Beratung empfohlen werden. Die **Verantwortung für die Triage** liegt aus ärztlicher Sicht bei den Hausärzt/innen, wobei zu klären bleibt, ob es dabei um eine Triage oder um eine eigentliche Delegation ärztlicher Aufgaben geht.

8.3 Einbezug und Rolle der Hausärzt/innen

Ausgestaltung des Hausarzteinbezugs

- *Wie ist der Einbezug der Hausärzt/innen ausgestaltet? Inwiefern bestehen Unterschiede zwischen den Projektregionen?*

Das **Vorgehen und die Kriterien für den Einbezug der Hausärzt/innen** wurden im Verlaufe des Projekts angepasst. Nach neuem Vorgehen werden die Hausärzt/innen in den Projektregionen **flächendeckend dokumentiert** (Fachmanuale Gesundheits-Profil Verfahren, Projektinformation, Antworttalon zur gewünschten Kommunikationsform mit den Beraterinnen) und zu einer **Einführungsveranstaltung** eingeladen. Damit gelten sie automatisch als in das Projekt eingeschlossen. Die Einführungsveranstaltungen wurden zusammen mit der Geriatrie Universität Bern bestritten bzw. mit dem ärztlichen Fachberater von ZIA.

Nach dem Einschluss der Hausarztpraxen sollen diese durch ein regelmässiges Infobulletin über das Projekt auf dem Laufenden gehalten werden, was nur in der Region Oberaargau bis 2008 praktiziert wurde. Die Hausärzt/innen sollen insbesondere durch persönliche **Besuche und Rückmeldungen der Gesundheitsberaterinnen** für die weitere aktive Teilnahme motiviert werden. In allen Projektregionen werden die Gesundheitsberichte persönlich in die Praxen überbracht. In Lyss wird mit möglichst allen Hausärzt/innen unabhängig von den fallbezogenen Kontakten jährlich ein persönliches Gespräch mit den Hausärzt/innen geführt, in Bern konnten zum Projektstart ebenfalls Gespräche vereinbart werden. Im Oberaargau und in Thun hat man die Bemühungen für einen jährlichen Ärztebesuch aufgegeben und beschränkt sich auf fallbezogene Kontakte mit den Ärzt/innen.

Ein erfolgversprechendes Element beim Hausarztteinbezug sind **ärztliche Referenzpersonen** bzw. **ärztliche Multiplikator/innen** vor Ort, welche das Projekt bei Kolleg/innen bekannt machen und diese dafür gewinnen können. Ein solches Modell besteht heute de facto nur in der Region Oberaargau.

Die Frage nach Verbesserungsbedarf beim Einbezug der Hausärzt/innen bzw. Optimierungsmöglichkeiten bei der Förderung der Teilnahmebereitschaft der Hausärzteschaft wird weiter unten beantwortet.

Dokumentation und Einbezug der Hausärzt/innen

- *Wie viele Hausärzt/innen wurden mit der Projektdokumentation bedient? Inwieweit wurden die Ziele (Dokumentation flächendeckend) erreicht?*
- *Wie viele Hausärzt/innen wurden in das Projekt eingeschlossen, d.h. zu einer Informationsveranstaltung eingeladen? Inwieweit wurden die Ziele (Einladung flächendeckend) erreicht?*
- *Wie viele Hausärzt/innen haben an einer Informationsveranstaltung teilgenommen? Inwieweit wurden die Ziele (Teilnahmequote: mind. 10%, Stadt Bern: 5%) erreicht?*

Das Ziel eines **flächendeckenden Einbezugs** (Dokumentation und Einladung) wurde erreicht. In der Umsetzungsphase 2008-2010 wurden 340 Hausärzt/innen neu in das Projekt eingeschlossen, in den drei Pilotprojekten waren zuvor 40 Hausarztpraxen involviert. Insgesamt konnten in ZIA also 380 Hausarztpraxen eingeschlossen werden (wobei einige zwischenzeitlich ihre Praxis aufgegeben haben oder nicht mehr am Projekt teilnehmen wollen).

In der Umsetzungsphase 2008-2010 haben nur 13 der neu eingeschlossenen 340 Hausärzt/innen an einer Informationsveranstaltung teilgenommen. In der Region Oberaargau lag die **Teilnahmequote** bei 16 Prozent, in der Region Thun bei 10 Prozent. Das anvisierte Ziel (mind. 10%) wurde in diesen Regionen (knapp) erreicht. Deutlich unter dem Zielwert (mind. 5%) lag die Teilnahmequote in Bern mit unter 1 Prozent.

Von allen bis heute eingeschlossenen Hausärzt/innen wurden 56 Personen oder 15 Prozent anlässlich einer Veranstaltung oder persönlich in das Verfahren eingeführt. Der **Anteil der «geschulten» Hausärzt/innen** ist in den verschiedenen Regionen sehr unterschiedlich. Während in der Region Lyss praktisch alle Hausärzt/innen in das Verfahren eingeführt wurden, sind es in Oberaargau/Burgdorf die Hälfte, in Thun/Spiez ein Viertel und in Bern nur gerade 1 von 245 Ärzt/innen.

Bekanntheitsgrad des Projekts ZIA und vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

■ *Wie viele Hausärzt/innen kennen das Projekt ZIA? Inwieweit wurden die Ziele (mind. 30%) erreicht?*

■ *Wie viele Hausärzt/innen haben sich aufgrund von ZIA vertieft mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter auseinandergesetzt? Inwieweit wurden die Ziele erreicht (mind. 5%)?*

Wie aus der Befragung der Hausärzt/innen der vier Projektregionen hervorgeht, wurde das Ziel des erhöhten **Bekanntheitsgrads** insgesamt erreicht bzw. übertroffen. Insgesamt 53% beantworten die Frage, ob sie das Projekt ZIA kennen, mit «Ja». Wird der Anteil derjenigen, die mit «teilweise» geantwortet haben mitberücksichtigt, so sind es sogar 91%, die zumindest vom Projekt gehört haben. Ausser in Thun, wo der Anteil der Ja-Antworten lediglich 27% beträgt, wurde das 30%-Bekanntheitsgradziel überall erreicht. In Thun wurde die Frage zur Kenntnis des Projekts am häufigsten mit «Nein» beantwortet (18%). 55% geben jedoch auch dort an, das Projekt «teilweise» zu kennen. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Rücklauf der Hausärztebefragung (20.4%) etwas verzerrt ist und unter den Hausärzt/innen, die sich nicht an der Umfrage beteiligten, eher solche waren, die das Projekt nicht kannten.

Was das Ziel einer **vertieften Auseinandersetzung** mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter angeht, so ist auf der Grundlage der Hausärztebefragung die Bilanz etwas gemischt. Zwar stimmt insgesamt ein Viertel der Befragten (2% «völlig», 23% «eher») zu, dass das Projekt ZIA zu einer vertiefteren Auseinandersetzung mit dem erwähnten Thema beigetragen habe. Insofern wurde die gesetzte 5%-Grenze gut erreicht. Jedoch finden drei Viertel (75%), dass dies «eher nicht» (39%) bzw. «überhaupt nicht» (35%) zutrefte. Letzteres kann bedeuten, dass ZIA nicht geeignet war, eine Auseinandersetzung anzuregen oder aber, dass sich die Befragten bereits vorher mit dem Thema befasst haben und sich als sensibilisiert wahrnehmen.

Abgabe von Fragebogen und Verwendung des Gesundheitsberichts

■ *Wie viele Hausärzt/innen geben Gesundheits-Profil Fragebogen ab, wie häufig und in welcher Form?*

■ *Wie viele haben bereits Gesundheitsberichte (Kopie) zugeschickt erhalten? Wie gehen die Hausärzt/innen mit den Gesundheitsberichten um, wie werden diese im Praxisalltag verwendet?*

Aufgrund der verfügbaren statistischen Daten lässt sich nicht bestimmen, durch welche der einbezogenen Hausärzt/innen wie viele Gesundheits-Profil Fragebogen abgegeben werden.

Die deutliche Mehrheit bzw. gut zwei Drittel der schriftlich befragten Hausärzt/innen gibt an, noch nie einen Gesundheits-Profil Fragebogen an ihre Patient/innen abgegeben und Gesundheitsberichte zugeschickt erhalten zu haben. Von den 20 Ärzten, die einen oder mehrere Bericht(e) zugeschickt erhielten, wurde überwiegend (70%) angegeben, dass diese mit den Patient/innen besprochen und nicht ohne Besprechung zu den Dossiers abgelegt wurden.

Beurteilung der Zusammenarbeit und der Kommunikation mit der Hausärzteschaft

■ *Wie funktioniert die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen der Trägerschaft bzw. den Umsetzungsorganisationen und den Hausärzten im Projekt? Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den involvierten Hausärzt/innen und den Gesundheitsfachpersonen? Wie wird diese beurteilt? Wie wird die Kommunikation in der Umsetzung des Projekts beurteilt?*

Die Kommunikation mit der Hausärzteschaft in den Projektregionen erfolgt wie beschrieben durch schriftliche Information und persönliche Kontakte. Die Gesundheitsberichte der 70-jährigen und älteren Senior/innen werden von den Gesundheitsberaterinnen jeweils persönlich in die Praxis überbracht, zusammen mit einem kurzen Bericht über die Inhalte der individuellen Beratungen. Bei Bedarf, etwa wenn Fragen

bestehen oder bei Risiko-Patient/innen nehmen die Gesundheitsberaterinnen Kontakt mit den jeweiligen Hausarzt/innen auf. Eine weitergehende **Zusammenarbeit** findet nicht statt.

Von den schriftlich befragten Hausarzt/innen gibt nur ein Viertel der Antwortenden (16 Personen) an, bereits **Austausch mit einer Gesundheitsberaterin** gehabt zu haben. Falls ein Austausch stattfindet, wird dieser positiv beurteilt, negative Rückmeldungen gab es von keiner Person. Dort, wo ein weitergehender Austausch mit den Hausarzt/innen oder den Medizinischen Praxisassistentinnen stattfindet, wird er auch von den Gesundheitsberaterinnen positiv erlebt. Sie erleben die Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen insgesamt jedoch als recht anstrengend und aufwändig. In die Zusammenarbeit bzw. die «Bearbeitung» der Hausarztpraxen muss sehr viel Zeit investiert werden, wenn eine funktionierende Zusammenarbeit zu Stande kommen soll. Die weitgehend fehlenden Rückmeldungen auf die Gesundheitsberichte bzw. die Beratungsberichte werden zudem als frustrierend erlebt.

Die **Kommunikation** mit den Hausarzt/innen im Rahmen des Projekts ZIA wird von den befragten Ärzt/innen in der Tendenz eher negativ beurteilt. Zusammengefasst 36% beurteilen die Kommunikation als «eher schlecht» resp. «sehr schlecht», 28% geben eine positive Einschätzung («eher gut» oder «sehr gut») ab. Mehr als ein Drittel (36%) kann oder will die Frage nicht beurteilen. Das eher negative Urteil kann sich dabei auf verschiedene Aspekte beziehen (Kommunikation durch die Trägerschaft, Qualität der Unterlagen, Qualität der Einführungsveranstaltungen etc.). Knapp 60% der Hausarzt/innen halten fest, dass sie über «ausreichende» oder «eher ausreichende» Informationen zum Projekt verfügen, bei 37% trifft dies eher nicht oder überhaupt nicht zu.

Akzeptanz von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten wie ZIA

■ *Wie hoch ist die allgemeine Akzeptanz von Projekten wie ZIA?*

Insgesamt ist von einer mehrheitlich kritischen Haltung der Hausarzt/innen gegenüber Projekten wie ZIA auszugehen. So teilt eine knappe Mehrheit der befragten Ärzt/innen die Meinung, dass die **Wirkung** von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention **generell überschätzt** werde. Dieser eher ablehnenden Haltung ist bei der Projektkonzipierung Rechnung zu tragen. Eine Mehrheit ist der Auffassung, dass der **Aufwand** einer Projektbeteiligung für Hausarzt/innen **zu gross** sei und – dies ganz deutlich – **zu wenig entschädigt** werde. Hingegen schätzt eine Mehrheit der Hausarzt/innen die **Zusammenarbeit mit den Gesundheitsberaterinnen positiv** - und **nicht als Konkurrenz** - ein und ist der Meinung, dass diese sie in ihren Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung **entlasten** können. Etwas weniger deutlich fällt die positive Einschätzung bezüglich der **Kompetenzen** der an den Projekten beteiligten nichtärztlichen Gesundheitsprofessionals aus.

Beurteilung der Projektelemente durch die Hausärzteschaft

■ *Inwieweit werden das Verfahren als solches und die einzelnen Elemente (Gesundheits-Profil Verfahren, Gruppenkurs, präventive Hausbesuche) von den Hausärzt/innen als nützlich erachtet?*

■ *Inwieweit wurden die für die ergänzenden Beratungsangebote formulierten Ziele erreicht? (positive Einschätzung: mind. 30%, Stadt Bern: 10%; neutral: mind. 50%; negativ: max. 30%).*

Die Meinungen bezüglich des Nutzens der zentralen ZIA-Elemente (Gesundheits-Profil Verfahren, Hausbesuche, Gruppenkurse) halten sich zwischen negativen und positiven Einschätzungen in etwa die Waage. Tendenziell kritischer als die anderen Elemente wird das Gesundheits-Profil Verfahren (Fragebogen und Gesundheitsbericht) beurteilt.

Der Nutzen **der präventiven Hausbesuche** wird von insgesamt 41% der befragten Hausarzt/innen positiv eingeschätzt (Nutzen: 9% «sehr gross», 31% «eher gross»), von praktisch ebenso vielen (43%) jedoch

als negativ (Nutzen: 31% «eher gering», 11% «sehr gering»). Die formulierten Ziele wurden demnach auf der positiven Seite erreicht, aber auf der negativen Seite verfehlt. Hierbei ist aber auch anzumerken, dass der Fragebogen bewusst keine Mittelkategorie («teils/teils», «neutral») enthielt.

Der Nutzen des **Gruppenkursangebots** wird von 37% positiv beurteilt (Nutzen: 9% «sehr gross», 28% «eher gross») und von 31% negativ (Nutzen: 26% «eher gering», 6% «sehr gering»). Letztlich wurden auch beim Gruppenkursangebot die formulierten Ziele teilweise erreicht (Anteil positiver Einschätzungen) und teilweise verfehlt (Anteil negativer Einschätzungen).

Der Nutzen des **Gesundheits-Profil Verfahrens** (Fragebogen und Gesundheitsbericht) wird von den antwortenden Hausärzten vergleichsweise kritisch beurteilt (Nutzen: 20% «eher gross» gegenüber 43% «eher gering», 17% «sehr gering»; die Ausprägung «sehr gross» wurde von keiner Person gewählt).

In der **Gesamtbeurteilung des Projekts** ergibt sich ein ähnliches Bild von positiver und negativer Einschätzung, wobei jedoch niemand das Projekt als «sehr negativ» einschätzt. 11% der Hausärzt/innen beurteilen das Projekt ZIA insgesamt als «sehr positiv», jeweils 38% beurteilen es als «eher positiv» respektive «eher negativ» (13% «weiss nicht»). Die Auswertung nach Regionen ergibt, dass ein vergleichsweise hoher Anteil positiver Beurteilungen aus der Region Bern kommt, wobei in dieser Region auch der Anteil von «weiss nicht»-Antworten gross ist. Ein hoher Anteil negativer Beurteilungen stammt hingegen aus der Region Oberaargau.

Änderungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten

■ *Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich des Einbezugs der Hausärzt/innen?*

Die von den befragten Hausärzt/innen geäusserten **Verbesserungsmöglichkeiten** lassen sich wie folgt zusammenfassen: administrative Vereinfachung entsprechender Projekte, angemessene Vergütung/Entschädigung der Hausärzt/innen für ihren Aufwand, stärkerer Einbezug der Hausärzt/innen in der Planungsphase entsprechender Projekte und regelmässiger Information der Ärzteschaft und mehr Informationsmaterialien zum Auflegen oder Abgeben in der Praxis.

Diese Rückmeldungen decken sich im Kern mit der Einschätzung der Projektbeteiligten. Sie verorten das Problem nicht oder nicht primär in einer mangelnden Sensibilisierung der Hausärzteschaft für die Belange der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, sondern vielmehr bei der Frage, wie sich solche Projekte vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung umsetzen lassen. Eine zentrale Rolle spielt dabei auch die Finanzierung des hausärztlichen Engagements in diesem Bereich. Bereits heute bietet das Tarifsystem (Tarmed) die Möglichkeit, entsprechende Leistungen abzurechnen, jedoch müsste diese Möglichkeit besser kommuniziert werden. Angesichts der grossen Abwehrhaltung, die in der Hausärzteschaft aktuell gegenüber «neuen» Aufgaben vorhanden ist, ist es noch stärker von Bedeutung, dass die Projekte eine hohe Glaubwürdigkeit betreffend Trägerschaft, Inhalten und Wirkung aufweisen und der Kommunikation mit den Hausärzt/innen grosse Bedeutung zugemessen wird. Eine entscheidende Rolle dürfte im Hinblick auf beide Aspekte der enge Einbezug der Hausärzt/innen über Ärzteorganisationen und anerkannte Exponent/innen bei der Projektplanung und Projektdurchführung spielen.

8.4 Präventive Hausbesuche

Zielgruppenerreichung

■ *Wie viele 70-jährige und ältere Personen, die einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausgefüllt haben, wurden telefonisch kontaktiert? Wie viele haben einen Hausbesuch in Anspruch genommen? Inwieweit wurden die Ziele erreicht (Teilnahmequote: mind. 70%).*

Im Jahr 2009 wurden 164 Gesundheits-Profil Fragebogen von 70-jährigen und älteren Teilnehmer/innen ausgewertet. Dies entspricht einem Anteil von 0.6 Prozent an den zu Hause lebenden Personen ab 70 Jahren in den Projektregionen insgesamt. Sobald der Gesundheitsbericht bei den Umsetzungsorganisationen eintrifft, werden alle Senior/innen telefonisch kontaktiert.

Wie viele Senior/innen einen Fragebogen ausgefüllt haben, der aufgrund der verlangten Kriterien (Angabe des Hausarztes, Hausarzt im Projekt eingeschlossen) nicht ausgewertet werden konnte, ist nicht bekannt. Die Trägerschaft schätzt die Zahl aufgrund der Rücksprachen mit dem Logistikdienstleister auf 10 Fragebogen im Jahr 2009, was einem Anteil von vier Prozent an den ausgefüllten Fragebogen entsprechen würde. Die betroffenen Personen konnten von den Gesundheitsberaterinnen nicht kontaktiert werden.

Im Jahr 2009 haben **190 Personen** einen **Erstbesuch** erhalten, darunter solche, die gegen Ende Jahr 2008 den Fragebogen ausgefüllt haben. Alles in allem wurden **640 Hausbesuche** (Erst- und Folgeberatungen) sowie **600 telefonische Beratungen** durchgeführt.

Die **Teilnahmequote** an den Hausbesuchen lässt sich nicht exakt beziffern, da keine fallbezogenen Daten vorliegen. Aufgrund der oben präsentierten Zahlen (164 ausgewertete Fragebogen, 180 Erstbesuche) und der Erfahrungen der Gesundheitsberaterinnen kann davon ausgegangen werden, dass das gesetzte Ziel von 70 Prozent erreicht bzw. übertroffen wird. Rund 90 Prozent der kontaktierten Senior/innen wollen laut den Beraterinnen einen Besuch in Anspruch nehmen.

Besuchsfrequenz

■ *Welche Erfahrungen haben die Gesundheitspflegefachpersonen mit dem Vorgehen betreffend die Besuchsfrequenz bei den Hausbesuchen gemacht? Hat sich dieses bewährt?*

■ *Wie wird das Vorgehen bezüglich der Besuchsfrequenz von den teilnehmenden Senior/innen beurteilt?*

■ *Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Besuchsfrequenz der Hausbesuche?*

Bei Senior/innen mit wenig Risiken und günstigem Gesundheitshandeln wird die persönliche Beratung nach dem Erstbesuch grundsätzlich abgeschlossen. Bei Teilnehmenden mit mittleren Risiken ist ein Folgebesuch **alle 3 Monate** vorgesehen, bei Personen mit wenigen Risiken aber ungünstigem Gesundheitshandeln ein Besuch **alle 6 Monate**. Hochrisiko-Personen, die bisher nicht als solche erkannt wurden, werden mit deren Einverständnis an die zuständige Stelle, bspw. Spitex, überwiesen.

Eine höhere Besuchsfrequenz ist insbesondere bei Immobilität, Demenzverdacht und Stürzen angezeigt, die erwiesenermassen zu erhöhter Pflegeabhängigkeit führen. Auch bei Personen in sozial schwierigen Situationen kann erhöhte Beratungsfrequenz sinnvoll sein. Der Abstand von drei Monaten bewährt sich bei Personen mit mittleren Risiken generell, besonders bei den oben genannten Konstellationen kann jedoch in Einzelfällen der Besuch häufiger als alle drei Monate sinnvoll sein. Bei längeren Frequenzen von sechs Monaten besteht die Gefahr, dass der Beratungsinhalt verfallen kann. Hier sind telefonische Rückfragen ein geeignetes Mittel.

90 Prozent der befragten **Teilnehmer/innen von Hausbesuchen** fanden den Abstand zwischen den Besuchen in ihrem Fall «gerade richtig». Für 5 Prozent war der Abstand eher zu lang, für 3 Prozent zu kurz.

Nach den Erfahrungen der Beraterinnen ist es häufig sinnvoll, zu Beginn in kürzeren Abständen zu beraten und später den Abstand auszuweiten. Längere Abstände zwischen den Beratungen können mit telefonischen Rückfragen überbrückt werden. Hier wäre es sinnvoll, entsprechende Kriterien für den Einsatz von telefonischen Beratungen zu erarbeiten (siehe dazu auch weiter unten).

Qualität der präventiven Hausbesuche aus Sicht der Teilnehmer/innen

■ *Wie ist die Qualität von präventiven Hausbesuchen aus der Sicht der teilnehmenden Senior/innen zu beurteilen (Zufriedenheit, Nützlichkeit, Berücksichtigung der Anliegen, etc.)? Wurden die formulierten Ziele erreicht? (Vertrauensverhältnis, Responsivität: mind. zwei Drittel der Teilnehmer/innen; Weiterempfehlung des Angebots: mind. die Hälfte der Teilnehmer/innen).*

Die **Beratungsstruktur** wird von den befragten Teilnehmer/innen der Hausbesuche weitestgehend positiv bewertet, jeweils mindestens 90 Prozent finden sowohl die Besuchsdauer als auch die Beratungsfrequenz «gerade richtig».

Die Teilnehmenden geben grossmehrheitlich zur Auskunft, dass sich die zuständige Beraterin verständlich ausgedrückt hat (**Verständlichkeit**) und sie auf die vorhandenen Fragen und Anliegen eingegangen ist (**Responsivität**). Die Teilnehmenden haben hohes Vertrauen in die Gesundheitsberaterinnen (**Vertrauen**) und nehmen diese als kompetent wahr (**Kompetenz**) (völlige Zustimmung: 83% bis 91%). Teilnehmer/innen, die erst einen Hausbesuch erhalten haben, sind in der Beurteilung der Aspekte Vertrauen, Responsivität und Kompetenz etwas zurückhaltender als solche, bei denen bereits Folgebesuche stattgefunden haben. Dies bestätigt die Erfahrung, dass für den Vertrauensaufbau genügend Zeit einzurechnen ist. Die formulierten Ziele betreffend Responsivität und Vertrauen konnten jedoch erreicht bzw. übertroffen werden.

Die in der Beratung erarbeiteten **Empfehlungen und Tipps** werden mehrheitlich als nützlich bewertet. Der grösste Teil ist damit «sehr zufrieden» (64%) oder «zufrieden» (26%). Die Hälfte der Teilnehmenden (52%) können die Empfehlungen «gut in ihren Alltag umsetzen». Für knapp einen Drittel (31%) stimmt dies nur «teilweise». Vor allem Personen, die ihren Gesundheitszustand als mässig oder eher schlecht bezeichnen, sind bezüglich der Umsetzbarkeit skeptischer als solche mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit. Es ist auch anzuführen, dass sich kein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Umsetzbarkeit der Empfehlungen und den Verhaltensänderungen feststellen lässt: Personen, welche die gute Umsetzbarkeit vorbehaltlos bejahen, haben ihr Verhalten nicht häufiger verändert als solche, die bezüglich Umsetzbarkeit skeptischer waren resp. haben von diesen nicht weniger etwas verändert. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die Empfehlungen adäquat sind, aber deren Umsetzung oder Nicht-Umsetzung primär von anderen Faktoren abhängt, wie der Motivation der Teilnehmer/innen.

Die Teilnehmer/innen weisen insgesamt eine hohe **Zufriedenheit** mit der Beratung auf (68% «sehr zufrieden», 23% «eher zufrieden», 5% «teils-teils»), niemand war mit der Beratung unzufrieden. 68 Prozent würden das Angebot «auf jeden Fall» **weiterempfehlen**, 26% würden dies eher tun, 2% eher nicht, was ebenfalls auf eine hohe Zufriedenheit verweist. Die entsprechenden Ziele (Weiterempfehlung: mind. 50%) wurden erreicht bzw. übertroffen.

Insgesamt ist von einem **Nutzen des Angebots** bei der Mehrheit der Teilnehmer/innen auszugehen. 57 Prozent Teilnehmenden würden die Beratung «auf jeden Fall» wieder in Anspruch nehmen, 26 Prozent

«eher ja». Für eine Minderheit ergab sich ein eher geringer Nutzen. 11 Prozent würden das Angebot «eher nicht», 1 Prozent «sicher nicht» wieder in Anspruch nehmen.

Wirkungen der präventiven Hausbesuche

■ *Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den präventiven Hausbesuchen aus der Sicht der SeniorInnen erzielt? Wurden die Ziele erreicht? (Informationsgewinn, mind. zwei Drittel der TeilnehmerInnen; Konkrete Beispiele von Verhaltensänderungen: mind. die Hälfte der Teilnehmenden)*

■ *Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den präventiven Hausbesuchen aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen erzielt?*

Die Mehrheit der befragten **Teilnehmer/innen an präventiven Hausbesuchen** sind nach eigenen Angaben besser informiert über Aspekte rund um ihre Gesundheit (69%) sowie über die Angebote für Senior/innen in ihrer Umgebung (62%). Das formulierte Ziele betreffend den **Informationsgewinn** wurde insgesamt erreicht. Die präventiven Hausbesuche konnten mehrheitlich zu einer **Sensibilisierung** der Teilnehmenden beitragen. Zwei Drittel der Teilnehmenden (64%) ist das Thema Gesundheit heute wichtiger als vor der Beratung. 46 Prozent wurden durch die Beratung angeregt, Probleme mit ihrem Hausarzt zu besprechen (**Interaktion mit dem Hausarzt**).

40 Prozent der Teilnehmer/innen berichten von konkreten **Verhaltensänderungen**, 48 Prozent verneinen die Frage, ob sie heute etwas anders machen als vor der Beratung. Ein Einfluss des Gesundheitszustands der Personen auf die Verhaltensänderung lässt sich nicht feststellen. Bei jüngeren Teilnehmenden (< 80 Jahre) halten sich Verhaltensänderungen (47%) und unverändertes Verhalten (49%) die Waage («weiss nicht»: 5%). Bei älteren Teilnehmenden berichten 35% von Verhaltensänderungen, 45% von unverändertem Verhalten («weiss nicht»: 21%). Die selbstdeklarierten Änderungen betreffen in erster Linie Bewegung und Mobilität (Körperliche Aktivität, Sturzprävention, Gleichgewicht, Kraft etc.), das Gesundheitsbewusstsein (bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit, positives Denken etc.) und die Ernährung (gesundheitsförderliche Ernährung, Trinkverhalten etc.).

Das anvisierte Ziel hinsichtlich der selbstdeklarierten Verhaltensänderungen (mind. 50% der Teilnehmenden) wurde nicht erreicht. Es ist darauf hinzuweisen, dass einmalige Interventionen, die mit der Beratung zusammenhängen (Präventionsuntersuchung, Erstellen einer Medikamentenkarte, Anpassungen im Wohnbereich etc.) durch das Selbstreporting der Teilnehmenden nicht erfasst werden. Die Umsetzung von Beratungszielen und vereinbarten Massnahmen wird von den Gesundheitsberaterinnen im Rahmen der Beratungen überprüft und in der Beratungsdokumentation festgehalten. In der durchgeführten Evaluation wurde keine Auswertung der Beratungsdossiers vorgenommen.

Die in der Befragung der Teilnehmer/innen an präventiven Hausbesuchen erhobenen Resultate decken sich weitgehend mit den Erfahrungen der **Gesundheitsberaterinnen**. Laut den Erfahrungen können jedoch in einer Mehrheit der Beratungen Wirkungen erzielt werden, in erster Linie auf der Ebene von Wissen, Gesundheitsbewusstsein und Motivation und bezüglich einmaliger Interventionen (Medikamentenmanagement, Seh- und Hörhilfen, weitergehende Abklärung/Beratung, etc.). **Längerfristige Veränderungen** des Gesundheitsverhaltens lassen sich erfahrungsgemäss eher im Bereich Bewegung umsetzen, als in biografisch stark verankerten und dadurch stabilen Bereichen, wie Ernährungsverhalten oder Sozialverhalten. Die Gesundheitsberaterinnen sind auch mit «beratungsresistenten» Teilnehmer/innen konfrontiert, bei denen es schwierig ist, mit individueller Beratung - zumindest für die Beraterinnen erkennbar – etwas zu bewirken. Beobachtet wird dies öfters bei Teilnehmer/innen in sehr hohem Alter («das bringt bei

mir eh nichts mehr») sowie solchen, bei denen – generell oder situationsbedingt – keine Veränderungen im Leben Platz haben. In solchen Fällen erweisen sich Motivationsbestrebungen als aufwändig.

Änderungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten

■ *Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Durchführung der Hausbesuche?*

Nicht abschliessend geregelt ist in ZIA die Frage der **Zahl der Beratungsbesuche**. Grundsätzlich ist die **Beratungsdauer** auf zwei Jahre beschränkt. Ein besonderes Vorgehen wurde in der Umsetzungsphase in der Region Lyss praktiziert. Die Teilnehmenden werden nach zwei Jahren auf die Möglichkeit hingewiesen, erneut einen Gesundheits-Profil Fragebogen auszufüllen und können bei Bedarf über eine längere Zeitdauer Beratungen in Anspruch nehmen. In diesen Fällen geht es in erster Line darum, eine jährliche Standortbestimmung vorzunehmen und gegebenenfalls auf Veränderungen beim Beratungsbedarf zu reagieren. Bei einer länger dauernden Beratung mit regelmässigen Hausbesuchen besteht erfahrungsgemäss die Gefahr, dass die Beraterinnen von einer beratenden in eine begleitende Rolle geraten. Eine besondere Herausforderung stellt sich durch isolierte Betagte, bei denen die Spitex in keiner Form involviert ist. Hier bewegen sich die Beraterinnen auf einer Gratwanderung zwischen **Gesundheitsberatung und Begleitung**, die in den Regionen unterschiedlich gehandhabt wird und eine Klärung im Hinblick auf die Funktion des Angebots erfordert. In der Projektweiterentwicklung bzw. in der Fortbildung sollte man sich verstärkt auch mit entsprechenden Rollenkonflikten und möglichen Lösungen befassen.

Die **telefonischen Beratungen** stellen im Projekt ZIA eine Ergänzung bzw. Alternative zu den persönlichen Hausbesuchen dar. Es wäre sinnvoll, bezüglich des Einsatzes von telefonischen Beratungen entsprechende Kriterien bzw. Best-Practice-Standards zu erarbeiten (In welchen Fällen sind telefonische, in welchen persönliche Beratungen sinnvoll? Wie können präventive Hausbesuche und telefonische Beratungen im Einzelfall sinnvoll kombiniert werden? Etc.).

8.5 Gruppenkursangebot

Zielgruppenerreichung

■ *Wie viele 65- bis 69-jährige Personen, die einen Gesundheitsprofil Fragebogen ausgefüllt haben, wurden zum Gruppenkurs eingeladen? Wie viele haben insgesamt an einem Gruppenkurs teilgenommen? Inwieweit werden die anvisierten Ziele erreicht? (Teilnahmequote: mind. 20% bis Ende 2010).*

Senior/innen zwischen 65 und 69 Jahren, deren Gesundheits-Profil Fragebogen ausgewertet wurde, erhalten vom Logistikdienstleiter automatisch eine Einladung zum Gruppenkurs. Der Gruppenkurs steht unabhängig von einer Teilnahme an ZIA allen Personen ab 65 Jahren in den Projektregionen offen.

Im Jahr 2009 haben **249 Personen** an einem Gruppenkurs teilgenommen. Die **Teilnahmequote** der 65- bis 69-jährigen Personen, die am Projekt ZIA teilgenommen haben, lässt sich basierend auf den im Projekt erhobenen Daten nicht bestimmen.

Qualität des Gruppenkurses aus Sicht der Teilnehmer/innen

■ *Wie ist die Qualität der Gruppenkurse aus der Sicht der teilnehmenden Senior/innen zu beurteilen (Zufriedenheit, Nützlichkeit, Berücksichtigung der Anliegen, etc.)? Wurden die formulierten Ziele erreicht? (Interessant/lehrreich, positive Bewertung der Methodik: mind. zwei Drittel der Teilnehmer/innen).*

■ *Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den Gruppenkursen aus der Sicht der Senior/innen erzielt? Wurden die Ziele erreicht? (Angestrebte Verhaltensänderung: mind. ein Drittel der Teilnehmer/innen)*

■ *Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den Gruppenkursen aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen erzielt?*

Die **Rahmenbedingungen des Gruppenkurses** werden von den Kursteilnehmenden mehrheitlich positiv beurteilt. Die zeitliche Dauer der Kleingruppen ist für 82% «gerade richtig», die Kursräumlichkeiten für praktisch alle «gut geeignet» (59%) oder «geeignet» (41%). Inwieweit die Ziele betreffend der positiven Bewertung der Methodik erreicht werden, kann aufgrund der in der Kursevaluation erfassten Angaben nur begrenzt beurteilt werden. Hinsichtlich der Austauschmöglichkeiten in den Kleingruppen wurde das Ziel erreicht bzw. übertroffen.

Die **Kursinhalte** stossen auf ein insgesamt grosses Interesse. Für mehr als drei Viertel der Teilnehmenden sind die Fachreferate zum Thema Bewegung und zum Thema Ernährung «sehr interessant» (68% resp. 64%, 31% resp. 33% «eher interessant». Auf ein etwas geringeres Interesse stossen die Inhalte im Bereich Soziales, die jedoch auch von 56% als «sehr interessant» und 38% als «interessant» wahrgenommen werden. Die formulierten Ziele diesbezüglich wurden insgesamt erreicht bzw. übertroffen.

58 Prozent der Kursteilnehmenden können sich vorstellen, aufgrund des Kurses etwas in ihrem Alltag zu verändern, ein Drittel kann sich dies «eventuell» vorstellen. Inwieweit das formulierte Ziel hinsichtlich der **Absicht zur Verhaltensänderung** (mind. ein Drittel der Teilnehmer/innen) erreicht wurde, kann nicht eindeutig beantwortet werden, da mit der in der Kursevaluation gestellten Frage nur bedingt eine Verhaltensabsicht gemessen wird («Können sie sich vorstellen...»).

Welche Wirkungen bei den Teilnehmenden von den durchführenden Kursleitenden und Fachreferent/innen beobachtet werden konnten, wurde im Rahmen der externen Evaluation nicht untersucht. Die entsprechende Fragestellung kann daher nicht beantwortet werden. Es kann allgemein festgehalten werden, dass Gruppeninterventionen von allen befragten Akteur/innen als grundsätzlich sinnvolles Angebot wahrgenommen und in ihrer Wirksamkeit nicht in Frage gestellt werden.

Änderungsbedarf, Verbesserungsmöglichkeiten

■ *Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Durchführung der Gruppenkurse?*

Das Gruppenkursangebot bildete keinen Schwerpunkt der externen Evaluation. Durchführung, Änderungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten wurden daher in den Gesprächen nicht systematisch angesprochen. Hinsichtlich der Planung von Kursen ist im Hinblick auf eine möglichst hohe Beteiligung auf den Durchführungszeitpunkt (nicht in den Sommermonaten) und den Durchführungsort (zentral, gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr) zu achten. Eine breite Ausschreibung via Inserat in der lokalen Presse erweist sich als wirkungsvoller, allerdings kostspieliger Rekrutierungskanal. Die beste Resonanz besteht erfahrungsgemäss, wenn die Zielgruppe von Seniorenorganisationen, Seniorennetzwerken bzw. dem Seniorenrat direkt angeschrieben werden.

8.6 Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

■ Welche Hinweise zu Kosten und Nutzen von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ergeben sich aus der internationalen Literatur? Inwieweit lassen sich diese auf die Situation in der Schweiz bzw. im Kanton Bern übertragen?

■ Welches sind die mit dem Projekt ZIA verbundenen Kosten und Nutzen? In welchem Verhältnis stehen Kosten und Nutzen des Präventionsprojekts?

Die Literaturanalyse zu Kosten und Nutzen von Projekten und Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter hat gezeigt, dass es sich bei der grossen Mehrheit der verfügbaren Studien um Wirksamkeits- (Effectiveness) und Kosten-Wirksamkeits-Analysen (Cost-Effectiveness) handelt. Explizite Kosten-Nutzen-Analysen (Cost-Benefit; Netto-Nutzen-Betrachtungen) von multidimensionalen Präventionsmassnahmen wie präventiven Hausbesuchen oder Gesundheitsförderungskursen konnten keine gefunden werden. Insgesamt ist das Bild uneinheitlich. Es gibt sowohl Studien, die die Kosten-Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen nachweisen als auch Studien, die den Hausbesuchen keine Kosten-Wirksamkeit zuschreiben. Es kann aber auch festgehalten werden, dass gerade Arbeiten aus der Schweiz (vgl. Stuck et al. 1995b, 2000) präventive Hausbesuche unter bestimmten Voraussetzungen (u.a. multidimensionales Assessment, mehrere Folgebesuche durch qualifizierte Fachpersonen, relativ gesunde Zielgruppe, ca. 75- bis 80-Jährige) als kostenwirksam einstufen.

Im Rahmen der vorliegenden Ex-post-Evaluation konnten die Kosten-Nutzen-Relationen des Projekts ZIA bei der gegebenen Datenlage nicht genauer spezifiziert und beurteilt werden. Bezüglich des Nutzens ist anzumerken, dass auf Grundlage der Klientenbefragungen (Self-Reporting) bei rund zwei Dritteln der Personen mit Hausbesuchen von positiven Effekten auf die Gesundheitskompetenzen und bei rund 40 Prozent auf ein gesundheitsförderliches Verhalten ausgegangen werden kann. Ein Nachweis dieser Effekte lässt sich allerdings weder beweisen noch widerlegen. Der mit den Interventionen verbundene Aufwand in ZIA kann als relativ gross bezeichnet werden. Er liegt bezogen auf das «durchschnittliche» Projektjahr 2009 bei rund CHF 1'335 pro «Gesundheits-Profil Verfahren-, Beratungs- und Gruppenkursteilnehmende» (engere Definition der «erreichten Fälle») resp. CHF 562 pro «erreichten Fall» bei einer weiter gefassten Definitionen (inkl. Teilnehmende an Sensibilisierungsveranstaltungen). Der Hauptteil des Aufwands entsteht dabei nicht durch die materiellen Kosten für die Kernelemente (Gesundheits-Profil Fragebogen, Hausbesuche, Gruppenkurse) sondern durch die sehr umfangreichen Vernetzungs-, Organisations- und Kommunikationsarbeiten sowie die weiteren klientenbezogenen Angebote (Telefonische Beratungen, themenspezifische Sensibilisierungsveranstaltungen etc.).

Sehr grobe Hochrechnungen für das Jahr 2009, bei denen zu Illustrationszwecken die Kosten des Kantons für einen Pflegeheimplatz beigezogen wurden, deuten darauf hin, dass zur Erreichung einer Kostenneutralität für den Kanton durch die ZIA-Massnahmen bei den «erreichten» ZIA Teilnehmenden der Pflegeheimeintritt um durchschnittlich 8 Tage (weitere Definition der «erreichten Personen») resp. 18 Tage (konservativere Definition der «erreichten Personen») pro Person hinausgezögert werden müsste. Bei Betrachtung der Jahreskosten für einen Pflegeheimplatz müsste die Pflegeheimplatzbeanspruchung bei 5% der «erreichten Personen» (konservativere Definition) um 1 Jahr verschoben werden können. Ob dieses Ziel plausibel und erreichbar ist, lässt sich auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht beantworten. Zumindest von den Grössenordnungen her (Verzögerung Heimeintritt) erscheint es grundsätzlich erreichbar.

9 Schlussfolgerungen und Gesamtbeurteilung

Auf der Basis der erarbeiteten Ergebnisse wird zum Schluss eine Gesamtbeurteilung vorgenommen. Dabei werden die aus unserer Sicht wichtigsten Ergebnisse der Evaluation noch einmal aufgegriffen und Schlussfolgerungen gezogen. Im Vordergrund stehen dabei die folgenden Fragestellungen:

- Wie ist die Organisation insgesamt zu beurteilen? Wie sind die unterschiedlichen Organisationsmodelle zu beurteilen?
- Wie bewährt sich das gewählte Verfahren in der Umsetzung? Welche Unterschiede sind bei der Umsetzung in städtischen und ländlichen Gebieten zu beachten?
- Welche Leistungen werden durch das Projekt erbracht? Welche Wirkungen werden erzielt? Wurden die anvisierten Ziele erreicht?
- Wie sind Kosten und Nutzen des Projekts zu beurteilen?
- Welche Verbesserungen können vorgenommen werden? (Querschnitt-Thema)

9.1 Beurteilung der Organisation des Projekts

■ Der Kanton Bern hat die Trägerschaft des **Gesamtprojekts** «Gesundheitsförderung und Prävention im Alter» und die Koordination der flächendeckenden Ausweitung und Umsetzung im deutschsprachigen Kantonsteil mittels einer Leistungsvereinbarung für die Jahre 2008-2010 an die Pro Senectute Kanton Bern übertragen. Der Kanton verzichtet dabei weitgehend auf eine Steuerung des Projekts über die Vorgabe von Leistungs-, Wirkungs- und/oder Qualitätszielen. Dies ist insofern zweckmässig, als es in der aktuellen Umsetzungsphase darum geht, verschiedene Umsetzungsmodelle zu erproben und die Vollzugstauglichkeit des Projekts zu überprüfen. Der Kanton belässt so den nötigen Spielraum, um Grundlagen zu schaffen, anhand derer über die künftige Organisation entschieden werden kann. Längerfristig dürfte aus politischer Sicht eine weitergehende Projektsteuerung erforderlich sein (hoher Legitimations- und Rechenschaftslegungsbedarf gegenüber der Politik).

■ Im Projekt ZIA wurden lokal drei **Organisationsmodelle** erprobt. Bei zwei Modellen handelt es sich um eine «All-in-one-Lösung» (Modell «Pro Senectute», Modell «Spitex»), in einem Fall um eine Lösung mit Aufgabenteilung (Modell «Pro Senectute mit Spitex»). Die Organisationsmodelle wurden lokal und unter jeweils bestimmten organisatorischen Voraussetzungen und regionalen Kontextbedingungen erprobt. Sie können nur begrenzt als Referenzmodelle einer flächendeckenden Implementierung interpretiert werden. Im Sinne einer Bilanz können folgende Feststellungen gemacht werden:

- Bei der Umsetzung der einzelnen Kernelemente des Projekts ZIA sind unterschiedliche organisatorische Rahmenbedingungen vorteilhaft, welche nicht zwingend in einer Organisation allein vorhanden sind. Die Organisation und Moderation von Gruppenkursen, individuelle Beratungen im Rahmen von präventiven Hausbesuchen, die Vernetzungs-, Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit erfordert von den durchführenden Organisationen und Personen jeweils ganz unterschiedliche Voraussetzungen, Qualifikationen und Kompetenzen. Beides legt prinzipiell nahe, dass organisatorisch und personell eine Aufgabenteilung zweckmässig ist.
- Die Wahl und Eignung der Modelle hängt massgeblich von der künftigen Ausrichtung eines Projekts zur Gesundheitsförderung und Prävention ab resp. davon, ob allfällige Schwerpunkte eher im medizinisch/geriatriisch-präventiven Bereich gesetzt werden (Vorsorge, Frühintervention) oder eher im gerontologisch/geriatriisch-gesundheitsförderlichen Bereich (Gesundheitsförderung, Sozial- und Gesundheitsberatung). Unter bestimmten Voraussetzungen sind sowohl Pro Senectute als auch Spitex geeig-

nete Organisationen für die Durchführung von präventiven Hausbesuchen, wie die Untersuchung zeigt.

- Es kann festgehalten werden, dass alle erprobten Modelle grundsätzlich funktionieren und sich bewähren können. Auf der verfügbaren Datengrundlage ist keine Bewertung der Effektivität und Effizienz der einzelnen Modelle möglich. Hierzu wäre eine detailliertere Datengrundlage zu den Kosten- und Leistungselementen erforderlich. Mit Blick auf eine optimale Nutzung der in der Organisationen vorhandenen fachlichen Ressourcen und die Authentizität der durchführenden Organisationen erachten wir unter den aktuellen Rahmenbedingungen und unter bestimmten organisatorischen Voraussetzungen ein Modell «Pro Senectute mit Spitex» als vorteilhaft, bei dem das Gruppenkursangebot durch die Pro Senectute und die Hausbesuche durch die Spitex durchgeführt werden.
- Sowohl bei der Pro Senectute als auch bei der Spitex ist die Durchführung von präventiven Hausbesuchen in erster Line als eigenständiges Zusatzangebot denkbar, das organisatorisch und personell von den übrigen Leistungsbereichen getrennt ist. Bei der Pro Senectute ergibt sich dies automatisch, da die Fachkompetenzen in der Organisation nicht bereits vorhanden sind. Der gleichzeitige Einsatz von Spitex-Mitarbeitenden im Rahmen von Hauspflege und präventiven Hausbesuchen stellt einerseits organisatorisch eine Herausforderung dar (Einsatzplanung), andererseits im Hinblick auf die Qualitätssicherung (Rollenkonflikte, Einsatzvolumen). Bei einem solchen Modell müsste für die Gesundheitsberaterinnen ein Mindesteinsatzvolumen gewährleistet werden, bspw. über entsprechende Vorgaben im Rahmen der Leistungsvereinbarung.
- In kleinen Spitex-Regionen dürfte die Anzahl Mindesteinsätze kaum erreicht werden können. Ein überregionales Engagement der Spitex, wie es bspw. im Bereich der Kinderspitex praktiziert wird, dürfte allenfalls realistisch sein, wenn es sich bei präventiven Hausbesuchen um eine über KVG finanzierte Leistung handeln würde. Ansonsten dürfte es sich für die Spitex-Organisationen als schwierig erweisen, mit einem Angebot, das durch den Kanton finanziert wird, in anderen Spitex-Regionen tätig zu werden. Dies gilt es auch mit Blick auf die Zusammenarbeit mit den Hausärzt/innen in den jeweiligen Regionen zu beachten (Ansprache durch verschiedene Spitex-Organisationen).

9.2 Das Projekt ZIA in der Umsetzung

■ In der Umsetzungsphase 2008-2010 ist deutlich geworden, dass bezüglich der Ausrichtung, Ziele und Umsetzung des Projekts ZIA bei den verschiedenen am Projekt beteiligten Akteuren unterschiedliche Vorstellungen bestehen. Dies lässt eine grundsätzliche Klärung bezogen auf die Ausrichtung eines Programms bzw. Projekts zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter im Kanton Bern, die Programmziele sowie die Funktion der Programmelemente und deren konkrete Umsetzung notwendig erscheinen.

■ Ein entsprechendes Programm kann in seiner Ausrichtung eher medizinisch/geriatriisch-präventiv oder eher geriatriisch/gerontologisch-gesundheitsförderlich orientiert sein. Das im Projekt eingesetzte Gesundheits-Profil Verfahren entspricht eher dem ersten Modell, das im Projekt praktizierte Beratungsangebot eher dem zweiten Modell.

■ Erforderlich ist eine weitergehende Klärung der Ziele und Zielgrössen eines Projekts wie ZIA. Als Ziele werden etwa die Verbesserung der Gesundheitskompetenz, die Verbesserung der Mobilität, die Steigerung der Lebensqualität, die Verringerung der Morbidität bzw. der Krankheitskosten, die Verringerung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit bzw. der ambulanten Pflegekosten, die Verzögerung der Heimeintritte bzw. der stationären Pflegekosten etc. genannt.

■ Das Projekt ZIA zeichnet sich in der aktuellen Form durch eine Art «Inkompatibilität» der zentralen Elemente (Gesundheits-Profil Verfahren, individuelle Beratung, Gruppenkurse) aus, da die einzelnen Elemente in ihrer Funktion ungenügend klar und ihrer Ausgestaltung ungenügend aufeinander abgestimmt sind. Das eingesetzte Gesundheits-Profil Verfahren eignet sich nicht optimal als Zubringer und Grundlage für das Beratungsangebot, umgekehrt stellt das Beratungsangebot keine konsequente Folgeintervention zum Gesundheits-Profil Verfahren dar. Eine flächendeckende Einführung des Verfahrens auf der Grundlage der drei Elementen, wie sie in der aktuellen Form eingesetzt werden, kann aufgrund der Erfahrungen nicht empfohlen werden. Es ist erforderlich, die eingesetzten Elemente hinsichtlich ihrer Funktion zu überprüfen und aufeinander abzustimmen.

■ Dem Assessment können unterschiedliche Funktionen zugeschrieben werden. Es kann als Instrument zur Früherkennung von Risiken verstanden werden, als eigentliches Instrument der Frühintervention oder als Instrument für die Triage zu weitergehenden Beratungsangeboten. Auch den präventiven Hausbesuchen können unterschiedliche Funktionen zugeschrieben werden. Flächendeckend eingesetzt können auch sie theoretisch als Instrument der Früherkennung verstanden werden. In der Regel stellen sie jedoch ein Instrument im Dienste der Gesundheitsförderung und Prävention dar.

■ Das parallele, hierarchische Vorgehen bei der Ansprache der Senior/innen über die Hausärzteschaft einerseits («aktive Rekrutierung») und zielgruppennahe Multiplikator/innen andererseits («passive Rekrutierung») kann grundsätzlich als der richtige Weg erachtet werden. Der Zugang über die Hausärzt/innen verspricht eine hohe Compliance und das Erreichen sozial benachteiligter Zielgruppen. Es kann zudem eher gewährleistet werden, dass nicht primär sensibilisierte und «gesunde» Personen erreicht werden. Die Schwierigkeiten liegen jedoch vorgelagert in der geringen Teilnahmebereitschaft der Hausärzteschaft. Soll auch künftig auf die Hausärzt/innen gesetzt werden, müsste der Zugang über sie optimiert werden. In diesem Zusammenhang ist das Vorgehen beim Einbezug der Hausärzt/innen und deren grundsätzliche Rolle zu überdenken. Diesen Aspekten wird im interkantonalen Projekt zur Erarbeitung von Best Practice Empfehlungen nachgegangen. Die Teilnahmebereitschaft der Hausärzteschaft hängt in starkem Masse mit der hohen Arbeitsbelastung und damit verbunden den fehlenden finanziellen Anreizen für eine aktive Teilnahme zusammen. Aufgrund der Erfahrungen im Kanton Bern und in anderen Kantonen und mit Blick auf die ungelöste Frage der Finanzierung macht es Sinn, weitere Zugangswege zu optimieren bzw. zu prüfen, bspw. ein gezielter Zugang über die EL-Stellen.

■ Anpassungsbedarf besteht hinsichtlich der Triage bzw. Zuweisung zu den verschiedenen Beratungsangeboten (Kursangebot, präventive Hausbesuche). Als alleiniges Zuweisungskriterium erscheint das Alter ungenügend bzw. zu unpräzise. Es sollte ein differenzierteres Kriterien-Set erarbeitet werden, das neben dem Alter andere gesundheitsrelevante (Risiko-)Faktoren berücksichtigt. Analog zum heutigen Vorgehen kann für Personen mit einem günstigen Risiko-Profil ein Kursangebot empfohlen werden, für solche mit einem ungünstigen Profil präventive Hausbesuche.

■ Hinsichtlich der präventiven Hausbesuche erscheint uns vordringlich, dass man sich auf das erklärte Ziel der Gesundheitsberatung konzentriert und sich gegenüber begleitenden Angeboten abgrenzt. Die Kombination von persönlichen und telefonischen Beratungen bietet ein Potenzial, das noch besser genutzt werden könnte. Dies im Sinne eines Angebots, das möglichst passgenau auf die Bedürfnisse des Einzelfalls zugeschnitten ist und in einem optimalen Verhältnis von Aufwand und Resultaten steht.

■ Im Projekt werden keine fallbezogenen Daten erhoben. Dies erschwert eine Evaluation. Für ein Monitoring des Projekts oder für eine verbesserte Evaluation ist es unerlässlich, während der Projektphase detailliertere Kennzahlen zu sammeln als dies bisher der Fall war. Die Evaluation der Projektetappen sollte zudem frühzeitig, d.h. nach Möglichkeit prospektiv geplant werden.

9.3 Resultate des Projekts ZIA

■ Als generelles positives Resultat des Projekts ZIA kann die Tatsache gesehen werden, dass das Projekt zu einer weiteren Sensibilisierung und Vernetzung der Akteure im Altersbereich beigetragen hat und die Akteure Pro Senectute und Spitex eng miteinander zusammenarbeiten.

■ Den Konflikten, die sich ausgehend von den unterschiedlichen Vorstellungen der Projektbeteiligten ergeben haben, kann zugute gehalten werden, dass sie die notwendige Grundsatzdiskussion über die Ausrichtung und Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter angestossen haben.

■ Das Projekt ZIA kann zudem als Lernprojekt verstanden werden. In der Umsetzungsphase 2008-2010 wurde ein grosser Beitrag zur Weiterentwicklung, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung des Projekts geleistet (Vereinheitlichung des Vorgehens in den Projektregionen, Erfahrungsaustausch und Fortbildung etc.) von dem auch andere Projekte profitieren können.

■ Die von der Trägerschaft formulierten (quantitativen) Leistungs- und Wirkungsziele wurden in unterschiedlichem Masse erreicht.

- Das Ziel eines flächendeckenden Einbezugs der Hausärzt/innen wurde erreicht. Bezüglich der Teilnahme an den Einführungsveranstaltungen wurden die formulierten Erwartungen jedoch nur knapp erreicht bzw. in der Stadt Bern deutlich verfehlt.
- Das Projekt ZIA verfügt bei den Hausärzt/innen über einen höheren Bekanntheitsgrad als angepeilt. Es ist jedoch nur teilweise gelungen, in gewünschtem Mass eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention anzuregen.
- Der Nutzen des ergänzenden Beratungsangebots (präventive Hausbesuche, Gruppenkursangebot) wird von mehr Hausärzt/innen als erhofft positiv bewertet, jedoch gleichzeitig von mehr Personen als befürchtet negativ eingeschätzt. Die Gesundheitsberaterinnen sind insgesamt gut akzeptiert.
- Zu denken gibt, dass die Kommunikation im Projekt von den Hausärzt/innen in der Tendenz negativ beurteilt wird. Insgesamt ist es nicht gelungen einen relevanten Teil der Hausärzt/innen zu einer aktiven Teilnahme am Projekt zu bewegen. Ebenfalls ist es nicht gelungen, in allen Projektregionen ärztliche Referenzpersonen und Multiplikator/innen zu etablieren, welche die Kommunikation wirksam unterstützen können.
- Dies schlägt sich auch auf die Beteiligung der Senior/innen am Gesundheits-Profil Verfahren nieder, die in den Jahren 2008 und 2009 unter den Erwartungen lag. Es ist dabei auch nicht im erhofften Mass gelungen, diese über den ZIA-Flyer zu erreichen. Seit Beginn der ersten Pilotprojekte wurden zwischen 5 und 5.2 Prozent der zu Hause lebenden ab 65-jährigen Bevölkerung mit dem Gesundheits-Profil Verfahren erreicht. Das für diesen Zeitraum formulierte Ziel wurde damit insgesamt erreicht.
- Im Bereich der präventiven Hausbesuche wurden die Qualitätsziele (Zufriedenheit der Teilnehmenden, Nutzen, Vertrauen, Berücksichtigung der Anliegen etc.) erreicht bzw. übertroffen. Die formulierten Wirkungsziele wurden in unterschiedlichem Grad erreicht. Die Teilnehmenden berichteten häufiger als erwartet von einem Informationsgewinn, weniger häufig jedoch von einer Verhaltensänderung. Die berichteten Veränderungen betreffen in erster Linie Bewegung und Mobilität (Körperliche Aktivität, Sturzprävention, Gleichgewicht, Kraft etc.), das Gesundheitsbewusstsein (bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit, positives Denken etc.) und die Ernährung (gesundheitsförderliche Ernährung, Trinkverhalten etc.). Einmalige Interventionen, die mit der Beratung zusammenhängen (Präventionsuntersuchung, Erstellen einer Medikamentenkarte, Anpassungen im Wohnbereich etc.)

werden durch das Selbstreporting der Teilnehmenden nicht erfasst. Um die Resultate, die konkret erzielt wurden, umfassender zu erfassen, wäre eine Auswertung der Beratungsdossiers erforderlich.

- Die Qualitätsziele wurden ebenfalls im Bereich des Gruppenkursangebots erreicht. Inwieweit die Wirkungsziele erreicht wurden, kann anhand der in der Kursevaluation erhobenen Informationen nicht abschliessend beurteilt werden.

■ Das Wirkungsfeld der präventiven Hausbesuche reicht über die eigentlichen Teilnehmer/innen hinaus - bis zu einem gewissen Grad dürfte dies auch für die anderen beiden Projektelemente zutreffen. Dies einerseits, indem Angehörige – in erster Linie handelt es sich um die Ehepartner/innen – als Risiko-Personen entdeckt werden, andererseits indem diese indirekt vom Beratungsangebot bzw. den umgesetzten Empfehlungen profitieren (gemeinsame Aktivitäten, gesündere Ernährung etc.). Präventive Hausbesuche tragen u.a. dazu bei, dass unentdeckte gesundheitsrelevante Probleme aufgedeckt werden können, insbesondere im sozialen Bereich und in Tabu-Bereichen (Inkontinenz, Alkoholkonsum etc.).

■ Die längerfristigen Wirkungen des Projekts (Erhaltung und Förderung der Autonomie, Gesundheit und Lebensqualität im Alter, Verminderung und Verzögerung der Pflegebedürftigkeit und der Heimeinweisung) wurden mit der Evaluation nicht überprüft. Die Evaluation beschränkte sich auf eine Einschätzung der Resultate auf der Ebene der Erreichung der Zielgruppe der präventiven Hausbesuche und des Gruppenkurses (Output) und der Ebene von Wissen, Einstellungen und Verhalten bei den Zielgruppen (Outcome).

9.4 Wie sind Kosten und Nutzen zu beurteilen?

■ Die Nutzen des Projekts ZIA sind einerseits bei der Zielgruppe der Senior/innen zu suchen. Übergeordnete Nutzenaspekte wie die Verringerung der Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität bzw. die Verbesserung der Gesundheit, Autonomie und Lebensqualität können im Rahmen einer Programmevaluation nicht quantifiziert oder monetarisiert werden. Für die Teilnehmenden an Hausbesuchen wurden Nutzenaspekte wie Zufriedenheit, erneute Inanspruchnahme, Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Verhaltensänderungen erfasst. Senior/innen, die individuelle Beratung erhalten haben, weisen insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot und den erhaltenen Empfehlungen auf und würden das Angebot weiterempfehlen bzw. erneut in Anspruch nehmen. Die Gesundheitskompetenz wurde durch die Hausbesuche insgesamt verbessert (besserer Informationsstand, höheres Gesundheitsbewusstsein, Interaktion mit Hausarzt oder Gesundheitsfachpersonen). Dass die Hausbesuche mehrheitlich zu einer Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens führen (Ernährung, Bewegung etc.), lässt sich gestützt auf die Selbsteinschätzung nicht feststellen. Entsprechende Veränderungen werden von 40 Prozent der Teilnehmenden berichtet.

■ Über die eigentliche Zielgruppe und deren Umfeld hinaus entfaltet das Projekt ZIA eine Wirkung bei weiteren Akteuren im Bereich des Alters- und Gesundheitswesens im Sinne einer verstärkten Sensibilisierung für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.

■ Kostenseitig fallen neben den eigentlichen Durchführungskosten in der aktuellen Umsetzungsphase noch recht hohe Aufbau- resp. Entwicklungskosten an. Vor diesem Hintergrund ist es derzeit schwierig abzuschätzen, welche Kosten (und Nutzen) das Projekt bei einem «Normalbetrieb» aufweisen würde. Die groben Kostenabschätzungen, die auf der Grundlage der gegebenen Daten überhaupt möglich waren, deuten daraufhin, dass die notwendigen Kosteneinsparungen (Verzögerung Heimeintritt) grundsätzlich erreicht werden könnten.

Ausblick

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass für den Kanton Bern die Notwendigkeit besteht - nicht zuletzt aus der erwarteten demografischen Entwicklung –, bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aktiv zu sein. Ein Vergleich von Daten des Kantons Bern zu Pflegeheimplätzen mit denjenigen des Schweizer Durchschnitts deuten zudem darauf hin, dass im Kanton Bern noch Einsparungen möglich sein dürften. So liegt der Anteil der 70-Jährigen und Älteren, der in sozialmedizinischen Einrichtungen wohnt, im Kanton Bern generell über dem schweizerischen Mittel, dies gilt besonders für die eher tieferen Alterskategorien zwischen 70 und 90 Jahren.

Anhang

10 Literaturverzeichnis

Rechtliche Grundlagen

- Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG) vom 11. Juni 2001
- Leistungsvertrag zwischen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) und der Pro Senectute Kanton Bern, gültig für die Jahre 2008, 2009 und 2010
- Leistungsvereinbarung zwischen der Pro Senectute Kanton Bern und der Geriatrie Universität Bern (GUB), gültig vom 1. Januar 2008 bis 31. März 2011
- Leistungsvereinbarung zwischen der Pro Senectute Kanton Bern und der BerCom ag, gültig vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2010
- Datenschutzvereinbarung zwischen der BerCom ag und der Pro Senectute Kanton Bern
- Leistungsvertrag zwischen der Pro Senectute Region Bern und der Spitex Region Thun, gültig vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010 (wird jährlich erneuert, ohne Anspruch auf Verlängerung)
- Vereinbarung zwischen der Pro Senectute Region Bern und der Spitex Bern, unbefristet gültig ab 1. Juli 2008

Projektdokumente (Auswahl)

- Projektberichte «Zwäg ins Alter» zuhanden der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2008-2010
- Dokumentation des Angebots zuhanden der Geriatrie Universität Bern vom November 2007 sowie Nachlieferung zur Dokumentation vom Dezember 2007
- Standards für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens der Geriatrie Universität Bern, Stand 03/2007/V.2.0
- Protokolle der Praxistreffen, 2008-2010
- Praxishandbuch «Zwäg ins Alter», Fassung Intranet, Stand Juli 2010
- Datenschutzkonzept, 2008
- Kommunikationskonzept, 2008 (Autor: Andreas Biedermann, public health services)
- Multiplikatorenkonzept, 2009
- Qualitätskonzept für die Interventionen präventiver Hausbesuche und Gruppenkurs, 2009

Literatur

- Beard J. et al. (2006): «Economic analysis of a community-based falls prevention program», *Public Health*, Vol. 120, N. 8, 741 – 751
- BFS Bundesamt für Statistik (2009): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2008 - Standardtabellen, Neuchâtel 2009; BFS, ESPOP
- Bonsack Stefania (2008a): Auf der Suche nach wirksamer Gesundheitsberatung für ältere Frauen und Männer aus unteren sozialen Schichten im Pilotprojekt «Zwäg ins Alter» (Oberaargau). Zusammenfassender Bericht der Teilevaluation, Teil 1, Zürich

- Bonsack Stefania (2008b): Zur Wirkungsweise der Gesundheitsberatung im Projekt ZiA (Oberaargau). Resultate der Auswertung der Beratungsdokumentation. Zusammenfassender Bericht der Teilevaluation, Teil 2, Zürich
- Bortz Jürgen und Gustav A. Lienert (1998): Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Heidelberg: Springer
- Bortz Jürgen, Gustav A. Lienert und Klaus Boehnke (2000): Verteilungsfreie Statistik in der Biostatistik, 2. Aufl., Heidelberg: Springer
- Bouman Ans et al. (2008): «Effect of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review», *BMC Health Services Research*, Vol. 8, No. 74
- Clark J. (2001): «Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials», *British Medical Journal*, Vol. 323, 706
- Cole M. G. (2008): «Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness», *American Journal Geriatric Psychiatry*, Vol. 16, No. 6, 435 – 443
- Davis J. C. et al. (2009) : «Does a home based strength and balance programme in people aged \geq 80 years provide the best value for money to prevent falls?: A systematic review of economic analyses of falls prevention interventions», *British Journal of Sports Health*, August
- DIP Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. [Hrsg.] (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren, Projekt «mobil» – der Abschlussbericht
- Elkan Ruth et al. (2001): «Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis», *British Medical Journal*, Vol. 323, 1 – 9
- Elkan Ruth und D. Kendrick (2004): «What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?», Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf> [Stand: 4.1.2010]
- Elkeles Thomas (2006): «Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung», *Zeitschrift für Evaluation*, Heft 1, 39 - 70
- GEF Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004): Alterspolitik im Kanton Bern. Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem «Altersleitbild 2005» festgelegten Ziele, Dezember 2004, Bern: GEF
- GEF Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2007): Alterspolitik im Kanton Bern. Zwischenbericht, April 2007, Bern: GEF
- Gillespie LD. et al. (2009): «Interventions for preventing falls in elderly people», *Cochrane database of systematic reviews*, (2): CD000340
- Harari D. et al. (2008): «Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice», *Age Ageing*, Vol. 37, No. 5, 565 – 571
- Hektoen L. F. et al. (2009): «Cost-effectiveness in fall prevention for older women», *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 37, No. 6, 584 – 549
- Hendriksen C. et al. (1984) : «Consequences of assessment and intervention among elderly people : a three year randomised controlled trial», *British Medical Journal*, Vol. 289, 1522 – 1524
- Huss Anke et al. (2008): «Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials», *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Vol. 63A, No. 3, 298 – 307

- Kronborg Christian et al. (2006): «Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study», *European Journal of Health Economics*, Vol. 7, No 4, 238 – 246
- Kruskal W.H. and Wallis W.A. (1952): Use of ranks in one-criterion variance analysis. *J. Amer. Stat. Ass.*, 47, 1952, 583-621
- Levin Henry M. und Patrick J. McEwan (2001): Cost-effectiveness analysis. Methods and applications, 2nd ed., Thousand Oaks: Sage Publications
- Lindquist K. und L. Lindholm (2001): «A cost-benefit analysis of the community-based injury prevention programme in Motala, Sweden – a WHO Safe Community», *Public Health*, Vol. 115, No. 5, 317 – 322
- Lüngen Markus (2007): Überblick über die Methoden der Gesundheitsökonomie, Medizin und Gesellschaft, Köln: Ausgabe 04/2007 vom 20.06.2007 (http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2007-04_methoden_gesundheitsoekonomie.pdf [Stand: 5.1.2010])
- Markle-Reid Maureen et al. (2006): «The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature», *Medical Care Research and Review*, Vol. 63, No. 5, 531 – 569
- Meinck M. et al. (2004): «Präventive Hausbesuche im Alter : eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz», *Gesundheitswesen*, Vol. 66, 732 - 738
- Metz Sigrid (2006): «Gesundheitsökonomische Evaluationsmethoden», *Biometrie und Medizin*, Vol. 5, No. 1, 5 - 35
- Rand Corporation (2000): Health Risk Appraisals and Medicare. Evidence report and evidence-based recommendations. US Department of Health and Human Services: Baltimore MD
- Robertson M. C. et al. (2001): «Economic evaluation of community based exercise programme to prevent falls», *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 55, No. 8, 600 – 606
- Roux L. et al. (2008): «Cost effectiveness of community-based physical activity interventions», *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 35, No. 6, 578 – 588
- Sahlen Klas-Göran et al. (2008): «Preventive home visits to older people are cost-effective», *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 36, No. 3, 265 – 271
- Schmidt Cordula, Anne Gebert und Frank Weidner (2009): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Handbuch für Berater, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Schmocker Heidi (2007): «Prävention: Sparen als Nebeneffekt? Die Erhaltung der Selbständigkeit fördert die Lebensqualität und reduziert die Pflegebedürftigkeit», Referat an der Irchel-Tagung, 30. August 2007
- Schmocker Heidi, Willy Oggier und Andreas Stuck (2000): Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht, Schriftenreihe der SGGP No. 62, Muri: SGGP
- Statistikkonferenz des Kantons Bern: Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2030, Ausgabe 2008.
- Stuck Andreas E. et al. (1995): «A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community », *The New England Journal of Medicine*, Vol. 333, No. 18, 1184 – 1187

- Stuck Andreas E. et al. (1995): Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen. Grundlagen, Vorgehen und Erfahrungen des Projektes EIGER, Projekt EIGER-Handbuch, Bern: Projekt EIGER, Zieglerspital, Zentrum Geriatrie-Rehabilitation
- Stuck Andreas E. et al. (2000): «A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission», *Journal of the American Medical Association*, Vol. 160, 977 – 986
- Stuck Andreas E. et al. (2002): «Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis», *Journal of the American Medical Association*, Vol. 287, No. 8, 1022 – 1028
- Stuck Andreas E., Katharina Meyer und Stephan Born (2008): Alter und Gesundheit. Evaluation von ausgewählten Aspekten von «Sanaprofil Solothurn», einem Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter im Kanton Solothurn als Entscheidungsgrundlage für Bund, Kantone und andere Institutionen im Gesundheitswesen, Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, www.obsan.ch
- Stuck Andreas E., Katharina Meyer und Stephan Born (2009): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Entwicklung eines Konzeptes für die Evaluation von kantonalen Umsetzungen des «Gesundheits-Profil Verfahrens», Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, www.obsan.ch
- Stuckelberger Astrid (2009): Optimiser son vieillissement: améliorer sa compétence en matière de santé avec l'âge, in : Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (Hrsg.) : Gesundheitskompetenz zwischen Anspruch und Umsetzung, Zürich : Seismo , 126-129
- Taylor A. H. et al. (2004): «Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions», *Journal of Sports Science*, Vol. 22, No. 8, 703 - 725
- van Haastregt Jolanda C. M. et al. (2000): «Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review», *British Medical Journal*, Vol. 320, 754 – 758
- Wolf S. L. et al. (2003) : «Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of tai chi and computerized balance training», *Journal of American Geriatric Society*, Vol. 51, No. 12, 1794 – 1803

11 Liste der Evaluationsfragestellungen und Informationsgrundlagen

Die in Klammer () aufgeführten Fragestellungen wurden nach Absprache nicht vertieft untersucht, da sie durch das überkantonale Projekt zur Erarbeitung von Best-Practice-Standards für die Gesundheitsförderung im Alter behandelt werden.

	Fragestellungen	Dokumenten-/Literaturanalyse	Statistische Daten ZIA	Interviews Projektbeteiligte	Gruppingespräche Teams	Befragung Kund/Innen	Befragung Hausärzt/Innen
A	Ausgestaltung des Angebots, Projektorganisation						
1	Wie lässt sich die heutige Ausgestaltung des Projekts ZIA beschreiben (Kernelemente, Aktivitäten)?	•		•			
2	Welche wichtigen Entwicklungen und Veränderungen haben sich seit Beginn der Umsetzungsphase 2008-2010 im Projekt und in seinem Kontext ergeben?	•		•			
3	Wie lässt sich die Organisation des Projekts ZIA beschreiben (Projektstruktur, Organisationsmodelle, finanzielle und personelle Ressourcen)?	•	•	•			
4	Sind Abläufe, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen - auf Gesamtprojektebene und innerhalb der Umsetzungsorganisationen - klar und zweckmässig geregelt?	•		•			
5	Wie sollte aus Sicht der Beteiligten ein Projekt grob organisiert sein? Welche Funktion sollte von welchem Träger übernommen werden?			•			•
6	Wie wird die Zusammenarbeit im Projekt - auf Gesamtprojektebene und innerhalb der Umsetzungsorganisationen - von den Beteiligten beurteilt?			•	•		
7	Wie sind die verschiedenen Organisationsmodelle hinsichtlich der organisatorischen und fachlichen Einbettung des Verfahrens zu beurteilen?			•			
8	Inwieweit ist die Leistungserbringung in Abhängigkeit der Organisationsmodelle effektiv? Inwieweit ist sie effizient?		•	•		•	•
9	Wie ist die Vorteilhaftigkeit der einzelnen Organisationsmodelle insgesamt zu beurteilen?	•	•	•	•	•	•
B	Rekrutierung, Zielgruppenreichung und Triageverfahren						
1	Wie ist das Rekrutierungsverfahren, die Ansprache der Senior/Innen ausgestaltet? Inwiefern bestehen Unterschiede zwischen den Projektregionen?	•	•				
2	Welche Erfahrungen hat man mit den verschiedenen Rekrutierungswegen gemacht? Was hat sich bewährt?	•		•			
(3)	(Wie ist das Rekrutierungsverfahren in anderen Präventionsprojekten ausgestaltet? Welche Erfahrungen wurden gemacht, was hat sich bewährt?)	•		•			
4	Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich des Rekrutierungsverfahrens?	•		•			
5	An wie viele Personen ab 65 Jahren wurde ein Gesundheits-Profil Fragebogen abgegeben? Über welche Kanäle (HA, Multiplikator/Innen)?		•				
6	Wie viele Personen ab 65 Jahren haben einen Gesundheits-Profil Fragebogen eingereicht bzw. einen Gesundheitsbericht erhalten? Wie gross ist ihr Anteil an der zuhause lebenden über 65-jährigen Bevölkerung in den ausgewählten Regionen? Inwieweit wurden die formulierten Ziele erreicht (4% ab 2005 bis Ende 2010)		•				
7	Wie setzen sich die Teilnehmer/Innen des Projekts nach Alter, Geschlecht, Geburtsland und Bildung zusammen? Inwieweit ist die Zusammensetzung repräsentativ für die zuhause lebende über 65-jährige Bevölkerung in den ausgewählten Regionen?		•				
8	Wie ist die Triage (Zuweisung Gruppenkurse / Hausbesuche) ausgestaltet? Inwiefern bestehen Unterschiede zwischen den Projektregionen?	•					
9	Welche Erfahrungen hat man mit der Triage (Zuweisung Gruppenkurse / Hausbesuche) gemacht? Inwieweit werden die heutigen Kriterien als sinnvoll erachtet?		•				
(10)	(Wie ist die Triage in anderen Präventionsprojekten ausgestaltet? Welche Erfahrungen wurden gemacht? Was hat sich bewährt?)	•		•			
11	Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Triage?	•	•	•	•	•	•
C	Einbezug und Rolle der Hausärzt/Innen (HA)						
1	Wie ist der Einbezug der HA ausgestaltet? Inwiefern bestehen Unterschiede zwischen den Projektregionen?	•		•			
(2)	(Wie ist der Einbezug der HA in anderen Präventionsprojekten ausgestaltet? Welche Erfahrungen wurden gemacht? Was hat sich bewährt, was nicht?)	•		•			

Fragestellungen	Dokumenten-/Literaturanalyse	Statistische Daten ZIA	Interviews Projektbeteiligte	Gruppengespräche Teams	Befragung Kund/innen	Befragung Hausärzt/innen
3	Wie funktioniert die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen der Trägerschaft bzw. den Umsetzungsorganisationen und den HA? Wie wird diese beurteilt?	•		•		•
4	Wie funktioniert die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den involvierten HA und den Gesundheitsfachpersonen? Wie wird diese beurteilt?			•		•
5	Wie viele HA wurden mit der Projektdokumentation bedient? Inwieweit wurden die Ziele erreicht? (Dokumentation: flächendeckend)		•			
6	Wie viele HA wurden in das Projekt eingeschlossen, d.h. zu einer Informationsveranstaltung eingeladen? Inwieweit wurden die Ziele erreicht? (Einschluss: flächendeckend)		•			
7	Wie viele HA haben an einer Informationsveranstaltung teilgenommen? Inwieweit wurden die Ziele erreicht? (Teilnahmequote: mind. 10%, Stadt Bern: 5%)		•			
8	Wie viele HA kennen das Projekt ZIA? Inwieweit wurden die Ziele erreicht? (Bekanntheitsgrad: mind. 30%)					•
9	Wie viele HA haben sich aufgrund von ZIA vertieft mit dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Alter auseinandergesetzt? Inwieweit wurden die Ziele erreicht? (Vertiefung: mind. 5%)					•
10	Wie viele HA geben Fragebogen ab, wie häufig und in welcher Form (pro-aktiv, auf Anfrage der Senior/innen, etc.)?		•			•
11	Wie viele HA haben bereits einen Gesundheitsbericht (Kopie) zugestellt erhalten?		•			•
12	Wie gehen die HA mit dem Gesundheitsbericht um, wie wird dieser im Praxisalltag verwendet?			•		•
13	Wie hoch ist die Akzeptanz des Projekts bei den HA? Inwieweit werden das Projekt als solches und die einzelnen Elemente – Gesundheits-Profil Fragebogen / Gesundheitsbericht, Gruppenkurse und Hausbesuche – von den HA als nützlich erachtet?					•
14	Inwieweit wurden die für die ergänzenden Beratungsangebote formulierten Ziele erreicht? (positive Einschätzung Hausbesuche: mind. 30%, Stadt Bern: 10%; neutral: mind. 50%; negativ: max. 30%).					•
15	Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen hinsichtlich des Einbezugs der HA?	•		•	•	•
D	Durchführung und Resultate der Hausbesuche					
1	Wie viele 70-jährige und ältere Personen, die einen Gesundheitsprofil Fragebogen ausgefüllt haben, wurden telefonisch kontaktiert? Wie viele haben einen Hausbesuch in Anspruch genommen? Inwieweit wurden die Ziele erreicht (Teilnahmequote: mind. 70%).		•			
2	Welche Erfahrungen haben die Gesundheitspflegefachpersonen mit dem Vorgehen betreffend die Besuchsfrequenz bei den Hausbesuchen gemacht? Hat sich dieses bewährt?	•		•		
3	Wie wird das Vorgehen bezüglich der Besuchsfrequenz von den teilnehmenden Senior/innen beurteilt?	•			•	
4	Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Besuchsfrequenz der Hausbesuche?	•		•	•	•
5	Wie ist die Qualität von präventiven Hausbesuchen aus der Sicht der teilnehmenden Senior/innen zu beurteilen? Wurden die formulierten Ziele erreicht? (Vertrauensverhältnis, Responsivität, Informationsgewinn: mind. zwei Drittel der Teilnehmer/innen; Weiterempfehlung des Angebots: mind. die Hälfte der Teilnehmer/innen).	•			•	
6	Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den präventiven Hausbesuchen aus der Sicht der Senior/innen erzielt? Wurden die Ziele erreicht? (Konkrete Beispiele von Verhaltensänderungen: mind. die Hälfte der Teilnehmenden)	•			•	
7	Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den präventiven Hausbesuchen aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen erzielt?	•		•		
8	Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Durchführung der Hausbesuche?	•		•	•	•
E	Durchführung und Resultate der Gruppenkurse					
1	Wie viele 65- bis 69-jährige Personen, die einen Gesundheitsprofil Fragebogen ausgefüllt haben, wurden zu einem Gruppenkurs eingeladen? Wie viele haben insgesamt an einem Gruppenkurs teilgenommen? Inwieweit werden die anvisierten Ziele erreicht? (Teilnahmequote: mind. 20% bis Ende 2010).		•			
2	Wie ist die Qualität der Gruppenkurse aus der Sicht der teilnehmenden Senior/innen zu beurteilen (Zufriedenheit, Nützlichkeit, Berücksichtigung der Anliegen, Weiterempfehlung des Angebots etc.)? Wurden die formulierten Ziele erreicht? (Interessant und lehrreich, positive Bewertung der Methodik: mind. zwei Drittel der Teilnehmer/innen).	•				

11 Liste der Evaluationsfragestellungen und Informationsgrundlagen

	Fragestellungen	Dokumenten-/Literaturanalyse	Statistische Daten ZIA	Interviews Projektbeteiligte	Gruppengespräche Teams	Befragung Kund/innen	Befragung Hausärzt/innen
3	Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den Gruppenkurse aus der Sicht der Senior/innen erzielt? Wurden die Ziele erreicht? (Angestrebte Verhaltensänderung: mind. ein Drittel der Teilnehmer/innen)	●					
4	Welche Wirkungen auf der Ebene des Wissenszuwachses und der Verhaltensänderungen wurden mit den Gruppenkursen aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen erzielt?	●					
5	Welcher Änderungsbedarf, welche Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bezogen auf die Durchführung der Gruppenkurse?	●		●	●	●	
F	Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter						
1	Welche Hinweise zu Kosten und Nutzen von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ergeben sich aus der internationalen Literatur? Inwieweit lassen sich diese auf die Situation in der Schweiz bzw. im Kanton Bern übertragen?	●					
2	Welches sind die mit dem Projekt ZIA verbundenen Kosten und Nutzen? In welchem Verhältnis stehen Kosten und Nutzen des Präventionsprojekts?	●	●	●	●	●	●

12 Interviewpartner/innen

Projektleitung	Heidi Schmocker, Pro Senectute Kanton Bern, Fachbereich Gesundheitsförderung und Prävention
Urheber Gesundheits-Profil Verfahren	Prof. Dr. Andreas E. Stuck, Geriatrie Universität Bern Stefan Born, Geriatrie Universität Bern
Ärztlicher Fachbegleiter	Dr. Jürg Naef, Facharzt Allgemeinmedizin, spez. Geriatrie, Herzogenbuchsee
Pro Senectute Emmental-Oberaargau	Markus Schneeberger, Regionalleiter Diana Bertschi, Gesundheitsberaterin ZIA Ursula Mosimann, Gesundheitsberaterin ZIA
Spitex Region Thun	Bernhard Moser, Geschäftsleiter Karin Gfeller, Gesundheitsberaterin ZIA
Pro Senectute Region Biel-Bienne/Seeland	Kurt Poschung, Regionalleiter Barbara Rubin Bürki, Gesundheitsberaterin ZIA Gabi Pfeiffer, Gesundheitsberaterin ZIA
Pro Senectute Region Bern	Randolph Page, Regionalleiter Regula Schweizer, PS Service Erica Stalder, PS Sozial Anna Hirsbrunner, PS Service, Projektkoordinatorin
Spitex Stadt Bern	Franziska Adam, Gesundheitsberaterin ZIA Verena Grünert, Gesundheitsberaterin ZIA Erika Regli, Gesundheitsberaterin ZIA Regina Zungari, Gesundheitsberaterin ZIA

13 Erhebungsinstrumente

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Sie haben am Projekt «Zwäg ins Alter» der Pro Senectute teilgenommen und wurden von einer Beraterin besucht. Damit wir uns verbessern können, ist Ihre Meinung zu unserem Angebot wichtig.

Bitte senden Sie den **ausgefüllten Fragebogen bis am 7. Mai 2010** mit dem beigelegten frankierten Couvert an das Büro BASS, Konsumstrasse 20, 3007 Bern zurück.

Falls Sie Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens haben, zögern Sie nicht, die Leiterin der Befragung anzurufen: Frau Theres Egger, Büro BASS, 031 380 60 86.

Wie haben Sie die Beraterin erlebt? <i>Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie weit Sie der Aussage zustimmen können.</i>	stimmt <u>völlig</u>	stimmt <u>eher</u>	stimmt <u>eher</u> <u>nicht</u>	stimmt <u>überha-</u> <u>upt</u> <u>nicht</u>
Die Beraterin hat sich verständlich ausgedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin ist auf meine Fragen und Anliegen eingegangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Vertrauen zur Beraterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin hat mir einen kompetenten Eindruck gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Beraterin hat mich...	1mal besucht	2mal besucht	3mal besucht	4mal besucht	5mal od. mehr besucht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls mehr als ein Besuch stattgefunden hat: Wie erlebten Sie den Abstand?	Der Abstand zwischen den Besuchen war <u>gerade richtig</u>	Der Abstand zwischen den Besuchen war <u>eher zu lang</u>	Der Abstand zwischen den Besuchen war <u>eher zu kurz</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie fanden Sie die Länge der Besuche?	gerade richtig	eher zu lang	eher zu kurz
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aus welchen Gründen haben Sie an der Beratung teilgenommen?

☞ Sie können einen Grund oder auch mehrere Gründe ankreuzen.

Ich habe vor allem teilgenommen...

- meinem Hausarzt zuliebe
- weil mich ein bestimmtes Thema beschäftigt hat
- um etwas für meine Gesundheit zu machen
- um etwas für die Erhaltung meiner Selbständigkeit zu machen
- aus Neugierde, einfach mal ausprobieren
- andere Gründe: ✎

Was hat Ihnen die Beratung gebracht? <i>Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie weit Sie der Aussage zustimmen können.</i>	stimmt <u>völlig</u>	stimmt <u>eher</u>	stimmt <u>eher</u> <u>nicht</u>	stimmt <u>überha-</u> <u>upt</u> <u>nicht</u>
Ich bin mit den erarbeiteten Empfehlungen und Tipps sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann die erarbeiteten Empfehlungen und Tipps in meinem Alltag gut umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was hat sich für Sie persönlich durch die Beratung verändert? <i>Bei den folgenden Aussagen reicht es, wenn Sie mit «ja» oder «nein» antworten.</i>	ja	nein	weiss nicht
Ich bin besser informiert über Fragen rund um meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin besser informiert über Angebote für Seniorinnen und Senioren in meiner Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema Gesundheit ist mir heute wichtiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beratung hat mich angeregt, Probleme mit meinem Hausarzt zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie heute etwas anders als vor der Zeit der Beratung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, was? 		
.....		
.....		
.....		
.....		

	ja, auf jeden Fall	ja, eher	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Würden Sie die Beratung wieder in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie das Angebot weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit der Beratung? Ich bin ...

sehr zufrieden	eher zufrieden	teils-teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Bitte machen Sie noch folgende Angaben:

Geschlecht	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann
-------------------	-------------------------------	-------------------------------

Alter Jahre
--------------	-------------

Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?	sehr gut	gut	mässig	schlecht	sehr schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier finden Sie Platz für Bemerkungen

Hat Sie bei unserem Angebot oder der Beratung etwas gestört? Hat Sie etwas besonders gefreut? Haben Sie einen Vorschlag, was wir verbessern könnten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

----- Code -----

Der Code dient der Erkennung der Region, des Beginns und des Status der Beratung. Er erlaubt keine Rückschlüsse auf Ihre Person.

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt

Die nachfolgende Befragung unterliegt selbstverständlich dem Datenschutz. Ihre Angaben werden anonym und strikte vertraulich behandelt und ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

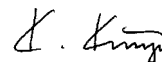
Je nach Ihrer Situation können Sie nicht alle Fragen beantworten. Verwenden Sie in diesen Fällen bitte die Antwortkategorie «Weiss nicht».

Bitte nehmen Sie sich **5 Minuten** Zeit, füllen Sie den Bogen aus und schicken Sie ihn mit dem beigelegten frankierten Antwortcouvert **bis am 28. Mai 2010 zurück** (Büro BASS, Konsumstrasse 20, 3007 Bern).

Sie können den Fragebogen gerne auch in elektronischer Form ausfüllen (Word-Formular). Bitte fordern Sie hierzu den elektronischen Fragebogen unter der unten angegebenen E-Mail-Adresse an.

Sollten Sie Fragen haben, so stehen wir Ihnen per Telefon oder per E-Mail gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Kilian Künzi, Projektleiter Befragung BASS, Tel. 031 380 60 89, kilian.kuenzi@buerobass.ch

A Kritische Punkte, Verbesserungsmöglichkeiten

A1 Bitte geben Sie bei den folgenden zum Teil kritischen Statements zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten im Altersbereich an, inwieweit Sie zustimmen können.

	Stimme völlig zu 1	Stimme eher zu 2	Stimme eher nicht zu 3	Stimme überhaupt nicht zu 4	Weiss nicht 5
Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter werden in ihrer Wirkung generell überschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Aufwand, an Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter teilzunehmen, ist für Hausärzte/-innen zu gross.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Aufwand der Hausärzte/-innen, an Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter teilzunehmen, wird zu wenig vergütet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gesundheitsberatung durch Pflegefachpersonen bildet eine Konkurrenz zu den Hausärzten/-innen. Die Pflegefachpersonen übernehmen Aufgaben der Grundversorger/innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegefachpersonen können mit Gesundheitsberatungen Hausärzte/-innen in den Aufgaben Prävention und Gesundheitsförderung entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die an Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter beteiligten nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonen sind häufig zu wenig kompetent für ihre Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter im Kanton Bern

Evaluation des Projekts ZWÄG INS ALTER (ZIA)

Umfrage bei Hausärztinnen und Hausärzten



im Auftrag
 der Pro Senectute Kanton Bern
 und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)

Bern, Mai 2010

A2 Die Organisation von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter setzt sich gemeinhin aus einem Set von Trägern und Leistungserbringern zusammen. Wie sollte aus Ihrer Sicht ein Projekt grob organisiert sein? Bitte ordnen Sie in der Tabelle den einzelnen Akteuren die verschiedenen Funktionen zu und ergänzen Sie nach Wunsch.

	Kanton 1	Gemeinde 2	Ärzteschaf t 3	Spitex 4	Pro Senectute 5	Andere: 6
Zentrale Trägerschaft / Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedarfsabklärung bei Senioren/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triage / Zuteilung zu Beratung/Kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Funktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

A3 Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter bekunden oft Mühe, die Hausärztinnen/-ärzte adäquat miteinzubeziehen. Welche hauptsächlichen Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie hinsichtlich des Einbezugs der Ärztinnen/-ärzte in entsprechende Projekte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B Bekanntheit und Beurteilung

Seit einigen Jahren läuft an verschiedenen Orten im Kanton Bern das Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt ZWÄG INS ALTER (ZIA). Kernelement des Angebots ist ein von der Geriatrie Universität Bern entwickelter Gesundheits-Profil Fragebogen, der von Hausärztinnen/-ärzten an über 65-jährige Personen abgegeben wird oder von diesen bestellt werden kann. Die Teilnehmenden erhalten anschliessend einen persönlichen Gesundheitsbericht, eine Kopie geht an den Hausarzt/die Hausärztin. Weitere zentrale Elemente sind Gruppenkurse «Älter werden – gesund und selbständig bleiben» für 65- bis 69-jährige Teilnehmende und individuelle Beratung in Form von präventiven Hausbesuchen für ab 70-jährige Teilnehmende.

B1 Kennen Sie das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt ZWÄG INS ALTER (ZIA)?

- 1 Ja 2 Teilweise 3 Nein

B2 Haben Sie jemals eine Dokumentation zum Projekt ZIA oder zum dazugehörigen Gesundheitsprofilverfahren erhalten?

- 1 Ja 2 Nein 3 Weiss nicht

B3 Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Aussagen, inwieweit diese auf Sie zutreffen.

	Trifft völlig zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft überhaupt nicht zu 4	Weiss nicht 5
Ich verfüge über ausreichend Informationen zum Projekt ZWÄG INS ALTER (ZIA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Projekt ZIA hat dazu beigetragen, dass ich mich vertieft(er) mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Alter auseinandergesetzt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4 Haben Sie in Ihrer Praxis bereits Gesundheits-Profil Fragebogen an Patienten abgegeben?

- 1 Ja 2 Nein, noch nie

B5 Haben Sie von der BerCom AG schon einen Gesundheitsbericht zugeschickt erhalten?

- 1 Ja 2 Nein, noch nie ⇒ Bitte direkt zu Frage B7

B6 Falls Sie bereits einmal oder mehrmals einen Gesundheitsbericht der BerCom AG erhalten haben, wie haben Sie diese(n) verwendet? (Mehrfachantwort möglich)

- Bericht(e) ohne Besprechung mit Patientin/Patient zu den Patientendossiers abgelegt
- Bericht(e) mit Patientin/Patient besprochen

B7 Hatten Sie in Ihrer Praxis bereits einmal oder mehrmals einen Austausch mit einer Gesundheitsberaterin des Projekts ZIA? Falls ja, wie beurteilen Sie diesen Austausch?

- Hadte keinen Austausch Sehr positiv Eher positiv Eher negativ Sehr negativ Weiss nicht
- 1 2 3 4 5

C Erfahrungen mit dem Projekt ZIA und seinen Elementen

C1 Wie beurteilen Sie den Nutzen der einzelnen zentralen Elemente des ZIA-Projekts?

	Sehr gross 1	Eher gross 2	Eher gering 3	Sehr gering 4	Weiss nicht 5
Gesundheits-Profil Verfahren (Fragebogen, Bericht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventive individuelle Hausbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenkurse «Gesund und selbständig bleiben»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2 Wie beurteilen Sie im Projekt ZIA die Kommunikation mit den Hausärzten/-innen?

- Sehr gut Eher gut Eher schlecht Sehr schlecht Weiss nicht
- 1 2 3 4 5

C3 Wie beurteilen Sie insgesamt das Projekt ZWÄG INS ALTER (ZIA)?

- Sehr positiv Eher positiv Eher negativ Sehr negativ Weiss nicht
- 1 2 3 4 5

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Einschätzung!

Bitte senden Sie den Fragebogen mit dem beigelegten frankierten Antwortcouvert bis spätestens am **28. Mai 2010** zurück an: **Büro BASS, Konsumstrasse 20, 3007 Bern**