BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
KONSUMSTRASSE 20 · CH-3007 BERN · TEL +41 (0)31 380 60 80 · FAX +41 (0)31 398 33 63
INFO@BUEROBASS.CH · WWW.BUEROBASS.CH

BASS

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

Zusammenfassung

Im Auftrag
der Pro Senectute Kanton Bern

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

Bern, November 2010

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 Ergebnissen 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 polivalent (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 Beratungsfortbildung 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 Gesundheitshandeln 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.). Anzufügen ist an dieser Stelle, dass besonders einmalige Handlungen, die auf die Beratung zurückgehen (bspw. Durchführen einer Präventionsuntersuchung, Erstellen einer Medikamentenkarte, 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 aufgefüllt 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 verstärken 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, Vernetzung mit Hausärzt/innen und mit Multiplikator/innen, Qualitätssicherung und -entwicklung, 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/geriatrisch-präventiv oder eher geriatrisch/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 zugute gehalten 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 deuten 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.