IIIIII KANTON solothurn

Regierungsratsbeschluss

vom 18. Mai 2004

Nr. 2004/1052

Alter: SOIPRA: Prävention im Alter: Zwischenbericht 2003/2004;
Abschluss der Pilotphase und Überleitung zur Projektphase „Kanton“;
Kreditfreigabe von Fr. 100'000.–

---

1. Feststellungen

1.1 Ausgangslage

Mit Regierungsratsbeschluss Nr. 30 vom 5. Januar 1999 gab der Regierungsrat den Startschuss zu einem kantonalen Gesundheitsförderungskonzept zur Prävention im Alter. Als Ziel gab der Regierungsrat vor,

„ein optimales Modell zu entwickeln und umzusetzen, um die Lebensqualität und die Gesundheit von älteren Personen in ihrer vertrauten Umgebung nachhaltig zu erhalten oder zu verbessern und die sozialen, medizinischen und pflegerischen Kosten längerfristig zu senken.“

Vorgegeben wurde ein Dreiphasenmodell.

In der **Projektphase „Pilot“** im Jahre 1999/2000 ging es darum, die Vorgehensweise umfassend den praktischen Verhältnissen anzupassen und die Instrumente in einem kleineren solothurnischen Gebiet zu erproben. Dafür stellte der Regierungsrat einen finanziellen Beitrag von insgesamt 125'000 Franken (Fr. 50'000.— aus Ausgleichskonto Prävention, Fr. 75'000.— einmaliger Startbeitrag aus Lotteriefonds) bereit.

In der **Projektphase „Region“** soll das Pilotprojekt vom Jahr 2000 bis ins Jahr 2004 in weitere kantonale Regionen ausgeweitet werden, um vor allem die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit prospektiv und im Vergleich zu anderen Kontrollgruppen zu evaluieren. Für diese Phase wurden Fr. 628'946.— (2 mal Fr. 150'000.— und 3 mal Fr. 100'000.—) in einem Ausgleichskonto Prävention zurückgestellt.

Vom Jahr 2005 (neu wohl 2006) an soll dann in der **Projektphase „Kanton“** das Gesundheitsförderungsprojekt flächendeckend im Kanton angeboten werden.

1.2 Projektphase „Pilot“

Nach diesem Beschluss wurde die Kerngruppe Altersforschung der Universität Bern unter der Leitung von Privatdozent Andreas Stuck beauftragt im Bezirk Thal mit einem Pilotprojekt Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der Praxisumsetzung abzuklären. Der Schlussbericht über die Pilotphase im Bezirk Thal wurde mit Regierungsratsbeschluss Nr. 547 vom 14. März 2000 zur Kenntnis genommen.

Aus dem Pilotprojekt „Gesundheitsförderung im Alter“ wurden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Bei den über 65-jährigen Personen im Bezirk Thal besteht ein erheblicher Bedarf an altersspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention. Insbesondere sind die Bereiche körperliche Bewegung, Ernährung, Hör- und Sehvermögen sowie psychische Befindlichkeit betroffen. Zudem werden viele Vorsorgemassnahmen (im Alter empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen) nicht oder nur teilweise beachtet.

- Auf der anderen Seite gibt es auch viele über 65-jährige Personen im Bezirk Thal, die auch im Alter aktiv sind und selber zur Gesundheit im Alter aktiv beitragen. So sind über die Hälfte der Frauen und Männer körperlich aktiv. Im sozialen Bereich fällt auf, dass über 90 Prozent der älteren Leute im Bezirk Thal gut integriert sind und bei Bedarf im eigenen sozialen Netz auf Hilfe oder seelische Unterstützung zählen können.

- Gesundheitsfragebogen und Gesundheitsbericht werden von den älteren Personen gut akzeptiert. Der grösste Teil der älteren Personen hat das Verfahren positiv beurteilt, obschon sie zum Ausfüllen des Fragebogens mehr als eine Stunde aufwenden mussten. Der Vergleich der ausgefüllten Fragebogen mit unseren Beobachtungen beim Hausbesuch ergab eine hohe Zuverlässigkeit der Angaben der älteren Personen. Die teilnehmenden Personen entsprechen dem Bevölkerungsquerschnitt und damit sind die gefundenen Angaben auf eine grössere Bevölkerungszahl ausdehnbar.

- Der zusammenfassende Bericht wird von den beteiligten Hausärzten und Hausärztinnen gut akzeptiert.

- Erste Schritte in Richtung gesundheitsförderndes und präventives Verhalten im Alter sind beobachtbar. Der schriftliche Bericht allein führt nur zu relativ geringfügigen Änderungen. Erforderlich ist eine Kombination von computerbasierter Vorgehensweise und persönlicher Beratung. Bei der telefonischen Nachbefragung nach 6 Monaten konnten erste Schritte in Richtung gesundheitsförderndes und präventives Verhalten im Alter beobachtet werden. Ein Teil der älteren Personen teilte mit, dass sie aufgrund der schriftlichen Empfehlungen positive Verhaltensänderungen vorgenommen haben. Wie erwartet, führte der schriftliche Bericht jedoch nur zu relativ geringfügigen Veränderungen. Die Befunde zeigen, dass für die Praxisumsetzung eine Kombination der computerbasierten schriftlichen Vorgehensweise mit persönlichen Beratungen erforderlich ist. In der Phase der Umsetzung muss deshalb sorgfältig evaluiert werden, wie diese persönliche Beratung am besten stattfinden kann. Denkbar sind beispielsweise telefonische oder persönliche Beratungen durch speziell ausgebildetes Personal, so dass die älteren Personen die Empfehlungen aus dem Gesundheitsbericht noch mit einer Fachperson besprechen können. Zudem zeigen die Resultate, dass der Einbezug der Hausärzte von zentraler Bedeutung ist.

Die Projektphase 1999 hat damit die zwei hauptsächlichsten Ziele erreicht:

- Ausführliche Erfahrungen aus der Pilotuntersuchung im Thal liegen vor;
- Eine aktualisierte Software des Gesundheitsprofils Version 2.4. mit einer computerbasierten Version für den Kanton Solothurn wurde entwickelt.

1.3 Projektphase „Region“

Nach Abschluss des Pilotprojektes wurde die weitere Projektplanung konkretisiert und die Projektphase „Region“ eingeleitet.

Mit Regierungsratsbeschluss Nr. 1783 vom 10. September 2002 weitere Ergebnisse aus der Feldstudie mit den entsprechenden Zwischenberichten zur Kenntnis genommen.

Aufgrund der Rückmeldung der im Projekt einbezogenen älteren Personen und in Zusammenarbeit mit Pflegenden und Hausärzten wurde das interdisziplinäre Modell zur Praxisumsetzung der Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Die ältere Person erhält von ihrem Hausarzt den Fragebogen Gesundheitsprofil. Die Rückmeldungen der älteren Personen in der Feldphase des Projekts 2000/2001 zeigten, dass sich dieses Verfahren bewährte. Über 80% von 847 teilnehmenden älteren Personen sagten, dass der Fragebogen leicht bis sehr leicht zu verstehen und auszufüllen sei. Die deutliche Mehrheit (über 80%) der teilnehmenden Personen war in der Lage, den Fragebogen selber auszufüllen, eine Minderheit (unter 20%) nahm die Hilfe einer andern Person (meist Angehörige) in Anspruch für das Ausfüllen des Fragebogens. Nur in einer kleinen Zahl (weniger als 5% der Personen) wurde die vom Projekt angebotene Hilfe (zum Ausfüllen des Bogens) in Anspruch genommen.

Die Computerauswertung ermöglicht darauf die Dateneingabe und die Erstellung der Berichte. Der Hausarzt schickt oder überreicht der älteren Person den persönlichen Gesundheitsbericht. Sowohl Hausarzt wie auch Fachperson für Gesundheitsberatung erhalten einen zusammenfassenden Bericht. Die Fachperson für Gesundheitsberatung führt anschliessend einen Hausbesuch bei der älteren Person durch, ergänzt bei Bedarf das Assessment, und führt eine gesundheitsfördernde Beratung durch. In regelmässigen Abständen trifft sie sich mit den verantwortlichen Hausärzten und bespricht die Situation in einem interdisziplinären Gespräch. Die Hausbesuche finden in 3- bis 4-monatlichen Abständen statt, die Fallbesprechungen und die Fragebogen werden in jährlichen Abständen wiederholt.

Die beschriebenen Verfahren konnten im Rahmen einer wissenschaftlich abgestützten Feldstudie realisiert werden. In ausgewählten Regionen des Kantons Solothurn und angrenzenden Gemeinden des Kantons Bern wurden alle in der Grundversorgung tätigen Hausärzte und Hausärztinnen zur Projektteilnahme angefragt. Insgesamt 70 von 73 angefragten Hausärzten waren dazu bereit. Diese hohe Teilnahme war darauf zurückzuführen, dass die Projektleitung aktiv den direkten Kontakt mit Hausärztegruppen und einzelnen Hausärzten suchten, und darauf, dass das Projekt gemeinsam mit der Hausärzteschaft entwickelt worden war. Die teilnehmenden Hausärzte erstellten Listen von ihren über 65-jährigen Patienten. Bei einer ersten Gruppe von 35 Hausärzten wurden danach die älteren Personen mit dem Kurzfragebogen zur Projektteilnahme eingeladen. Sie erhielten dazu auch eine Projektinformation und bestätigten ihr Interesse schriftlich. Das Vorgehen wurde von der Kantonalen Ethikkommission genehmigt.

Die älteren Personen zeigten ein grosses Interesse an einer Teilnahme. Über 80% der angefragten älteren Personen beantworteten das Einladungsschreiben und waren bereit, sich am Projekt zu beteiligen. Bis Ende 2001 hatten sich insgesamt 4‘038 ältere Personen schriftlich entschlossen, am Projekt teilzunehmen. Aufgrund des unerwartet hohen Interesses und der beschränkten Projektkapazitäten wurde mit der Einladung der Patienten der verbleibenden Hausärzte vorerst abgewartet. Die teilnehmenden Personen wurden anschliessend nach einem zentralen, computergesteuerten Verfahren randomisiert in verschiedene Gruppen (aktive Gesundheitsförderung versus Kontrollgruppen ohne aktive Gesundheitsförderung). Dieses Studiendesign wird verwendet, um die Wirksamkeit und die Kostenfolgen des Verfahrens zu evaluieren. Nach einem Jahr Verlauf (2002) werden Daten zum Gesundheitsverhalten und zu Gesundheitsrisiken erhoben, nach drei Jahren (2004) Daten zu Pflegebedürftigkeit und Kosten. Damit kann kurzfristig (2002/3) die Frage analysiert werden, wie sich das

Verfahren zur Verbesserung von Gesundheitsrisiken eignet, und langfristig (2004/5), welches Wirksamkeit und Kostenfolgen des Verfahrens sind.

Die nachfolgenden Tabellen stellen einige Resultate der Selbstbefragung bei 881 älteren Personen dar, die nach dem Randomisierungsprinzip der Gruppe von älteren Personen mit Gesundheitsprofil zugeteilt worden waren. Tabelle 1 zeigt die Häufigkeit einiger häufiger Probleme oder Risiken im Bereich Gesundheitsförderung oder Prävention im Alter. Im Vordergrund stehen Aspekte der Ernährung, körperlichen Aktivität und der medizinischen Vorsorge.

Tabelle 1 **Probleme im Alter bei 881 teilnehmenden Personen**	Häufigkeit
Körperliche Inaktivität	22.5%
Übergewicht	50.6%
Ungenügender Impfschutz: Grippeimpfung	54.1%
Eingeschränktes Hörvermögen	24.9%
Keine Gehörkontrolle im letzten Jahr	64.6%
Eingeschränktes Sehvermögen	14.2%
Keine Augenkontrolle im letzten Jahr	36.9%
Unkontrollierte arterielle Hypertonie	58.8%
Erhöhtes Sturzrisiko	23.9%
Urininkontinenz	22.0%
Aktueller Tabakkonsum	13.1%

Tabelle 2 dokumentiert, dass die meisten älteren Personen mindestens ein Mal pro Jahr ihren Hausarzt aufsuchen. Einschränkend zu berücksichtigen ist, dass aufgrund der Auswahl von Personen in diesem Projekt Personen ohne Hausarzt nicht für das Projekt eingeladen wurden. Aufgrund von Kassenstatistiken ist jedoch auch bei Berücksichtigung dieser Tatsache davon auszugehen, dass über 90% der älteren Personen mindestens ein Mal pro Jahr den Hausarzt aufsuchen. Damit ist der Hausarzt eine mögliche Schlüsselperson für die Vermittlung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Tabelle 2 **Arztkonsultationen in 12 Monaten bei 881 teilnehmenden Personen**	Häufigkeit
Keine	5.8%
Eine	8.2%
zwei oder drei	26.0%
vier bis sechs	36%
über sechs	24%

Tabelle 3 zeigt die von älteren Personen mit wenig körperlicher Aktivität genannten Gründe für die ungenügende Aktivität. Besonders auffällig ist der hohe Anteil von Personen, die Krankheiten, Schmerzen oder Behinderungen als Ursache für eine Inaktivität angeben. Medizinisch ist heute eine körperliche Inaktivität nur noch selten mit solchen Faktoren begründbar, da nur bei wenigen Krankheiten die körperliche Aktivität eingeschränkt werden muss.

Tabelle 3 **Grund für ungenügende körperliche Aktivität bei 326 Personen**	Häufigkeit
hat niemanden für gemeinsames Training	12.9%
hat keinen Ort für Training	14.1
hat keine Zeit	9.8%
finanzielle Gründe	3.1%

schlechtes Wetter	4.9%
Krankheit	31.0%
Behinderung	18.1%
Schmerzen	41.7%

1.4 Bisherige Kosten

Der Kanton Solothurn hat über den RRB Nr.1436 vom 6. Juli 1999 „Nachträgliche Leistungen der Krankenversicherer 1997 an die Langzeitpflege: Umsetzung Bundesratsentscheid vom 15. Dezember 1997; Verteilung der Mittel“ seine Beteiligung bis zum Jahre 2004 mit einer Rückstellung von Fr. 628'946.-- (unverzinst) und allfälligen situativen Beiträgen aus dem Lotteriefonds sichergestellt:

Folgende Beiträge wurde an das Projekt bereits geleistet:

Jahr	**Beschluss**	**Rückstellung**	**Lotteriefonds**
1999	RRB vom 5.1.1999 / Lotteriefonds		75'000.--
1999	RRB vom 5.1.1999	50‘000.--	
2000	RRB vom 14.3.2000	150'000.--	
2000	Veranstaltung Feldbrunnen	2'830.--	
2001	RRB vom 14.3.2000/10.9.2002	150'000.--	
2002	RRB vom 14.3.2000/10.9.2002	100'000.--	
2003	RRB vom 14.3.2000/10.9.2002	100‘000.--	
SUBTOTAL		552'830.--	75‘000.--
Total			**627'830.--**

2. Erwägungen

2.1 Rechtliches

§ 5 und 6 und 7 des Gesundheitsgesetzes vom 27. Januar 1999 enthalten die Rechtsgrundlage für die Beitragsbeteiligung im Bereich der Gesundheitsvorsorge:

Danach unterstützen Kanton und Einwohnergemeinden die Gesundheitsvorsorge. Diese dient insbesondere der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, der Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie der Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen. Das Departement kann selbständig oder in Zusammenarbeit mit anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder mit privaten Institutionen Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen anregen, koordinieren, umsetzen und evaluieren. Es kann Einrichtungen und Massnahmen öffentlicher oder privater Trägerschaften, die der Gesundheitsvorsorge dienen durch Beiträge unterstützen. Zudem kann der Kanton in Zusammenarbeit mit anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften oder mit öffentlichen oder privaten Institutionen im Dienste der Gesundheit wissenschaftliche Untersuchungen betreiben.

2.2 Abschluss Pilotprojekt und Überleitung zur Projektphase “Kanton”

Im Jahr 2004 soll nun die Pilotphase abgeschlossen werden und in die Umsetzungsphase „Kanton“ übergeleitet werden.

Im 1. Quartal 2004 wird die Datenerfassung und die Bereinigung abgeschlossen. Diese umfasst die Daten aus den Gesundheitsprofil-Fragebogen, die Abschlussbefragung bei den Teilnehmern und den Teilnehmerinnen und den Hausärzten und Hausärztinnen sowie die Abstraktion der Beratung durch die Hausärzte und die Hausärztinnen und die Gesundheitsfachpersonen (SO!PRA-Beraterinnen).

Gleichzeitig werden als Erkenntnis aus den Vorarbeiten im 1. Quartal 2004 im Wasseramt rund 800 Personen zur Teilnahme an einem konkreten Praxisumsetzungsszenario eingeladen. Dabei werden folgende Elemente des Gesundheitsprofil-Verfahrens eingesetzt:

- Gesundheitsprofil-Fragebogen (Selbstausfüller)
- Fortbildungsangebot für Hausärzte und Hausärztinnen
- Persönlicher Gesundheitsbericht
- Zusammenfassender Bericht für Hausärzte und Hausärztinnen
- Kurzintervention[1]

Ab dem 2. Quartal 2004 werden alle Daten ausgewertet sowie publiziert. Die im Zusammenhang mit der Publikation erfolgende externe Beurteilung stellt dabei ein Element der Qualitätssicherung dar.

Für das 4. Quartal 2004 ist ein Abschlussbericht mit den relevanten Analysen, Empfehlungen und den Ergebnissen aus ersten Praxisumsetzungen geplant. Dafür sind die mit RRB Nr. 1783 vom 10. September 2002 bereits als Option in Aussicht gestellten Fr. 100'000.— freizugeben.

Das zu diesem Zweck eingereichte Gesuch um einen Beitrag aus dem Lotteriefonds wird damit obsolet. Vielmehr wird für die Projektphase „Kanton" im Rahmen der Umsetzung zu prüfen sein, ob die Erarbeitung des Handlungskonzeptes aus Lotteriefonds-Mitteln finanziert werden kann.

2.3 Projektphase "Kanton"

Gestützt auf den Abschlussbericht der Pilotphase 1999-2004 plant der Kanton Solothurn gemeinsam mit den Einwohnergemeinden, Gesundheitsförderung und Prävention kantonsweit in die Praxis umzusetzen. Für die Projektphase „Kanton" soll sich Pro Senectute Kanton Solothurn verantwortlich zeigen. Als erster Schritt soll ein Handlungs- und Umsetzungskonzept erarbeitet werden. Dieses umfasst die folgenden Aspekte:

Aspekt Angebote
Welche Angebote gibt es, welche für die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter vernetzt werden können und wer sind die Anbieter? Müssen noch zusätzliche Angebote geschaffen werden? Wie ist es möglich, alle Angebote zu erfassen und aktuell zu halten? Welche Begleitmassnahmen sind nötig, um eine spätere Vernetzung zu ermöglichen?

Aspekt Organisation
Welche Ressourcen (Personal, Infrastruktur, etc.) sind nötig, um das Gesundheitsverfahren kantons-

[1] Aufgrund von definierten Entscheidkriterien werden, basierend auf dem Gesundheitsprofil-Fragebogen, kurze Empowerment-Interventionen bei den Teilnehmer und Teilnehmerinnen durchgeführt.

weit anbieten zu können? Welche Organisationen/Trägerschaft wäre in der Lage, diese Dienstleitung künftig erbringen zu können?

Aspekt Finanzierung
Welche Kostenfolgen hätte eine kantonsweite Umsetzung? Wer käme für die Übernahme welcher Kosten in Frage?

3. Beschluss

3.1 Aufgrund des Projektfortschrittes rechtfertigt es sich, für die Jahre 2003 und 2004 einschliesslich der Abschlussarbeiten für die gesamte Pilotphase 1999-2004 die im Voranschlag vorgesehenen Fr. 100'000.— freizugeben. Kreditnummer 365 000/20361. Damit gelten insgesamt Fr. 652'830.— aus Kreditnummer 365 000/20361 als beschlossen.

3.2 Dem Regierungsrat ist der Schlussbericht über das Pilotprojekt SO!PRA der Jahre 1999-2004 zur Kenntnis zur unterbreiten.

3.3 Das Departement des Innern, vertreten vom Amt für Gemeinden und soziale Sicherheit, wird ermächtigt, die Umsetzungsphase einzuleiten und ein Handlungs- und Umsetzungskonzept zu erarbeiten. Es ist zu prüfen, ob die finanziellen Aufwendungen für die Konzeptarbeit aus Lotteriefonds-Mitteln finanziert werden können. Über die Umsetzung selbst ist ein besondereres Beschlussesverfahren vorbehalten.

K. Schwaller

Dr. Konrad Schwaller
Staatsschreiber

Verteiler

Amt für Gemeinden und soziale Sicherheit, soziale Institutionen (5) (L:\soz\ags.so\sopra\RRB-Zwischenbericht.doc)
AGS, Ablage
Gesundheitsamt
Steuerungsgruppe SO!PRA (10)
Aktuarin der SOGEKO