

PGV-Projektevaluation: StoppSturz

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Schlussbericht Evaluation

24.10.2023

Autor/-innen: Jana Gerold, Nadine Schur, Kaspar Wyss, Matthias Schwenkglens

Impressum

Vertrags-Nr.:	19.135
Evaluiertes Projekt:	<i>StoppSturz</i> (Projekt-Nr. PGV01.077)
Laufzeit der Evaluation:	März 2019 – Dezember 2022 bzw. Frühjahr 2025 (Impact Evaluation)
Datenerhebungsperiode:	Januar 2019 – Mai 2023
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung Schweiz:	Dr. Giovanna Raso, Projektleiterin Wirkungsmanagement Prävention in der Gesundheitsversorgung
Bezug:	Gesundheitsförderung Schweiz, 3014 Bern Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) www.gesundheitsfoerderung.ch
Zitervorschlag:	Gerold J, Schur N, Wyss K, Schwenkglens M, 2023. PGV-Schlussbericht Evaluation <i>StoppSturz</i> .
Korrespondenzadresse:	Prof. Dr. Matthias Schwenkglens Universität Basel, Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM) Klingelbergstrasse 61 4056 Basel E-Mail: m.schwenkglens@unibas.ch Tel: +41 61 207 19 49

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	1
2	Einleitung	5
2.1	Ausgangslage	5
2.2	Ziel und Zweck der Evaluation	6
3	Methodik der Evaluation von <i>StoppSturz</i>	8
3.1	Die formative Evaluation	8
3.2	Die Outcome-Evaluation	9
3.3	Die Impact-Evaluation	10
4	Ergebnisse der Evaluation von <i>StoppSturz</i>	10
4.1	Inputs in das Projekt	10
4.2	Umsetzung/Aktivitäten und Outputs	11
4.3	Resultate – Projektumsetzung	14
4.4	Resultate – Multiplikator:innen	16
4.5	Resultate – Explorative Studie zur interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ)	18
4.6	Erwartete Resultate – Impact Studie	20
5	Interpretation	20
5.1	Herausforderungen	20
5.2	Erfolgsfaktoren	20
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	21
	Anhang 1: Wirkungsmodell	23
	Anhang 2: Ursprünglich vorgesehene Evaluationsteile	24
	Anhang 3: Material für die formative Evaluation	25
	Anhang 4: Fragebogen Outcome – Evaluation bei der Spitex	28
	Anhang 5: Manuskript Interprofessionelle Zusammenarbeit	35
	Anhang 6: Budget aufgeschlüsselt nach Teilprojekten	45
	Anhang 7: <i>StoppSturz</i> Vorgehen Basisversion	46
	KAnhang 8: Detaillierter Bericht zur Spitex-Evaluation	47

Abkürzungen

Abkürzung / Akronym	Definition
BFU	Beratungsstelle für Unfallverhütung
CHF	Schweizer Franken
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
MPA	Medizinische Praxis-Assistentinnen
MPK	Medizinische Praxis-Koordinatorinnen
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
TP	Teilprojekt
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

1 Executive Summary

Das Projekt *StoppSturz / Parachutes* hatte zum Ziel, die Sturzprävention im Alter in der Schweiz zu verbessern. Im Zentrum stand die Involvierung relevanter Akteure in der Gesundheitsversorgung und die Verbesserung der Schnittstellen zwischen diesen. Es wurden Tools und Fortbildungsmaterialien für Fachpersonen entwickelt, um ältere Personen mit erhöhtem Sturzrisiko zu identifizieren, deren Risiken abzuklären und adäquat zu behandeln. In das Projekt waren nationale und kantonale Organisationen des Gesundheitsversorgungssystems, aus der Public Health und der Zivilgesellschaft involviert.

Das durch Gesundheitsförderung Schweiz und Partnerorganisationen finanzierte Projekt wurde durch eine externe Evaluation begleitet. Das Ziel der Evaluation war, die Zielerreichung, Erfolgsfaktoren und erfahrenen Hindernisse des Projekts *StoppSturz* zu überprüfen und damit zur laufenden Optimierung während der Projektlaufzeit beizutragen. Weiterhin sollte die Wirksamkeit (Impact) adressiert und es sollte hierzu evidenzbasiertes Wissen generiert werden.

Über die Projektlaufzeit von 2019 bis 2022 unterstützte Gesundheitsförderung Schweiz das Projekt *StoppSturz* im Rahmen des Programms «Prävention in der Gesundheitsversorgung» mit CHF 2,0 Millionen. Die Träger- und Partnerorganisationen trugen mit Eigenleistungen zur restlichen Finanzierung des Projekts bei. Über die vierjährige Projektlaufzeit war für das Projekt *StoppSturz* ursprünglich ein Gesamtbudget von etwa CHF 3,7 Millionen angesetzt, davon grossmehrheitlich Personalkosten in Höhe von CHF 3,5 Millionen und der Rest Sachkosten. Über die Zeit erhöhte sich das Budget durch zusätzliche Mittel auf insgesamt knapp CHF 3,9 Millionen.

Die Sturzprävention wurde im Rahmen des Projekts *StoppSturz* in ursprünglich sechs und später acht Teilprojekten bearbeitet (ursprünglich: «Spitalaustritt», «Apotheken», «Aufsuchende Sturzberatung», «MPA/MPK», «Hochschule», «Nationale Koordination und Multiplikation», später zusätzlich «Tools und Fortbildungsmaterialien», «E-Learning»), die teilweise Schnittstellen aufwiesen oder deren Massnahmen aufeinander aufbauten. Das Projekt wurde in fünf Kantonen (ursprünglich St. Gallen, Bern, Graubünden, Jura und ab dem Jahr 2020 auch Zürich) im Rahmen von kantonalen Pilotprojekten umgesetzt. Voraussetzung für die kantonale Umsetzung war die Erarbeitung der Materialien zum *StoppSturz*-Vorgehen in den Teilprojekten. Die Tools und Fortbildungsmaterialien für medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen wurden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen nationalen Berufsverbänden ausgearbeitet. Darauf folgend wurden zahlreiche Fachpersonen in berufsspezifischen und teilweise auch interprofessionellen Fortbildungen anhand des *StoppSturz*-Vorgehens in den fünf Kantonen sensibilisiert, informiert und teilweise auch geschult. Schulungen fanden im Rahmen von Weiter- und Fortbildungen statt und umfassten vertiefte Fachinhalte zum *StoppSturz*-Vorgehen.

Für eine bessere Erreichbarkeit wurden selbstgesteuerte E-Learning Module für Mitarbeitende der Spitex, für medizinische Praxisfachpersonen, sowie für nicht-medizinische Fachpersonen und Freiwillige erarbeitet. Diese wurden beispielsweise von Spitex Zürich bereits während der Projektlaufzeit als fester Bestandteil der internen Fort- und Weiterbildungsangebote implementiert.

Darüber hinaus wurden in den beiden Teilprojekten «Apotheken» und «Aufsuchende Sturzberatung» neue Interventionspakete zur besseren Erkennung von Personen mit erhöhtem Sturzrisiko und zur Schaffung niederschwelliger Zugänge entwickelt, pilotiert und in einem Kanton (Bern) teilweise eingeführt.

Im Sinne einer nachhaltigen Verankerung der Projekthinhalte wurde seit Projektbeginn die Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) in das Teilprojekt «Nationalen Koordination und Multiplikation» involviert. Die BFU hat

sich im letzten Projektjahr dazu entschlossen, die *StoppSturz*-Projekthalte zu übernehmen und *StoppSturz* ab 2023 weiterzuführen.

Im Sinne einer weiter verstetigten Dissemination über die Projektlaufzeit hinaus, wurde im Teilprojekt «Hochschule» unter anderem mit den Materialien von *StoppSturz* ein interprofessionelles Modul zum Thema «Sturzprävention – eine interprofessionelle Herausforderung» für die Bachelor-Studiengänge Ergotherapie, Gesundheitsförderung & Prävention, Pflege und Physiotherapie erarbeitet. Dieses wird seit 2022 als fester Bestandteil der Grundausbildung in den Frühlings- und Herbstsemestern an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) Winterthur angeboten.

Während der ersten zwei Jahre der insgesamt vierjährigen Projektlaufzeit hatte das Projektteam nicht nur mit konzeptuellen Fragestellungen zu kämpfen, sondern darüber hinaus hat COVID-19 substantiell die Projektimplementierung und damit die geplante Zielerreichung negativ beeinflusst. Dies betraf insbesondere die Breitenwirkung im Sinne der Anzahl geschulter Expert:innen.

Ursprünglich hatte das *StoppSturz*-Team geplant, die im Vorgängerprojekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» erstellten Materialien auch für das *StoppSturz*-Projekt zu verwenden. Erst mit Projektbeginn wurde realisiert, dass das dort erarbeitete Vorgehen nicht genügend evidenzbasiert war und dass es nicht sinnvoll sein würde, diese Materialien zu aktualisieren/anzupassen. Nach dem ersten Projektjahr wurde daraufhin der Fokus auf die Erstellung von qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Materialien gelegt, die von allen wichtigen nationalen Verbänden abgesegnet waren, und das Teilprojekt «Tools und Materialien» mit einer nationalen Arbeitsgruppe aufgegleist.

Die vielfältige fachliche Expertise und praktischen Erfahrungen des Projektteams im Themenfeld Gesundheit und Altern, sowie langjährige Kenntnisse des Versorgungssystems aus unterschiedlichen professionellen Hintergründen (Medizin, Public Health, Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege, Bewegung), und das multidisziplinäre Team in seiner Gesamtheit zeichneten das Projekt *StoppSturz* aus. Die persönlichen Netzwerke der Gesamtprojektleitung (Public Health Services) mit Schlüsselpersonen und wichtigen Akteuren, wie beispielsweise Verbänden, spielten eine wichtige Rolle für die erzielten Resultate zum Beispiel im Teilprojekt «Tools- und Fortbildungen». In diesem beteiligten sich die relevanten Verbände an der Erarbeitung von Fortbildungskonzepten und entsprechenden Massnahmen. Auch für das Weitertragen und die Verankerung der Schulungen in Qualitätszirkeln der Ärzteschaft, in Fachverbänden (z.B. kantonale Spitex-Verbände) sowie in einzelnen Organisationen und Institutionen spielten persönliche Kontakte und Netzwerke eine wichtige Rolle.

Die mehrjährige Zusammenarbeit, die Vertiefung der Kontakte mit den nationalen und kantonalen Partnern innerhalb der Steuergruppen und die regelmässigen projektinternen Treffen mit einem systematischen internen Erfahrungsaustausch wurden als wichtige Bausteine der Vernetzung und Informationsstreuung bewertet.

Im Bereich der Multiplikator:innen hat das Projekt *StoppSturz* wichtige Erfolge erzielt und zu Veränderungen in der ambulanten Versorgung geführt. Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGAIM) hat die Sturzrisikoerkennung und Sturzprävention als Qualitätsindikator für die ambulante Medizin übernommen. Zudem wurden Kooperationen mit regionalen und kantonalen Spitex-Organisationen sowie der Gruppenpraxis Medbase aufgebaut, um eine flächendeckende Sturzprävention zu etablieren. Diese Institutionen implementierten Sturzpräventionsmassnahmen basierend auf den entwickelten Tools und haben begonnen, Schulungen für ihre Mitarbeitenden durchzuführen.

Im Rahmen der Outcome-Evaluation bei den Multiplikator:innen wurde eine Umfrage durchgeführt, um die Erfahrungen der Mitarbeitenden von Spitex Zürich und Spitex Jura in Bezug auf die Umsetzung der Sturzprävention zu untersuchen. Insgesamt wurden 450 Spitex-Mitarbeitende zur Umfrage eingeladen. Dabei entfielen 443 Einladungen auf die Spitex Zürich und 7 Einladungen auf die Spitex Jura. Für die Befragung bei

Spitex Zürich wurden sämtliche Mitarbeitenden aus allen Zentren ausgewählt, in welchen zum Zeitpunkt der Einladung die Weiterbildung bereits stattgefunden hatte. Bei Spitex Jura wurden aufgrund von Ressourcenknappheit nur die leitenden Pflegenden der 7 Abteilungen in einer Schulung, die Elemente von *StoppSturz* aufgenommen hatte, geschult, und zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Diese sogenannten Ressourcenpersonen geben seitdem ihr Wissen situationsabhängig an ihre Kolleg:innen weiter und beraten diese. Die Teilnehmerate an der Befragung war mit insgesamt 43% vergleichsweise hoch, aber es kann nicht notwendigerweise von Repräsentativität ausgegangen werden. Es ergaben sich folgende Hauptresultate: Fast alle Teilnehmenden betrachteten die Sturzprävention als wichtiges Thema, das angegangen werden sollte. Viele konnten ihr Wissen zur Sturzprävention bereits in ihrem Arbeitsumfeld anwenden. Die meisten Mitarbeitenden empfanden sich nach der Weiterbildung bei der Erkennung von Sturzgefährdungen und der Umsetzung entsprechender Maßnahmen als kompetenter. Jedoch zeigten sich zwischen Mitarbeitenden verschiedenen Alters Unterschiede in der Selbstwahrnehmung bezüglich der Weiterleitung von Klient:innen an entsprechende Fachstellen, die vielleicht auf die Art und Weise der Durchführung der Weiterbildungsmassnahmen zurückzuführen sind. Um Unsicherheiten im Umgang mit den Materialien generell so klein wie möglich zu halten, sollten solche Unsicherheiten in den Spitex-internen Team-Besprechungen aktiv adressiert sowie die individuellen Gründe eruiert und behoben werden.

Eine Reduktion der Sturz- und Frakturhäufigkeit und einen Einfluss auf die Häufigkeit von Pflegeheimetritten und Hospitalisationen sowie auf die Gesundheitskosten bei Risikopatient:innen zu untersuchen, ist wichtig, da hierdurch das originäre Hauptziel der Sturzprävention adressiert wird. Hierzu war ursprünglich eine Impact-Evaluation mit Daten von Krankenversicherern und des Bundesamts für Statistik geplant. Diese wurde aufgrund der projektbedingten Änderungen und Verzögerungen und der daraus resultierenden verkleinerten Reichweite und verkürzten Wirkungsdauer der *StoppSturz*-Massnahmen jedoch als nicht mehr erfolgversprechend eingestuft und aufgegeben. Ausgehend von den im Rahmen von *StoppSturz* entwickelten Schulungen zur Sturzprävention, der Einführung eines Sturzprotokolls bei der Spitex Zürich und den verfügbaren Klient:innen- und Leistungsdaten ist eine Evaluation des Impacts auf Spitex-Ebene grundsätzlich möglich. Es ist daher geplant, eine angepasste Impact-Evaluation zu den Auswirkungen der Schulung von Spitex-Teams auf die Sturz- bzw. Frakturhäufigkeit der Klient:innen durchzuführen. Die Analyse wird auf retrospektiv erfassten sturzbezogenen Daten der Klient:innen der Spitex Zürich vor und nach Durchführung der Schulungen der Spitex-Mitarbeitenden basieren. Die Resultate dieser Analyse werden im Nachgang in einem separaten Bericht publiziert.

Aus den dargestellten Evaluationsergebnissen leiten wir sechs Empfehlungen für zukünftige Vorhaben ab:

1. Die komplexe und ambitionöse Projektstruktur von *StoppSturz* hat gezeigt, dass bei einer vierjährigen Projektlaufzeit mit einem Public Health Mandat Teilprojekte idealerweise nicht aufeinander aufbauen sollten und dass nur eine limitierte Anzahl von ausgewählten Projektpartnern eingebunden werden sollte.
2. *StoppSturz* lehnte sich konzeptionell und hinsichtlich der beteiligten Akteure stark an das Vorgängerprojekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» an. Somit konnte auf ein bestehendes institutionelles Netzwerk wichtiger Akteure aufgebaut werden und es konnte eine befruchtende Zusammenarbeit insbesondere mit der Spitex und der BFU für *StoppSturz* hergestellt werden. Daraus leitet sich die Empfehlung ab, diese wichtigen Akteure der Sturzprävention in der Grundversorgung für weitere Interventionen und Public Health-Massnahmen mit dem Ziel einer flächendeckenden Sturzprävention zu positionieren.

3. Hinsichtlich der nationalen Verankerung der «Sturzprävention in der Versorgung» bei der BFU wird vorgeschlagen, die wichtigen Netzwerke und Strukturen der BFU noch stärker als bisher zu nutzen, beispielsweise die Bereiche Forschung, Beratung, Bildung: Kurse/Angebote und Kommunikation. Dabei sollte es darum gehen, Angebote zusätzlich zu der bislang etablierten virtuellen «Arbeitsplattform mit allen *StoppSturz*-Materialien» für eine weitere Dissemination zu schaffen. So könnte beispielsweise eine weitere Dissemination des *StoppSturz*-Vorgehens innerhalb der Spitex-Verbände und Ärztezentren, die sich als Leuchtturm-Strategie erwiesen hat, fachlich von der BFU begleitet oder ergänzt werden. Es wird als zentral und wichtig erachtet, dass die BFU wichtige und nötige programmatische Investitionen in die Sturzprävention in der Versorgung, jenseits einer Dissemination über ihre Website, tätigt.
4. Die institutionelle Einführung des *StoppSturz*-Vorgehens innerhalb der Spitex Zürich, als Teil einer systematischen Sturzprävention, sollte aufgearbeitet und weitergetragen werden. Dadurch könnten auch andere wichtige Akteure von den gemachten Erfahrungen profitieren, die die Grundversorgung alternder und chronisch erkrankter Patient:innen sicherstellen.
5. Erste Bestrebungen des Projektes, das *StoppSturz*-Vorgehen als Standard in der Schweiz zu etablieren, waren bereits durch die Definition der Qualitätsindikatoren der SGAIM erfolgreich. Jedoch benötigt es weitere Lobbyarbeit, damit der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) das *StoppSturz*-Vorgehen (das ja auf den Clinical Practice Guidelines der Amerikanischen und Britischen Geriatischen Gesellschaft basiert und mit den nationalen Verbänden für den Schweizer Kontext adaptiert wurde) auch in der Online-Plattform «Guideline Schweiz» als nationale Referenz etabliert. Zusätzlich benötigt es intensive Lobbyarbeit für die Leistungsvergütung mit entsprechenden Anpassungen im Tarifsystem.
6. Die Sturzprävention ist ganz unterschiedlich in den kantonalen Altersleitbildern oder Alterskonzepten gewichtet und ausgelegt. Im Kontext einer alternden Gesellschaft sollte überlegt werden, ob sich das Projektteam von *StoppSturz* auch als Berater im Sinne eines Public Health-Auftrages zur Prävention für die kantonalen Altersleitbilder oder Alterskonzepte zur Verfügung stellen möchte.

2 Einleitung

2.1 Ausgangslage

In der Schweiz verletzen sich jährlich 88'000 Personen über 65 Jahre bei einem Sturz in Haushalt, Garten oder Freizeit so stark, dass sie zum Arzt oder ins Spital müssen. Im Alter haben Sturzverletzungen oft schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen; über 1'500 Betroffene sterben pro Jahr an den Folgen eines Sturzes. Stürze haben neben individuellen auch grosse volkswirtschaftliche Auswirkungen: Die materiellen Kosten (Spitalkosten, Pflegekosten, übrige Heilungskosten, indirekte Kosten für Leistungsausfälle, Administration etc.) nach Sturzunfällen bei älteren Menschen über 65 Jahre betragen pro Jahr CHF 1,7 Milliarden.¹

Mit zunehmendem Alter steigt das Sturzrisiko. Besonders Personen mit einer Sturzanamnese (bereits gestürzte Patient:innen) und mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) haben ein erhöhtes Risiko, (erneut) zu stürzen.

Sturzprävention hat grosse Public Health-Relevanz im Kontext einer älter werdenden Gesellschaft. Der Sturz bei einer älteren Person mit erhöhtem Risiko ist in der Regel ein Vorfall mit vielfältigen und komplexen Ursachen, die in unterschiedlicher Kombination zusammenwirken. Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsbedürfnisse tendenziell chronischer und komplexer. Eine Gesundheitsversorgung, die diese mehrdimensionalen Anforderungen des Alters auf integrierte Weise angeht, hat sich als wirksamer erwiesen als Dienste, die jede Erkrankung einfach nur separat bekämpfen.² Mit der zunehmenden Komplexität wird die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen immer mehr zum Erfolgsfaktor in der Gesundheitsversorgung.³ Daher müssen Prävention, Behandlung und Betreuung umfassend und interprofessionell angegangen werden. Das Projekt *StoppSturz / Parachutes* – Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung – wurde unter der operativen Leitung von Public Health Services von 2019 bis 2022 und von Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen des Portfolios «Prävention in der Gesundheitsversorgung» (PGV) gefördert. Strategisch wurde das Projekt von einer nationalen Steuergruppe mit Vertreter:innen der Trägerorganisationen begleitet.

Der ursprüngliche Titel des Projektes lautete «Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung – Überführung in die Regelversorgung». Die übergeordneten Zielsetzungen wurden im Laufe der Projektlaufzeit angepasst und verfeinert, jedoch im Grundsatz nicht verändert:^{4 5}

1. In den Pilotkantonen St. Gallen, Bern, Graubünden, Jura und Zürich wird bis Ende 2022 die Sturzprävention für Menschen mit erhöhten Risiken systematisch und flächendeckend in der Gesundheitsversorgung und an deren Schnittstellen umgesetzt,
2. Die in das Projekt involvierten Akteure der Gesundheitsversorgungskette sind befähigt, Personen mit erhöhtem Sturzrisiko a) zu erkennen, b) abzuklären und c) adäquat zu behandeln bzw. angemessenen präventiven Massnahmen zuzuführen. Sie verbessern ihre Vernetzung, handeln interprofessionell und optimieren die Koordination der präventiven Massnahmen.
3. Auf nationaler Ebene sind im Bereich der Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung die Koordination der Aktivitäten, die Voraussetzungen in der Bildung (Aus-, Weiter- und Fortbildung) und

¹ BFU. 2019. STATUS 2019 - Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz.

² WHO. 2016. Weltbericht über Altern und Gesundheit.

³ SAMW. 2018. Bulletin 03/2018.

⁴ Projekt StoppSturz. 2018. Projektantrag PGV I. Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung - Überführung in die Regelversorgung.

⁵ Projekt StoppSturz. 2020. Gesamtprojektplan V0.9.

bestehende Finanzierungsmodi optimiert, eine nachhaltige Gesamtstrategie entwickelt sowie die Multiplikation des Projekts (nationales Rollout) vorbereitet.

4. Das Projekt leistet einen wichtigen Beitrag zur generellen Förderung der koordinierten und integrierten Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Menschen.

Die definierte primäre Zielgruppe des Projektes waren Multiplikator:innen: medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen, sowie Freiwillige in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die sekundäre Zielgruppe waren ältere Personen über 65 Jahre, die an chronischen Erkrankungen leiden bzw. fragil sind, dadurch ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen und in einem häuslichen Umfeld leben.

Das Projekt wurde ursprünglich für vier Pilotkantone geplant (St. Gallen, Graubünden, Bern und Jura), wobei bereits nach 1,5 Jahren Projektlaufzeit der Kanton Zürich auf Eigeninitiative und mit eigener Finanzierung als weiterer Pilotkanton aufgenommen wurde. Zwei der *StoppSturz*-Pilotkantone (SG, GR) waren bereits in das von 2014 bis 2017 laufende Vorgängerprojekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» eingebunden, welches ebenso unter kantonaler Trägerschaft stand.⁶ Ebenso waren einige wichtige Projektpartner bereits damals engagiert – die Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU), ausserdem Pro Senectute sowie nationale und kantonale Verbände der Spitex, der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Hausärzteschaft. Die ambulante Sturzprävention wurde im Rahmen des Projekts *StoppSturz* in ursprünglich sechs und später acht Teilprojekten bearbeitet (ursprünglich: «Spitalaustritt», «Apotheken», «Aufsuchende Sturzberatung», «MPA/MPK», «Hochschule», «Nationale Koordination und Multiplikation», später zusätzlich «Tools und Fortbildungsmaterialien», «E-Learning»), die teilweise Schnittstellen aufwiesen oder deren Massnahmen aufeinander aufbauten.

Die planmässige Projektdurchführung von *StoppSturz* wurde zum einen durch die COVID-19-Pandemie und zum anderen durch konzeptionelle Schwierigkeiten substantiell behindert. Aufgrund der zeitlichen Verzögerungen entstanden auch neue Voraussetzungen für die ursprünglich geplante externe Outcome- und Impact-Evaluation, wie im Folgenden dargestellt wird.

2.2 Ziel und Zweck der Evaluation

Das Ziel der externen Evaluation war, die Zielerreichung, Erfolgsfaktoren und Hindernisse des Projekts *StoppSturz* zu überprüfen und damit zur laufenden Optimierung während der Projektlaufzeit beizutragen. Weiterhin sollte die Wirksamkeit (Impact) adressiert und es sollte hierzu evidenzbasiertes Wissen generiert werden. Gemäss dem Arbeitspapier 46 «Wirkungsevaluation von Interventionen» von Gesundheitsförderung Schweiz⁷ fokussierte sich die Evaluation auf die Bereiche Input, Umsetzung, Output, Outcome und Impact anhand des Wirkungsmodells des Projektes (siehe Anhang 1).

Das ursprüngliche Studienprotokoll der Evaluation sah vier Teilevaluationen vor.⁸ Dazu gehörten (i) die formative Evaluation in Zusammenarbeit mit dem Projektträger, (ii) die Outcome-Evaluation zu den erreichten Ergebnissen bei den Multiplikator:innen, (iii) die Outcome-Evaluation über die Massnahmen zur Sturzprävention aus Sicht der Risikopatient:innen, und (iv) die Impact-Evaluation mit Fokus auf der Sturz- und Frakturvermeidung und den resultierenden Gesundheits- und Kostenfolgen. Sämtliche Aspekte wurden durch die Ethikkommission Nordwestschweiz im Januar 2021 geprüft und bedurften keiner separaten

⁶ https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Faktenblatt_024_GFCH_2017-10_-_Sturzpraevention_bei_Personen_mit_erhoehtem_Sturzrisiko.pdf (Zugriff Juni 2023).

⁷ Fässler, Studer. 2019. Arbeitspapier 46 - Wirkungsevaluation von Interventionen.

⁸ Evaluation. 2019. Studienprotokoll Evaluation: Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung - Überführung in die Regelversorgung.

Ethikbewilligung, da sie nicht in den Geltungsbereich des Humanforschungsgesetzes fielen. Die Methodentabelle in Anhang 2 gibt einen Überblick über die ursprünglich geplanten Evaluationsteile.

Im Rahmen der Outcome Evaluation Multiplikator:innen war vorgesehen zu erfassen, inwiefern sich die primäre Zielgruppe von *StoppSturz*, nämlich die medizinischen und nicht-medizinischen Fachpersonen, durch Schulungen befähigt fühlen, interprofessionelle Sturzprävention in der ambulanten Grundversorgung anzubieten. Für die Befragung der Multiplikatoren sollte eine Online-Befragung im letzten Projektjahr (2022) in allen vier Kantonen durchgeführt werden, mit einer Stichprobengrösse von etwa 600-1200 Personen.

Die Outcome Evaluation zu den Risikopatient:innen hatte zum Ziel, Rückmeldungen der sekundären Zielgruppe des Projektes zu erfassen. Es sollte anhand Leitfaden-gestützter Interviews mit 20 ausgewählten Risikopatient:innen untersucht werden, wie und warum die Sturzprävention ihre Lebensqualität und Autonomie im Alter beeinflusse.

Die Impact Evaluation hatte zum Ziel auf Basis verschiedener Datenquellen vorgesehen (i) eine Reduktion der Sturz-/Frakturhäufigkeit, von Hospitalisationen und von Pflegeheimenritten zu zeigen, (ii) den Einfluss von Sturz-/Frakturereignissen auf die Häufigkeit von Hospitalisationen und Pflegeheimenritten sowie auf die Gesundheitskosten zu ermitteln, und (iii) die Entwicklung der Gesundheitskosten von Risikopersonen, unter Berücksichtigung der Kosten der Sturzprävention, widerzugeben.

Wie bereits in Abschnitt 2.1 angeführt, kam es projektseitig zu mehreren, teils tiefgreifenden Veränderungen. Auf die Änderungen der Projektmassnahmen wurde von Seiten des Evaluationsteams mit einer Konzeptanpassung reagiert. Die Anpassungen wurden per Beschluss zwischen dem Evaluationsteam, dem Projektteam *StoppSturz* und Gesundheitsförderung Schweiz im Oktober 2021 vereinbart. Die Projektanpassungen betrafen dabei insbesondere die Outcome-Evaluation bei den Multiplikator:innen, die Outcome-Evaluation bei den Risikopatient:innen und die Impact-Evaluation und werden ausführlich in Kapitel 3 dargelegt.⁹ Tabelle 1 gibt einen Überblick über die abschliessend durchgeführten Evaluationsteile.

Tabelle 1: Methodentabelle mit den durchgeführten Evaluationsteilen

Hauptfragen	Zielgruppen	Methodik	Stichproben	Zeitpunkt Datenerhebung
Formative Evaluation				
Dokumentation des Projektfortschritts	Team <i>StoppSturz</i>	Dokumentenanalyse	ca. 15	2019
Personal & Finanzen, Zusammenarbeit und Prozesse, Ergebnisse & Leistungen, Wirkungen, Optimierungen, Reflexionen	Team <i>StoppSturz</i>	Dokumentenanalyse	ca. 20	2020
		Einzelinterviews	N=10	
Personal & Finanzen, Zusammenarbeit und Prozesse, Ergebnisse & Leistungen, Wirkungen, Optimierungen, Reflexionen	Team <i>StoppSturz</i>	Dokumentenanalyse	ca. 30	2021
		Gruppeninterviews	N=2	
Personal & Finanzen, Zusammenarbeit und Prozesse, Ergebnisse & Leistungen, Wirkungen, Optimierungen, Reflexionen	Team <i>StoppSturz</i> , Steuergruppe	Dokumentenanalyse	ca. 45	2022
		Workshops	N=3	

⁹ Evaluation. 2022. PGV-Projektevaluation: StoppSturz. Konzeptanpassung.

Outcome Evaluation Multiplikator:innen				
Wissen, Einstellung und Verhalten von Spitex-Mitarbeitenden nach der Weiterbildung zur Sturzprävention	Mitarbeitende der Spitex Zürich und Spitex Jura	Online Befragung	N=450	2022
Outcome Evaluation Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)				
Projekte und Initiativen zur Interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Grundversorgung in der Deutschsprachigen Schweiz	Projektleiter:innen	Leitfaden-gestützte Interviews	N=6	2022-2023
Impact Evaluation (Bericht der Resultate erfolgt im Nachgang)				
Reduktion der Sturzhäufigkeit	Zuhause betreute Klient:innen bei Spitex Zürich über 65 Jahre	Vorher-Nachher-Studie	N=3300	2022-2023

3 Methodik der Evaluation von *StoppSturz*

3.1 Die formative Evaluation

Die formative Evaluation hatte zum Ziel, die Projektumsetzung auf zwei Ebenen zu beurteilen: auf der Ebene der fünf Projektkantone (St. Gallen, Graubünden, Bern, Jura und ab 2020 auch Zürich) und auf der Ebene der Teilprojekte. Insgesamt wurden acht Teilprojekte¹⁰, die Teilaspekte einer umfassenden Sturzprävention in der ambulanten Grundversorgung verfolgten (Spitalaustritt, Apotheken, Aufsuchende Sturzberatung, MPA/MPK, Hochschule, Nationale Koordination und Multiplikation, Tools und Fortbildungsmaterialien, E-Learning), berücksichtigt.

Sie unterstützte die Projektumsetzung ergänzend zu der Projektinternen Selbstevaluation anhand des Plan-Do-Check-Act-Zyklus mit gezielt durchgeführten Einzel- und Gruppeninterviews aber auch zuletzt Evaluationsworkshops (Mai und Oktober 2022, Januar 2023). Dieses flankierende Vorgehen der Formativen Evaluation wurde eng mit der Gesamtprojektleitung von *StoppSturz* abgestimmt. Sie wurde wie ursprünglich geplant für alle Projektjahre durchgeführt.

Die Formative Evaluation stützte sich auf drei Datenquellen: (i) semi-strukturierte Expert:inneninterviews, (ii) Analyse der Projektdokumente, und (iii) Ergebnisse moderierter Evaluationsworkshops (online und face-to-face). Der verwendete Leitfaden für die Expert:inneninterviews und der Fragebogen zum Evaluationsworkshop finden sich in Anhang 3.

Die Expert:inneninterviews wurden mit in das Projekt involvierten Personen durchgeführt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 60 Minuten und wurden alle online mittels der Software Zoom realisiert und aufgezeichnet. Alle Expert:innen willigten mündlich in eine Aufzeichnung des Gesprächs ein. Den Interviewpartnern wurde vorab der Fragebogen zugestellt, und somit konnten die Gespräche fokussiert geführt werden. Teilweise wurden die strukturierten Gespräche situativ – je nach Aufgabenbereich der Expert:innen – ergänzt und angepasst.

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden interne Projektdokumente (Strategien, Protokolle, Newsletter und Statusberichte) aber auch externe Dokumentationen zum Projekt (Projektpublikationen, Webseiten, Berichte, Medienbeiträge, Präsentationen) ausgewertet.

¹⁰ Ursprünglich in der Projektplanung waren sechs Teilprojekte vorgesehen («Spitalaustritt», «Apotheken», «MPA/MPK», «Aufsuchende Sturzberatung», «Hochschule», «Nationale Koordination und Multiplikation») die sich jedoch im Laufe der Projektumsetzung erweiterten mit den Teilprojekten «Tools und Fortbildungsmaterialien» und «E-Learning».

Es wurden im letzten Projektjahr 2022 drei Evaluationsworkshops gemeinsam von dem Projekt- und dem Evaluationsteam durchgeführt.

Die Auswertung der Interviews und der Workshops stützte sich auf die Gesprächsprotokolle. Die Gesprächsprotokolle wurden gesichtet, der Inhalt zusammengefasst, abstrahiert und im Hinblick auf die Rubriken der Hauptfragestellungen zu Kategorien zusammengefasst und interpretiert.

3.2 Die Outcome-Evaluation

Die geplante Outcome-Evaluation wurde aufgrund der projektseitigen Änderungen und Verzögerungen angepasst und per Beschluss im Oktober 2021 von allen beteiligten Parteien, Gesundheitsförderung Schweiz, *StoppSturz* und dem Evaluationsteam neu konzipiert. Die Outcome-Evaluation zu den Multiplikator:innen wurde mit einer online Befragung über die Erkenntnisse und Erfahrungen bei der Spitex bezüglich der Weiterbildung zur Sturzprävention neu ausgelegt, um trotz der verschiedenen Änderungen wenigstens im vielversprechenden Bereich der Spitex den Einfluss der Sturzprävention zu eruieren, anstatt die Outcome Evaluation gänzlich aufzugeben. Dabei wurde versucht, die verschiedenen Rollen der Spitex-Organisationen in der Deutschschweiz (repräsentiert durch Spitex Zürich) und der Romandie (Spitex Jura) näher zu beleuchten. Ein Fokus auf andere Multiplikator:innen wurde nicht realisiert.

Die Befragung wurde zwischen dem 21. November 2022 und 21. Dezember 2022 online durchgeführt. Insgesamt wurden dafür 450 Spitex-Mitarbeitende eingeladen. Dabei entfielen 443 Einladungen auf die Spitex Zürich und 7 Einladungen auf die Spitex Jura. Während bei Spitex Zürich sämtliche Mitarbeitende aus allen Zentren geschult (mittels E-Learning und gegebenenfalls mit einer zusätzlichen Präsenzveranstaltung) und daher auch für die Befragung ausgewählt wurden, wurden bei Spitex Jura aufgrund einer Vorgabe der dortigen Trägerschaft nur die leitenden Pflegenden (=Ressourcenpersonen) in einer Schulung, die Elemente von *StoppSturz* aufgenommen hatte, geschult und eingeladen. Diese Ressourcenpersonen geben seitdem ihr Wissen situationsabhängig an ihre Kolleg:innen weiter und beraten diese.

Der Fragebogen orientierte sich mit den Themenbereichen Wissen, Einstellung und Verhalten am *StoppSturz*-Wirkungsmodell (siehe Anhang 1). Die drei Themenbereiche beinhalteten:

- Wissen: Die Mitarbeitenden kennen die richtigen Massnahmen zur Sturzprävention.
- Einstellung: Die Mitarbeitenden fühlen sich befähigt, anhand der Vorgehensalgorithmen, Leitfäden und Tools die sturzpräventiven Massnahmen umzusetzen.
- Verhalten: Durch die Teilnahme an den Weiterbildungen kommt es zu einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit.

Zudem wurden Fragen zur Qualität der Weiterbildung und zu Verbesserungsmöglichkeiten in die Befragung eingebunden. Die genauen Fragen sind im Anhang 4 einsehbar.

Die Outcome-Evaluation zu den Risikopatient:innen wurde zugunsten einer explorativen Expert:innen-Befragung aufgegeben, welche Erfahrungen mit der Interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) in der ambulanten Grundversorgung thematisierte. Ziel dieser Studie war es, fördernde und hemmende Faktoren der IPZ anhand einer gezielten Auswahl von interprofessionellen Versorgungsformen mit Fokus auf chronisch kranke und/oder pflegebedürftige Menschen herauszuarbeiten. Insgesamt wurden sechs Projekte/Initiativen zur IPZ in der deutschsprachigen Schweiz in die Studie eingeschlossen. Bei der Einordnung der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des gewählten Studiendesigns zwar vertiefte Einblicke in ausgewählte Formen von IPZ gegeben werden können, jedoch kein repräsentatives Bild gezeichnet werden kann, da die Stichprobe mit sechs Initiativen überschaubar war. Dennoch wurde ein vertieftes Bild zu Gemeinsamkeiten und

Unterschieden herausgearbeitet. Die Ergebnisse der Studie wurden als Manuskript zur Publikation eingereicht. Das gesamte Manuskript zusammen mit dem Fragebogen findet sich in Anhang 5.

3.3 Die Impact-Evaluation

Die ursprünglich angedachte Impact-Evaluation sah vor, mit Daten von Krankenversicherern und des Bundesamts für Statistik eine mögliche Reduktion der Sturz- bzw. Frakturhäufigkeit zu untersuchen. Dieses Element wurde aufgrund der projektbedingten Änderungen und Verzögerungen und der daraus resultierenden verkleinerten Reichweite und verkürzten Wirkungszeit als nicht mehr erfolgversprechend eingestuft und gestrichen. Es wird jedoch noch eine Analyse in Zusammenarbeit mit der Spitex Zürich durchgeführt werden, ermöglicht durch zusätzliche finanzielle Mittel mehrerer Kantone. Deren Fokus liegt auf dem zentralen Aspekt der Sturzvermeidung. Die Analyse basiert auf einem Vergleich von Klient:innen in Betreuung von geschulten Spitex-Teams als Interventionsgruppe und Klient:innen von ungeschulten Spitex-Teams als Kontrollgruppe, jeweils vor und nach Durchführung der Intervention (d.h. Schulung). Das primäre Outcome ist das monatliche Auftreten von Sturzereignissen, die mit Hilfe des Sturzprotokolls der Spitex retrospektiv erfasst werden. Die Resultate dieser Analyse, welche durch die an *StoppSturz* beteiligten Kantone ergänzende Finanzierung erhält, werden im Nachgang im Jahr 2025 in einem separaten Bericht publiziert.

4 Ergebnisse der Evaluation von *StoppSturz*

4.1 Inputs in das Projekt

Über die Projektlaufzeit von 2019 bis 2022 war für das Projekt *StoppSturz* ursprünglich ein Gesamtbudget von etwa CHF 3,7 Millionen angesetzt, davon grossmehrheitlich Personalkosten in Höhe von CHF 3,5 Millionen und der Rest Sachkosten Gesundheitsförderung Schweiz unterstützte das Projekt *StoppSturz* im Rahmen des Programms «Prävention in der Gesundheitsversorgung» mit CHF 2,0 Millionen. Die Träger- und Partnerorganisationen trugen mit Eigenleistungen zur restlichen Finanzierung des Projekts bei. Durch Beiträge des Kantons Zürich für die Aufnahme von Zürich als Pilotkanton und weitere zusätzliche Mittel erhöhte sich das Budget über die Zeit etwas. Insgesamt wurden über das Projekt neun Mitarbeiter:innen in Teil-, aber auch Vollzeit finanziert. Die einzelnen Jahresbudgets bewegten sich zwischen knapp CHF 947'000 (2021) und CHF 1,0 Million (2020). Eine detaillierte Auflistung nach Projektjahr findet sich in Tabelle 2.

Über die gesamte Projektlaufzeit kam es zu effektiven Kosten respektive Ausgaben in Höhe von etwa CHF 3,7 Millionen (Tabelle 2). Die effektiven Kosten des Jahres 2022 beinhalten Rückstellungen für das Jahr 2023 zur Finalisierung des Projekts. Es ergab sich insgesamt eine positive Bilanz über die Projektlaufzeit mit einem Plus von rund CHF 180'000. Die negative Bilanz des Jahres 2020, insbesondere ausgelöst durch die COVID-19 Pandemie, wurde durch Einsparungen in den anderen Jahren aufgefangen.

Tabelle 2: Budget und effektive Kosten des Projekts StoppSturz (in CHF) nach Projektjahr

	Ursprüngliche Budgetplanung	Tatsächliches Budget	Effektive Kosten	Bilanz
Jahresübersicht				
2019	972'000	972'000	865'728	+106'272
2020	983'500	1'009'979	1'092'037	-82'058
2021	903'500	947'317	851'101	+96'216
2022	841'500	964'346	904'421	+59'925
Total	3'700'500	3'893'642	3'713'287	+180'355

Im ersten Projektjahr (2019) hat die Steuerung, Leitung und Administration des Gesamtprojekts noch mit mehr als CHF 220'000 46% der Kosten beansprucht und lag damit deutlich über dem Budget (Tabellen 3 und Anhang 6). Dies zeigt, wie ressourcenintensiv die Lenkung des Projekts insbesondere zu Anfang war. Im späteren Verlauf ging der gemeinsame Anteil der Posten Steuerung, Leitung und Administration auf weniger als 21% zurück, aber er lag mit mindestens CHF 50'000 noch immer über den jährlich budgetierten Ausgaben. Der Anteil aller Teilprojekte an den gesamten effektiven Kosten schwankte über die Projektlaufzeit zwischen 53% (2019) und 79% (2022). Unter den Teilprojekten machte das Teilprojekt «Tools und Fortbildungsmaterialien» mit Investitionen von jährlich bis zu CHF 242'000 (2020) den umfangreichsten Posten der ersten beiden Projektjahre aus und lag damit um etwa CHF 30'000 über den jeweiligen Jahresbudgets. Neben den Pilotprojekten in den Kantonen, waren die kostenintensivsten Posten der letzten beiden Projektjahre das Teilprojekt «E-Learning» und das Teilprojekt «Nationale Koordination und Multiplikation» mit jährlichen Investitionen von bis zu CHF 134'000 (2022) respektive CHF 103'000 (2022). Beide Teilprojekte lagen im Abschlussjahr über den budgetierten Ausgaben, jedoch wiesen sämtliche andere Teilprojekte eine positive Bilanz auf. Weitere Details sind in Tabelle 3 und in Anhang 6 aufgeführt.

Tabelle 3: Aufschlüsselung der effektiven Kosten nach Teilprojekten und Projektjahr

	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
Gesamtprojekt								
Steuerung	121'610	14.0	90'032	8.2	57'490	6.8	61'179	6.8
Leitung	252'502	29.2	136'179	12.5	157'919	18.6	104'141	11.5
Admin. Support und Buchhaltung	26'205	3.0	30'495	2.8	23'672	2.8	22'590	2.5
Zwischentotal	400'317	46.2	256'705	23.5	239'081	28.1	187'910	20.8
Teilprojekte (TP)*								
Pilotprojekt SG	44'128	5.1	99'276	9.1	96'540	11.3	100'440	11.1
Pilotprojekt BE	50'500	5.8	127'710	11.7	114'120	13.4	144'762	16.0
Pilotprojekt GR	57'550	6.6	111'663	10.2	97'740	11.5	105'096	11.6
Pilotprojekt JU	66'073	7.6	64'552	5.9	75'947	8.9	65'325	7.2
TP Spitalaustritt	22'787	2.6	13'370	1.2	0	0.0	0	0.0
TP Apotheken	35'000	4.0	44'500	4.1	0	0.0	0	0.0
TP Aufsuchende Sturzberatung	1'000	0.1	67'000	6.1	29'020	3.4	25'120	2.8
TP MPA/MPK	0	0.0	15'491	1.4	0	0.0	6'117	0.7
TP Hochschule	550	0.1	1'000	0.1	4'000	0.5	28'560	3.2
TP Nationale Koordination und Multiplikation	64'581	7.5	32'349	3.0	26'387	3.1	102'914	11.4
TP Tools und Fortbildungsmaterialien	119'892	13.8	242'201	22.2	85'449	10.0	4'125	0.5
TP E-Learning	0	0.0	16'220	1.5	78'137	9.2	134'052	14.8
Zwischentotal	462'061	53.4	835'332	76.5	607'340	71.4	716'511	79.2
Sonstiges								
Übersetzungen	3'350	0.4	0	0.0	4'680	0.5	0	0.0
Total	865'728	100	1'092'037	100	851'101	100	904'421	100

* Der Kanton Zürich ist in dieser Aufschlüsselung nicht aufgeführt, da dieser Kanton erst nachträglich zum Projekt hinzukam und da keine budgetierten Gelder für diesen Kanton existieren.

4.2 Umsetzung/Aktivitäten und Outputs

StoppSturz wurde in fünf Kantonen (St. Gallen, Bern, Graubünden, Jura und ab 2020 auch Zürich) im Rahmen von kantonalen Pilotprojekten umgesetzt. Voraussetzung für die kantonale Umsetzung war die Erarbeitung der Materialien zum *StoppSturz*-Vorgehen in den Teilprojekten. So wurden die Tools und Fortbildungsmaterialien

für medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen nationalen Berufsverbänden¹¹ ausgearbeitet. Darauffolgend wurden zahlreiche Fachpersonen in berufsspezifischen und teilweise auch interprofessionellen Fortbildungen anhand des *StoppSturz*-Vorgehens (siehe Anhang 7) in den fünf Kantonen sensibilisiert, informiert und teilweise auch geschult. Schulungen fanden im Rahmen von Weiter- und Fortbildungen statt und umfassten vertiefte Fachinhalte zum *StoppSturz* Vorgehen.

Während der ersten zwei Jahre der insgesamt vierjährigen Projektlaufzeit hatte das Projektteam nicht nur mit konzeptuellen Fragestellungen zu kämpfen, sondern darüber hinaus hat COVID-19 substantiell die Projektimplementierung und damit die festgesetzte Zielerreichung, vor allem in der Breitenwirkung, im Sinne der Anzahl der geschulten Expert:innen negativ beeinflusst. Als Reaktion auf die wegen COVID-19 nicht durchführbaren Präsenzveranstaltungen, wurden für eine bessere Erreichbarkeit selbstgesteuerte E-Learning Module für Mitarbeitende der Spitex, für Medizinischen Praxis Fachpersonen, sowie für nicht-medizinische Fachpersonen und Freiwillige erarbeitet. Diese wurden beispielsweise von der Spitex Zürich bereits als fester Bestandteil der Weiterbildungsangebote institutionalisiert.

Das Teilprojekt «Apotheken», welches ursprünglich unter Leitung von pharmaSuisse umgesetzt werden sollte, musste im Jahr 2020 aufgrund interner Neuorientierung sistiert werden. Dieses Teilprojekt hatte zum Ziel Interventionspakete für Apotheken zu entwickeln, im Sinne eines Screenings und interprofessioneller Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft. Im Jahr 2022 wurde vom Apothekerverband im Kanton Bern eine Sensibilisierungs- und Kommunikationsinitiative während einem Monat umgesetzt.¹²

Hingegen hat das Teilprojekt «Aufsuchende Sturzberatung» ein neues Interventionspaket zur besseren Erkennung von Personen mit massiv erhöhtem Sturzrisiko entwickelt, dieses pilotiert und in (Bern)¹³ teilweise im Rahmen der Hausbesuche durch ProSenectute eingeführt.

Im Sinne einer nachhaltigen Verankerung der Projekthinhalte wurde seit Projektbeginn die Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) konzeptuell mit der «Nationalen Koordination und Multiplikation» betraut, jedoch ist es erst Mitte 2022 zu einer intensiven Zusammenarbeit gekommen, dadurch dass die BFU einen neu geschaffenen Fokus zur Sturzprävention in der Versorgung etablierte. Mit der BFU konnte eine wichtige Institution gefunden werden, die nach Projektende 2023 die Sturzprävention mit den *StoppSturz*-Projekthinhalten weiterführen wird¹⁴. Im Sinne einer weiter verstetigten Dissemination über die Projektlaufzeit hinaus, wurde in dem Teilprojekt «Hochschule» mit den Materialien von *StoppSturz* ein interprofessionelles Modul zum Thema «Sturzprävention – eine interprofessionelle Herausforderung» für die Bachelor-Studiengänge Ergotherapie, Gesundheitsförderung & Prävention, Pflege und Physiotherapie der der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) erarbeitet. Dieses wird seit 2022 als fester Bestandteil der Grundausbildung an der ZHAW angeboten.

Der Gesamtprojektfortschritt wurde jährlich ausführlich dokumentiert. Verzögerungen und Rückmeldungen aus den Pilotkantonen und Teilprojekten wurden besprochen und, wo erforderlich, mit einer Neuplanung der inhaltlichen Ausrichtung, der Aktivitäten und der Inputs aufgefangen.

Die Projektbeteiligten in den Pilotkantonen waren in den ersten zwei Projektjahren mehrheitlich mit der Bekanntmachung und Etablierung von *StoppSturz* bei den kantonalen Organisationen beschäftigt. Es wurden kantonale Steuergruppen etabliert, bestehend aus 8 bis 14 Vertreter:innen relevanter Organisationen und

¹¹ Für die Ärzteschaft: FMH, KHM, SGAIM, SFGG. Für die Physiotherapie: physio swiss. Für die Ergotherapie: evs. Für die Spitex: Spitex Schweiz, VFP Langzeit Schweiz, SBK.

¹² https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/StopSturz_AKB_Ratgeber_28.03.2022.pdf

¹³ ProSenectute Bern: <https://be.prosenectute.ch/de/zwaeg-ins-alter/aufsuchende-Sturzberatung.html>

¹⁴ Seit April 2023 sind sämtliche im Projekt erarbeiteten Materialien und Tools auf der BFU Webseite in teilweise aufgearbeiteter Version bereitgestellt: <https://www.bfu.ch/stopsturz>

Fachverbände des ambulanten kantonalen Versorgungssystems. Die kantonalen Steuerungsgruppen trafen sich 1- bis 2-mal jährlich um das Umsetzungskonzept und Budget zu verabschieden, Kommunikationsleitfäden über *StoppSturz* für die kantonalen Verbände zu diskutieren, aber auch um die anstehenden Fort- und Weiterbildungen zu besprechen und zu planen.

COVID-19 brachte die Umsetzung von *StoppSturz*, nach Aussagen der Projektleitung, in 2020 für etwa ein halbes Jahr zum Erliegen und die Umsetzung in den Kantonen für zwei Jahre zum Stillstand. Entsprechend war die aktive Vernetzung für die Planung der Fortbildungen bei einzelnen Berufsgruppen schwierig voranzutreiben, da die Partner andere Prioritäten im Kontext der Pandemie verfolgten. Ende 2020 waren sich die *StoppSturz* Projektleitung und das Evaluationsteam einig, dass sich die zeitliche Verzögerung (extern und intern bedingt) stark auf die geplante Breitenwirkung der Massnahmen auswirken würde. Gemeinsam wurden daher drei Empfehlungen und Neuausrichtungen im Evaluationsbericht 2020¹⁵ dargelegt, die hier in verkürzter Form dargestellt werden.

- Eine prioritäre Verlagerung des Fokus von Teilprojekt «Tools-und Fortbildungsmaterialien» hin zur Unterstützung für die Umsetzung in den Pilotkantonen und Prüfung einer Umstellung der Weiterbildungen auf E-Learning.
- Priorisierung der vielen Teilprojekte im Sinne einer nachhaltigen Verankerung der Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung.
- Das Wirkungsmodell der Evaluation musste für den Zweck der Evaluation angepasst werden inklusive neuer Evaluationskonzepte für die Outcome (Multiplikator:innen und Risikopatient:innen) und Impact Evaluationen.

In 2021 und 2022 konnte eine neue Dynamik innerhalb des Projektes initiiert werden, welche sich auch auf die Projektpartner übertrug. So nahmen beispielsweise kantonale Spitex-Organisationen (im Kanton Zürich und Jura) in Kooperation mit *StoppSturz* angepasste Sturzpräventionsmassnahmen und zugehörige Weiterbildungskonzepte in ihre Strategien auf. Die Spitex Zürich war seit Beginn Projektpartner von *StoppSturz*. Mitarbeiterinnen aus dem «Innovation Center» der Spitex Zürich hatten die Aufgabe, *StoppSturz* im Rahmen der internen Innovationsprojekte als strukturierte Sturzprävention einzubringen. So wurde, basierend auf dem Spitex-*StoppSturz*-Manual von dem Projekt die Erarbeitung eines E-Learning Moduls durch einen externen Anbieter in Auftrag gegeben. Die online Schulung wurde in 2022 erstmalig als obligatorische Weiterbildung der Spitex Zürich angeboten bzw. durchgeführt und in 2023, basierend auf den ersten Rückmeldungen der geschulten Mitarbeiter:innen inhaltlich angepasst. Die Bestrebungen einer Überführung in die strukturierte Sturzprävention innerhalb des Vereins wird auch von der politischen und finanziellen Unterstützung des Gesundheitsdepartments des Kanton Zürich mitgetragen.

Auch hat das Ärztezentrum Medbase in der Praxis Wil begonnen, *StoppSturz* mittels Schulungen einzuführen, im Hinblick auf eine Einführung in allen Medbase-Praxen an 10 Standorten schweizweit. Somit konnte das Thema Sturzprävention mit entsprechenden Massnahmen in wichtigen Partnerorganisationen prominent verankert werden.

Basierend auf der kontinuierlichen, begleitenden formativen Evaluation wurden folgende Empfehlungen für die Projektsteuerung in 2022 dargelegt:

- In der verbleibenden Projektlaufzeit sollten Überlegungen angestellt werden, wie die *StoppSturz*-Produkte qualitativ hochwertig (evidenzbasiert, patientenzentriert und praxistauglich) erhalten werden

¹⁵ Gerold J, Schur N, Schwenkglens M, 2020. PGV-Evaluationsbericht: *StoppSturz*, Evaluationsbericht 2.

können, da dies realistischer Weise von den jeweiligen Trägerorganisationen fachlich nicht geleistet werden kann.

- Im Rahmen der nationalen Verankerung von *StoppSturz* ist die BFU als Heimatinstitution vorgesehen. Es ist jedoch noch nicht klar ausgelegt, inwieweit die konkreten Ziele von *StoppSturz* – die Sturzprävention in der Grundversorgung, mit dem Fokus auf Akteure der ambulanten Versorgung (Ärzterschaft, Physiotherapie, Ergotherapie, Apotheken Spitex) – von der BFU weitergeführt werden.
- Die Leuchtturm-Strategie innerhalb der Spitex Verbände und Ärztezentren hat eine weite Strahlkraft entwickelt. Eine systematische Verfolgung einer solchen Strategie könnte für die verbleibende Projektlaufzeit im Sinne einer Breitenwirkung erfolgversprechend sein.

4.3 Resultate – Projektumsetzung

Insgesamt musste das Projekt *StoppSturz* in seiner Projektlaufzeit einige tiefgreifende Anpassungen vornehmen. Dies zum einen, um die genannten konzeptionellen Schwächen zu beheben, zum anderen, um auf den sich stark verändernden Kontext (COVID-19, neue strategische Ausrichtung von nationalen Projektpartnern wie beispielsweise pharmaSuisse mit einer internen Re-Priorisierung strategischer Schwerpunkte) reagieren zu können. Eine konzeptionelle Anpassung erfolgte beispielsweise durch die Umstellung auf E-Learning Module oder die Sistierung einzelner Teilprojekte.¹⁶ Innerhalb der vierjährigen Projektlaufzeit konnten wichtige Ergebnisse erzielt werden – auch wenn sie sich von den ursprünglich dargelegten Zielen teilweise wesentlich unterscheiden.

Die ursprüngliche Konzeption von *StoppSturz* nahm die Komplexität der Sturzprävention in der Versorgung auf, indem viele wichtige Akteure in der Prävention (Apotheken, Verbände etc.) in die Auslegeordnung der Teilprojekte eingebunden wurden. Auffällig sind die vielen gelisteten Partnerorganisationen, die in der einen oder anderen Weise in das Projekt eingebunden werden sollten. Dass externe Akteure ihre eigenen Themenschwerpunkte und Ziele verfolgen und sich diese stetig verändern, führte in der Konsequenz zur Sistierung und einem späteren Wiederaufnehmen des Teilprojektes «Apotheken» bzw. zur vorzeitigen Beendigung des Teilprojektes «Spitalaustritt». Gleichzeitig führte die Investition in die Partnerorganisationen, die teilweise auch in die nationale (aber auch die kantonalen) Steuergruppen und den Steuergruppenausschuss eingeschlossen waren, zu einer breiten Sensibilisierung, Informationsstreuung und Vernetzung mit wichtigen Verbänden und Institutionen.

In dem Teilprojekt «Tools und Fortbildungsmaterialien» wurde aufbauend auf dem evidenzbasierten STEADI Algorithmus¹⁷, das Vorgehen bei der Sturzprävention in der Gesundheitsversorgung mit den nationalen Berufsverbänden (Ärzterschaft, Physiotherapie, Ergotherapie, Spitex) für die Schweiz weiterentwickelt. Der STEADI Algorithmus basiert auf den Clinical Practice Guidelines (praxisbezogenen Guidelines) der Amerikanischen und Britischen Geriatischen Gesellschaft und folgt dem Schema: Risiko erkennen (Screening), Risiko abklären (Assess) und Risiko minimieren (Intervene) (siehe dazu auch Anhang 7).

Da diese Materialien jedoch erst Ende des zweiten Projektjahres 2020 fertig gestellt wurden, wurde die geplante Anzahl an durchgeführten Fortbildungen in den Pilotkantonen nicht erreicht.

Zusätzlich hatte die COVID-19 Pandemie in den Kantonen und bei vielen Projektpartnern für einen temporären Stillstand im 2020 und 2021 der *StoppSturz*-Aktivitäten gesorgt, da die Projektpartner im ambulanten

¹⁶ Das Teilprojekt «Apotheken» wurde aufgrund interner Neuausrichtung sistiert, und das Teilprojekt «Spitalaustritt» aufgrund der verzögerten Umsetzung der Digitalisierungsbestrebungen.

¹⁷ CDC. 2017. STEADI Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/steady-algorithm-508.pdf>

Versorgungssystem in Pandemiemassnahmen sehr eingebunden waren. Im Rückblick haben die erarbeiteten Tools und Materialien und die breite Abstützung durch die wichtigsten Akteure in der Sturzprävention jedoch bereits das Potential gezeigt, das *StoppSturz*-Vorgehen als umgesetzten Schweizer «Standard» zu etablieren. Dies kann an dem Beispiel der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGAIM) bereits aufgezeigt werden, die das *StoppSturz*-Vorgehen als Qualitätsindikator aufgenommen hat, oder auch am Beispiel der Leuchtturm-Strahlkraft der Spitex Zürich und der Gruppenpraxis Medbase, mit ihrer Strategieausrichtung und neu aufgelegten Sturzpräventions-Schulungen anhand des *StoppSturz*-Vorgehen.

Konzeptuell wurde *StoppSturz* daraufhin angelegt, die interprofessionellen Schnittstellen und die Zusammenarbeit in einem strukturell komplexen Kontext zu verbessern. Aufgrund der zeitlichen Verzögerungen durch COVID-19 wurde der strategische Entscheid gefällt, Interprofessionalität nur im Hochschulbereich (bei der ZHAW) in der Grundausbildung mit einem Wahlpflichtmodul zur Interprofessionalität am Beispiel Sturzprävention – intensiver zu bearbeiten.

Seit Projektbeginn 2019 war der konzeptuelle Einbezug der BFU als Träger des Teilprojektes «Nationale Koordination und Multiplikation» ausgelegt. In den ersten beiden Projektjahren wurden dabei strategische Überlegungen angestellt, wie eine in der Versorgung angestrebte Sturzprävention bei ihnen verankert und weitergetragen werden kann. Seit 2021 bearbeitet die ehemalige *StoppSturz*-Projektleitende aus St. Gallen als neue Leiterin das Schwerpunktprogramm «Sturzprävention in der Versorgung» bei der BFU. Die institutionelle Verankerung der *StoppSturz*-Inhalte konnte dadurch gesichert werden. Die primäre Zielgruppe von *StoppSturz* (die Physio- und Ergotherapie, nicht-medizinische Fachpersonen oder Freiwillige bei Organisationen wie Pro Senectute oder dem Schweizerischen Roten Kreuz) sind bei der BFU bereits seit längerer Zeit durch Arbeitsgruppen eingebunden. Die Ärzteschaft, Spitex und Apotheken sind durch *StoppSturz* als neue Partner der BFU in der Sturzprävention hinzugekommen. So konnte die BFU durch die Weiterführung von *StoppSturz* ihr institutionelles Netzwerk mit wichtigen Akteuren der Grundversorgung erweitern.

Seit 2023 stellt die BFU alle *StoppSturz*-Materialien in einem neuen Gewand online zur Verfügung – als Arbeitsplattform für Fachpersonen aus der Gesundheitsversorgung. Weiterhin werden von der BFU nationale Kampagnen zur Sturzprävention, die direkt die Bevölkerung ansprechen lanciert, sowie Broschüren und Fachdokumentationen für die Öffentlichkeit erarbeitet.¹⁸ Inwiefern die BFU in ihrem gesetzlichen Auftrag der Sturzprävention jedoch gezielt und aktiv die Weiterverbreitung der *StoppSturz*-Schulungsmaterialien bei den Akteuren der Versorgung verfolgen kann, hängt auch von der strategischen Gestaltung ihres öffentlichen Auftragsmandates ab, wäre aber von zentraler Wichtigkeit.

Im Bestreben nach einer nachhaltigen Verankerung der *StoppSturz*-Inhalte wurden nebst der Übergabe an die BFU weitere Wege, Partner und Organisationen identifiziert und für die Weiterführung der Aktivitäten gewonnen: Zum einen mit der Leuchtturm-Strategie innerhalb der Spitex-Organisationen und analog dazu mit der Strategie für den Bereich Ärzteschaft, basierend auf der Nutzung der SGAIM-Qualitätsindikatoren zur Förderung von *StoppSturz*. Dies beinhaltete nicht nur die Motivation der grossen Ärzteorganisationen/ -netzwerke (Medbase, mediX) *StoppSturz* in ihren Organisationen durch Schulungen zu disseminieren, sondern auch erste Bestrebungen einer Integration von *StoppSturz* in die Managed Care-Verträge der Ärzte-Netzwerke mit den Krankenversicherern.

Die Projektinhalte konnten auch im Bereich der Grundausbildung im Rahmen eines interdisziplinären Wahlpflichtmoduls «*Sturzprävention – eine interprofessionelle Herausforderung*» für die Bachelorstudiengänge

¹⁸ Beispielsweise [Aktiv und unabhängig im Alter \(sichergehen.ch\)](#); sicheres Daheim ([Gesucht wegen schwerer Körperverletzung | BFU](#)).

Gesundheitsförderung und Prävention, Physiotherapie, Ergotherapie und Pflege der ZHAW integriert werden. Des Weiteren ist die Integration der Fort- und Weiterbildungsmaterialien in andere Projekte der Prävention zu nennen. In Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) in dessen PGV Projekt «PEPra – Prävention mit Evidenz in der Praxis»¹⁹ wurden die *StoppSturz*-Schulungsmaterialien in Fortbildungsmodulen für Praxisteams (Ärztenschaft und Medizinische Praxis-Fachpersonen) eingebettet und werden ab November 2023 als akkreditierte halbtägige Fortbildung mit den ehemaligen Projektmitarbeitenden von *StoppSturz* als Dozierende angeboten.

Schliesslich wurden bis dato auch im Rahmen einer nationalen Dissemination der Projekthinhalte, 13 Beiträge in relevanten Newslettern und als Peer-reviewte Artikel in Fachmagazinen publiziert, so beispielsweise in dem Newsletter der Apotheken dem «Pulsmesser»²⁰ oder in «Primary & Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin»²¹.

Für die nachhaltige Verankerung einer Sturzprävention in der kantonalen Alterspolitik wurde in den *StoppSturz*-Kantonen St. Gallen (in 2023)²² und Zürich (in 2020)²³ während der Projektlaufzeit die Altersleitbilder neu formuliert und die Sturzprävention mit Referenz zu *StoppSturz* aufgegriffen (St. Gallen). Damit einhergehend werden nun verschiedene formulierte Massnahmen über die Kantonalen Aktionsprogramme finanziert.

4.4 Resultate – Multiplikator:innen

Das Projekt kann im Bereich der Multiplikatoren Erfolge aufweisen, mit dem Potential einhergehender Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung. So hat die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGAIM) das Erkennen von Sturzrisiken und die Sturzprävention, in Anlehnung an das von *StoppSturz* entwickelte Vorgehen (siehe auch Anhang 7), als ihren 4. Qualitätsindikator für die ambulante Medizin aufgegriffen.²⁴ Weiter ist hervorzuheben, dass durch die Kooperation mit regionalen und kantonalen Spitex-Organisationen, sowie mit der Gruppenpraxis Medbase eine sogenannte Leuchtturm-Strategie der Sturzprävention etabliert werden konnte. Die genannten Spitex Verbände und die Gruppenpraxis haben die an *StoppSturz* angelehnten Sturzpräventionsmassnahmen auf Basis der erarbeiteten Tools in ihre Strategien implementiert und bereits flächendeckende Schulungen der Multiplikator:innen in ihren Zuständigkeitsbereichen vorgenommen. Bei Spitex Zürich wurde beispielsweise ein zusätzliches Sturzanamnese-Protokoll eingeführt, um Stürze besser systematisch erfassen zu können und entsprechende Massnahmen zu initiieren. Somit konnte die ambulante Sturzprävention in wichtigen Institutionen prominent verankert werden, quasi als Selbstläufer und lediglich initiiert durch Projektmassnahmen.

Für eine genauere Untersuchung im Bereich der Spitex wurde eine Umfrage über die Erfahrungen in der Umsetzung der Sturzprävention für Mitarbeitende bei Spitex Zürich und Spitex Jura entwickelt. Von den 450 eingeladenen Spitex-Mitarbeitenden nahmen 185 Personen (42%) an der Befragung teil. Die Charakteristika dieser Personen sind in Tabelle 4 angegeben. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden war weiblich (N=175, 91%) und zwischen 40 und 59 Jahren alt (N=109, 56%). Die Befragten bei Spitex Zürich gehörten zwei Gruppen an, die entweder eine Präsenzschiulung zu den *StoppSturz*-Tools erhielten und zusätzlich noch das E-Learning-Tool absolvierten (Gruppe 1), oder die zur Weiterbildung beim E-Learning-Tool mitmachten (Gruppe

¹⁹ <https://www.fmh.ch/dienstleistungen/public-health/pepra.cfm>

²⁰ https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/Pulsmesser-8_StoppSturz.pdf

²¹ https://public-health-services.ch/wp-content/uploads/phc_2022_09_de_StoppSturz.pdf

²² <https://www.sg.ch/gesundheits-soziales/soziales/alter/alterspolitik.html>

²³ https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/departement/strategie_politik/alterspolitik-2035.html

²⁴ https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Qualitaetsindikatoren/Q-Indikator_Nr.4_d_18.11.21.pdf

2). Die sieben Ressourcenpersonen bei Spitex Jura wurden alle in Form einer Präsenzveranstaltung geschult, die Elemente von *StoppSturz* aufgenommen hatte. Knapp zwei Drittel der Befragten (N=118, 61%) ordneten sich in Gruppe 2 ein. Die restlichen Teilnehmenden, darunter alle aus dem Jura, entfielen auf Gruppe 1 (N=74, 39%).

Ein detaillierter Bericht zur Spitex-Befragung findet sich in Anhang 8.

Tabelle 4: Stichprobenumfang der Spitex-Befragung und Charakteristika der Teilnehmenden

Charakteristika	Spitex Zürich		Spitex Jura		Total	
	N	%	N	%	N	%
Einladungen	443	100	7	100	450	100
Nicht teilgenommen	258	58	0	0	258	57
Aktiv abgelehnt	81	18	0	0	81	18
Nicht reagiert	177	40	0	0	177	39
Teilgenommen	185	42	7	100	192	43
Teilweise ausgefüllt	67	15	0	0	67	15
Vollständig ausgefüllt	118	27	7	100	125	28
Total	185	100	7	100	192	100
Geschlecht						
Weiblich	168	91	7	100	175	91
Männlich	14	8	0	0	14	7
Anderes / Keine Angabe	3	2	0	0	3	2
Altersgruppe						
20-29 Jahre	22	12	0	0	22	11
30-39 Jahre	32	17	0	0	32	17
40-49 Jahre	47	25	0	0	47	24
50-59 Jahre	57	31	5	71	62	32
60+ Jahre	25	14	2	29	27	14
Keine Angabe	2	1	0	0	2	1
Ausbildungsart*						
Gruppe 1: Präsenzschulung (+ E-Learning)	67	36	7	100	74	39
Gruppe 2: E-Learning	118	64	0	0	118	61

*Gruppe 1: Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF/FH, Pflegeexpertin/ Pflegeexperte APN, Fachverantwortliche/r Pflege
 Gruppe 2: Fachfrau/-mann Gesundheit, Fachfrau/-mann Betreuung, Pflegeassistent/-in, Pflegehelfer/-in SRK, Hauswirtschaftliche/-r Mitarbeiter/-in, Andere / Keine Angabe

Für nahezu alle Teilnehmenden gilt die Sturzprävention als ein wichtiges Thema, das angegangen werden sollte. Von den angebotenen Weiterbildungsmassnahmen profitierten Personen der Gruppe 2, die im Vergleich zu Personen der Gruppe 1 einen etwas niedrigeren Ausbildungsstand haben, tendenziell stärker. Während Mitarbeitenden der Gruppe 1 die Inhalte der Schulung oftmals schon vertraut waren und sie die Weiterbildung eher als Wissen festigend beschrieben, hatten die Inhalte für Gruppe 2 eher neuartigen Charakter. Die Weiterbildung ermöglichte ihnen daher, mit ihrem Wissen auf Gruppe 1 aufzuschliessen.

Fast alle Mitarbeitenden fühlten sich aufgrund der Weiterbildung zumindest etwas kompetenter, eine Sturzgefährdung zu erkennen und Klient:innen auf ihre Sturzgefährdung anzusprechen respektive beschlossene Massnahmen umzusetzen. Viele empfanden dies auch beim Abklären von Klient:innen. Am wenigsten befähigt fühlten sich Mitarbeitende jedoch dafür, eine Weiterleitung ihrer Klient:innen vorzunehmen (beispielsweise an die Hausärztin oder den Hausarzt zur Verschreibung einer Physiotherapie oder Ernährungsberatung, oder auch an lokale, sturzpräventive Bewegungsangebote). Dabei zeigte sich insbesondere, dass das Alter der Mitarbeitenden für ihre Selbstwahrnehmung eine wichtige Rolle spielte, da ältere Personen sich in ihren Aufgaben weniger befähigt fühlten. Denkbar wäre es, dass das zunehmend online-basierte Lernangebot für die weniger digital geprägten Generationen einen Nachteil darstellt und dass derartige Lernformen sie vielleicht eher irritieren als jüngere Personen.

Viele Befragungsteilnehmer:innen gaben an, dass sie ihr Wissen zur Sturzprävention bereits im alltäglichen Arbeitsumfeld nutzen konnten, obwohl manche Teilnehmende erst kurz vor der Befragung geschult wurden. Da die Weiterbildungen bei Spitex Jura bereits Mitte 2022 stattfanden und die Weiterbildungen bei Spitex Zürich seit Mai 2022 nach und nach gestaffelt erfolgten, verwundert es wenig, dass Mitarbeitende der Spitex Jura bereits öfter eine Gelegenheit zur Umsetzung der Sturzpräventionstools fanden.

Generell gab es zwischen Spitex Jura und Spitex Zürich einige auffallende Unterschiede bei der Beantwortung der Befragung. Allerdings war die Art der Weiterbildung in beiden Organisationen gänzlich anders. Während bei Spitex Jura gezielt nur Ressourcenpersonen geschult wurden, die ihr Wissen dann selbstständig an ihre Kolleg:innen weitergaben, wurden bei Spitex Zürich alle Mitarbeitenden mit Hilfe des E-Learning-Tools geschult und zusätzlich die Mitarbeitenden der Gruppe 1 in Präsenzs Schulungen. Daher sind Vergleiche zwischen den Erfolgen der beiden Organisationen zumindest schwierig. Das subjektive Gefühl der Bestärkung beim Ansprechen von Klient:innen auf Sturzprävention und die Umsetzung von Massnahmen war, auch nach Adjustierung für demografische Unterschiede zwischen den Befragungsteilnehmenden, bei Mitarbeitenden von Spitex Zürich erhöht. Zudem gab es eine derartige Tendenz auch bei den anderen Faktoren (Gefährdung erkennen, Abklärung durchführen, Weiterleitung). Im Gegensatz dazu war das Gefühl der Bestärkung zur Anwendung des allgemein erworbenen Wissens um die Sturzprävention bei Spitex Jura tendenziell besser. Dies könnte dadurch erklärbar sein, dass die Schulung im Jura durch den Fokus auf die Ressourcenpersonen stärker theoretisch ausgelegt war, während in Zürich eher die praktischen Aspekte betont wurden.

Die Weiterbildungen bei Spitex Zürich setzen sich in 2023 fort, wobei die Materialien zur Fortbildung an die Feedbacks der Teilnehmenden aus 2022 bereits angepasst wurden.

4.5 Resultate – Explorative Studie zur interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ)

Die explorative Studie zu den Erfahrungen der IPZ untersuchte hemmende und fördernde Faktoren für die Implementierung von IPZ in der Schweizerischen Grundversorgung chronisch kranker und/oder pflegebedürftiger Menschen. Wenn die Implementierung von IPZ zwischen verschiedenen Leistungserbringern angestrebt wurde, erforderte dies vielfältige Finanzierungslösungen. Diese Vielfalt weist auf gegenwärtige Versorgungslücken hin und darauf, dass die Koordination, Gesundheitsförderung und Prävention nicht angemessen vergütet werden. Wenn IPZ innerhalb einer Organisation, beispielsweise in einem Pflegeheim, umgesetzt wurde, schienen die Hindernisse für die Umsetzung von IPZ zwischen den verschiedenen Mitarbeitenden geringer zu sein. Dabei trägt die Verantwortung für Risikomanagement und die Aufrechterhaltung von IPZ der einzelne Leistungserbringer, der vom potentiellen Mehrwert profitiert. Dadurch stehen Personen oder einzelne Initiativen im Vordergrund, die Vorleistungen erbringen, um IPZ zu umzusetzen. Diese Personenabhängigkeit und der individuelle Aufwand sind für den Schweizer Kontext belegt, ebenso wie die finanziellen Hürden, die den Nutzen von IPZ reduzieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass IPZ dort erfolgreich funktioniert, wo Personen für das Management der IPZ-Massnahmen verantwortlich sind. Um diesen Rollenwechsel zu erleichtern, erwiesen sich Bildungsinterventionen als zentral. INTERCARE leitet Pflegende an, in ihre neuen Aufgaben hineinzuwachsen und begleitet diese durch Coaching. Bildungsangebote sollten jedoch nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch IPZ-relevante Kompetenzen im Bereich Gruppendynamik und Problemlösungsstrategien vermitteln, um diese in der Praxis zu festigen. Dies scheint auch die Berufsattraktivität zu steigern. Die Ergebnisse betonen ausserdem die Bedeutung neuer, auf den jeweiligen Kontext angepasster Kommunikationsroutinen, die die Vernetzung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und den Patient:innen unterstützen. Der schnelle und teilweise informelle Austausch scheint dabei von zentraler Bedeutung zu sein, was mit anderen

Studienergebnissen übereinstimmt. Besprechungen ermöglichen die Umverteilung von Aufgaben. Gegenseitiger Austausch, kontinuierliche Beziehungspflege sowie standardisierte Prozesse und Organisationsstrukturen tragen zum Erfolg bei, da sie klare Regeln und Rahmenbedingungen festlegen. Wichtig scheint, dass die Initiativen von interprofessionellen Teams erarbeitet werden, nicht nur, um einen gleichberechtigten Austausch zu fördern, sondern auch, um alle relevanten Arbeitsabläufe und Prozesse aus unterschiedlichen Perspektiven zu berücksichtigen und zu stärken. Bisher scheint der Einsatz von elektronischen Datenbanken und digitalen Tools wie Apps wenig verbreitet zu sein.

Hausärzt:innen spielen eine zentrale Rolle bei der Implementierung von IPZ. Einige von ihnen lancieren selbst IPZ-Initiativen und investieren Zeit und Ressourcen. Die Zusammenarbeit mit ihnen gelingt am besten, wenn sie einen direkten Mehrwert und eine spürbare Arbeitsentlastung erfahren. Dies steht im Einklang mit vorhandener Literatur, die territoriales Verhalten und gelegentliche Konflikte zwischen Berufsgruppen in der Grundversorgung beschreibt. Daher lässt sich festhalten, dass IPZ besonders erfolgreich ist, wenn diese finanziell unterstützt wird und ein zeitlicher und beruflicher Nutzen für alle beteiligten Berufsgruppen entsteht.

Obwohl Patientenzentriertheit als charakteristisch für die IPZ angesehen wird, werden Erfahrungen von Patient:innen nur vereinzelt integriert. Lediglich xunds-grauholz und die beiden Sturzpräventions-Interventionen berücksichtigen durchgehend deren Bedürfnisse. Die Einbeziehung von Patient:innen in die (Weiter)Entwicklung des Gesundheitswesens wird jedoch als essenziell angesehen. Wenn Gemeinden und Kantone partizipative Initiativen und die Vernetzung im Sinne einer integrierten Versorgung fördern, kann dies auch eine verstärkte Berücksichtigung sozialer Aspekte der Gesundheit begünstigen.

Damit die Implementierung von IPZ in der Grundversorgung erfolgreich sein kann, ist eine strategische Verankerung und nachhaltige Unterstützung aller Akteure im Gesundheitswesen erforderlich. Neue interprofessionelle Versorgungsformen könnten auf Gemeindeebenen entwickelt werden, da diese eng mit dem Gemeinwesen verknüpft ist. Dies ermöglicht die Integration der Bereiche Gesundheit, Soziales und Gemeinwesen/Ehrenamt, die für die Versorgung chronisch Kranker von entscheidender Bedeutung sind. Dies wiederum erfordert neue Rollen und Aufgaben für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen.

IPZ kann dort gelingen, wo ein zeitlicher und beruflicher Mehrwert für alle beteiligten Berufsgruppen entsteht. Hausärzt:innen spielen nach wie vor eine Schlüsselrolle in der erfolgreichen Implementierung von IPZ und können nicht nur einen wichtigen Beitrag leisten, sondern auch von einer Arbeitsentlastung profitieren.

Postgraduale Bildungsmassnahmen müssen Fachkräfte befähigen und dabei begleiten, IPZ-Prozesse einzuführen und zu verantworten, selbst wenn diese auf Widerstand stossen. Dazu braucht es eine praxisorientierte Kompetenzvermittlung. Innovative, digitale Methoden können dazu beitragen, eine flexible und didaktisch hochwertige Weiterbildung sicherzustellen.

Schlussendlich bedarf es weiterer Forschung, die IPZ und ihren Mehrwert aus der Perspektive von Patient:innen untersucht. Nur so kann eine nachhaltige Umsetzung der interprofessionellen Versorgung von chronisch kranken Menschen auch bei ansteigendem Fachkräftemangel gewährleistet werden. Insgesamt wird mehr Evidenz zur Qualität und Wirkung von IPZ-Ansätzen im ambulanten Bereich benötigt, wobei die Verschränkung von gesundheitlichen und sozialen Aspekten berücksichtigt werden sollte, um ihren Beitrag zur nachhaltigen Grundversorgung zu bestätigen.

Kernbotschaften:

- Alle Akteure im Gesundheitswesen sollten die Implementierung von IPZ in der ambulanten Versorgung stärker (finanziell) unterstützen.

- IPZ in der ambulanten Versorgung scheint besonders erfolgreich zu sein, wenn Hausärzt:innen, Pflegefachkräfte und andere Gesundheits- und Sozialfachkräfte auf Augenhöhe Initiativen zur Umsetzung von IPZ entwickeln und umsetzen.
- Die Förderung der Autonomie und Lebensqualität von Patient:innen kann nur dann gelingen, wenn ihre Rückmeldungen eine Rolle bei der Gestaltung von IPZ spielen.
- Innovative Bildungsansätze sind entscheidend für die Umsetzung von IPZ, insbesondere solche, die Gesundheitsfachkräfte befähigen, in neue Rollen hineinzuwachsen.

4.6 Erwartete Resultate – Impact Studie

Die Resultate der angepassten Impact-Evaluation (siehe Abschnitt 3.3) werden im Nachgang im Jahr 2025 berichtet. Wenn sich ein quantitativer Effekt der Sturzprävention zeigen liesse, ergäbe sich dadurch ein starkes gesundheitspolitisches Argument für den Ausbau der Aktivitäten.

5 Interpretation

5.1 Herausforderungen

Ursprünglich hatte das *StoppSturz*-Team geplant, die in ihrem Vorgängerprojekt *Via*²⁵ erstellten Materialien auch für das *StoppSturz*-Projekt zu verwenden, realisierte aber erst mit Projektbeginn, dass das dort erarbeitete *StoppSturz*-Vorgehen nicht genügend evidenzbasiert war und dass es nicht sinnvoll sein würde, diese Materialien zu aktualisieren/anzupassen. Nach dem ersten Projektjahr wurde daraufhin der Fokus auf die Erstellung von qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Materialien gelegt, die von allen wichtigen nationalen Verbänden abgesegnet waren, und das Teilprojekt «Tools und Materialien» mit einer nationalen Arbeitsgruppe aufgegleist.

Eine weitere konzeptuelle Herausforderung des Projektes war es, ein gesundheitspolitisch national ausgerichtetes Projekt in der ambulanten Versorgung mit nationalen Verbänden (FMH, pharmaSuisse, Physioswiss, etc.) über kantonale Projektleitende zu bewirtschaften. Die Stellenprozente der kantonalen Projektleitungen variierten mit 15% (Jura), 30% (Graubünden), 50% (St. Gallen; Zürich) und 60% (Bern), was sich auch in der Anzahl der Projektaktivitäten innerhalb der Kantone widerspiegelte. Das Gesundheitsdepartment St. Gallen stellte des Weiteren der Projektleitende einen Vollzeit Praktikanten zur Seite. Um auf externe Hindernisse reagieren zu können, war eine agile und flexible Projektimplementierung durch *StoppSturz*, aber auch seitens Gesundheitsförderung Schweiz erforderlich. Der Prozess der stetigen Anpassung der Projektziele, umfasste einige Gespräche, die sowohl vom Projektträger als auch von Gesundheitsförderung Schweiz als flexibel, zielführend, lösungsorientiert, unterstützend und wertschätzend beurteilt wurden. So konnten Konzepte, Umsetzungsplanungen und das Budget im gegenseitigen Austausch mindestens jährlich angepasst werden.

5.2 Erfolgsfaktoren

Die vielfältige fachliche Expertise und praktischen Erfahrungen des Projektes im Themenfeld Gesundheit und Altern, sowie langjährige Kenntnisse des Versorgungssystems aus unterschiedlichen professionellen Hintergründen (Medizin, Public Health, Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege, Bewegung), das multi-disziplinäre Team in seiner Gesamtheit zeichnete das Projekt *StoppSturz* aus. Die persönlichen Netzwerke der

²⁵ Via: ein interkantonales Projekt zur Gesundheitsförderung im Alter, 2010-2013

Gesamtprojektleitung (Public Health Services) mit Schlüsselpersonen und wichtigen Akteuren, wie beispielsweise Verbänden, spielten eine wichtige Rolle für die erzielten Resultate zum Beispiel im Teilprojekt «Tools- und Fortbildungen». In letzterem beteiligten sich die relevanten Verbände innerhalb von Fortbildungskonzepten und entsprechenden Massnahmen. Auch für das Weitertragen und die Verankerung der Schulungen in Qualitätszirkel der Ärzteschaft, oder in Verbände wie den Spitexverband, spielten persönliche Kontakte und Netzwerke eine wichtige Rolle.

Die mehrjährige Zusammenarbeit, die Vertiefung der Kontakte mit den kantonalen und nationalen Partnern innerhalb der Steuergruppen und die regelmässigen projektinternen Treffen mit einem systematischen internen Erfahrungsaustausch, werden als wichtige Bausteine der Vernetzung und Informationsstreuung bewertet.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die vielfältige fachliche Expertise und langjährigen praktischen Erfahrungen und Kenntnisse des Versorgungssystems, das grosse Engagement und die multiprofessionelle Zusammensetzung zeichneten das Team *StoppSturz* aus. Die mehrjährige Zusammenarbeit und die Vertiefung der Kontakte mit den Partnern (beispielsweise mit Verbänden und Schlüsselpersonen), sowie die regelmässigen projektinternen Treffen und der systematische Erfahrungsaustausch innerhalb des Projektes, stützten dieses breit ab.

Die Komplexität des Projektes (viele aufeinander aufbauende Teilprojekte, viele Partnerorganisationen, nationale vs. kantonale Ausrichtung des Projektes) wurde während der vierjährigen Projektlaufzeit konstant reduziert. Davon profitierte *StoppSturz* und konnte verstärkt akzentuierte Stossrichtungen verfolgen, mit der Etablierung sogenannter Leuchtturm-Projekte, aber auch mit einer nationalen Verankerung und institutionellen Übernahme durch die BFU.

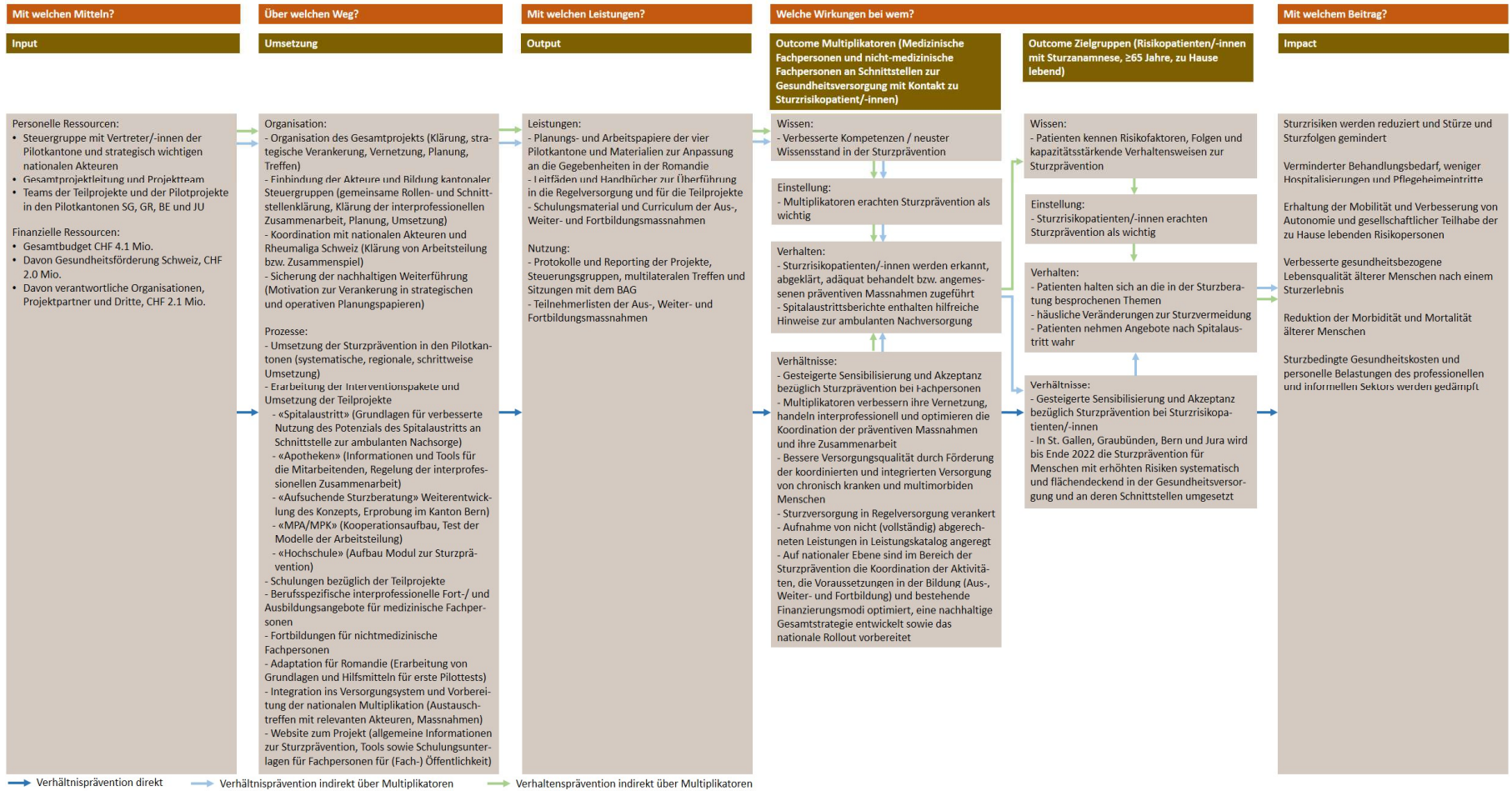
Aus den dargestellten Evaluationsergebnissen leiten wir sechs Empfehlungen für zukünftige Vorhaben ab:

1. Die komplexe und ambitionöse Projektstruktur von *StoppSturz* hat gezeigt, dass bei einer vierjährigen Projektlaufzeit mit einem Public Health Mandat Teilprojekte idealerweise nicht aufeinander aufbauen sollten und dass nur eine limitierte Anzahl von ausgewählten Projektpartnern eingebunden werden sollte.
2. *StoppSturz* lehnte sich konzeptionell und hinsichtlich der beteiligten Akteure stark an das Vorgängerprojekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» an. Somit konnte auf ein bestehendes institutionelles Netzwerk wichtiger Akteure aufgebaut werden und es konnte eine befruchtende Zusammenarbeit insbesondere mit der Spitex und der BFU für *StoppSturz* hergestellt werden. Daraus leitet sich die Empfehlung ab, diese wichtigen Akteure der Sturzprävention in der Grundversorgung für weitere Interventionen und Public Health-Massnahmen mit dem Ziel einer flächendeckenden Sturzprävention zu positionieren.
3. Hinsichtlich der nationalen Verankerung der «Sturzprävention in der Versorgung» bei der BFU wird vorgeschlagen, die wichtigen Netzwerke und Strukturen der BFU noch stärker als bisher zu nutzen, beispielsweise die Bereiche Forschung, Beratung, Bildung: Kurse/Angebote und Kommunikation. Dabei sollte es darum gehen, Angebote zusätzlich zu der bislang etablierten virtuellen «Arbeitsplattform mit allen *StoppSturz*-Materialien» für eine weitere Dissemination zu schaffen. So könnte beispielsweise eine weitere Dissemination des *StoppSturz*-Vorgehens innerhalb der Spitex-Verbände und Ärztezentren, die sich als Leuchtturm-Strategie erwiesen hat, fachlich von der BFU begleitet oder ergänzt werden. Es wird als zentral und wichtig erachtet, dass die BFU wichtige und nötige programmatische Investitionen in die Sturzprävention in der Versorgung, jenseits einer Dissemination über ihre Website, tätigt.

4. Die institutionelle Einführung des *StoppSturz*-Vorgehens innerhalb der Spitex Zürich, als Teil einer systematischen Sturzprävention, sollte aufgearbeitet und weitergetragen werden. Dadurch könnten auch andere wichtige Akteure von den gemachten Erfahrungen profitieren, die die Grundversorgung alternder und chronisch erkrankter Patient:innen sicherstellen.
5. Erste Bestrebungen des Projektes, das *StoppSturz*-Vorgehen als Standard in der Schweiz zu etablieren, waren bereits durch die Definition der Qualitätsindikatoren der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGAIM) erfolgreich. Jedoch benötigt es weitere Lobbyarbeit, damit der FMH das *StoppSturz*-Vorgehen (das ja auf den Clinical Practice Guidelines der Amerikanischen und Britischen Geriatischen Gesellschaft basiert und mit den nationalen Verbänden für den Schweizer Kontext adaptiert wurde) auch in der Online-Plattform «Guideline Schweiz» als nationale Referenz etabliert. Zusätzlich benötigt es intensive Lobbyarbeit für die Leistungsvergütung mit entsprechenden Anpassungen im Tarifsystem.
6. Die Sturzprävention ist ganz unterschiedlich in den kantonalen Altersleitbildern oder Alterskonzepten gewichtet und ausgelegt. Im Kontext einer alternden Gesellschaft sollte überlegt werden, ob sich das Projektteam von *StoppSturz* auch als Berater im Sinne eines Public Health-Auftrages zur Prävention für die kantonalen Altersleitbilder oder Alterskonzepte zur Verfügung stellen möchte.

Anhang 1: Wirkungsmodell

Wirkungsmodell Projekt Stopp Sturz (Gesundheitsförderung Schweiz, PGV01.077/7288) – Version 19.12.2019



Anhang 2: Ursprünglich vorgesehene Evaluationsteile

Tabelle A2-1: Methodentabelle mit den ursprünglich vorgesehenen Evaluationsteilen

Hauptfragen	Zielgruppen	Methodik	Stichproben	Zeitpunkt Datenerhebung	Abweichung vom urspr. Konzept
Formative Evaluation					
Dokumentation des Projektfortschritts	Team StoppSturz	Dokumentenanalyse		2019	Nein
Personal & Finanzen, Zusammenarbeit und Prozesse, Ergebnisse & Leistungen, Wirkungen, Optimierungen, Reflexionen	Team StoppSturz	Einzelinterviews, Dokumentenanalyse	N=10 (I)	2020	Nein
Personal & Finanzen, Zusammenarbeit und Prozesse, Ergebnisse & Leistungen, Wirkungen, Optimierungen, Reflexionen	Team StoppSturz	Gruppeninterviews, Dokumentenanalyse	N=2 (GI)	2021	Nein
Personal & Finanzen, Zusammenarbeit und Prozesse, Ergebnisse & Leistungen, Wirkungen, Optimierungen, Reflexionen	Team StoppSturz, Steuergruppe	Workshops, Dokumentenanalyse	N=3 (WS)	2022	Nein
Outcome Evaluation Multiplikator:innen					
Interprofessionelle Anwendung und Zusammenarbeit durch <i>StoppSturz</i>	Primäre Zielgruppe	Online Befragung	N=1600	2022	ja
Outcome Evaluation Risikopatient:innen					
Lebensqualität und Autonomie durch <i>StoppSturz</i>	Sekundäre Zielgruppe	Leitfaden-gestützte Interviews	N=20	2021-2022	ja
Impact Evaluation					
Reduktion der Sturz-/Frakturhäufigkeit, Hospitalisationen und Pflegeheimenritre	zu Hause lebende Bevölkerung ab 65 Jahre	Vorher-Nachher-Studien mit dynamischen Kohorten	Hochrechnung für die Schweiz	2020-2021	ja
Einfluss von Sturz-/Frakturereignissen auf Häufigkeit von Hospitalisationen, Pflegeheimenritre und Gesundheitskosten	Bevölkerung ab 65 Jahre mit erhöhtem Sturzrisiko	Propensity score und logistische Regression	Hochrechnung für die Schweiz	2020-2021	ja
Entwicklung der Gesundheitskosten der Risikopersonen unter Berücksichtigung der Präventionskosten	Kosten	Quantitative Gegenüberstellung	-	2020-2021	ja

Anhang 3: Material für die formative Evaluation

Tabelle A3-1: Verwendeter Fragebogen für die formative Evaluation

Phasen	Fragen
Einstieg	1. Seit wann sind Sie im Projekt tätig und wie sind Sie zu dem Projekt gekommen? Haben Sie schon vor dem Projekt <i>StoppSturz</i> in dem Bereich Sturzprävention/Altern gearbeitet?
Input (Personal und Finanzen) Welche finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen wurden in das Projekt investiert?	2. Mit wieviel Stellenprozent arbeiten Sie? 3. Co-Finanzierung des Kantons bzgl. Stellenprozente, Arbeitsplatzausstattung, verfügbares Budget? 4. Genügen die ursprünglich vorgesehenen Ressourcen, um das Projekt planmässig umzusetzen?
Umsetzung (Zusammenarbeit und Prozess) Erwiesen sich die Organisation (Aufgaben und Kompetenzen) und Prozesse (interne und externe Zusammenarbeit) für die Leistungserbringung und Zielgruppen in der Praxis als zweckmässig?	5. Können Sie mir kurz den aktuellen Stand des Projektes in Ihrem Aufgabengebiet als Projektleitung zusammenfassen (TP Apotheken, TP Aufsuchende Sturzberatung für Bern/Jura, TP MPA, TP Tools-Fort- und Weiterbildung)? (Kritische Reflektion: warum läuft manches anders als geplant?) 6. Können Sie was zur Zusammenarbeit mit den Kollegen aus den anderen Pilotkantonen bzw. Teilprojekten sagen?
Output (Erste Ergebnisse und Leistungen) Multiplikatoren/Zielgruppen	7. Wie steht es mit der interprofessionellen Zusammenarbeit? 8. Wie viele med. und nicht-med. Fachpersonen bzw. Risikopatienten haben die Angebote (Fortbildungen) des Projektes bislang genutzt? Follow up: Wie zufrieden waren sie mit den Angeboten?
Outcome	9. Werden mit den Leistungen des Projektes die angestrebten Outcome-Ziele (Kanton/Teilprojekt) erreicht? Gibt es Verbesserungsvorschläge? 10. Wie und wie gut ist Ihrer Meinung nach das Projekt <i>StoppSturz</i> in der jeweiligen kantonalen/nationalen Gesundheitsversorgung verankert? (Steuerungsgruppen, Kantonales Umsetzungskonzept, etc.)
Projektbezogene Wirkungen Multiplikatoren/Zielgruppen	11. Kam es zu unerwarteten positiven oder negativen Nebenwirkungen? 12. Welche Leistungen/Angebote sind besonders wirkungsrelevant – primäre und sekundäre Zielgruppen ?

Kontextbezogene Wirkungen	13. Gibt es andere Angebote im Umfeld, welche die Wirkung des Projektes begünstigen, hemmen oder sogar klären?
Optimierung	14. Reflektion: Wie soll das Projekt angepasst werden, um die Wirkungen bei der primären und sekundären Zielgruppe zu optimieren? (Braucht es mehr finanzielle Mittel, eine bessere Zusammenarbeit mit externen Partnern, oder besser auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasste Leistungen?)
Schluss	15. Noch ergänzendes?

Fragebogen zum Evaluationsworkshop

Datum und Zeit:

24.05.2022 von 9-12, online

Teilnehmende der Workshops:

Karin, Andy, Patrick, Franziska, Matthias, Nadine, Jana, (cc: Giovanna, Kaspar)

Zielsetzung des Workshops:

1. Grundlagen für die Evaluationsberichte der externen Evaluation gemeinsam (Projektteam und Evaluationsteam) zu erarbeiten. Der Schlussbericht wird von GF-CH publiziert.
2. Die diskutierten Inhalte werden in zwei Berichten (Evaluationsbericht 3 (15.06.2022) und dem Schlussbericht (14.05.2023) aufgearbeitet. Der Evaluationsbericht 3 beinhaltet: Fokus auf Beurteilung Umsetzung, Output, **Outcome, Hinweise auf Impact und Fazit**. Der Schlussbericht: **Aufbereitung der Evaluationsergebnisse über alle Phasen hinweg** (Gesamtschau).

- Diskussionsleitfaden: Pro Themengebiet haben wir ca. 30-40 min Diskussionszeit
- Die Diskussion ist als Gesamtschau des Projektes gedacht (2019-2022) d.h. die Dynamik der vier Jahre sollte immer mitberücksichtigt werden
- Zusätzlich wird vorgeschlagen, folgende Perspektive in die Diskussion einfließen zu lassen: Wenn wir mit dem heutigen Wissenstand das Projekt neu konzipieren würden, welche Änderungen würden wir vorschlagen?

Relevanz: Abgleich der durchgeführten Aktivitäten auf die Zielerreichung.

Wurden die Strukturen adäquat/geeignet für die Umsetzung und Zielerreichung gewählt?

- Generell: Ist das Thema und sind die TP bedeutungsvoll?
- Auf strategischer Ebene (Träger und Partner, Steuergruppen, StG-Ausschuss (nat.), «Beiräte»);

- Auf operativer Ebene (Projektteam, Treffen der kant. Projektleitungen mit der Gesamtprojektleitung); Zeitplan / Zeitbudget, Ressourcen (Personell/Fachwissen) und Finanziell (Fremdmittel, Eigenmittel), Konzept der Teilprojekte
- Fazit für Schlussbericht 3: Wie soll das Projekt angepasst werden, um die Wirkungen zu optimieren?

Effektivität: Abgleich der geplanten mit den tatsächlich erreichten Zielen. Effekte auf die primäre Zielgruppen (Multiplikator*innen) und **Effizienz:** Kostenaufwand einzelner Massnahmen/Teilprojekte in Bezug auf deren Wirkung.

Der Fokus soll hierbei auf den einzelnen Teilprojekten und den einzelnen Kantonen und deren Massnahmen liegen:

- Tools und Fortbildungen
- E-Learning
- Hochschulen
- MPK/MPA
- Nat. Koordination/Multiplikation
- Spitalaustritt (still gelegt)
- Apotheken (still gelegt)
- Aufsuchende Sturzberatung (abgeschlossen)
- Kantone SG, BE, GR, JU, ZH
- Wie viele med. und nicht-med. Fachpersonen haben die Angebote (Fortbildungen) bislang genutzt?
- Follow up: Wie zufrieden waren sie mit den Angeboten?
- Fazit für Schlussbericht 3: Wie sollen Teilprojekte und wie sollen kantonale Projekte angepasst werden, um die Wirkungen zu optimieren, für die verbleibende Projektlaufzeit, aber auch darüber hinaus?

Impact Einschätzung: Beabsichtigte, und nicht beabsichtigte, positive und negative übergeordnete Veränderungen

- Was waren die Erfolgsfaktoren vs. Hemmfaktoren (Vorgaben des Geldgebers, Prozesse intern, Strukturen extern, Partner)
- Welche Leistungen/Angebote/Massnahmen sind besonders wirkungsrelevant und warum?
- Gibt es andere übergeordnete Angebote im Umfeld, welche die Wirkung des Projektes begünstigen, hemmen oder sogar klären?
- Inwiefern kann eine begleitende Evaluation die Umsetzung eines Projekts unterstützen und dessen Wirkung messen?

Nachhaltigkeit: Fortdauer erreichter Wirkungen; Verankerung einzelner Massnahmen

- Was ist der Stand der Verankerung, Multiplikation einzelner Massnahmen in der kantonalen bzw. auch nationalen Gesundheitsversorgung?
- Welche Massnahmen wurden zur Sicherung und Verbreitung der Erkenntnisse ergriffen mit welchem bisherigen Erfolg?
- Wie sind die Chancen einer längerfristigen Etablierung der Massnahmen für die Nachhaltigkeit? Gibt es ein weiterführendes Potenzial? (Fragen abgeleitet von GFCH)

Anhang 4: Fragebogen Outcome – Evaluation bei der Spitex

Einleitung:

Wir möchten Sie dazu einladen, an einer Befragung zu Ihren Erfahrungen und Empfehlungen im Bereich der Weiterbildung zur Sturzprävention teilzunehmen. Die Befragung wird vom Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM) der Universität Basel in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) im Rahmen der Evaluation des *StoppSturz*-Projekts durchgeführt.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Wenn Sie sich dazu bereit erklären, an dieser Befragung teilzunehmen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Das Ausfüllen sollte nicht mehr als 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Alle gesammelten Informationen sind anonym und werden nicht mit Ihren persönlichen Daten verknüpft. Das bedeutet, dass Sie anhand der von Ihnen gemachten Angaben nicht erkannt werden können. Unsere Verfahren zur Speicherung, Verarbeitung, Bearbeitung und Vernichtung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten entsprechen dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG).

Wir beabsichtigen, die Ergebnisse der Befragung in einem online verfügbaren Report auf der Webseite von Gesundheitsförderung Schweiz und gegebenenfalls im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation zu veröffentlichen. Es werden nur zusammengefasst Ergebnisse publiziert, die keine Rückschlüsse auf einzelne Personen erlauben.

1. Einstiegsfragen

1.1. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Anderes
- Keine Angabe

1.2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- <20
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60+
- Keine Angabe

1.3. Welche Ausbildung(en) haben Sie absolviert? (Mehrfachnennungen möglich)

- Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF/FH
- Pflegeexpertin/ Pflegeexperte APN
- Fachverantwortliche/r Pflege (inkl. Fachentwicklung Demenz)
- Fachfrau/-mann Gesundheit
- Fachfrau/-mann Betreuung
- Pflegeassistent/-in
- Pflegehelfer/-in SRK

- Hauswirtschaftliche/-r Mitarbeiter/-in
- Andere
- Keine Angabe

1.4. In welchem Zentrum arbeiten Sie?

- Altstetten
- D-Mobil
- Höngg
- Rigiplatz
- Rotbuchstrasse
- Seefeld
- Anderes
- Keine Angabe

1.5. Wann fand Ihre *StoppSturz* Fallführungsschulung (Präsenzveranstaltung) statt?

- Mai 2022
- Juni 2022
- Juli 2022
- August 2022
- September 2022
- Oktober 2022
- Weiss nicht
- Noch gar nicht

2. Akzeptanz

<i>Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?</i>	Stimme vollkommen zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
2.1. Sturzprävention ist ein wichtiges Thema in der Spitex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Ich begrüsse Massnahmen zur Sturzprävention.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.3. Warum finden Sie das Thema wichtig / unwichtig? (auslassen möglich)

3. Angemessenheit und Machbarkeit

Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?	Stimme vollkommen zu	Stimme zu	Weder noch	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
3.1. Die im E-Learning-Tool präsentierten Inhalte zur Sturzprävention sind eine gute Wahl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Die in der <i>StoppSturz</i> Fallführungsschulung (Präsenzveranstaltung) präsentierten Inhalte zur Sturzprävention sind eine gute Wahl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Die im E-Learning-Tool vermittelten Inhalte zur Sturzprävention sind umsetzbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. Die in der <i>StoppSturz</i> Fallführungsschulung (Präsenzveranstaltung) vermittelten Inhalte zur Sturzprävention sind umsetzbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Qualität der Weiterbildung

4.1. Wie bewerten Sie die Qualität des E-Learning-Tools?

- Sehr gut
- Gut
- Befriedigend
- Ausreichend
- Genügend
- Mangelhaft
- Weiss nicht

4.2. Wie bewerten Sie die Qualität der *StoppSturz* Fallführungsschulung (Präsenzveranstaltung)?

- Sehr gut
- Gut
- Befriedigend
- Ausreichend
- Genügend
- Mangelhaft
- Weiss nicht

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiss nicht
4.3. Haben sich E-Learning-Tool und <i>StoppSturz</i> Fallführungsschulung Ihrer Meinung nach gut ergänzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4. Waren die vermittelten Inhalte für Sie gut verständlich? (E-Learning-Tool)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5. Waren die vermittelten Inhalte für Sie gut verständlich? (Schulung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.6. Waren die vermittelten Inhalte Ihrer Meinung nach relevant? (E-Learning-Tool)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.7. Waren die vermittelten Inhalte Ihrer Meinung nach relevant? (Schulung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.8. Waren die vermittelten Inhalte Ihrer Meinung nach ausreichend? (E-Learning-Tool)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.9. Waren die vermittelten Inhalte Ihrer Meinung nach ausreichend? (Schulung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.10. Wie würden Sie das *StoppSturz* E-learning-Tool verbessern? (Mehrfachnennungen möglich)

- Die Ziele der Weiterbildung vorab besser kommunizieren.
- Weitere Informationen zur Weiterbildung zur Verfügung stellen.
- Die vermittelten Inhalte reduzieren.
- Die vermittelten Inhalte erweitern.
- Den zeitlichen Aufwand verringern.
- Die angesetzten Zeiten erhöhen.
- Die Art der Umsetzung der Weiterbildung verändern.
- Mehr Praxisbeispiele verwenden.
- Andere Unterrichtende einbinden.
- Weiss nicht
- Anderes: _____

4.11. Wie würden Sie die *StoppSturz* Weiterbildung verbessern? (Mehrfachnennungen möglich)

- Die Ziele der Weiterbildung vorab besser kommunizieren.
- Weitere Informationen zur Weiterbildung zur Verfügung stellen.
- Die vermittelten Inhalte reduzieren.
- Die vermittelten Inhalte erweitern.
- Den zeitlichen Aufwand verringern.
- Die angesetzten Zeiten erhöhen.
- Die Art der Umsetzung der Weiterbildung verändern.
- Mehr Praxisbeispiele verwenden.
- Andere Unterrichtende einbinden.
- Weiss nicht

- Anderes: _____
- 4.12. Würden Sie Mitarbeiter/-innen anderer Spitex-Organisationen die *StoppSturz* Weiterbildung zur Sturzprävention auch empfehlen?
- Ja
 - Eher ja
 - Eher nein
 - Nein
 - Weiss nicht

5. Wissen

- 5.1. Hat sich durch die *StoppSturz* Weiterbildung Ihr Wissen zur Sturzprävention vergrössert?
- Ja
 - Eher ja
 - Eher nein
 - Nein
 - Weiss nicht
- 5.2. Was waren die drei Ihrer Meinung nach wichtigsten Dinge/Themen, die Sie durch die *StoppSturz* Weiterbildung gelernt haben?
1. _____
 2. _____
 3. _____

6. Einstellung

- 6.1. Fühlen Sie sich durch die *StoppSturz* Weiterbildung darin bestärkt, Ihr Wissen in der Praxis anzuwenden?
- Ja
 - Eher ja
 - Eher nein
 - Nein
 - Weiss nicht
- 6.2. Fühlen Sie sich durch die Schulung zur Sturzprävention darin bestärkt, Ihr Wissen an Ihre Kollegen/-innen weiterzugeben?
- Ja
 - Eher ja
 - Eher nein
 - Nein
 - Weiss nicht

In welchem Ausmaß fühlen Sie sich befähigt...	Sehr	Etwas	Eher weniger	Gar nicht	Weiss nicht
6.3. ... eine Sturzgefährdung bei Ihren Klient/-innen zu erkennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4. ... Klient/-innen auf ihre Sturzgefährdung anzusprechen und im Spitexteam beschlossene Massnahmen in Zusammenarbeit mit Klient/-In umzusetzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5. ... bei Ihren Klient/-innen Abklärungen zur Sturzgefährdung durchzuführen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6. ... Ihre Klient/-innen wegen sturzpräventiver Massnahmen an andere passende Stellen weiterzuleiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Verhalten

7.1. Wie oft haben Sie die vermittelten Inhalte zur Sturzprävention aus der Schulung bereits an Ihre Kollegen/-innen weitergegeben?

- Sehr oft
- Oft
- Manchmal
- Selten
- Gar nicht
- Weiss nicht

7.2. Wie oft konnten Sie die vermittelten Inhalte zur Sturzprävention aus der *StoppSturz* Weiterbildung in Ihrem Berufsalltag bereits anwenden?

- Sehr oft
- Oft
- Manchmal
- Selten
- Gar nicht
- Weiss nicht

7.3. Wurde die Versorgung der sturzgefährdeten Kunden/-innen durch die *StoppSturz* Weiterbildung verbessert?

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

7.4. Was begünstigt Ihrer Meinung nach die Anwendung von Massnahmen zur Sturzprävention in der Praxis am meisten? (Mehrfachnennungen möglich)

- Gute Auswahl an möglichen Leistungsangeboten (z.B. quaternahe Angebote wie Nachbarschaftshilfe, Gehtraining, Physiotherapie, Mittagstisch etc.)
- Zusätzliche finanzielle Mittel
- Zusätzliche zeitliche Ressourcen
- Verbesserte interne Zusammenarbeit

- Verbesserte externe Zusammenarbeit
 - Unterstützung bei der Organisation von Hilfsmitteln
 - Unterstützung von Pflegeexpert:innen APN in komplexen Situationen
 - Anderes: _____
 - Weiss nicht
- 7.5. Was hemmt Ihrer Meinung nach die Anwendung von Massnahmen zur Sturzprävention in der Praxis am meisten? (Mehrfachnennungen möglich)
- Zu wenige Leistungsangebote (z.B. quaternahe Angebote wie Nachbarschaftshilfe, Gehtraining, Physiotherapie, Mittagstisch etc.)
 - Zu geringe finanzielle Mittel
 - Zu wenige zeitliche Ressourcen
 - Mangelnde interne Zusammenarbeit
 - Mangelnde externe Zusammenarbeit
 - Fehlende Unterstützung bei der Organisation von Hilfsmitteln
 - Fehlende Unterstützung von Pflegeexpert:innen APN in komplexen Situationen
 - Anderes: _____
 - Weiss nicht
- 7.6. Was könnte noch angepasst werden, um die positiven Wirkungen der Sturzprävention zu steigern?
- _____
- 7.7. Wurde die interne oder externe Zusammenarbeit durch die vermittelten Inhalte zur Sturzprävention der *StoppSturz* Weiterbildung gestärkt?
- Ja
 - Nein
 - Weiss nicht
- 7.8. Zwischen wem? (Mehrfachnennungen möglich; skip bei Nein und weiss nicht)
- Teammitgliedern
 - Anderen Spitexmitarbeitenden
 - Angehörige Bezugspersonen bzw. Familienmitglieder der Kunden/-innen
 - Externen Partnern/-innen bzw. Parteien (z.B. Physiotherapie, Hausärzte/-innen, Nachbarschaftshilfe, Vereine)
 - Weiss nicht
 - Andere: _____
- 7.9. Wodurch wurde die Zusammenarbeit am meisten gefördert? (skip bei Nein und weiss nicht)
- _____

8. Sonstiges:

Haben Sie noch weitere Kommentare oder Fragen?

Anhang 5: Manuskript Interprofessionelle Zusammenarbeit

Anmerkung: Das Manuskript wird derzeit von den befragten Expert:innen validiert und wird dann bei PRAXIS eingereicht.

Formen interprofessioneller Zusammenarbeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung: eine fallübergreifende Analyse in der deutschsprachigen Schweiz

Bettina Schwind^{1,2}, Sonja Merten^{1,2}, Eva Hollenstein^{1,2}, Kaspar Wyss^{1,2}, Jana Gerold^{1,2}

¹ Swiss Tropical and Public Health Institute, Allschwil, Switzerland.

² University of Basel, Basel, Switzerland.

Im Artikel verwendete Abkürzungen

Alle im Artikel verwendeten Abkürzungen in alphabetischer Reihenfolge

CFIR	Consolidated framework for implementation research oder «Konsolidierten Rahmen für die Implementationsforschung»
BAG	Bundesamt für Gesundheit
INTERCARE	Pflegegeleitetes Versorgungsmodell in Schweizer Pflegeinstitutionen: Verbesserung der interprofessionellen Pflege für bessere Bewohnerergebnisse (Nurse-led model of care in Swiss nursing homes: improving interprofessional care for better resident outcomes)
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
ISBAR - Modell	“Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation” Modell, evidenzbasiertes Modell welches die strukturierte interprofessionelle Kommunikation unterstützt – v.a. zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Zusammenfassung

Die Qualität der Versorgung chronisch kranker Menschen soll durch eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) verbessert werden. Bisher konzentrieren sich Evaluationsprojekte zur IPZ meist auf den stationären Bereich.

Ziel war es, mittels eines multiplen Fallstudiendesigns Formen von IPZ in der Grundversorgung zu untersuchen, um fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren.

Zu den Faktoren, die die Implementierung von IPZ förderten, gehörten eine verantwortliche Person, die für diese Leistung angestellt wurde, unterstützende Schulungsmassnahmen, sowie die Einführung evidenzbasierter Interventionen. Insgesamt schienen die Anreize zur Implementierung von IPZ unzureichend und die Bedürfnisse chronisch kranker Menschen wenig integriert.

Es bedarf einer systematischeren Evaluation ambulanter IPZ-Initiativen, um deren Mehrwert für eine nachhaltige Versorgung aufzuzeigen. Zentral ist eine stärkere Integration der Bedürfnisse von Patient_innen.

Schlüsselwörter

Interprofessionalität, chronische Krankheit, ambulante Gesundheitsversorgung

Haupttext

Ü1: Einleitung

Aufgrund einer alternden Bevölkerung nimmt die Zahl von chronisch kranken, multimorbiden Menschen mit Pflegebedarf zu [1]. Dies stellt die Grundversorgung aufgrund des steigenden Fachkräftemangels vor Herausforderungen [2]. Bereits 2017 lancierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» [3]. Ziel war es, die interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) zwischen den Berufsgruppen sowie die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Auch unterstützte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft seit 2014 Initiativen und Aktivitäten zur Förderung der interprofessionellen Praxis und Bildung [4]. Insgesamt werden damit seit fast zehn Jahren Initiativen zur interprofessionellen Versorgung gefördert. Zwar wurden in der Grundversorgung Modelle wie «Caring Communities» im Kontext des Nationalen Forschungsprogramms "Gesundheitsversorgung" erforscht [5-7], bisherige (Forschungs-) Projekte mit Fokus auf IPZ konzentrieren sich jedoch eher auf die stationäre Versorgung [8].

Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen der IPZ in der ambulanten Grundversorgung zu untersuchen, um fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren. Dies erfolgte anhand einer gezielten Auswahl von interprofessionellen Versorgungsformen mit Fokus auf chronisch kranke und/oder pflegebedürftige Menschen.

Ü2: Methode

Ein qualitatives multiples Fallstudiendesign wurde gewählt, da es sich für die Untersuchung fallübergreifender Phänomene im realen Kontext eignet [9-11]. Es erlaubt Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den IPZ Formen herauszuarbeiten. Die Fallstudien wurden nach mindestens drei der folgenden Kriterien gewählt:

- gemeindenahe ambulante Grundversorgung,
- Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen,
- Versorgung chronisch kranker/pflegebedürftiger Menschen,
- deutschsprachige Schweiz.

Die Suche erfolgte über die BAG Datenbank für interprofessionelle Versorgungsformen und eine umfassende Internetrecherche.

Pro Versorgungsform wurde ein semistrukturiertes Interview mit einer verantwortlichen Person geführt, die entweder die Initiative oder die Evaluation leitete. Ergänzend wurden Dokumentationsmaterialien gesichtet. Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an den «Konsolidierten Rahmen für die Implementierungsforschung, kurz CFIR [12] und die Charta für Interprofessionalität [4] entwickelt und umfasste die Themen: 1. Projektentwicklung; 2. Ziele und Wirkungen; 3. Voraussetzungen, Einflussfaktoren und Anreize; 4. Weiteres.

Alle Interviews wurden zwischen September 2022 und Mai 2023 online durchgeführt und aufgezeichnet. Die Teilnehmenden wurden über den Zweck der Studie, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit, diese jederzeit zu beenden, informiert. Alle stimmten der Teilnahme per Email und mündlich zu. Sie erhielten Einsicht in die Ergebnisse und stimmten der vorliegenden Veröffentlichung zu. Die deduktiv-induktive Datenanalyse erfolgte in Anlehnung an die Framework Methode [13].

Ü3: Ergebnisse

Acht Versorgungsinitiativen wurden identifiziert und die Verantwortliche angeschrieben. Eine Person antwortete nicht und eine weitere lehnte die Teilnahme ab. Insgesamt wurden sechs Versorgungsformen einbezogen.

Ü3.1. Ziele und Zielgruppen

Wie Tabelle A5-1 zeigt, unterscheiden sich die IPZ-Ansätze. Allen gemeinsam ist das Ziel, durch IPZ zu einer qualitativ besseren und effizienteren Gesundheitsversorgung und Prävention beizutragen. Einige Initiativen sind stärker präventiv ausgerichtet. Andere haben eine über die Gesundheitsversorgung hinausgehende Grundversorgung zum Ziel.

Tabelle A5-1: Überblick über IPZ-Initiativen in der ambulanten Grundversorgung

Projektname	Sicher durch den Alltag	Pflegegeleitetes Versorgungsmodell in Schweizer Pflegeinstitutionen: Verbesserung der interprofessionellen Pflege für bessere Bewohnerergebnisse. INTERCARE	Xunds Grauholz	Sozialarbeit in der Arztpraxis	Medi Porta	StoppSturz in der Spitex
Ziel	Vermeiden von Stürzen, Prävention von Knochenbrüchen, Autonomie & Steigerung der Lebensqualität, Senkung der Gesundheitskosten	Entwicklung eines interprofessionellen pflegegeleiteten Versorgungsmodells, vermeidbare Hospitalisierungen reduzieren	Bestmögliche Gesundheitsversorgung aller Bewohner_innen der Region, Aufbau eines interprofessionellen Versorgungsnetzwerks	Aufbau einer ganzheitlichen und patientenorientierten Grundversorgung, Entlastung der Hausärzteschaft	Niederschwelliges «Walk-in»-Angebot, bedarfsgerechte Versorgung; d.h. Leistungserbringung durch Nicht-Ärzt_innen wo möglich	Vermeiden von Stürzen, Prävention, Autonomie & Steigerung der Lebensqualität, Senkung der Gesundheitskosten
Zielgruppe und Partizipation der Zielgruppe	Senior_innen über 65 Jahre	Multimorbide Bewohner_innen von Alters- und Pflegeinstitutionen Partizipation via Beirat, dem unter anderem Patientenorganisationen angehören	Bevölkerung der Region Grauholz Partizipation via z.B. jährlichem Patientenforum, Selbsthilfe	Menschen in einer sozialen Notlage sowie die Prävention sozialer Notlagen (meist Klient_innen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen)	«walk-in» Patient_innen, alle Klient_innen	Spitex Kund_innen
Involvierte Fachpersonen	Therapeut_innen, Hausärzteschaft, Krankenversicherung	Pflegefachpersonen, Ärzt_innen, Vertreter_innen therapeutischer Berufe und/oder Sozialarbeiter_innen	Spitex, Apotheken, Hausärzteschaft, Medizinische Praxisassistent_innen, Advanced Practice Nurses	Sozialarbeit, Ärzteschaft, Psychotherapeut_innen	Hausärzteschaft, Apotheker_innen; medizinischen Praxisassistent_innen und Pharma-Assistent_innen	Mitarbeitende der Spitex, Therapeuten, Hausärzt_innen

Region	Schweiz	Deutsch-Schweiz	Grauholz	Basel, Bern	Chur	Zürich
Laufzeit	2013 (Pilot) - heute	2017 bis 2022	2016 bis heute	2021-2022	20018-2022	2020 bis heute
Evaluation	ja	ja	nein	ja	nein	Schulungsmassnahmen
Konzeptuelle Anlehnung	Konzept der Sturzprävention (UK)	Evidenzbasierte Interventionen	Gesundes Kinzigital (D)	Primary Care Social Workers (UK)	Nicht zutreffend	Projekt StoppSturz ²⁶ , seit 2023 von der Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) geleitet.
Interventionen im Bildungsbereich	Interprofessionell entwickelte Schulung	CAS INTERCARE	Trainer Kurs TeamSTEPS; Patientenanlässe TeamUP, Peer-Begleitung (Projekt Patientenpfad),		Mitarbeitende lernen gemeinsam IPZ	Einführung von Schulungsmassnahmen zur systematischen Sturzprävention im häuslichen Umfeld E-Learning Fallbesprechungen
Interventionen in der Praxis	Hausbesuch durch geschulte Therapeut_innen; Bericht z.H. von Senior_in und Hausärzt_in	Geschulte INTERCARE Pflegende verantworten Modellumsetzung	Etablierung formaler Netzwerke, wie IPZ Qualitätszirkel; Themenspezifische Arbeitsgruppen	IPZ via Etablierung kontextspezifischer Austauschgefässe	IPZ via Etablierung kontextspezifischer Austauschgefässe	Hausbesuche durch geschulte Mitarbeiter_innen der Spitex
Instrumente	Entwicklung digitaler Plattform zur geschützten Datenspeicherung	Multidimensionale geriatrische Assessments, Evidenzbasierte Instrumenten (Stop & Watch, ISBAR, Reflexionsinstrument)	Evidenzbasierte Instrumenten TeamSTEPS und TeamUP, e-Mediplan (Projektpatientenpfad); We+Care App (Projektpatientenpfad)			StoppSturz Verfahren: Erkennen, Ablären, Reduzieren. Das Verfahren basiert auf dem STEADI Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. Centre for Disease Control and Prevention 2017
Fördernde Faktoren	Interprofessionelle (Weiter-) Entwicklung der Schulung sichert Breite, Güte und Qualität der Intervention und Prävention	Motivierte Leitung zentral für Projekterfolg; Veränderung muss von allen Beteiligten gewollt sein. CAS vermittelt zentrale		Sozialarbeitende gehen auf Hausarztpraxen zu und machen Mehrwert der Zusammenarbeit erkennbar (Abbau kultureller Barrieren);	Interprofessionell zusammengestzter Team aus allen beteiligten garantiert interprofessionelle und partizipative	Systematisch eingeführte Sturzprävention die von Mitarbeiter_innen der Hauswirtschaft (Erkennen) und der Pfleger_innen

²⁶ <https://www.bfu.ch/stoppsturz>

		Kompetenzen für IPZ; Berufsattraktivität steigt; Entstehung in/formeller Austauschgefässe; ISBAR verbessert Kommunikation mit Ärzt_innen		Zusammenarbeit mit Hausärzteschaft gelingt durch niederschwellige, kurze, informelle Kommunikationswege	Projektentwicklung und Umsetzung, Entlastung der Hausärzteschaft	und Fallführende (Ablären und Reduzieren) umgesetzt werden.
Hemmende Faktoren	Mitwirkung von Hausärzteschaft herausfordernd	Austausch mit Hausärzteschaft anspruchsvoll in Settings wo mehrere (externe) Hausärzt_innen Bewohner_innen betreuen; Unklare Rollen und Kompetenzüberschreitungen erschweren IPZ	Zentraler Player Praxis Salutomed, wobei Mitwirkung von Hausärzteschaft herausfordernd		Entlastung der Hausärzteschaft tritt aufgrund weiterer zunehmenden Hausärztemangel nicht ein	Mitwirkung von Hausärzt_innen

Ü3.4. Intervention und Wirkung

Die vorgestellten IPZ-Initiativen fokussieren sich auf die Veränderung von Prozessen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Diese Veränderung wird auch durch Weiterbildungsmaßnahmen unterstützt: Die Projekte «Sicher durch den Alltag» und «StoppSturz in der Spitex» basieren auf einer interprofessionell entwickelten Aus- bzw. Weiterbildung, die Fachpersonen auf Hausbesuche zur Sturzrisikoreduktion älterer Menschen vorbereitet. Bei «StoppSturz» werden nach der Risikoeinschätzung, Massnahmenpakete für ein interprofessionelles Team erarbeitet. INTERCARE unterstützt Pflegende eine IPZ-Führungsrolle mittels Weiterbildung und Coaching zu übernehmen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie die jeweiligen Fachpersonen bestärken, in eine neue Rolle innerhalb eines interprofessionellen Teams hineinzuwachsen.

Die Veränderung von Prozessen der Zusammenarbeit beinhaltet z.B. die Einführung regelmässiger, gemeinsamer Besprechungen, die auch den informellen Austausch zwischen Berufsgruppen fördern. Das Prozessmanagement wird von Personen verantwortet, die als «Moderatoren» der IPZ verstanden werden, indem sie für die Einführung neuer Routinen gezielt gefördert, geschult und entlohnt werden. Sie tragen zur Klärung von Zuständigkeiten und Rollen bei und unterstützen ein abgestimmtes Handeln der verschiedenen Fachpersonen. Es wird berichtet, dass so Barrieren abgebaut, informelle Begegnungen gefördert, und Vertrauen gestärkt werden können.

Im Projekt INTERCARE zeigt die begleitende Evaluation, dass die Einführung von ISBAR - einem Instrument zur Verbesserung der klinische Kommunikation – Pflegende befähigt das Reporting gegenüber Ärzt_Innen klarer zu strukturieren [15]. Der Verein Xunds Grauholz hat im Kontext des Projekts «Patientenpfad» die Tools TeamUP (Flyer für Patient_innen zur Unterstützung der Kommunikation im multidisziplinären Team) und TeamSTEPS (kommunikative Bausteine für den klinischen Alltag im multidisziplinären Team) eingeführt. Die Spitex Zürich hat das StoppSturz Vorgehen eingeführt mit dem Ziel, evidenzbasierte und strukturierte Sturzprävention im häuslichen Umfeld umzusetzen. Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass sie Fachpersonen befähigen, eine aktive, partnerschaftliche Rolle einzunehmen.

Für den Erfolg von IPZ, insbesondere mit der Ärzteschaft, scheint der direkte Austausch und die persönliche Zusammenarbeit zentral zu sein. Dies scheint dort möglich, wo ÄrztInnen Teil des IPZ-Teams vor Ort sind (z.B. Hausarztpraxis, Pflegeheim) und so auch Mehrwert im Sinne der persönlichen Arbeitsentlastung erfahren. Hier kann die Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf geschultes Pflegepersonal gelingen. Andererseits erscheint die Zusammenarbeit dort herausfordernd, wo Rollen, Aufgaben und Interessen divers sind oder die Barrieren der Zusammenarbeit aufgrund von räumlicher, institutioneller, interorganisationaler Distanz erhöht sind. An dieser Stelle sei auch auf Medi Porta hingewiesen: Das Walk-in-Angebot bestehend aus Apotheke und Behandlungsräumen sollte dem zunehmenden Mangel an Hausärzt_innen bei steigenden Patient_innenzahlen mit Hilfe von interprofessionellen Teams entgegenwirken. Es wurde 2022 aufgrund zeitlicher und organisatorischer Herausforderungen geschlossen, da die Auslastung der Hausärzt_innen weiter zunahm, während die Patient_innenzahlen stark schwankten, was die Planbarkeit des Angebots erschwerte und die Unzufriedenheit der Ärzt_innen steigerte.

Drei der evaluierten Initiativen konnten den Mehrwert der IPZ belegen: Zielgruppen und beteiligte Berufsgruppen zeigten eine hohe Zufriedenheit [14-16]. Die Attraktivität der Arbeit in INTERCARE-Pflegeeinrichtungen wurde erhöht, gemessen an einer steigenden Zahl von Bewerbungen von Pflegekräften. Die Versorgung der Zielgruppe wurde verbessert: Die Sturzrate wurde reduziert [16], ungeplante Spitalaufenthalte wurden verringert, die finanzielle, soziale und physische Gesundheit wurde verbessert [14]. Die Sturzprävention wirkte zu 48 Prozent kosteneinsparend [16]. Das INTERCARE-Programm konnte zu einer effektiveren, kostengünstigeren Versorgung beitragen [17]. Auch wenn die Initiativen nicht allesamt evaluiert wurden, so wurde doch von einer gesteigerten Mitarbeiterzufriedenheit und einer Verbesserung der Abläufe und der Zusammenarbeit am und mit den Patient_innen berichtet (StoppSturz in der Spitex, Xunds Grauholz, Sozialarbeit in der Praxis).

Ü3.6. Organisation und Finanzierung

Die Organisation und Finanzierung der IPZ ist vielfältig. Wird die IPZ innerhalb eines Leistungserbringers realisiert (z.B. Pflegeheim), erfolgt die Umsetzung der Massnahmen über das Finanzierungssystem der Institution. Wird die IPZ zwischen verschiedenen Leistungserbringern erbracht, geht dies mit einer Vielfalt an Finanzierungsformen einher, ergänzt durch projektgebundene Mittel: Während die Weiterbildungen in den Präventions-Projekten "Sicher durch den Alltag" und «StoppSturz in der Spitex» von den Institutionen selbst getragen werden, werden die Kosten für Abklärungen und Massnahmen von Krankenversicherern, privaten Zusatzversicherungen oder teilweise über kantonale Subventionen abgegolten. Im Projekt «Sozialarbeit in der Hausarztpraxis» realisieren die Praxen verschiedene Finanzierungsansätze für die Anstellung der Sozialarbeiter_innen selbst (Praxisertrag, Stiftungen, Gemeinden oder Kanton). Das komplexeste Finanzierungssystem setzt der Verein Xunds Grauholz um. Die Leistungen werden ehrenamtlich erbracht, Sponsoren unterstützen und es werden projektbezogene Mittel akquiriert.

Ü4: Diskussion

Diese Studie untersucht hemmende und fördernde Faktoren für IPZ in der Schweizerischen Grundversorgung. Wurde IPZ zwischen verschiedenen Leistungserbringern angestrebt, brauchte es vielfältige Finanzierungslösungen. Diese Vielfalt verweist auf aktuelle Versorgungslücken, die Koordination, Gesundheitsförderung und Prävention nicht hinreichend vergüten [18]. Wird IPZ innerhalb einer Organisation (z.B. Pflegeheim) realisiert, erscheinen die Hürden zur Umsetzung der IPZ geringer [19]. Dabei trägt die Verantwortung für Risiko und Verstetigung der IPZ der einzelne Leistungserbringer, der vom potentiellen Mehrwert profitiert. Damit rücken Personen bzw. einzelne Initiativen in den Vordergrund, die in Vorleistung gehen, um IPZ zu realisieren. Diese Personenabhängigkeit und der individuelle Aufwand sind für den Schweizer Kontext belegt [1, 7], auch das finanzielle Hürden den Nutzen von IPZ reduzieren [20].

Die Ergebnisse zeigen, dass IPZ dort funktioniert, wo Personen für das Management der IPZ -Massnahmen verantwortlich sind und für den Verantwortungszuwachs entlohnt werden. Dies schien auch die Berufsattraktivität zu steigern. Für die Befähigung zum Rollenwechsel waren Bildungsinterventionen zentral.

INTERCARE leitet Pflegende an, in ihre neue Rolle hineinzuwachsen und begleitet dies durch Coaching. Bildungsangebote sollten nicht nur Wissen vermitteln sondern IPZ-relevante Kompetenzen zu Gruppendynamik und Problemlösungsstrategien einüben, um diese in der Praxis zu verstetigen [21]. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von neuen kontextangepassten Kommunikationsroutinen, die die Vernetzung zwischen den Berufsgruppen und auch den Patient_innen unterstützen. Der schnelle, teils informelle Informationsaustausch und die gemeinsame Entscheidungsfindung scheinen zentral zu sein. Dies deckt sich mit vorliegenden Studienergebnissen [1, 18, 22, 23]. Austauschgefässe bieten die Möglichkeit, die Umverteilung von Aufgaben zu unterstützen [19]. Ausschlaggebend erscheint, dass die Initiativen und Projekte von interprofessionellen Teams erarbeitet wird, nicht nur um einen Austausch auf Augenhöhe zu unterstützen, sondern alle relevanten Arbeitsabläufe und Prozesse aus unterschiedlichen Perspektiven zu berücksichtigen und zu stärken. Gegenseitiger Austausch und kontinuierliche Beziehungspflege sowie standardisierte Prozesse und Organisationsstrukturen tragen zum Gelingen bei, da sie klare Regeln und Rahmenbedingungen vorgeben [23, 24]. Der Einsatz von elektronischen Datenbanken und digitalen Tools wie Apps schien weniger entscheidend.

Hausärzt_innen und Versorgungszentren spielen eine zentrale Rolle. Diese lancieren teils selbst IPZ-Initiativen, investieren Zeit und Ressourcen, während zugleich die Zusammenarbeit mit Hausärzt_innen nur dann gelingt, wenn für diese der direkte Mehrwert spürbar ist. Dies ist im Einklang mit bestehender Literatur, die territoriales Verhalten und einen «Revierkampf» zwischen Berufsgruppen in der Grundversorgung attestiert [18, 24]. Im Kontext von Medi Porta zeigte sich, dass der IPZ-basierte Walk-in zwar als Entlastung für die Hausärzteschaft geplant war, dies jedoch nicht mittels des Projekts realisiert werden konnte. Im Projekt «Sozialarbeiter_innen in Hausarztpraxen» führte die IPZ hingegen zu einer deutlichen Entlastung der Hausärzteschaft, die sich so auf ihr «Kerngeschäft» konzentrieren können. Daher ist festzuhalten, dass IPZ dort gelingt wo ein zeitlicher wie beruflicher Mehrwert für involvierte Berufsgruppen entsteht.

Obwohl Patientenzentriertheit als kennzeichnend für die IPZ angesehen wird [4], werden Erfahrungen von Patient_innen nur punktuell integriert. Einzig Xunds Grauholz und die beiden Sturzpräventions' Interventionen berücksichtigen durchgehend deren Bedürfnisse. Die Einbeziehung von Patient_innen für die (Weiter)Entwicklung des Gesundheitswesens wird jedoch als zentral erachtet [5, 7]. Während daher Gemeinden und Kantone partizipative Initiativen und die Vernetzung von Pflege und medizinischer Behandlung unterstützen sollten [7], wird die stärkere Berücksichtigung von sozialen Aspekten von Gesundheit wie Einsamkeit als notwendig erachtet [5, 25, 26].

Bei der Einordnung der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des gewählten Studiendesigns zwar vertiefte Einblicke in ausgewählte Formen von IPZ gegeben werden können, jedoch kein repräsentatives Bild gezeichnet werden kann, da die Stichprobe mit insgesamt sechs Initiativen überschaubar ist. Dennoch wird ein vertieftes Bild zu Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet und die Ergebnisse der Interviews korrespondieren mit den Ergebnissen der Dokumentenanalyse. Das Manuskript wurde durch die Interviewpartner_innen validiert.

Ü5: Schlussfolgerung

Soll IPZ in der Grundversorgung gelingen, braucht es eine strategische Verankerung und nachhaltige Unterstützung von allen Akteuren des Gesundheitswesens. Neue interprofessionelle Versorgungsformen könnten auf Gemeindeebenen geschaffen werden, gerade weil diese eng mit dem Gemeinwesen verbunden ist. Dies ermöglicht die Integration der Bereiche Gesundheit, Soziales und Gemeinwesen/Ehrenamt, die für die Versorgung chronisch Kranker von zentraler Bedeutung sind. Dies setzt allerdings neue Rollen und Tätigkeiten der Gesundheits- und Sozialberufe voraus.

IPZ kann dort gelingen wo ein zeitlicher wie beruflicher Mehrwert für alle involvierten Berufsgruppen entsteht. Hausärzt_innen spielen nach wie vor eine Schlüsselrolle in gelingender IPZ – und können dazu nicht nur einen wichtigen Beitrag leisten, sondern einen Mehrwert durch Arbeitsentlastung erfahren.

Postgraduale Bildungsmaßnahmen müssen Fachkräfte befähigen und dabei begleiten, IPZ Prozesse – auch gegen Widerstand – einzuführen und zu verantworten. Dazu braucht es Kompetenzvermittlung, die in der Praxis mittels Coaching verstetigt wird; auch indem innovative, digitale Methoden Anwendung finden, die eine flexible und didaktisch hochwertige Weiterbildung gewährleisten.

Schlussendlich braucht es mehr Forschung, die IPZ und deren Mehrwert aus der Perspektive von Patient_innen untersucht. Nur so kann eine interprofessionelle Versorgung von chronisch kranken Menschen auch bei ansteigendem Fachkräftemangel nachhaltig realisiert werden. Insgesamt braucht es mehr wissenschaftliche Evidenz zur Qualität und Wirkung von IPZ Ansätzen im ambulanten Bereich, die die Verschränkung von gesundheitlichen und sozialen Aspekten berücksichtigt, um so deren Beitrag zu einer nachhaltigen und qualitativen Grundversorgung zu belegen.

Key messages

Alle Akteure des Gesundheitswesens sollten IPZ Vorhaben im ambulanten Bereich stärker (finanziell) unterstützen.

IPZ in der ambulanten Versorgung scheint dort zu gelingen wo Hausärzt_innen, Pfleger_innen und andere Fachpersonen auf Augenhöhe Initiativen zur IPZ erarbeiten und umsetzen.

Die Förderung der Autonomie und Lebensqualität von Patient_innen kann nur dort gelingen, wenn ihre Rückmeldungen eine Rolle in der Gestaltung der IPZ spielen.

Innovative Bildungsansätze sind zentral für die Umsetzung von IPZ, insbesondere solche, die Gesundheitsfachkräfte befähigen in eine neue Rolle hineinzuwachsen.

Bibliografie

1. Schüsselé Fillietaz S. Integrated care and interprofessional collaboration in Switzerland: global overview and local implementation. Lausanne: University of Lausanne; 2020.
2. Wunsch C. Arbeits- und Fachkräftebedarf der Schweiz bis 2060. Universität Basel. 2014.
3. Bundesamt für Gesundheit. Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020». Bern BAG 2022. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>; letzter Zugriff: 19.05.23.
4. Schweizerische Akademien der Wissenschaften. Charta 2.0 «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen» Bern; 2020. letzter Zugriff:
5. Swiss National Science Foundation. NRP 74 Smarter Health Care. Programme summary. Foundations of smart healthcare of the future. Bern: Swiss National Science Foundation; 2022.
6. Schüsselé Fillietaz S, Berchtold P, Kohler D, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. Health Policy. 2018;122:568-76.
7. Meidert U, Ballmer T. Innovative Modelle für die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften 2021.
8. Bundesamt für Gesundheit. Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Ambulante Versorgung. Policy Brief. 2021.
9. Ridder H-G. The theory contribution of case study research designs. Business Research. 2017;10:281-305.
10. Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. J Adv Nurs. 2009;65:1171-81.
11. Baxter PJ, Susan. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. Qual Rep. 2008;13:544-59.
12. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4:50.

13. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol. 2013;13:117.
14. Rüegg R, Eiler K, Schüpbach F, Gehrlach C. Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Bern: Berner Fachhochschule; 2022.
15. Basinska K, Guerbaai RA, Simon M, De Geest S, Wellens NIH, Serdaly C, et al. Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Die Entwicklung und Inhalte des INTERCARE-Modells. Basel: Universität Basel; 2021.
16. Brunner B, Chiesa G, Krafft V, Meichtry A, Niedermann K, Rothenbühler M, et al. Abschlussbericht – Wirksamkeit des Sturzpräventionsprogramms «Sicher durch den Alltag» 2016-2020. Zurich: Rheumaliga Schweiz; 2021.
17. Bartakova J, Zúñiga F, Guerbaai R-A, Basinska K, Brunkert T, Simon M, et al. Health economic evaluation of a nurse-led care model from the nursing home perspective focusing on residents' hospitalisations. BMC Geriatrics. 2022;22:496.
18. Peytremann Bridevaux I, Fringer A. Koordinierte Versorgungsnetze Modelle guter Praxis. Unisanté, ZHAW. 2021.
19. Atzeni G, Schmitz C, Berchtold P. Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Bern: Schweizerische Akademien der Medizinischen Wissenschaften; 2017.
20. Gilles I, Fillietaz SS, Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Financial Barriers Decrease Benefits of Interprofessional Collaboration within Integrated Care Programs: Results of a Nationwide Survey. Int J Integr Care. 2020;20:10.
21. Gerber M, Rüefli C. Definition des Begriffs «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext. Bern: Büro Vatter; 2021.
22. Schmitz C, Atzeni G, Berchtold P. Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals. Swiss Med Wkly. 2017;147:w14525.
23. Gurtner S, Wettstein M. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. Berner Fachhochschule. 2019.
24. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht Schweizerische Ärztezeitung. 2018;99 1524-9.
25. Swiss National Science Foundation. NRP 74 Smarter Health Care. National Research Programme. Synthesis Working Paper: Coordination and Care Models. 2022.
26. Gonzalez-Holguera J, Gaille M, Del Rio Carral M, Steinberger J, Marti J, Bühler N, et al. Translating Planetary Health Principles Into Sustainable Primary Care Services. Front Public Health. 2022;10:931212.

Fragebogen IPZ

Thema	Hauptfrage	Unterfragen
Projektentwicklung IPZ	Wie wurde das Projekt/massnahmen zur IPZ entwickelt?	Haben sie das Projekt mit entwickelt oder machen sie ausschliesslich die Begleitforschung? Wer war in die Projektentwicklung mit eingebunden? Eg. Welche Stakeholder, PatientInnen/Zielgruppe?
		Welche Aktivitäten waren dabei von zentraler Bedeutung?
	Wie wurde die <u>Intervention</u> entwickelt?	Wer war daran beteiligt? Wie wurde diese beschlossen?
	Wie wurde die Intervention bei XXX eingeführt?	Welche Aktivitäten waren dabei zentral?
Ziele und Wirkung der IPZ	Konnten die angestrebten Ziele / Ergebnisse / Wirkungen erreicht werden?	Was war zentral dabei? Eg Projektschritte, Aktivitäten, was und wer hat diese unterstützt

	Können Sie uns <u>Beispiele</u> für Wirkungen nennen, die Ihr Projekt bei der Betreuung der PatientInnen/Kunden herbeiführen konnte?	Wie haben Sie diese Wirkung belegt/erforscht? Was denken andere Stakeholder dazu? Eg. einflussreiche Akteure des Projekts, Verwaltungs- und Führungskräfte der Institutionen, Gemeinde, ... Und, konnten Sie diese von der Einführung überzeugen?
	Wie haben Sie die Ziele/Wirkungen bzgl. IPZ erreicht?	Wer war daran beteiligt? Wie haben Sie diese belegt?
	Wie und durch wen wurden Entscheidungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit getroffen und koordiniert, so das eine integrierte Versorgung für PatientInnen/Kunden gewährleistet wurde?	Welche Bedingungen brauchte es, bzw. welche Voraussetzungen wurden benötigt, damit dies in den Institutionen umgesetzt wird. interprofessionelle Bildungsansätze, Neuerung von Arbeitsprozessen, Kommunikationsmitteln, Vergütung, Strukturanpassung und institutionelle Schnittstellen,
	Wie gut berücksichtigt die Intervention [das eingeführte Modell] Ihrer Meinung nach die <u>Bedürfnisse der betreuten Personen und deren Angehörigen</u> ? Wie nehmen sie die Intervention wahr?	
Anpassbarkeit und Verstetigung (nach Projektende)	Wie anpassbar ist die Intervention und wie haben Sie dies sichergestellt?	Übertragbarkeit und Verstätigung nach Projektende
	Was hat die Einführung der Intervention gekostet, wer trägt dies, auch in der Verstetigung [nach Projektende]?	Weiterentwicklung?
	Wie geht es weiter?	Verstetigung in teilnehmenden Institutionen? Übertragung / Anfrage durch andere Institutionen? Rückmeldungen? Ausweitung?
Kontext - Voraussetzungen, Einflussfaktoren und Anreize	Welche Bedingungen und welche Akteure wirkten sich am stärksten auf das Projekt aus und wie?	Positiv wie negativ, eg auch beteiligtes Personal Welche Anreize und/oder Vorteile gab es für Institutionen am Projekt mitzuwirken? Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen (PatZufriedenheit, Effizienz, Arbeitszufriedenheit) Welche finanziellen oder sonstigen Anreize haben überzeugt zur Teilnahme?
	Welche Art von <u>lokalen, staatlichen oder nationalen</u> Leistungsmassnahmen, Politiken, Vorschriften oder Richtlinien haben die Entscheidung zur Umsetzung der Intervention in den Arztpraxen beeinflusst?	Politische Ziele, Interessen von Gemeinden, Einzelpersonen, Care-Richtlinien etc...
Anderes	Ist etwas noch nicht angesprochen worden?	Ergänzungen

Anhang 6: Budget aufgeschlüsselt nach Teilprojekten

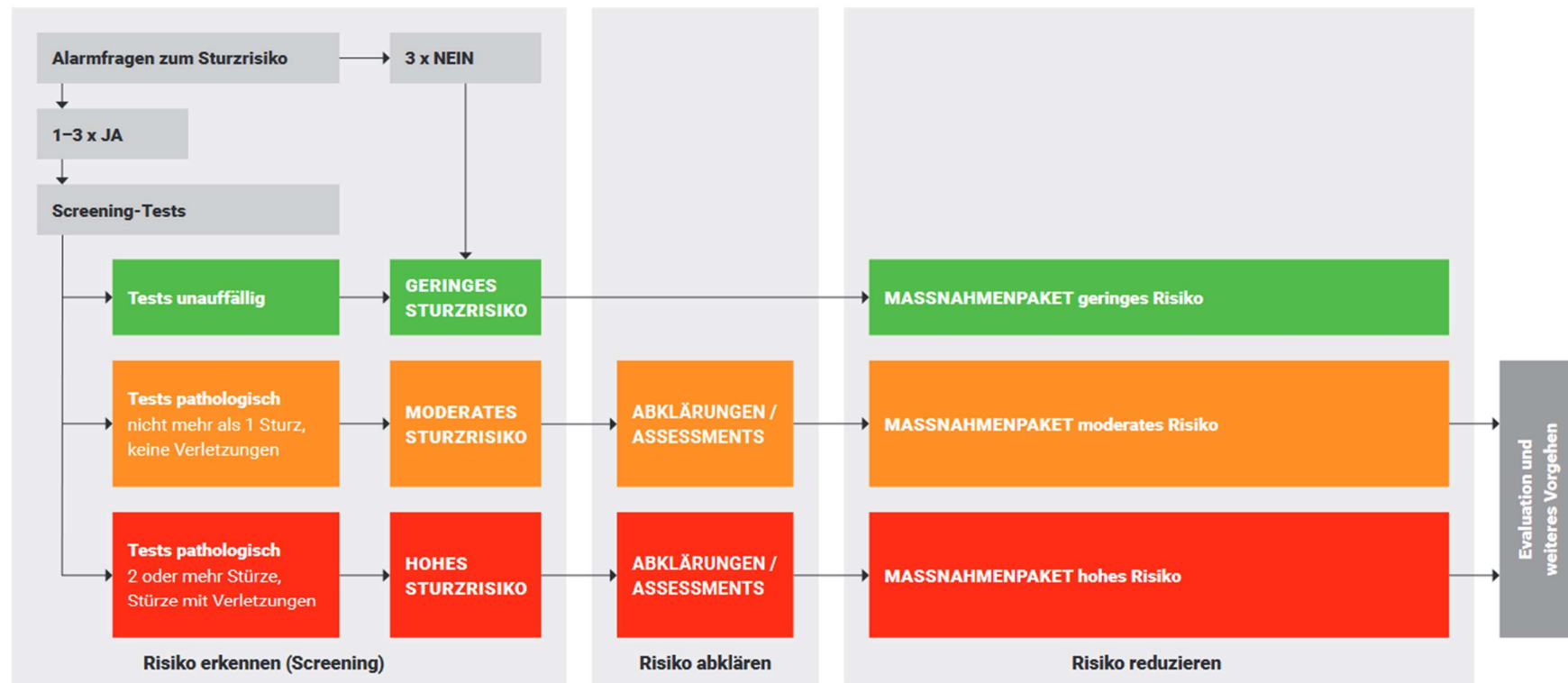
Tabelle A6-1: Aufschlüsselung des Budgets nach Teilprojekten (TP) und Projektjahr

	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
Gesamtprojekt								
Steuerung	70'000	7.2	37'500	3.7	37'500	4.0	37'500	3.9
Leitung	57'500	5.9	78'700	7.8	70'770	7.5	60'770	6.3
Admin. Support und Buchhaltung	52'500	5.4	40'000	4.0	40'000	4.2	40'000	4.1
Zwischentotal	180'000	18.5	156'200	15.5	148'270	15.7	138'270	14.3
Teilprojekte*								
Pilotprojekt SG	85'000	8.7	106'256	10.5	97'205	10.3	112'000	11.6
Pilotprojekt BE	124'000	12.8	148'298	14.7	138'906	14.7	156'000	16.2
Pilotprojekt GR	91'000	9.4	106'170	10.5	99'803	10.5	110'000	11.4
Pilotprojekt JU	47'000	4.8	63'128	6.3	59'103	6.2	66'000	6.8
TP Spitalaustritt	90'000	9.3	50'000	5.0	20'000	2.1	0	0.0
TP Apotheken	75'000	7.7	75'000	7.4	50'000	5.3	50'000	5.2
TP Aufsuchende Sturzberatung	40'000	4.1	50'000	5.0	50'000	5.3	50'000	5.2
TP MPA/MPK	0	0.0	35'000	3.5	0	0.0	15'000	1.6
TP Hochschule	33'000	3.4	0	0.0	36'000	3.8	25'000	2.6
TP Nationale Koordination und Multiplikation	105'000	10.8	84'000	8.3	67'000	7.1	72'000	7.5
TP Tools und Fortbildungsmaterialien	89'500	9.2	105'077	10.4	39'000	4.1	34'000	3.5
TP E-Learning	0	0.0	25'850	2.6	139'030	14.7	132'076	13.7
Zwischentotal	779'500	80.2	848'779	84.0	796'047	84.0	822'076	85.2
Sonstiges								
Übersetzungen	12'500	1.3	5'000	0.5	3'000	0.3	4'000	0.4
Total	972'000	100	1'009'979	100	947'317	100	964'346	100

* Der Kanton Zürich ist in dieser Aufschlüsselung nicht aufgeführt, da dieser Kanton erst nachträglich zum Projekt hinzukam und da keine budgetierten Gelder für diesen Kanton existieren.

Anhang 7: StoppSturz Vorgehen Basisversion

StoppSturz Vorgehen (Basisversion)



Das Vorgehen StoppSturz leitet sich ab von: Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STADI-Algorithm-print.pdf>

Version: 28.10.2020

Anhang 8: Detaillierter Bericht zur Spitex-Evaluation

1. Hintergrund:

Die Outcome Evaluation hat zum Ziel Wirkungen, die durch das Projekt *StoppSturz* bei den Multiplikator:innen erreicht wurden, zu erfassen (Fässler and Studer 2019). Multiplikator:innen sind medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen (*StoppSturz* Gesamtprojektleitfaden 2019). Jedoch konnten die Multiplikator:innen durch die projektbezogenen Änderungen nicht in dem Masse wie ursprünglich ausgelegt in das Projekt eingebunden werden. Zudem wurden pandemiebedingt viele Schulungs- und Interventionsmassnahmen verspätet durchgeführt, oder fielen gänzlich aus. Es ergab sich daher die Notwendigkeit, die Outcome Evaluation I anzupassen, da ansonsten mit keinen sinnvollen Ergebnissen zu rechnen gewesen wäre.

Sturzprävention ist ein wichtiger Aspekt in der Spitex. Um die bestmögliche Pflege bieten zu können, müssen die Pflegekräfte über aktuelle Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf Sturzpräventionsstrategien verfügen. Die Weiterbildung ist ein wesentlicher Bestandteil der Aufrechterhaltung und Verbesserung der pflegerischen Fähigkeiten, und es ist wichtig, die Erfahrungen der Pflegenden mit der Weiterbildung im Bereich der Sturzprävention zu verstehen.

Basierend auf *StoppSturz* konnten bei der Spitex Zürich Weiterbildungen zur Sturzprävention für die Mitarbeitenden entwickelt werden, die seit Mai 2022 durchgeführt wurden. Zudem wurden 2022 auch bei der Spitex Jura Schulungen zur Sturzprävention gemacht. Die Outcome Evaluation I wurde daher in eingeschränktem Rahmen und mit Konzentration auf diese beiden Spitex-Organisationen durchgeführt.

Ziel der Untersuchung war es, Erkenntnisse über die Erfahrungen der Spitex bei der Weiterbildung im Bereich der Sturzprävention zu gewinnen, einschliesslich der Wirksamkeit der Weiterbildungen, der Umsetzung der Präventionsmassnahmen, der hemmenden Faktoren und Verbesserungsvorschläge. Dabei wurden auch die verschiedenen Rollen der Spitex-Organisationen in der Deutschschweiz und der Romandie näher beleuchtet. Ein Fokus auf andere Multiplikator:innen fand nicht mehr statt.

2. Methoden:

Es wurde eine Online-Umfrage zu den Erfahrungen in der Umsetzung der Sturzprävention für Mitarbeitende bei Spitex Zürich und Spitex Jura durchgeführt.

Studiendesign:

Die Befragung der Mitarbeitenden der Spitex Zürich und Spitex Jura basierte auf einer strukturierten Online-Umfrage mit fast ausschliesslich geschlossenen Fragen. Der Fragebogen wurde in zwei Sprachen (Deutsch für Mitarbeitende der Spitex Zürich und Französisch für Mitarbeitende der Spitex Jura) gestaltet und die Umfrage zwischen 21. November 2022 und 21. Dezember 2022 mit Hilfe der Online-Plattform LimeSurvey durchgeführt.

Studienteilnehmer:innen:

Die Weiterbildung zur Sturzprävention bei Spitex Zürich begann im Mai 2022 und lief gestaffelt nach Zentren ab. Die Weiterbildung umfasste die selbstständige Erarbeitung des Themas mit Hilfe eines aus den *StoppSturz*-Materialien entwickelten E-Learning-Tools für alle Mitarbeitenden der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft. Zusätzlich erhielten diplomierte Pflegefachkräfte, Pflegeexpert:innen und Fachverantwortliche der Pflege (nachfolgend Gruppe 1 genannt) eine mehrstündige Präsenzschiung. Mitarbeitende, die von ihrem Ausbildungsstand und ihrer Einstellung her nur das E-Learning erhielten werden nachfolgend als Gruppe 2 bezeichnet. Ausserdem gab es nach der Weiterbildung Team-interne Fallbesprechungen für alle anwesenden Mitarbeitenden. Für die Befragung zu den Erfahrungen der Spitex-

Mitarbeitenden mit der Sturzprävention wurden sämtliche Mitarbeitenden aus allen Zentren ausgewählt, in welchen zum Zeitpunkt der Einladung die Weiterbildung bereits stattgefunden hatte.

Bei Spitex Jura wurden aufgrund von Ressourcenknappheit nur die leitenden Pflegenden der sieben Abteilungen in einer Schulung, die Elemente von *StoppSturz* aufgenommen hatte, geschult. Diese sogenannten Ressourcenpersonen geben seitdem ihr Wissen in den wöchentlich stattfindenden Patientenkolloquien situationsabhängig an ihre Kolleg:innen weiter und beraten diese. Aber auch außerhalb der Kolloquien besteht die Möglichkeit diese Ressourcenperson bei Bedarf anzurufen. Für die Befragung wurden alle Ressourcenpersonen angeschrieben, aber keine anderen Mitarbeitenden.

Insgesamt wurden 450 Spitex-Mitarbeitende für die Befragung eingeladen. Dabei entfielen 443 Einladungen auf die Spitex Zürich und 7 Einladungen auf die Spitex Jura.

Interviewfragen:

Es wurde eine ca. 20-minütige Online-Befragung für die Spitex-Mitarbeitenden bezüglich ihrer Erfahrungen in der Umsetzung der Sturzprävention in den Themenbereichen Wissen, Einstellung und Verhalten im Bereich der interprofessionellen Weiterbildung und Zusammenarbeit ausgearbeitet, wie auch im Wirkungsmodell dargestellt (siehe Anhang 1). Die drei Themenbereiche beinhalteten:

- Wissen: Die Mitarbeitenden kennen die richtigen Massnahmen zur Sturzprävention.
- Einstellung: Die Mitarbeitenden fühlen sich befähigt, anhand der Vorgehensalgorithmen, Leitfäden und Tools die sturzpräventiven Massnahmen umzusetzen.
- Verhalten: Durch die Teilnahme an den Weiterbildungen kommt es zu einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit.

Zudem wurden Fragen zur Qualität der Weiterbildung und Verbesserungsmöglichkeiten in die Befragung eingebunden. Zusätzlich wurde nach Geschlecht, Altersgruppe, Ausbildungsstand und Kalendermonat der Weiterbildung gefragt.

Die genauen Fragen sind im Anhang 4 einsehbar.

Statistische Analyse:

Für die Auswertung der Ergebnisse wurden vorwiegend deskriptive Statistiken berechnet und die Ergebnisse in Prozentwerten angegeben. Binäre und ordinale logistische Regressionsanalysen wurden verwendet, um multivariable Zusammenhänge innerhalb der drei Themenbereiche Wissen, Einstellung und Verhalten und den demografischen Merkmalen der Mitarbeitenden sowie nach Gruppe 1 und 2 zu bewerten. Die Ergebnisse der Regressionen wurden in Form von adjustierten Odds Ratios (aORs) und 95%-Konfidenzintervallen (CIs) angegeben. Alle Analysen wurden mit Stata/IC Version 15.0 (StataCorp LP, College Station, TX) durchgeführt.

3. Resultate:

Stichprobe:

Von den 450 eingeladenen Spitex-Mitarbeitenden begannen 192 (43%) innerhalb der 4-wöchigen Befragungsphase mit der Befragung und 81 (18%) lehnten ihre Teilnahme aktiv ab (siehe auch Tabelle A8-1). Die restlichen 177 (39%) Personen reagierten auch nach 2 Erinnerungen via E-Mail nicht auf die Einladung. Von den 192 Mitarbeitenden, die die Befragung begannen, füllten die Befragung 125 (65%) Personen vollständig aus und 67 (35%) Personen teilweise.

Tabelle A8-1. Stichprobenumfang der Spitex-Untersuchung

Charakteristika	Spitex Zürich N (%)	Spitex Jura N (%)	Total N (%)
Einladungen	443 (100)	7 (100)	450 (100)
Nicht teilgenommen	258 (58)	0 (0)	258 (57)
Aktiv abgelehnt	81 (18)	0 (0)	81 (18)
Nicht reagiert	177 (40)	0 (0)	177 (39)
Teilgenommen	185 (42)	7 (100)	192 (43)
Teilweise ausgefüllt	67 (15)	0 (0)	67 (15)
Vollständig ausgefüllt	118 (27)	7 (100)	125 (28)

Die Charakteristika der Personen, die an der Befragung teilgenommen haben, sind in Tabelle A8-2 angegeben. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden (N=175, 91%) war weiblich und zwischen 40 und 59 Jahren alt (N=109, 56%). Knapp zwei Drittel der Befragten (N=118, 61%) ordneten sich in Gruppe 2 ein, welche ihrem Ausbildungsstand und ihrer Einstellung nach nur das E-Learning-Tool und die Patientenkolloquien machen konnten. Die restlichen Teilnehmenden entfielen auf Gruppe 1 (N=74, 39%), die eine Präsenzschiung erhielten und bei Spitex Zürich zusätzlich noch das E-Learning-Tool absolvierten. Obwohl zur Befragung bei Spitex Zürich nur Mitarbeitende aus Zentren eingeladen wurden, die bereits die Möglichkeit zur Präsenzschiung hatten, gaben 18 Personen (27%) an, die Schiung noch nicht erhalten zu haben.

Tabelle A8-2. Charakteristika der Teilnehmenden

Charakteristika	Spitex Zürich N (%)	Spitex Jura N (%)	Total N (%)
Total	185 (100)	7 (100)	192 (100)
Geschlecht			
Weiblich	168 (91)	7 (100)	175 (91)
Männlich	14 (8)	0 (0)	14 (7)
Anderes / Keine Angabe	3 (2)	0 (0)	3 (2)
Altersgruppe			
20-29 Jahre	22 (12)	0 (0)	22 (11)
30-39 Jahre	32 (17)	0 (0)	32 (17)
40-49 Jahre	47 (25)	0 (0)	47 (24)
50-59 Jahre	57 (31)	5 (71)	62 (32)
60+ Jahre	25 (14)	2 (29)	27 (14)
Keine Angabe	2 (1)	0 (0)	2 (1)
Ausbildungsart*			
Gruppe 1	67 (36)	7 (100)	74 (39)
Gruppe 2	118 (64)	0 (0)	118 (61)
Schulungsmonat[§]			
Mai 2022	11 (16)	5 (71)	16 (22)
Juni 2022	8 (12)	1 (14)	9 (12)
Juli 2022	3 (4)	0 (0)	3 (4)
August 2022	4 (6)	0 (0)	4 (5)
September 2022	5 (7)	0 (0)	5 (7)
Oktober 2022	2 (3)	0 (0)	2 (3)
November 2022	6 (9)	0 (0)	6 (8)
Weiss nicht	10 (15)	1 (14)	11 (15)
Noch nicht	18 (27)	0 (0)	18 (24)

*Gruppe 1: Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF/FH, Pflegeexpertin/ Pflegeexperte APN, Fachverantwortliche/r Pflege
 Gruppe 2: Fachfrau/-mann Gesundheit, Fachfrau/-mann Betreuung, Pflegeassistent/-in, Pflegehelfer/-in SRK, Hauswirtschaftliche/-r Mitarbeiter/-in, Andere / Keine Angabe

[§] nur Gruppe 1 (N=67 bei Spitex Zürich, N=7 bei Spitex Jura, und N=74 Total)

Wissen:

Nahezu alle an der Befragung teilnehmenden Personen stimmten den Aussagen zu («Stimme vollkommen zu» und «Stimme zu»), dass Sturzprävention ein wichtiges Thema in der Spitex sei (N=178, 96%) und dass sie Massnahmen zur Sturzprävention begrüßen (N=176, 96%). Lediglich 5 (3%) respektive 7 (4%) Personen standen den Aussagen undifferenziert gegenüber und jeweils eine Person (1%) antwortete ablehnend, bei 7 respektive 8 Enthaltungen (siehe auch Tabelle A8-3). Als wichtige Gründe für diese positive Beurteilung wurden vorwiegend die Wichtigkeit von Präventionsmassnahmen allgemein, die generelle Häufigkeit von Stürzen, die Sicherheit der Klient:innen, die Möglichkeit zur Unfallverhütung und das Vermeiden von Sturzfolgen genannt.

Die Frage «Hat sich durch die StoppSturz Weiterbildung Ihr Wissen zur Sturzprävention vergrössert?» beantworteten über 100 Teilnehmende mit «Ja» (N=53, 39%; siehe auch Tabelle A8-3) oder «Eher ja» (N=51, 38%) und mehr als 30 Teilnehmende mit «Eher nein» (N=23, 17%) oder «Nein» (N=9, 7%). Wobei es 56 Enthaltungen gab. Die statistische Analyse zeigte, dass vornehmlich 30- bis 49-Jährige der Gruppe 2 und Mitarbeitende der Spitex Jura dazu tendierten dieser Aussage zuzustimmen (siehe auch Tabelle A8-4). Allerdings war nur die Zugehörigkeit zur Gruppe 2 mit $p=0.085$ bei einem Signifikanzniveau von 10% in der binären (aber nicht in der ordinalen) Regressionsanalyse statistisch signifikant.

Tabelle A8-3. Häufigkeitsverteilung ausgewählter Interviewfragen

Variable	Spitex Zürich N (%)	Spitex Jura N (%)	Total N (%)
Thema als wichtig empfunden	178 (100)	7 (100)	185 (100)
Stimme vollkommen zu	129 (72)	4 (57)	133 (72)
Stimme zu	42 (24)	3 (43)	45 (24)
Weder noch	5 (3)	0 (0)	5 (3)
Stimme nicht zu	2 (1)	0 (0)	2 (1)
Stimme überhaupt nicht zu	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Massnahmen werden begrüsst	177 (100)	7 (100)	184 (100)
Stimme vollkommen zu	116 (66)	5 (71)	121 (66)
Stimme zu	53 (30)	2 (29)	55 (30)
Weder noch	7 (4)	0 (0)	7 (4)
Stimme nicht zu	1 (1)	0 (0)	1 (1)
Stimme überhaupt nicht zu	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Wissen vergrössert	129 (100)	7 (100)	136 (100)
Ja	49 (38)	4 (57)	53 (39)
Eher ja	51 (40)	0 (0)	51 (38)
Eher nein	22 (17)	1 (14)	23 (17)
Nein	7 (5)	2 (29)	9 (7)
Bestärkt Wissen anzuwenden	121 (100)	7 (100)	128 (100)
Ja	61 (50)	5 (71)	66 (52)
Eher ja	47 (39)	1 (14)	48 (38)
Eher nein	10 (8)	0 (0)	10 (8)
Nein	3 (2)	1 (14)	4 (3)
Befähigung Gefährdung zu erkennen	123 (100)	6 (100)	129 (100)
Sehr	85 (69)	4 (67)	89 (69)
Etwas	35 (28)	1 (17)	36 (28)
Eher wenig	3 (2)	0 (0)	3 (2)
Wenig	0 (0)	1 (17)	1 (1)
Befähigung zur Ansprache und Umsetzung	124 (100)	7 (100)	131 (100)
Sehr	73 (59)	3 (43)	76 (58)
Etwas	44 (35)	1 (14)	45 (34)
Eher wenig	7 (6)	1 (14)	8 (6)
Wenig	0 (0)	2 (29)	2 (2)

Befähigung Abklärung durchzuführen	45 (100)	7 (100)	52 (100)
Sehr	20 (44)	3 (43)	23 (44)
Etwas	23 (51)	1 (14)	24 (46)
Eher wenig	2 (4)	0 (0)	2 (4)
Wenig	0 (0)	3 (43)	3 (6)
Befähigung zur Weiterleitung	45 (100)	7 (100)	52 (100)
Sehr	24 (53)	3 (43)	27 (52)
Etwas	17 (38)	2 (29)	19 (37)
Eher wenig	4 (9)	0 (0)	4 (8)
Wenig	0 (0)	2 (29)	2 (4)
Inhalte anwenden	119 (100)	7 (100)	126 (100)
Sehr oft	7 (6)	1 (14)	8 (6)
Oft	32 (27)	3 (43)	35 (28)
Manchmal	54 (45)	2 (29)	56 (44)
Selten	21 (18)	0 (0)	21 (17)
Gar nicht	6 (4)	1 (14)	6 (5)
Versorgung verbessert	87 (100)	5 (100)	92 (100)
Ja	71 (82)	3 (60)	74 (80)
Nein	16 (18)	2 (40)	16 (20)
Zusammenarbeit gestärkt	76 (100)	6 (100)	82 (100)
Ja	62 (82)	4 (67)	66 (80)
Nein	14 (18)	2 (33)	14 (20)

Einstellung:

Eine deutliche Mehrheit an Teilnehmenden fühlte sich durch die Weiterbildung darin bestärkt, dass gewonnene Wissen in der Praxis anzuwenden (N=114, 89%), wohingegen nur 14 Teilnehmende (10%) dieser Aussage nicht zustimmen konnten (Tabelle A8-3). Dabei zeigte sich, dass eher weibliche Mitarbeitende, solche zwischen 30 und 39 Jahren, Mitarbeitende der Spitex Jura und solche aus Gruppe 2 dazu bestärkt wurden ihr Wissen anzuwenden. Dabei war der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit $p=0.080$ bei einem Signifikanzniveau von 10% statistisch signifikant (Tabelle A8-4).

Sehr darin bestärkt eine Gefährdung zu erkennen fühlten sich insgesamt 89 Teilnehmende (69%) und 36 Teilnehmende wurden durch die Weiterbildung darin zumindest etwas bestärkt (28%). Nur 4 Personen (3%) waren eher wenig oder wenig bestärkt. Zumeist tendierten Mitarbeitende der Spitex Zürich, Teilnehmende unter 60 Jahren und solche der Gruppe 1 dazu sich besonders bestärkt zu fühlen. Bei einem Signifikanzniveau von 10% war dabei sowohl der Unterschied zwischen den Gruppen ($p=0.090$) statistisch signifikant als auch der Unterschied zwischen den mindestens 60-Jährigen gegenüber den 50- bis 59-Jährigen ($p=0.087$).

Danach gefragt, ob sie sich befähigt fühlen Klient:innen auf ihre Sturzgefährdung anzusprechen und im Spitexteam beschlossene Massnahmen in Zusammenarbeit mit der/dem Klienten umzusetzen, antworteten insgesamt 121 Personen (92%) mit «Sehr» oder «Etwas» und 10 Personen (8%) mit «Eher wenig» oder «Wenig». Bei Mitarbeitenden ab 60 Jahren war die gefühlte Befähigung zum Ansprechen und Umsetzen gegenüber Umfrageteilnehmenden im Alter von 50 und 59 Jahren signifikant weniger stark ausgeprägt ($p=0.053$). Zudem gab es einen bei einem Signifikanzniveau von 5% statistisch signifikanten Unterschied zwischen Mitarbeitenden der Spitex Jura und denen der Spitex Zürich ($p=0.044$) mit einem grösseren Bestärkungsgefühl bei Mitarbeitenden der Spitex Zürich.

Eine Abklärung oder Weiterleitung von Klient:innen dürfen nur Mitarbeitende der Gruppe 1 durchführen. Von diesen fühlten sich jeweils knapp die Hälfte «Sehr» (N=23, 44%) respektive «Etwas» (N=24, 46%) dazu befähigt spezielle Abklärungen zur Sturzprävention durchzuführen. Nur 5 Personen (10%) verneinten diese Aussage. Eine Weiterleitung trauten sich 27 (52%) Personen «Sehr» und 19 Personen (37%) «Etwas» zu,

gegenüber 6 Verneinungen (12%). In beiden Fällen tendierten eher Mitarbeitende der Spitex Zürich zu positiveren Aussagen anstatt Mitarbeitende der Spitex Jura. Jedoch zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied lediglich zwischen den 50- bis 59-Jährigen und denen ab 60 Jahren ($p=0.010$ für Abklärungen und $p=0.041$ für Weiterleitungen), wobei das Gefühl der Befähigung mit hohem Alter stark abnahm.

Verhalten:

Obwohl die Weiterbildung für manche Mitarbeitende noch nicht sehr lange her war, antworteten über 40 Personen, dass sie «Sehr oft» ($N=8$, 6%) respektive «Oft» ($N=35$, 28%) die Gelegenheit hatten, die vermittelten Inhalte zur Sturzprävention im Berufsalltag umzusetzen (Tabelle A8-3). Am häufigsten wurde auf diese Frage mit «Manchmal» geantwortet ($N=56$, 44%). Und 27 Personen (22%) gaben an, dass sie bisher nur «Selten» oder «Gar nicht» Gelegenheit dazu hatten. In der statistischen Analyse zeigte sich, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Teilnehmenden gab. Jüngere, insbesondere solche zwischen 30 und 39 Jahren ($p=0.046$), und Männer ($p=0.042$) gaben weitaus häufiger an, dass eine Umsetzung im Alltag bereits stattfand. Ebenso gab es signifikante Unterschiede bei einem Signifikanzniveau von 10% zwischen Spitex Jura und Spitex Zürich ($p=0.055$) als auch zwischen Gruppe 1 und 2 ($p=0.059$), wobei jeweils die letztgenannte Gruppe weniger häufig eine Gelegenheit zur Umsetzung fand.

Jeweils 80% der Teilnehmenden fanden, dass sich die Versorgung seit der Weiterbildung verbessert hat und die Zusammenarbeit (insbesondere zwischen Teammitgliedern und Angehörigen) gestärkt wurde. Danach gefragt, was die Anwendung von Massnahmen zur Sturzprävention in der Praxis am meisten begünstigt, wurden am häufigsten eine gute Auswahl an möglichen Leistungsangeboten (65%), zusätzliche zeitliche Ressourcen (51%) und eine verbesserte interne Zusammenarbeit (42%) genannt. Jedoch gab es Abweichungen zwischen den Organisationen. Mitarbeitenden der Spitex Jura waren dabei zusätzliche finanzielle Mittel (43% vs. 11%, $p=0.072$) und eine verbesserte externe Zusammenarbeit (86% vs. 23%, $p=0.022$) wichtiger als Mitarbeitenden der Spitex Zürich.

4. Diskussion:

Die Befragung erfasst die Erfahrungen der Spitex-Mitarbeitenden bei der Umsetzung der Sturzprävention gemäss den Themenbereichen Wissen, Einstellung und Verhalten. Für nahezu alle Teilnehmenden ist die Sturzprävention ein wichtiges Thema, dessen Umsetzung angestrebt werden sollte. Von den angebotenen Weiterbildungsmassnahmen profitierten Personen der Gruppe 2, die im Vergleich zu Personen der Gruppe 1 einen etwas niedrigeren Ausbildungsstand haben, tendenziell stärker. Während Mitarbeitenden der Gruppe 1 die Inhalte oftmals schon gebräuchlich waren und sie die Weiterbildung eher als Wissen festigend beschrieben, hatten die Inhalte für Gruppe 2 eher neuartigen Charakter. Die Weiterbildung ermöglichte ihnen daher, mit ihrem Wissen auf Gruppe 1 aufzuschliessen. Um aber auch Mitarbeitenden der Gruppe 1 eine grössere Chance auf neuartige Inputs zu erlauben, könnte beispielsweise eine teilweise Aufgliederung des E-Learning-Tools der Spitex Zürich nach Ausbildungsstand angedacht werden.

Fast alle Mitarbeitenden fühlten sich aufgrund der Weiterbildung zumindest etwas in ihrer Einstellung bestärkt, eine Sturzgefährdung zu erkennen und Klient:innen auf ihre Sturzgefährdung anzusprechen respektive beschlossene Massnahmen umzusetzen. Und viele empfanden diese Bestärkung auch beim Abklären von Klient:innen. Am wenigsten bestärkt fühlten sich Mitarbeitende jedoch darin, eine Weiterleitung ihrer Klient:innen vorzunehmen. Dabei zeigte sich insbesondere, dass das Alter der Mitarbeitenden für ihre innere Einstellung eine wichtige Rolle spielte, da ältere Personen sich in ihren Aufgaben weniger bestärkt fühlten. Denkbar wäre es, dass das zunehmende online Lernangebot für die weniger digital geprägten Generationen hierbei einen Nachteil darstellt und sie derartige Lernformen vielleicht eher irritieren als bei jüngeren Generationen. Um Unsicherheiten im Umgang mit den Sturzpräventionstools generell so klein wie möglich zu halten, sollten diese in den Team-Besprechungen aktiv angesprochen sowie die individuellen Gründe eruiert und behoben werden.

Als erfreulich kann herausgestellt werden, dass viele Teilnehmende ihr Wissen zur Sturzprävention bereits im alltäglichen Arbeitsumfeld nutzen konnten, trotzdem manche Teilnehmende erst kurz vor der Umfrage geschult wurden. Da die Weiterbildungen bei Spitex Jura bereits Mitte 2022 stattfanden und die Weiterbildungen bei Spitex Zürich gestaffelt erfolgen, verwundert es wenig, dass Mitarbeitende der Spitex Jura bereits öfter eine Gelegenheit zur Umsetzung der Sturzpräventionstools fanden.

Generell gab es zwischen Spitex Jura und Spitex Zürich einige auffallende Unterschiede bei der Beantwortung des Surveys. Allerdings war die Art der Weiterbildung in beiden Organisationen gänzlich anders. Während bei Spitex Jura gezielt nur Ressourcenperson geschult wurden, um ihr Wissen dann selbstständig an ihre Kolleg:innen weiterzugeben, wurden bei Spitex Zürich alle Mitarbeitenden mit Hilfe eines online Tools geschult und zusätzlich die Mitarbeitenden der Gruppe 1 in Präsenzs Schulungen. Daher sind Vergleiche zwischen den Erfolgen der beiden Organisationen zumindest schwierig. Das subjektive Gefühl der Bestärkung beim Ansprechen von Klient:innen auf Sturzprävention und die Umsetzung von Massnahmen war, auch nach Adjustierung für demografische Unterschiede zwischen den Teilnehmenden, bei Mitarbeitenden von Spitex Zürich erhöht. Zudem gab es eine derartige Tendenz auch bei den anderen Faktoren (Gefährdung erkennen, Abklärung durchführen, Weiterleitung). Im Gegensatz dazu war das Gefühl der Bestärkung zur Anwendung des allgemein erworbenen Wissens um die Sturzprävention bei Spitex Jura tendenziell besser. Dies könnte dadurch erklärbar sein, dass die Schulung im Jura durch den Fokus auf die Ressourcenpersonen stärker theoretisch ausgelegt war und in Zürich eher die praktischen Aspekte betont wurden.

Die Teilnahmerate an der Befragung war mit 43% recht gut, aber nicht repräsentativ. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass gerade mit der Weiterbildung unzufriedene Mitarbeitende ihre Teilnahme verweigerten. Oder aber, dass Personen mit Abneigung gegen online durchzuführende Aktivitäten, wie der Bearbeitung des E-Learning-Tools und dieser Umfrage, keine Lust an einer Teilnahme hatten. Dadurch könnten die Ergebnisse verzerrt sein. Zudem ist es ein genereller Nachteil von Befragungen, dass die Ergebnisse nur die Selbsteinschätzung der Teilnehmenden widerspiegeln und damit sehr subjektiv sind. Zudem könnten die Teilnehmer absichtlich gefällige Antworten abgegeben haben, um einen positiven Eindruck zu vermitteln. Das Risiko solch einer Verzerrung wurde jedoch durch die anonyme Durchführung der Befragung gemildert. Ein objektiveres Bild kann durch die Verwendung von sturzbezogenen Daten im Rahmen einer Kohortenstudie erreicht werden.

Die Weiterbildungen bei Spitex Zürich setzen sich in 2023 fort, wobei die Materialien zur Fortbildung an die Feedbacks der Teilnehmenden aus 2022 angepasst wurden. Es würde sich daher anbieten, eine weitere Befragung zum Vergleich der Rückmeldungen zwischen den beiden Jahren durchzuführen und um die Nachhaltigkeit der Weiterbildung zu evaluieren.

5. Schlussfolgerung:

Die Befragung gibt Einblicke in die Erfahrungen der Spitex-Mitarbeitenden bei der Umsetzung der Sturzprävention in ihrem Arbeitsalltag. Die Rücklaufquote war gut, aber nicht repräsentativ. Die meisten Teilnehmenden fanden, dass Sturzprävention ein wichtiges Thema sei. Die Weiterbildung verbesserte den Wissensstand und stärkte die Einstellung der Mitarbeitenden zur Erkennung von Sturzrisiken und zur Umsetzung von Massnahmen. Zudem fanden die erlernten Tools bereits einige Male Einzug in den Alltag. Zwischen Spitex Jura und Spitex Zürich gab es einige Unterschiede in der Wirksamkeit, was sich vermutlich auf die eingesetzten Schulungsmethoden zurückführen lässt.

Tabelle A8-4. Multifaktorielle Regressionsanalysen zu Wissen und Einstellung (1=Sehr, 2= Etwas, 3=Eher wenig, 4=Wenig)

Variable	Wissen vergrössert (N=136)		Wissen anwenden (N=128)		Gefährdung erkennen (N=129)		Ansprache und Umsetzung (N=131)		Abklärung durchführen (N=52)		Weiterleitung (N=52)		Inhalte angewendet (N=126)	
	aOR	95% CI	aOR	95% CI	aOR	95% CI	aOR	95% CI	aOR	95% CI	aOR	95% CI	aOR	95% CI
Organisation														
Spitex Zürich	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Spitex Jura	0.81	0.13-5.20	0.37	0.06-2.24	3.50	0.47-26.1	6.85**	1.06-44.5	3.90	0.59-25.9	2.54	0.45-14.35	0.21*	0.04-1.03
Geschlecht														
Weiblich	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Männlich	1.36	0.41-4.53	2.84*	0.88-9.14	1.96	0.55-6.98	1.54	0.44-5.41	0.92	0.09-9.13	1.12	0.12-10.3	3.45**	1.04-11.43
Altersgruppe														
20-29 Jahre	0.99	0.34-2.87	0.98	0.29-3.36	1.00	0.25-4.06	1.61	0.46-5.64			1.19	0.07-18.9	0.74	0.24-2.28
30-39 Jahre	0.85	0.31-2.35	0.66	0.21-2.08	0.94	0.24-3.78	0.52	0.14-1.91	1.01	0.23-4.54	0.56	0.11-2.88	0.31**	0.10-0.98
40-49 Jahre	0.81	0.34-1.90	1.20	0.47-3.06	1.37	0.46-4.07	1.54	0.58-4.05	1.83	0.36-9.36	0.99	0.20-4.84	0.66	0.27-1.62
50-59 Jahre	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
60+ Jahre	0.97	0.35-2.68	1.89	0.68-5.26	2.76*	0.86-8.81	2.82*	0.98-8.09	10.1**	1.74-57.9	5.90**	1.08-32.4	1.09	0.42-2.82
Ausbildungsart														
Gruppe 1	1.56	0.78-3.12	1.69	0.80-3.58	0.45*	0.18-1.13	1.18	0.54-2.58					2.04*	0.97-4.26
Gruppe 2	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.						Ref.	

* p<0.10; ** p<0.05

aOR: adjustiertes Odds Ratio; CI: Konfidenzintervall; Ref.: Referenzkategorie