

FRAILTY UND SOZIALE ISOLATION IN BASEL

Aktuelle Praktiken beim
Screening, Prävention
und Management von
Frailty und sozialer
Isolation in der
Grundversorgung

Umfragebericht

Bastiaan Van Grootven

Aurora Monticelli



**Universität
Basel**

Medizinische Fakultät
Department Public Health

Berichtsversion 1 – Juni 2025

Quellenangabe: Aurora Monticelli, Franziska Zúñiga, Cynthia O. Gschwind, Bastiaan Van Grootven, im Namen des ENGAGE-Konsortiums*. Aktuelle Praktiken beim Screening, Prävention und Management von Frailty und sozialer Isolation in der Grundversorgung. ENGAGE Projektbericht 1, Juni 2025. doi 10.5281/zenodo.16892149.

*ENGAGE-Konsortium: Franziska Zúñiga, Sabina De Geest, Maria José Mendieta Jara, Mirko Winkler, Markus Gerber, Reto Kressig, Cynthia O. Gschwind, Jannique van Uffelen, Aurora Monticelli, Bastiaan Van Grootven.

Förderung: Dieser Bericht ist Teil des ENGAGE-Projekts. ENGAGE wird vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) im Rahmen des Ambizione-Programms (Projektnummer 223834) gefördert und von der Ebnet Stiftung unterstützt.

Dieser Bericht steht unter der Creative Commons Lizenz Namensnennung – Nicht kommerziell 4.0 International (CC BY-NC 4.0). Er darf für nicht-kommerzielle Zwecke geteilt und bearbeitet werden, sofern die Quelle korrekt angegeben wird, ein Link zur Lizenz beigefügt ist und Änderungen kenntlich gemacht werden. Für Nutzungen, die über diese Lizenz hinausgehen, kontaktieren Sie bitte die Autor:innen.

Kontakt: engage-nursing@unibas.ch

Das Studienteam bedankt sich herzlich bei den folgenden Organisationen für ihre Unterstützung bei der Verteilung der Umfrage.

- SPITEX BASEL
- Spitex Allschwil Binningen Schönenbuch
- Spitex-Verband Baselland
- Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel
- Physioswiss Regionalverband beider Basel
- Verband der Psychologinnen und Psychologen beider Basel (PPB)
- Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beider Basel (VPB)
- Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen, beider Basel

INHALT

Über ENGAGE	1
Studienzusammenfassung	2
Policy brief	3
Umfrage	4
Frailty	5
Soziale Isolation	11
Zusammenarbeit	17
Aktivitätsprogramme	20
Nächste Schritte	24
Ressourcen	25
Forschungsteam	26

ÜBER ENGAGE

Das ENGAGE-Projekt reagiert auf ein wachsendes Anliegen in alternden Gesellschaften: die komplexen und oft stillen Herausforderungen von Frailty und sozialer Isolation im höheren Lebensalter. Diese Probleme betreffen viele Menschen in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, oft auf eine Art und Weise, die nicht sofort sichtbar ist. Obwohl die Forschung gezeigt hat, dass körperliche und soziale Aktivitäten ein gesundes Altern unterstützen können, sind diese Erkenntnisse bislang kaum in den Alltag überführt worden. Viele ältere Menschen haben keinen Zugang zu Programmen, die das körperliche und soziale Wohlbefinden fördern. Oder können aus verschiedenen Gründen nicht daran teilnehmen.

Unser Ziel ist es, eine lokal verankerte und nachhaltige Unterstützung für ältere Menschen in einer Weise zu entwickeln, die für sie sinnvoll ist. Dafür arbeitet ENGAGE eng mit älteren Menschen, Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen sowie mit Organisationen aus dem Gemeindekontext zusammen, um zu verstehen, was den Menschen und der Praxis wichtig ist. Wir wollen gemeinsam unterstützende Strategien, Materialien und Werkzeuge entwickeln, die sich sinnvoll in den Alltag integrieren lassen und sich im Laufe der Zeit weiterentwickeln können. Auf diese Weise hoffen wir, nicht nur bessere Ergebnisse für Einzelpersonen zu erreichen, sondern auch zu einem vernetzten und anpassungsfähigen Unterstützungssystem beizutragen.

Dieser Bericht enthält die erste Analyse einer Umfrage mit Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen in der Region Basel. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, aktuelle Praktiken, Herausforderungen und Chancen in der Identifikation und Unterstützung älterer Menschen besser zu verstehen, und praxistaugliche Unterstützungsstrategien zu entwickeln.

STUDIENZUSAMMENFASSUNG

Die ENGAGE-Befragung erhob Antworten von 80 Gesundheitsfachpersonen aus Basel-Stadt und Basel-Landschaft, um besser zu verstehen, wie Frailty und soziale Isolation erkannt und adressiert werden.

Die Mehrheit der Befragten gab an, regelmässig ältere Menschen zu betreuen, die von Frailty und/oder sozialer Isolation betroffen sind. Die Beurteilung dieser Zustände erfolgt überwiegend auf Grundlage klinischer Einschätzung, während nur eine Minderheit standardisierte Instrumente einsetzt. Das Screening wurde meist als sporadisch beschrieben, basierend auf Patientenmerkmalen oder dem professionellen Eindruck, statt systematisch angewendet.

Zu den häufig genannten Interventionen zählten die Förderung körperlicher Aktivität, Patientenedukation und individuelle Versorgungsplanung. Seltener wurden Zuweisungen zu strukturierten Programmen, der Einsatz digitaler Hilfsmittel oder psychosoziale Massnahmen wie therapeutische Unterstützung oder „Social Prescribing“ berichtet.

Nur eine geringe Anzahl der Befragten verfügte über eine formale Schulung zu Frailty oder sozialer Isolation, und weniger als die Hälfte zeigte sich zufrieden mit den verfügbaren Ressourcen oder Rahmenbedingungen für diese Arbeit. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den meisten Teilnehmenden als wichtig erachtet, jedoch variierten der Grad an Koordination und gemeinsamer Planung erheblich.

POLICY BRIEF

Zentrale Erkenntnisse

- **Das Screening ist inkonsistent und die Verwendung von Instrumenten ist begrenzt:** Die meisten Fachleute beurteilen Frailty und soziale Isolation anhand ihres klinischen Urteils. Die Verwendung standardisierter Instrumente ist relativ gering.
- **Es mangelt an formeller Ausbildung:** Nur 17 % der Befragten gaben an, dass sie eine formale Schulung zur Erkennung und Behandlung von Frailty oder sozialer Isolation erhalten haben.
- **Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird wertgeschätzt, ist aber uneinheitlich:** Die meisten Fachleute halten die Zusammenarbeit für wichtig, doch die wirkliche Koordinierung ist unterschiedlich und häufig informell.
- **Die Zufriedenheit mit der systemischen Unterstützung ist gemischt:** Weniger als die Hälfte der Befragten war mit den Bedingungen auf Systemebene zur Unterstützung ihrer Arbeit zufrieden.
- **Wichtige Interventionen sind vorhanden, werden aber unzureichend genutzt:** Fachkräfte fördern häufig körperliche Aktivität und bieten Patientenaufklärung an, aber weniger berichten über Überweisungen an strukturierte Programme oder psychosoziale Dienste. Es bestehen Zweifel, ob Patient:innen an Gemeinschaftsprogrammen teilnehmen und ob solche Programme wirksam sind.

Politische Auswirkungen

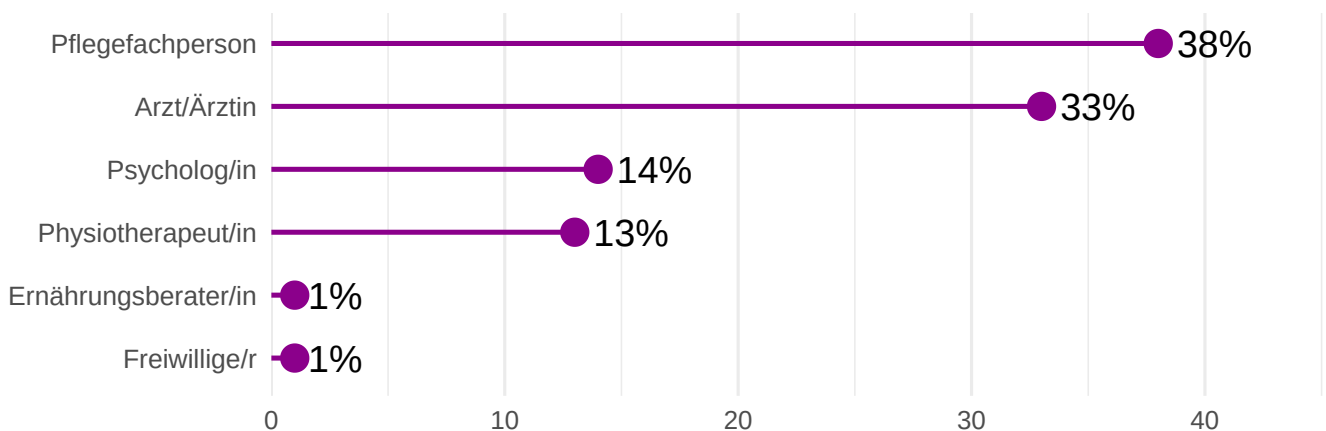
- **Stärkung der Infrastruktur** für die interprofessionelle Zusammenarbeit, inklusive der Entwicklung und Einführung digitaler Werkzeuge für die Kommunikation und den Informationsaustausch.
- **Prüfung weiterer Vergütungsmechanismen** für präventive Dienstleistungen, inklusive Frailty-Screening, psychosoziale Interventionen und kollaborative Behandlungsplanung, um nachhaltiges, frühzeitiges Handeln in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu ermöglichen.
- **Entwicklung und Verbreitung gemeinsamer Screening-Protokolle**, die einfach, validiert und in verschiedenen Settings integriert sind.
- **Unterstützung integrierter Versorgungspfade**, die Screening, Prävention, sowie die Förderung körperlicher Aktivität und psychosozialer Unterstützung mit der Routinepraxis verbinden.
- **Pilotmodelle zur lokalen Koordination**, um Früherkennung und ganzheitliche Interventionen in kommunale und kantonale Gesundheitsstrategien einzubinden.

UMFRAGE

Demografie der Teilnehmenden

- Es wurden ausschliesslich Gesundheitsfachpersonen in die Umfrage eingeschlossen, die im ambulanten Bereich tätig sind.
- 559 Personen öffneten den Umfragelink. 98 füllten den demografischen Teil aus und erfüllten die Einschlusskriterien. **80 Gesundheitsfachpersonen** nahmen vollständig an der Umfrage teil.
- Die Berufserfahrung variierte stark, mit einem Durchschnitt von 15 Jahren. Die meisten verfügten über 4 bis 26 Jahre Berufserfahrung.
- Die Teilnehmenden arbeiteten in Basel-Landschaft (55 %, n=54), Basel-Stadt (43 %, n=42), und wenige waren in beiden Regionen tätig (2 %, n=2).

Berufliche Hintergründe der Teilnehmenden



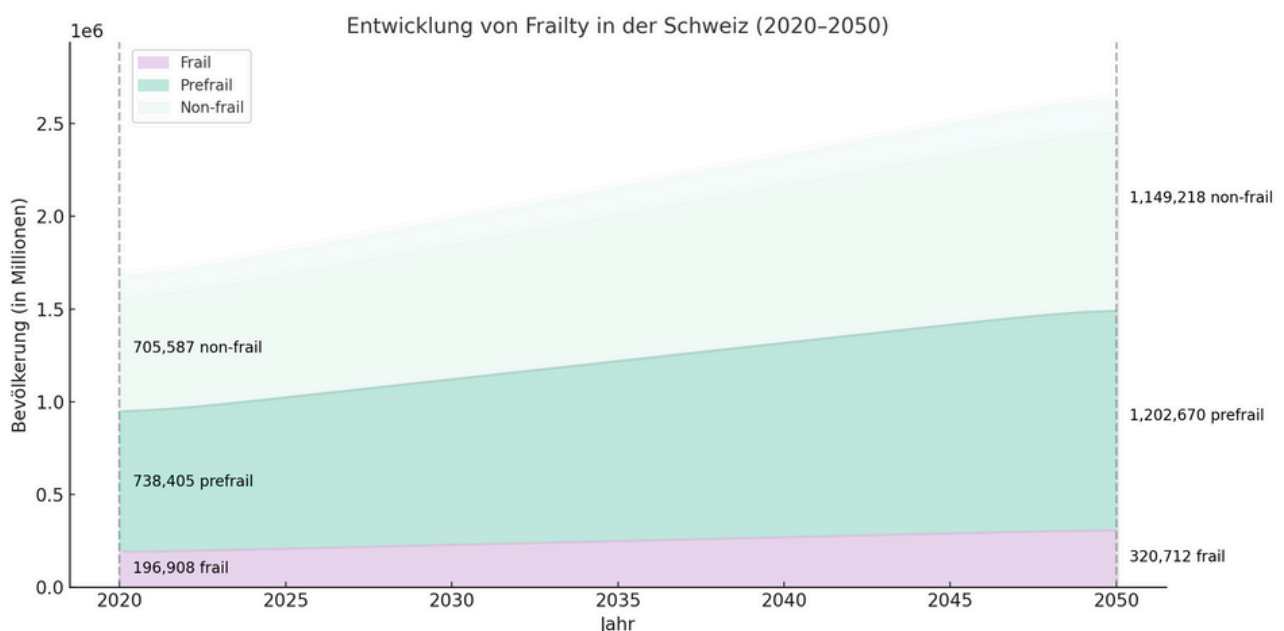
- Etwa ein Drittel der Teilnehmenden schätzte ihr Wissen über Frailty als sehr hoch oder hoch ein, und ein weiteres Drittel bewertete es als durchschnittlich.
- Das selbst eingeschätzte Wissen zur sozialen Isolation war geringer. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden bewertete ihr Wissen darüber als durchschnittlich.
- Die Mehrheit arbeitete in Gruppenpraxen (61,3 %, n=49).
- Etwa die Hälfte war in privat betriebenen Einrichtungen der Grundversorgung beschäftigt.

FRAILTY

Frailty ist ein multidimensionales geriatrisches Syndrom, das mit fortschreitenden Verlust physiologischer Reserven in mehreren Körpersystemen und die Anfälligkeit gegenüber Belastungen, wie akuten Erkrankungen oder Spitalaufenthalten, einhergeht.

Frailty entwickelt sich schrittweise durch eine Kombination aus biologischem Altern, Komorbiditäten, Inaktivität und psychosozialen Faktoren. Evidenz belegt, dass körperliche Aktivität die wirksamste Präventionsstrategie ist und grosse Auswirkungen auf Frailty-Status, Mobilität und Lebensqualität hat. Prävention ist im Allgemeinen wirksamer als Behandlung, insbesondere da 64 % der pre-frailen Menschen ohne Unterstützung in einen frailen Zustand übergehen. Für ein mehrdimensionales Management werden Multikomponenten-Interventionen empfohlen, insbesondere solche, die körperliche Aktivität, Ernährungsunterstützung, Medikamentenüberprüfung und psychosoziales Engagement umfassen.

Die epidemiologische Belastung ist erheblich. In der Schweiz leben derzeit fast eine Million pre-frail oder frail ältere Menschen. Bis 2050 wird ein zusätzlicher Anstieg um eine halbe Million erwartet, was das Langzeitpflegesystem und die Gesundheitsfinanzierung erheblich belasten wird. Internationale Studien zeigen, dass Frailty jährlich durchschnittlich Kosten von 10.000 CHF pro Person verursacht, insbesondere aufgrund langfristiger Unterstützungsbedarfe. Ohne zusätzliche Investitionen in die Prävention wird Frailty in Zukunft zu milliardenschweren gesellschaftlichen Mehrkosten führen.



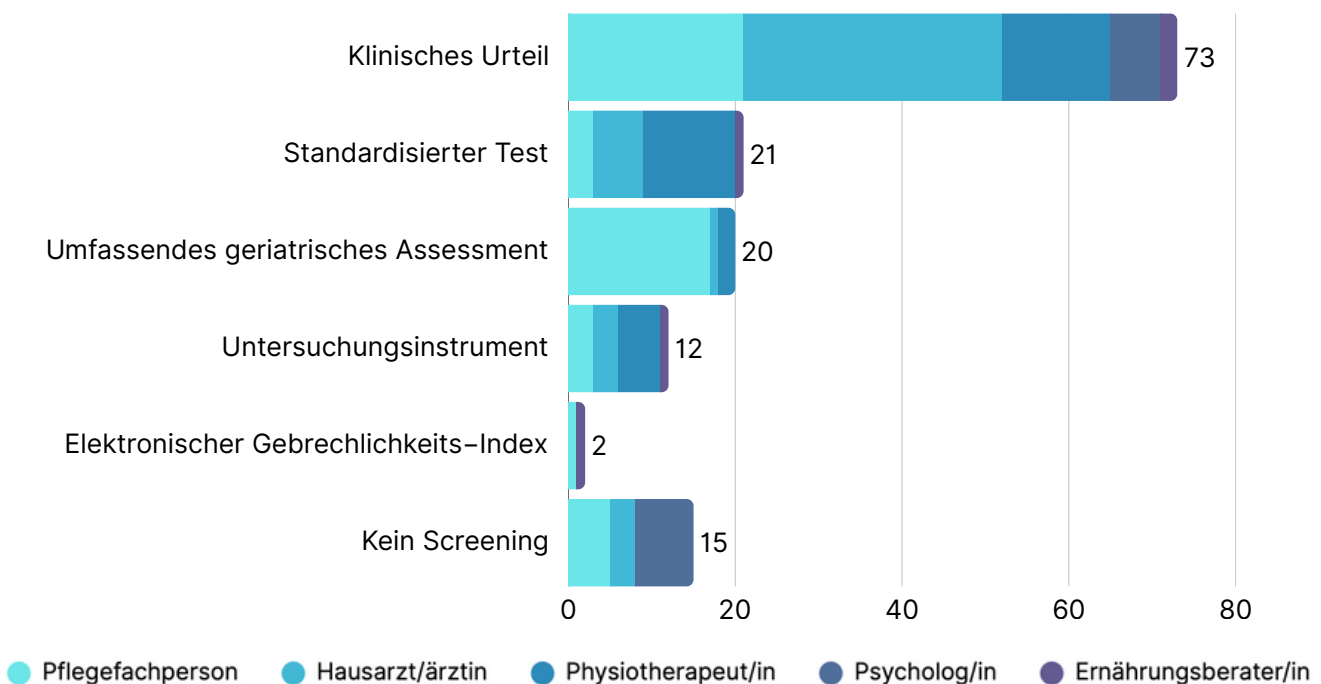
Hinweis: Diese Abbildung wurde von uns selbst erstellt, basierend auf öffentlichen Einwohnerdaten der Schweiz von opendata.swiss. Die zukünftigen Trends beruhen auf ein Prävalenzmodell, das aus einer Meta-Analyse abgeleitet wurde.

FRAILITY

Screening auf Frailty

- Die meisten Gesundheitsfachpersonen betreuen täglich fraile Patient:innen.
- Die grosse Mehrheit führt in ihrer Praxis ein Frailty-Screening durch.
- In den meisten Fällen basiert das Screening auf dem klinischen Urteil (75%, n = 73) und nicht auf strukturierten Instrumenten.
- Dieser Trend zeigte sich berufsübergreifend, mit Ausnahme der Physiotherapeut:innen, bei denen klinisches Urteil und standardisierte Tests gleichermassen häufig verwendet wurden.

Wie wird Frailty in der Praxis eingeschätzt?



Der Einsatz von **Screening-Instrumenten** ist insgesamt gering, mit

- InterRAI Frailty Screener (n = 3)
- Clinical Frailty Scale (n = 2)
- PRISMA-7 (n = 2)

Auch der Einsatz **standardisierter Tests** ist insgesamt gering, mit

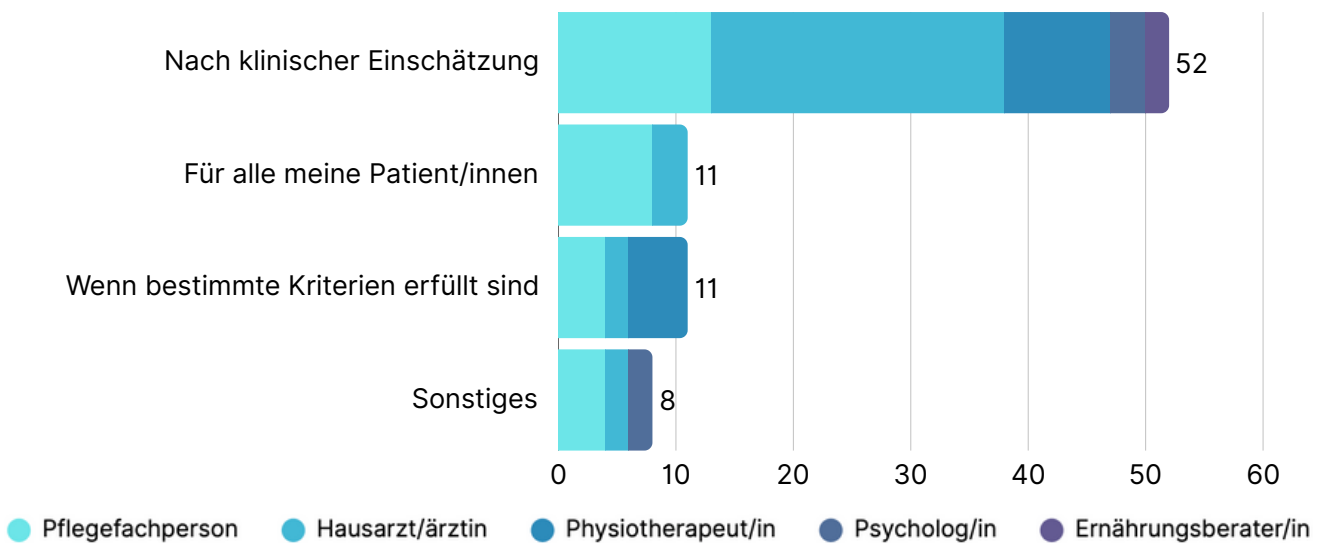
- Timed-Up-and-Go-Test (n = 16)
- Gehgeschwindigkeit (n = 12)
- Greifkraftmessung (n = 5)

FRAILITY

Screening auf Frailty

- Frailty wird berufsübergreifend am häufigsten sporadisch eingeschätzt.
- Wenn das Screening auf festgelegten Kriterien basiert, erfolgt es meist aufgrund von Faktoren wie dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung (90 %, n = 10), Multimorbidität (8 %, n = 9), einem kürzlich erfolgten Spitalaufenthalt (63 %, n = 7), akute gesundheitliche Ereignisse (63 %, n = 7) oder fortgeschrittenem Alter (55 %, n = 6) – insbesondere in Kombination mit einer spezifischen Erkrankung (63 %, n = 7).

Wann wird Frailty eingeschätzt?



Die Ergebnisse des Frailty-Screenings werden **kommuniziert** mit

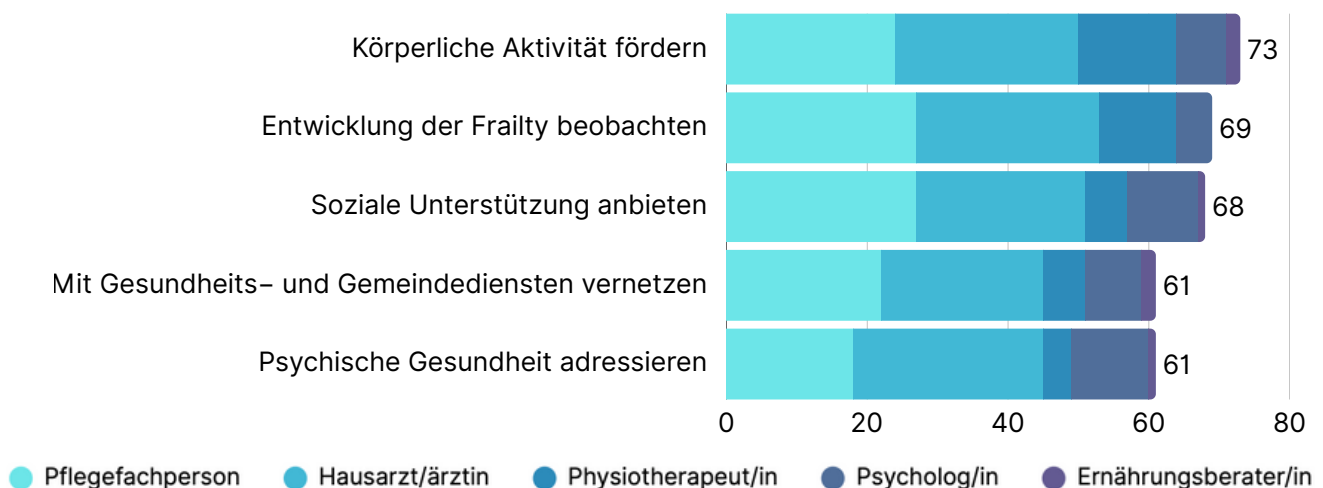
- Patient:innen (75 %, n = 63)
- Nahe stehende Personen (52 %, n = 43)
- anderen Gesundheitsfachpersonen (46 %, n = 38)

FRAILITY

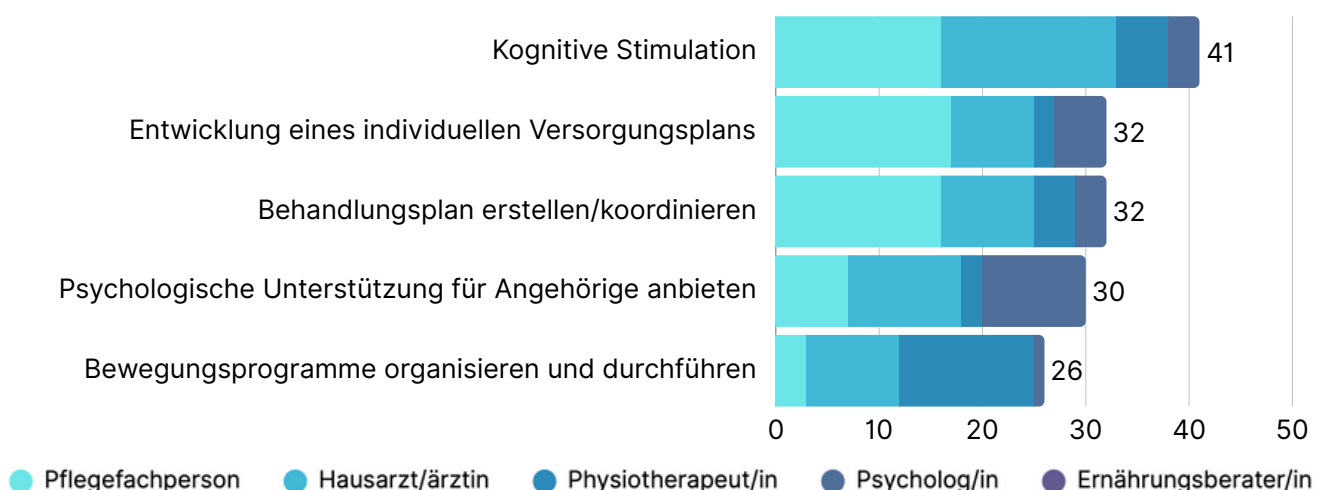
Umgesetzte Leitlinienkomponenten

- Die derzeit umgesetzten Empfehlungen zur Prävention und Behandlung von Frailty sind vielfältig.
- Im Durchschnitt werden 8 Leitlinienkomponenten umgesetzt.
- Gesundheitsfachpersonen verfolgen ihre Interventionen meist durch den Austausch mit Angehörigen (86 %, n = 84), Gespräche über die Erfahrungen der Patient:innen im Verlauf (74 %, n = 72) sowie die Beobachtung psychosozialer oder funktionaler Veränderungen (65 %, n = 64) nach.

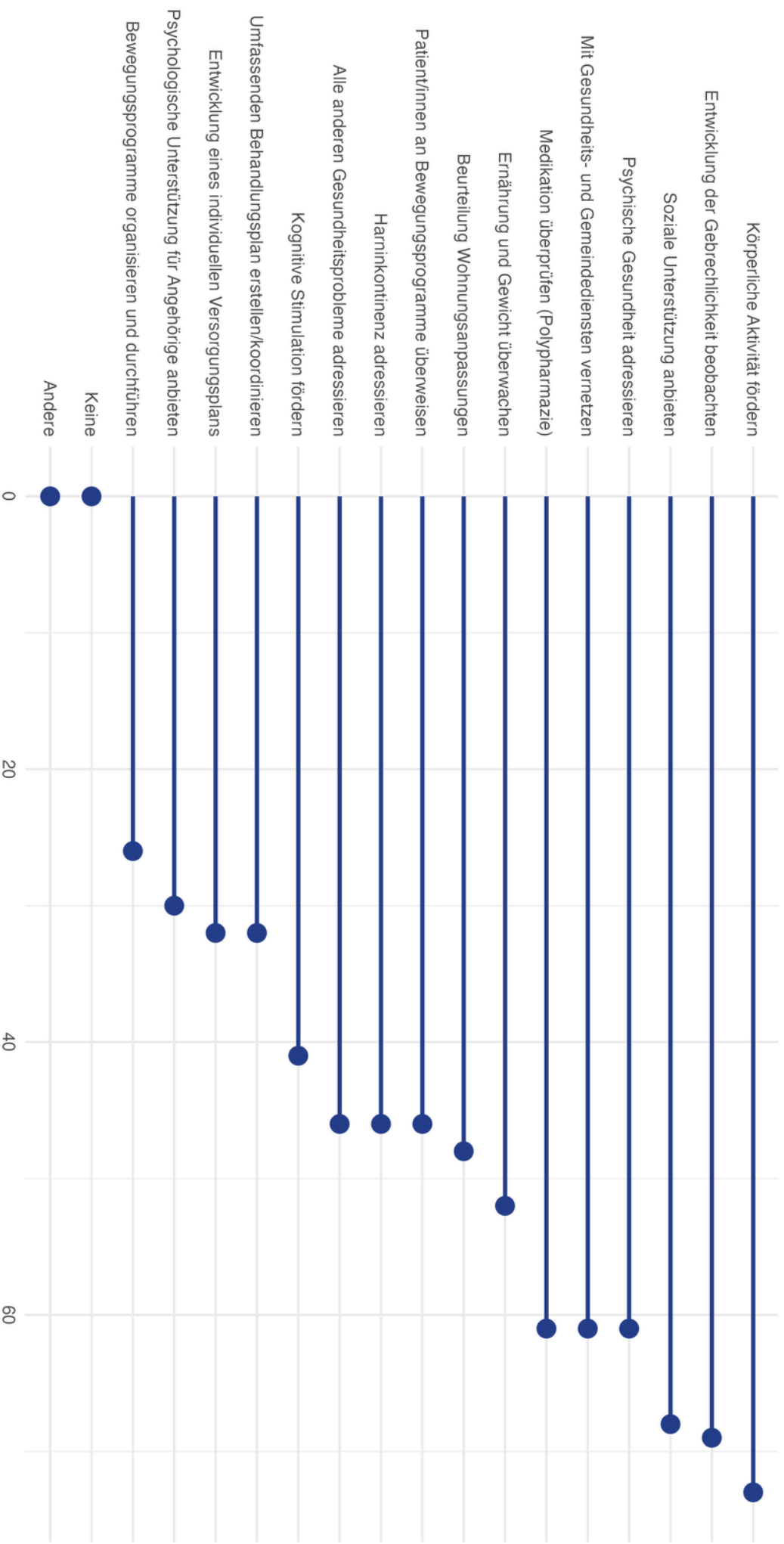
Fünf am häufigsten umgesetzte Leitlinienkomponenten



Fünf am seltensten umgesetzte Leitlinienkomponenten



Derzeit umgesetzte Leitlinienkomponenten zu Frailty

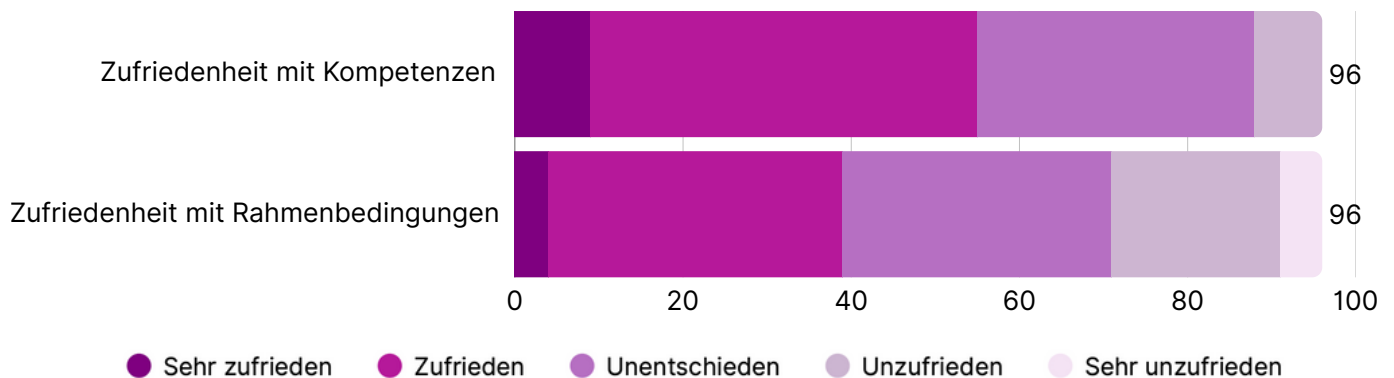


FRAILITY

Bedarf in der Praxis

- Die Mehrheit der Befragten äusserte den Wunsch nach einer evidenzbasierten Leitlinie (66 %, n = 40).
- Einige Gesundheitsfachpersonen orientieren sich bereits an einer bestehenden Leitlinie (8 %, n = 5).
- Die Teilnehmenden berichteten über eine hohe Zufriedenheit mit ihren eigenen Fähigkeiten zur Prävention und Behandlung von Frailty.
- Im Gegensatz dazu fiel die Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen für eine adäquate Versorgung deutlich geringer aus.
- Die Mehrheit der Befragten zeigte sich unentschlossen (49 %, n = 47), ob ihre Patient:innen den Präventions- bzw. Behandlungsempfehlungen tatsächlich folgen.

Zufriedenheit mit der Prävention und Behandlung von Frailty in der Praxis



Dies deutet darauf hin, dass sich Fachpersonen zwar persönlich kompetent fühlen, strukturelle oder organisatorische Faktoren jedoch als Hürden für eine erfolgreiche Prävention und Behandlung von Frailty erweisen können.

SOZIALE ISOLATION

Soziale Isolation bezeichnet das objektive Fehlen oder die Seltenheit sozialer Interaktionen, etwa wenn nur wenige Gesprächspartner:innen verfügbar sind oder die Teilnahme an Gruppenaktivitäten gering ist. Sie unterscheidet sich von Einsamkeit, die das subjektive Gefühl des Alleinseins beschreibt. Obwohl beide miteinander zusammenhängen, stellen soziale Isolation und Einsamkeit zwei unterschiedliche Dimensionen sozialer Verwundbarkeit dar und werden mit verschiedenen Instrumenten erfasst. Bei älteren Menschen – insbesondere jenen, die allein leben oder in ihrer Mobilität eingeschränkt sind – ist soziale Isolation ein weit verbreitetes und häufig unterschätztes Problem.

Europäische und schweizerische Studien berichten übereinstimmend, dass 20–25 % der in der Gemeinde lebenden älteren Menschen von ausgeprägter sozialer Isolation betroffen sind – mit noch höheren Raten in den ältesten Altersgruppen. Soziale Isolation ist eng mit Gesundheitsrisiken verbunden: Sie erhöht nicht nur die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen, sondern sagt auch eine frühere Sterblichkeit, funktionellen Abbau und höhere Wahrscheinlichkeit für Institutionalisierung voraus.

Wichtig ist, dass es eine wechselseitige Beziehung zwischen sozialer Isolation und Frailty gibt: Sozial isolierte ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko, frail zu werden, während Frailty aufgrund körperlicher Einschränkungen oder Erschöpfung zu weiterem sozialen Rückzug führen kann. Diese zyklische Dynamik kann den Verlust von Autonomie und Wohlbefinden beschleunigen. Aktuelle Studien belegen diese Zusammenhänge und zeigen, dass sozial isolierte Menschen häufiger inaktiv und unterernährt sind sowie depressive Symptome und erhöhte Entzündungswerte aufweisen.

Da soziale Isolation veränderbar ist, gewinnt sie als zentraler Ansatzpunkt für Präventionsstrategien an Bedeutung. Gemeindeorientierte Programme, insbesondere solche, die körperliche, soziale und kognitive Aktivitäten kombinieren, gelten als vielversprechend zur Reduktion von Isolation und zur Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse. Beispiele sind Gruppentrainings, Freizeitclubs oder ehrenamtliche Engagements.

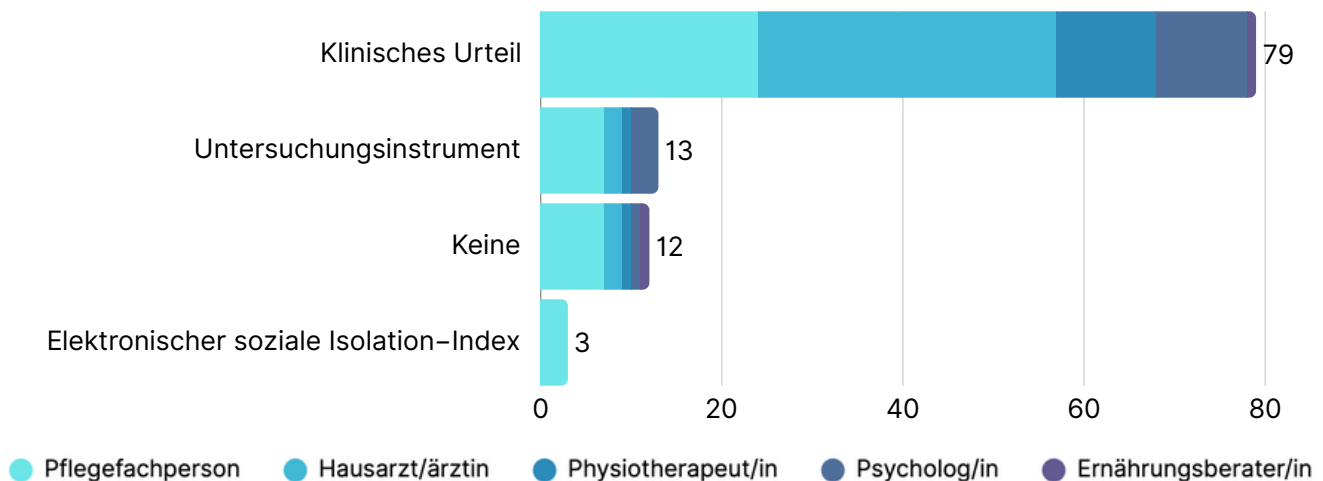
Im Einklang mit dem Fokus des ENGAGE-Projekts auf die Stärkung der Resilienz im Alter ist die Auseinandersetzung mit sozialer Isolation entscheidend – nicht nur zur Reduktion psychosozialer Risiken, sondern auch als integraler Bestandteil eines ganzheitlichen Ansatzes für gesundes Altern und die Prävention von Frailty.

SOZIALE ISOLATION

Screening auf soziale Isolation

- Die Mehrheit der Gesundheitsfachpersonen (52 %, n = 48) begegnet mehrmals pro Woche sozial isolierten Patient:innen.
- Das Screening beruht überwiegend auf dem klinischen Urteil (88 %, n = 79) und erfolgt nur selten mithilfe strukturierter Instrumente.
- Dieses Muster zeigte sich konsistent über alle Berufsgruppen hinweg.

Wie wird soziale Isolation in der Praxis eingeschätzt?



Der Einsatz strukturierter **Screening-Instrumente** ist insgesamt gering, mit

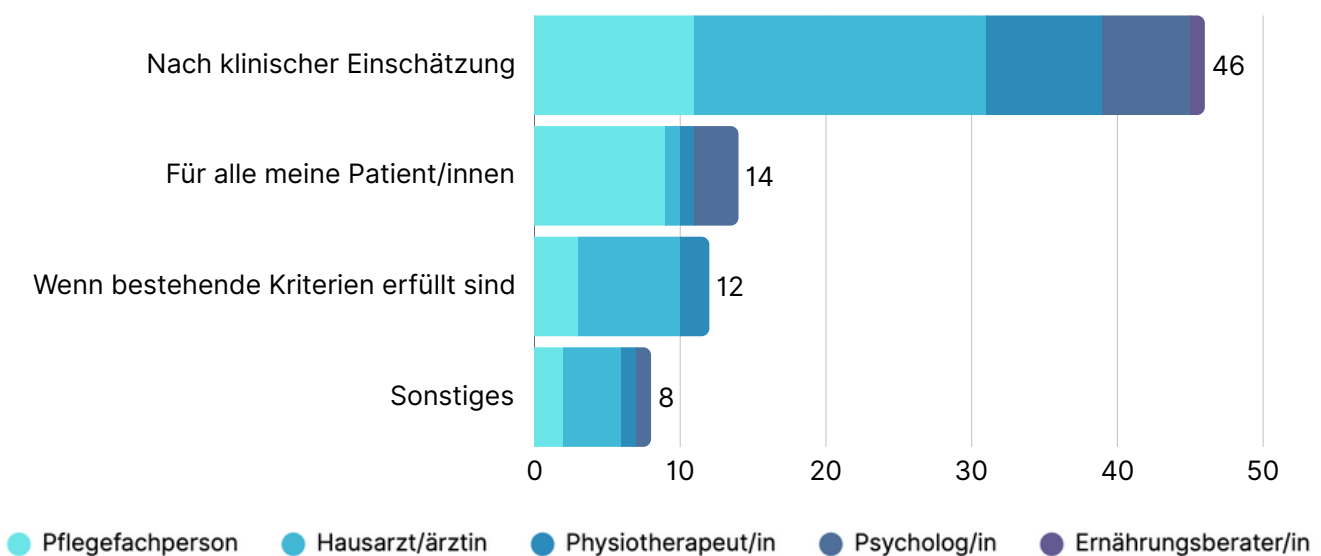
- Häufigkeit sozialer Kontakte (n = 5)
- InterRAI (n = 5)
- Social Isolation Score (n = 1)

SOZIALE ISOLATION

Screening auf soziale Isolation

- Soziale Isolation wird über alle Berufsgruppen hinweg häufig nur sporadisch eingeschätzt.
- Wenn das Screening auf festgelegten Kriterien basiert, wird es in der Regel durch Faktoren wie Alleinleben (n = 5), höheres Alter (n = 3) oder Mobilitätseinschränkungen (n = 2) ausgelöst.

Wann wird soziale Isolation eingeschätzt?



Soziale Isolation wird **kommuniziert** mit

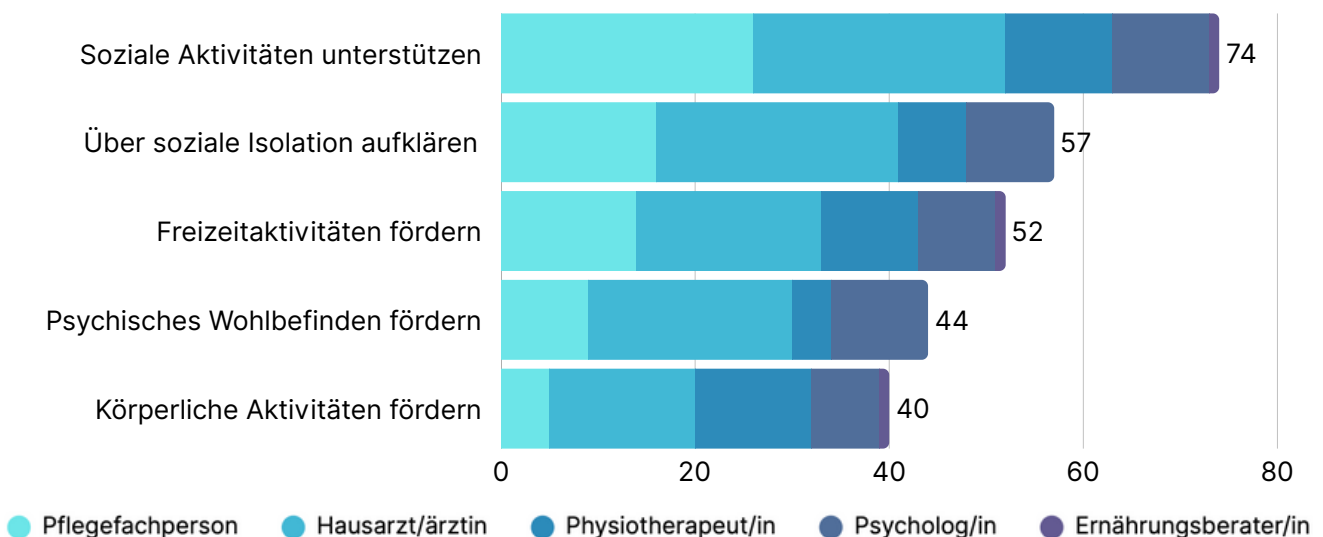
- Patient:innen (n = 58)
- Nahe stehende Personen (n = 43)
- Anderen Gesundheitsfachpersonen (n = 25)

SOZIALE ISOLATION

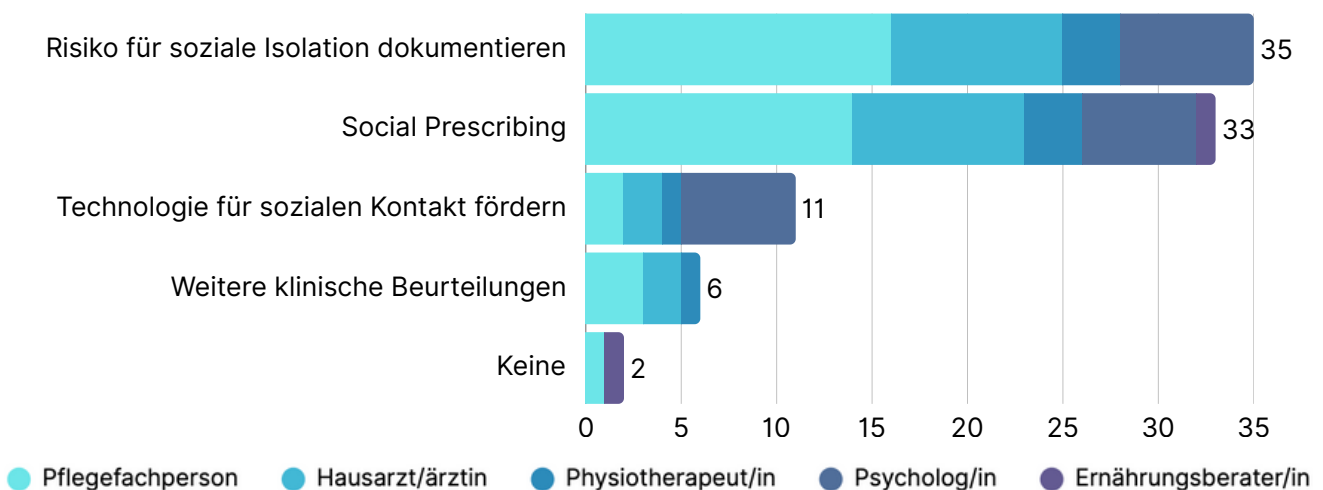
Umgesetzte Leitlinienkomponenten

- Interventionen zur sozialen Isolation werden seltener umgesetzt als solche zur Frailty.
- Relativ gesehen setzen Psycholog:innen die meisten Interventionen um.
- Fast die Hälfte der Befragten ist unentschieden, ob ihre Patient:innen den Interventionsempfehlungen folgen.
- Zur Erfolgskontrolle ihrer Empfehlungen greifen Gesundheitsfachpersonen auf Rückmeldungen der Patient:innen zurück (81 %, n = 73) oder verfolgen deren Teilnahme (50 %, n = 45).

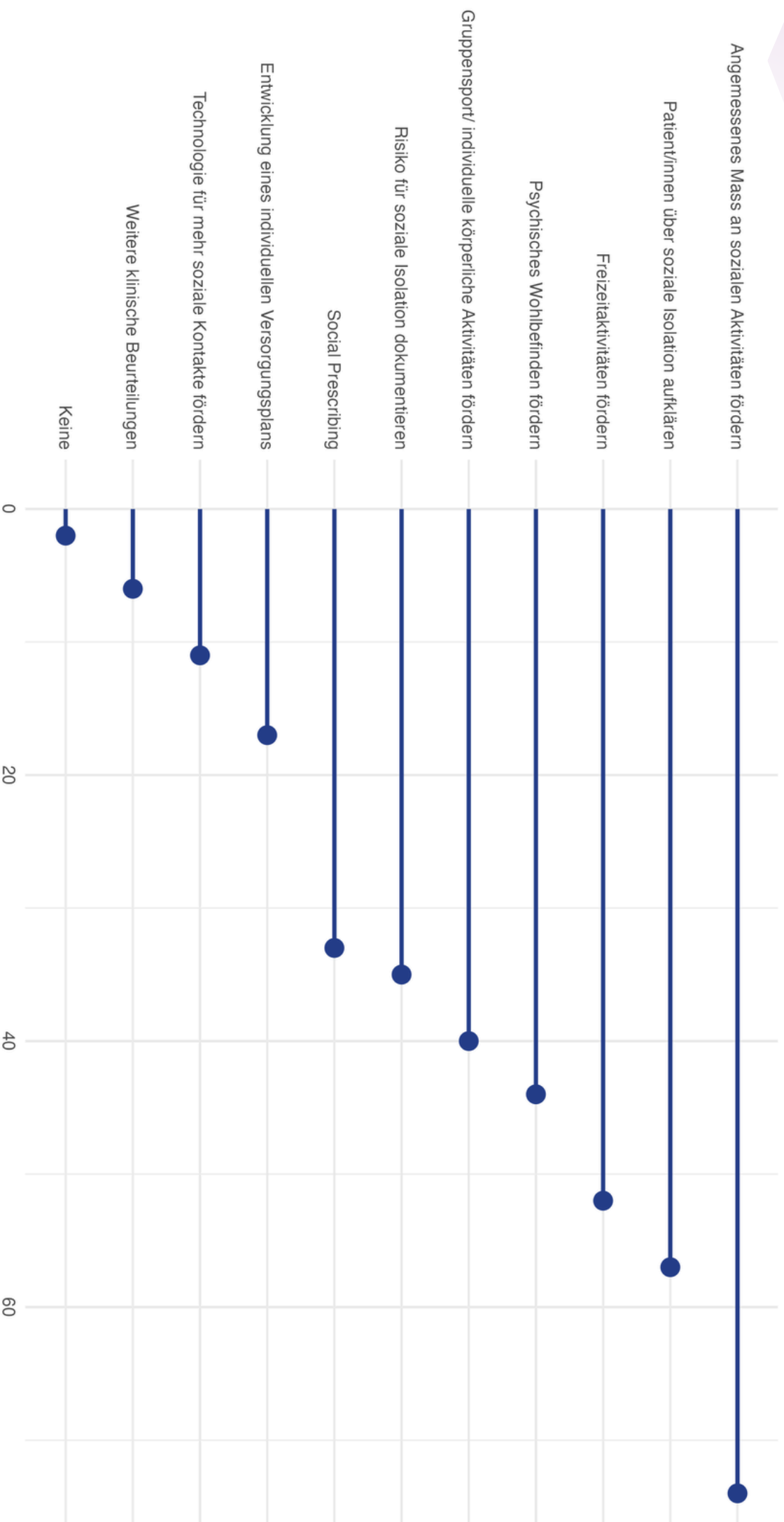
Fünf am häufigsten umgesetzte Leitlinienkomponenten



Fünf am seltensten umgesetzte Leitlinienkomponenten



Derzeit angewandte Komponenten der Leitlinien zur sozialen Isolation

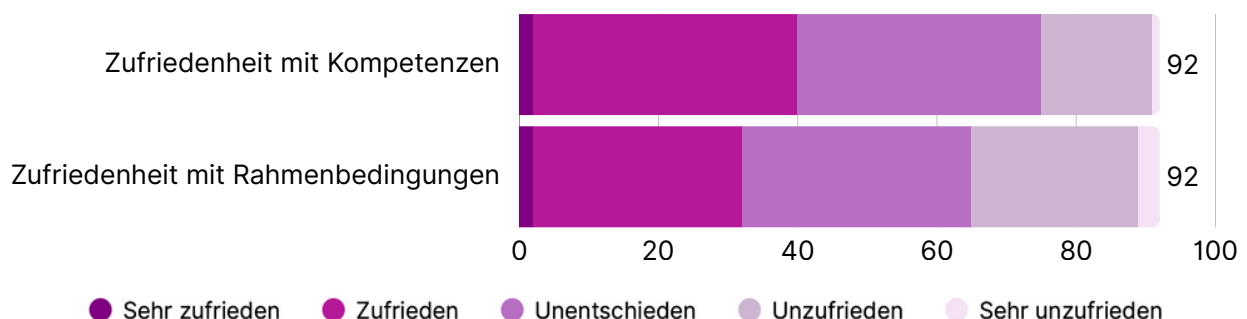


SOZIALE ISOLATION

Bedarf in der Praxis

- Die Mehrheit der Befragten äusserte den Wunsch nach einer evidenzbasierten Leitlinie (71 %, n = 41).
- Eine kleinere Zahl von Teilnehmenden verwendet bereits eine solche Leitlinie (5 %, n = 3).
- Die Teilnehmenden berichteten über eine hohe Zufriedenheit mit ihren eigenen Fähigkeiten zur Prävention und Behandlung sozialer Isolation.
- Im Gegensatz dazu war die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, die für eine adäquate Versorgung bei sozialer Isolation notwendig sind, deutlich geringer.

Zufriedenheit mit der Behandlung und Prävention sozialer Isolation in der Praxis



Dies deutet darauf hin, dass sich Fachpersonen zwar persönlich kompetent fühlen, strukturelle oder organisatorische Faktoren jedoch als Barrieren für eine erfolgreiche Prävention und Bewältigung sozialer Isolation wirken können.

ZUSAMMENARBEIT

Viele ältere Menschen leben mit einer Kombination aus medizinischen, funktionellen und sozialen Herausforderungen, die sich im Laufe der Zeit verändern. Ihre Unterstützung erfordert häufig das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen, die jeweils eine eigene Perspektive einbringen. In der Praxis kann eine effektive berufsübergreifende Zusammenarbeit die Versorgung kohärenter, zeitgerechter und stärker an den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Personen ausrichten.

Interprofessionelle Zusammenarbeit gilt als zentraler Bestandteil integrierter Versorgung – insbesondere im Kontext der Prävention von Frailty. Rahmenwerke wie das WHO-Konzept „Integrated Care for Older People“ (ICOPE) oder die „Integrated People-Centred Health Services“ (IPCHS) betonen die Bedeutung einer abgestimmten Versorgung über Sektoren und Berufsgruppen hinweg, um ältere Menschen möglichst lange gesund und selbstständig zu halten.

Dennoch ist Zusammenarbeit oft herausfordernd. Zeitdruck, eingeschränkte Kommunikationsstrukturen sowie unterschiedliche Zuständigkeiten oder Dokumentationssysteme erschweren die Koordination, selbst wenn ein starkes Kooperationsinteresse vorhanden ist. Dabei handelt es sich nicht um individuelles Versagen, sondern um systemische Herausforderungen, die in vielen Versorgungskontexten in der Schweiz und weltweit verbreitet sind.

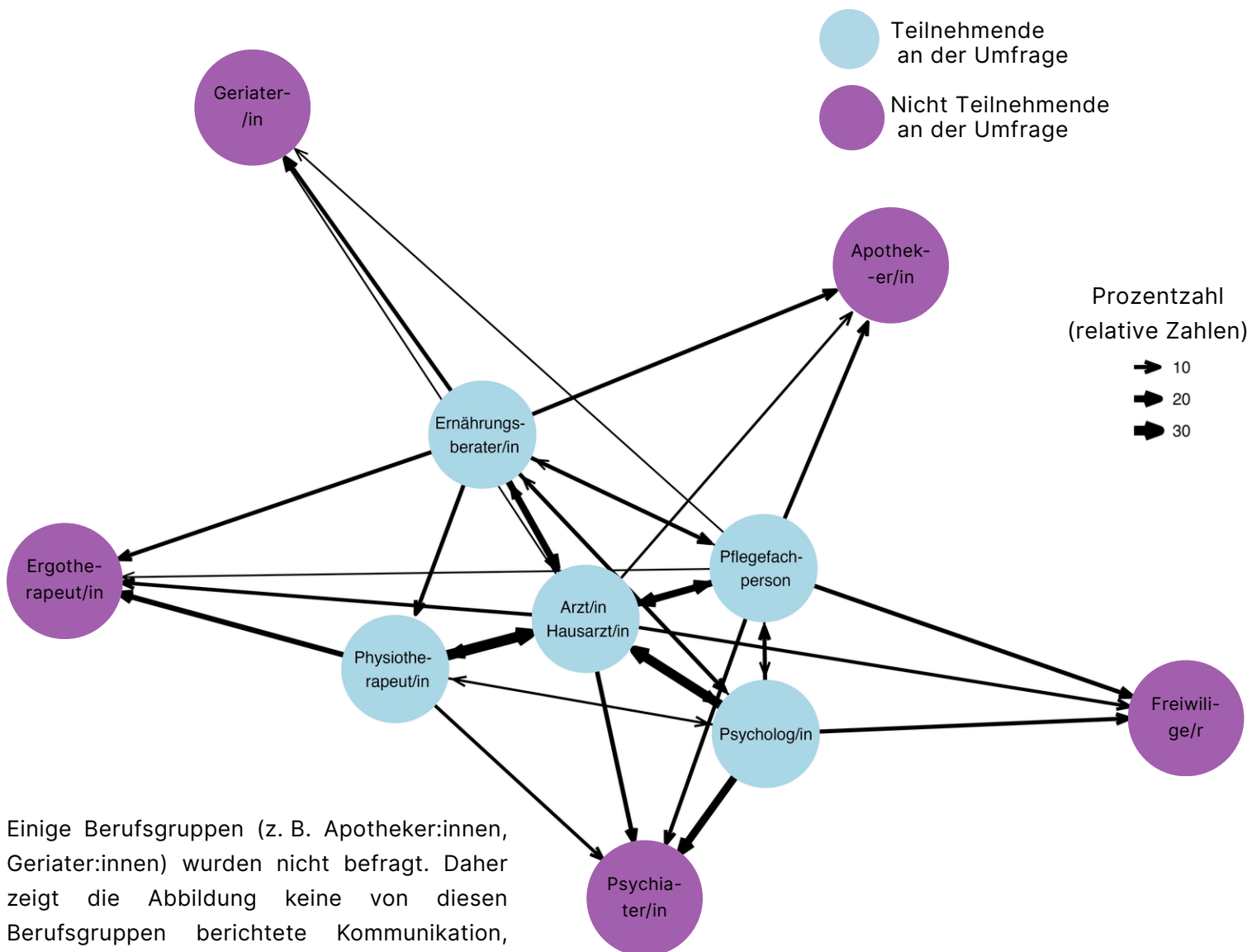
Viele Fachpersonen praktizieren bereits informelle Formen der Koordination und wissen um den Wert vertrauensvoller lokaler Beziehungen. Wo kooperative Praktiken durch gemeinsame Werkzeuge, klar definierte Zuweisungspfade oder regelmässige Austauschtreffen gestärkt werden, berichten Teams von mehr Handlungssicherheit und besseren Ergebnissen für die Patient:innen. Zusammenarbeit ist nicht immer einfach, bleibt jedoch ein zentraler Bestandteil der Versorgung, den viele Fachpersonen schätzen. Angesichts zunehmend komplexer Versorgungsbedarfe kann die koordinierte Betreuung gemeinsamer Patient:innen – auch in kleinen, praktikablen Schritten – dazu beitragen, Prävention rechtzeitig umzusetzen, die Kontinuität der Versorgung zu stärken und ein selbstbestimmtes Altern zu ermöglichen.

ZUSAMMENARBEIT

Kommunikationsmuster

- Pflegefachpersonen und Ärzt:innen kommunizieren mit der vielfältigsten Gruppe an Gesundheitsfachpersonen.
- Berufsübergreifend zählen Pflegefachpersonen, Hausärzt:innen und Physiotherapeut:innen zu den häufigsten Kommunikationspartnern.

Abbildung: Die Pfeile zeigen die Kommunikationsrichtung (siehe wichtige Anmerkung unten). Je dicker die Linie, desto häufiger der Kontakt.



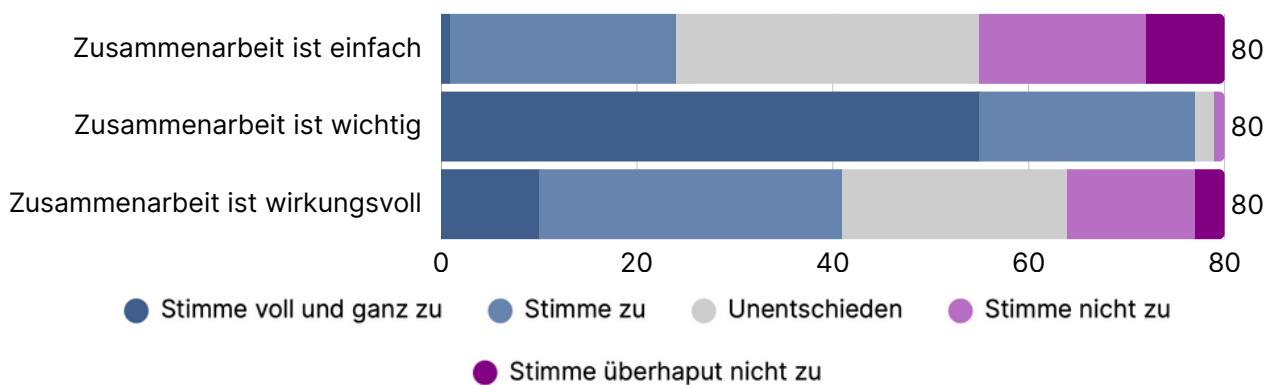
Einige Berufsgruppen (z. B. Apotheker:innen, Geriater:innen) wurden nicht befragt. Daher zeigt die Abbildung keine von diesen Berufsgruppen berichtete Kommunikation, sondern nur die an sie gerichtete Kommunikation. Dies kann den Eindruck einseitiger Kommunikationsmuster vermitteln und stellt eine Einschränkung des Studiendesigns dar.

ZUSAMMENARBEIT

Kommunikationsmuster

- Die Häufigkeit der Kommunikation variiert stark zwischen den Teilnehmenden.
 - Mehr als die Hälfte kommuniziert höchstens einmal pro Monat mit einer Kollegin oder einem Kollegen.
 - Etwa ein Fünftel steht wöchentlich im Austausch.
- Die drei am häufigsten genannten Gründe für die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen sind:
 - Koordination der Umsetzung der Patientenversorgung (45 %, n = 40)
 - Gemeinsame Entwicklung von Versorgungsplänen (38 %, n = 34)
 - Austausch über gemeinsam betreute Versorgungspläne (29 %, n = 26)

Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit



- Fachpersonen berichteten häufiger, dass sie die Zusammenarbeit selbst initiieren, anstatt von anderen angesprochen zu werden – was auf ein wahrgenommenes Ungleichgewicht in der Gegenseitigkeit kooperativer Bemühungen hindeutet.
- Obwohl die Teilnehmenden interprofessionelle Zusammenarbeit als sehr wichtig einschätzten, stimmten sie weniger häufig zu, dass sie einfach oder wirkungsvoll sei.
- Dies deutet darauf hin, dass Gesundheitsfachpersonen trotz des anerkannten Werts der Zusammenarbeit auf Hindernisse stoßen, die eine erfolgreiche Kooperation erschweren.

AKTIVITÄTSPROGRAMME

Gemeindebasierte Aktivitätsprogramme werden zunehmend als vielversprechender Ansatz zur Förderung gesunden Alterns anerkannt. Solche Programme – wie Bewegungskurse oder soziale Gruppenaktivitäten – ermöglichen älteren Menschen, körperlich aktiv zu bleiben und sozial in ihre Gemeinschaft eingebunden zu sein. Forschung zeigt, dass die Teilnahme an solchen Programmen sowohl auf Frailty als auch auf soziale Isolation messbare positive Effekte haben kann.

Frailty ist nicht nur ein medizinischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der von physischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird. Gemeindebasierte Aktivitätsprogramme tragen dazu bei, diese Dimensionen gleichzeitig anzusprechen. Sie fördern Mobilität, Gleichgewicht und Kraft, regen aber auch zu regelmässigen Tagesstrukturen und sozialem Austausch an. Studien deuten darauf hin, dass Programme am wirksamsten sind, wenn sie kontinuierlich, gruppenbasiert und an das funktionelle Niveau der Teilnehmenden angepasst sind. Der soziale Aspekt dieser Angebote ist dabei ebenso entscheidend wie der körperliche: Gemeinsame Aktivitäten stärken das Zugehörigkeitsgefühl und die gegenseitige Motivation – wichtige Voraussetzungen für langfristige Teilnahme und psychisches Wohlbefinden.

Gemeinschaftsprogramme können soziale Isolation verringern, indem sie sichere und einladende Räume schaffen, in denen ältere Menschen mit Gleichaltrigen in Kontakt treten können. Sie bieten nicht nur Möglichkeiten zur sozialen Vernetzung, sondern auch zur Wiedergewinnung von Selbstvertrauen – insbesondere nach Krankheit, Verlust oder einschneidenden Lebensereignissen. In einigen Fällen konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme an solchen Programmen das Gefühl von Sinnhaftigkeit und Identität wiederherstellen kann.

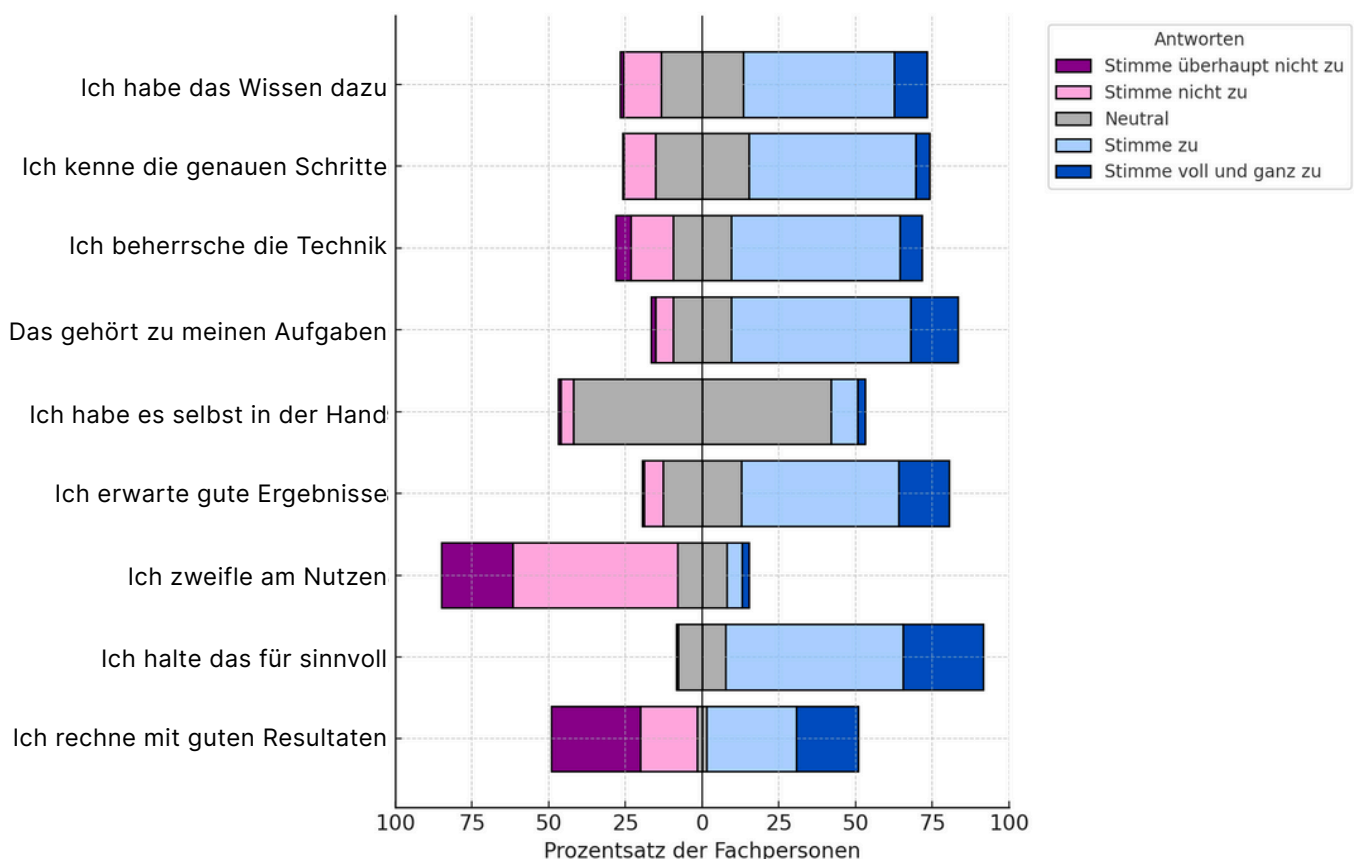
Trotz dieser Vorteile bestehen weiterhin mehrere Hürden. Viele ältere Menschen haben Schwierigkeiten, Zugang zu den Programmen zu finden – etwa aufgrund fehlender Transportmöglichkeiten, finanzieller Barrieren oder mangelnder Informationen. Einige zögern, sich ohne eine vertrauensvolle Empfehlung anzumelden. Gesundheitsfachpersonen spielen eine wichtige Rolle, um die Teilnahme zu fördern. Die strukturelle Anbindung zwischen Gesundheitsdiensten und gemeindebasierten Programmen ist jedoch in vielen Regionen noch unzureichend. Werden diese Programme jedoch unter Berücksichtigung des lokalen Kontexts, der Zugänglichkeit und der Bedürfnisse der Teilnehmenden umgesetzt, stellen sie eine kostengünstige und nachhaltige Strategie zur Förderung von Resilienz im Alter dar.

AKTIVITÄTSPROGRAMME

Ältere Menschen für Aktivitätsprogramme gewinnen

- Beinahe alle Teilnehmenden waren mit lokalen Aktivitäten oder gemeindebasierten Programmen für ältere Menschen vertraut.
- Gesundheitsfachpersonen verfügen über das Wissen und die Kompetenzen zur Förderung von Aktivitätsprogrammen, und betrachten dies als Teil ihrer beruflichen Aufgabe – was auf eine positive Grundhaltung hinweist. Dies wird dadurch gestützt, dass viele Befragte pessimistische Aussagen ablehnten.
- Die Einschätzung zur Verhaltenskontrolle zeigt, dass die Fachpersonen mehrheitlich neutral bewerten, ob sie die Motivation der Patient:innen zur Teilnahme wirksam beeinflussen können.
- Die Einschätzung zu den Ergebniserwartungen verdeutlicht einen klaren Mangel an Übereinstimmung darüber, ob lokale Aktivitätsprogramme eine wirksame Option für ihre Patient:innen darstellen.

Die **Abbildung** zeigt die Antworten von Gesundheitsfachkräften zu Faktoren, die ihre Förderung von Aktivitätsprogrammen für ältere Personen beeinflussen. Die Aussagen sind nach dem **Theoretical Domains Framework (TDF)** organisiert, das wichtige Verhaltenstreiber wie Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen identifiziert. Die Zustimmung zu jedem Faktor ist in Blau (rechts) dargestellt, Ablehnung in Lila (links), und neutrale Antworten (grau) sind in der Mitte positioniert.

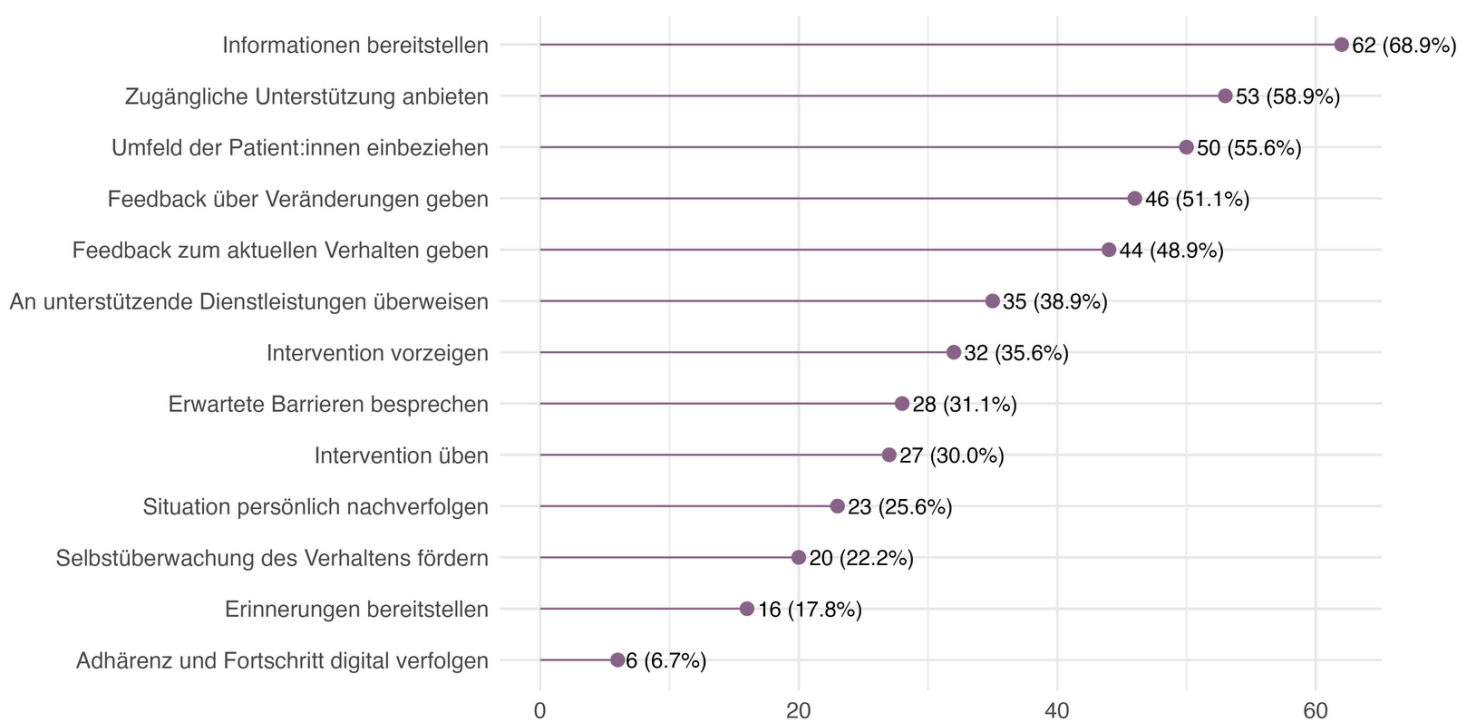


AKTIVITÄTSPROGRAMME

Unterstützende Strategien

- Beinahe alle Teilnehmenden setzen in gewissem Masse unterstützende Strategien ein, um physische oder soziale Aktivitäten bei älteren Menschen zu fördern.
- Die meisten Befragten berichteten, edukative und motivierende Massnahmen zu nutzen – etwa durch Informationsweitergabe, Ermutigung der Patient:innen oder die Einbindung ihres sozialen Umfelds.
- Auch Rückmeldungen zur Adhärenz und regelmässige Verlaufsgespräche werden häufig eingesetzt, was auf eine starke Betonung kontinuierlicher Unterstützung und persönlicher Begleitung hinweist.
- Techniken zur Förderung von Selbstreflexion und langfristiger Verhaltensänderung – wie Zielvereinbarungen oder die Analyse des Verhaltens der Patient:innen – kamen hingegen seltener zum Einsatz, was auf mögliche Schulungs- oder Ressourcenlücken hindeutet.

Abbildung: Die Teilnehmenden wurden gebeten anzugeben, welche Strategien sie einsetzen, um ältere Menschen bei der Teilnahme an physischen und/oder sozialen Aktivitäten zu unterstützen.

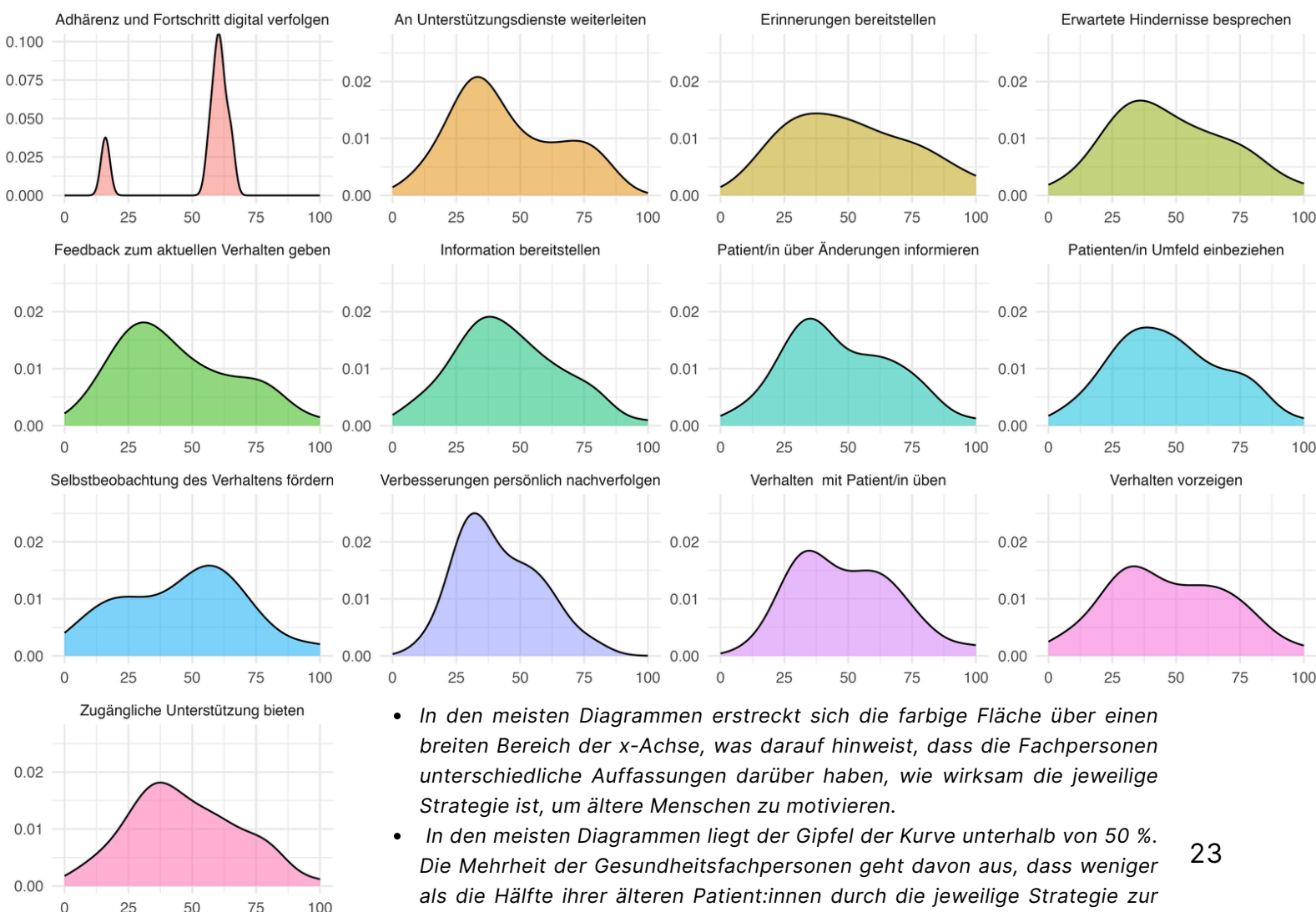


AKTIVITÄTSPROGRAMME

Ältere Menschen zur Teilnahme motivieren

- Gesundheitsfachpersonen unterscheiden sich stark in ihrer Einschätzung, wie motiviert ältere Menschen sind, an Aktivitätsprogrammen teilzunehmen.
- Im Durchschnitt schätzen Fachpersonen, dass etwa 44 % der älteren Menschen motiviert sind, an solchen Programmen teilzunehmen. Die Schätzungen liegen dabei meist zwischen 24 % und 64 %.

Die **Abbildung** zeigt, wie Gesundheitsfachkräfte die Wirksamkeit verschiedener Unterstützungsstrategien zur Motivation älterer Erwachsener einschätzen. Die x-Achse zeigt den erwarteten Anteil motivierter Patient:innen (0-100%). Die Spitzen der Kurve entsprechen den am häufigsten genannten Schätzwerten. Eine Spitze bei 60 % zeigt beispielsweise, dass viele Befragte erwarten, dass 60 % der Patient:innen durch diese Massnahme motiviert werden. Breitere Kurven zeigen unterschiedlichere Meinungen, schmalere stärkeren Konsens. Weiter rechts liegende Spitzen deuten auf höhere eingeschätzte Wirksamkeit hin.



NÄCHSTE SCHRITTE



PHASE 1

Umfrage

PHASE 1

Interviews mit
Gemeinschafts-
organisationen

PHASE 1

Interviews mit
Gesundheits-
fachpersonen

PHASE 1

Interviews mit
älteren
Menschen

PHASE 2

Unterstützende
Strategien
entwickeln

PHASE 3

Implementieren
und evaluieren

Phase 1: Nach Abschluss der ersten Befragung führt das ENGAGE-Projekt eine Reihe von Interviews mit Gemeinschaftsorganisationen, Gesundheitsfachpersonen und älteren Menschen durch. Ziel ist es, Bedürfnisse, Barrieren, förderliche Faktoren und bestehende Ressourcen zu identifizieren, die zur Entwicklung unterstützender Lösungen beitragen können.

Phase 2: Das ENGAGE-Team wird in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur:innen unterstützende Strategien entwickeln. Diese können Massnahmen zur Stärkung bestehender Angebote, zur Anpassung oder Entwicklung neuer Aktivitäten oder zur besseren Vernetzung zwischen Sektoren umfassen. Der gesamte Prozess wird partizipativ gestaltet.

Phase 3: In der letzten Phase wird ENGAGE die entwickelten Strategien in der Praxis umsetzen und deren Wirksamkeit überprüfen. Dazu gehört die Implementierung der Massnahmen in ausgewählten Settings sowie deren Evaluation im Hinblick auf Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Wirkung. Die Ergebnisse dienen der Optimierung und liefern eine Grundlage dafür, wie der Ansatz auf andere Gemeinschaften übertragen oder skaliert werden kann.

RESSOURCEN

Frailty

- Hoogendijk E O et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. The Lancet 2019, Volume 394, Issue 10206, 1365 - 1375.
- O’Caoimh R et al. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. Age and Ageing 2021, Volume 50, Issue 1, 96–104.
- Mehta P et al. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Identification and Management of Frailty. J Nutr Health Aging 2021, Volume 25, Issue 3, 382 - 391.
- Racey M et al. Effectiveness of physical activity interventions in older adults with frailty or prefrailty: a systematic review and meta-analysis. CMAJ Open 2021, Volume 9, Issue 3: E728 - E743.

Soziale isolation

- Hoang PM et al. Embracing connection: A review on first-ever clinical guidelines on social isolation and loneliness in older adults. Geriatrics 2024, Volume 9, 117.
- Tong F et al. Systematic review of efficacy of interventions for social isolation of older adults. Frontiers in psychology 2021, Volume 12, 554145.
- A toolkit on how to implement social prescribing. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

FORSCHUNGSTEAM

Projektteam

Dr. Bastiaan Van Grootven Universität Basel

Aurora Monticelli Universität Basel

Konsortium

Prof. Dr. Franziska Zúñiga Universität Basel

Prof. Dr. Sabina De Geest Universität Basel

Dr. Maria José Mendieta Jara Universität Basel

Prof. Dr. Mirko Winkler Swiss TPH

Prof. Dr. Markus Gerber Universität Basel

Prof. Emeritus, Dr. Reto Kressig Universität Basel

Cynthia O. Gschwind Universitäre Altersmedizin
FELIX PLATTER

Prof. Dr. Jannique van Uffelen KU Leuven

Fragen?

Kontaktieren Sie uns

www.engage-project.com

engage-nursing@unibas.ch

+41 61 207 64 64



**Universität
Basel**

Medizinische Fakultät
Departement Public Health