

# Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

## Konzepte präventiver Hausbesuche in Deutschland

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 31.05.2013

Vorgelegt von: Janett Ebel

Matrikelnummer 1970863


betreuende Prüferin: Prof. Petra Weber

zweite Prüfende: Dr. Sünje Prühlen

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2 HAUPTTEIL.....</b>	<b>3</b>
2.1 HINTERGRUND .....	3
2.1.1 Prävention.....	3
2.1.2 Der Werdegang präventiver Hausbesuche .....	3
2.2 METHODIK.....	4
2.2.1 Kriterien für die Auswahl der Konzepte.....	5
2.2.2 Literaturrecherche .....	5
2.2.3 Methodische Vorgehensweise .....	6
2.3 WAS IST EIN KONZEPT?.....	6
2.4 VORSTELLUNG DER KONZEPTE PRÄVENTIVER HAUSBESUCHE .....	6
2.5 VERGLEICH DER KONZEPTE PRÄVENTIVER HAUSBESUCHE .....	7
2.5.1 Forschungsproblem.....	8
2.5.2 Zweck, Ziel .....	10
2.5.3 Literaturbesprechung.....	11
2.5.4 Theoretischer und / oder konzeptueller Bezugsrahmen .....	11
2.5.5 Hypothese / Forschungsfrage .....	12
2.5.6 Forschungsdesign .....	12
2.5.7 Stichprobe: Art und Größe.....	13
2.5.8 Rechtlich-ethische Fragen .....	14
2.5.9 Instrumentarium (Messinstrumente).....	14
2.5.10 Validität und Reliabilität.....	16
2.5.11 Verfahren der Datensammlung .....	16
2.5.12 Datenanalyse.....	18
2.5.13 Ergebnisse .....	18
2.5.14 Diskussion von Befunden und neuen Befunden.....	24
2.5.15 Implikation, Grenzen und Empfehlungen.....	27
2.5.16 Literaturverzeichnis .....	27
2.5.17 Kommunikation der Forschungsergebnisse.....	27
2.6 DISKUSSION DER ERGEBNISSE AUS DEM VERGLEICH .....	28
<b>3 ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>35</b>
<b>4 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>37</b>
<b>5 LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>38</b>
<b>6 ANHANG .....</b>	<b>41</b>

## 1 EINLEITUNG

Im Zeichen der immer älter werdenden Bevölkerung und der hohen Kosten durch die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung (Statistisches Bundesamt 2013) ist es von besonderer Bedeutung, dass ältere Menschen in den Fokus der Prävention und Gesundheitsförderung rücken. In meiner studentischen Tätigkeit im LUCAS (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study) Projekt in der Albertinen Forschungsabteilung bin ich in den Kontakt mit der Erforschung des Alterungsprozesses sowie verschiedenen Maßnahmen zur Ermittlung und Förderung der Gesundheit älterer Menschen gekommen. Die Projekte, welche ältere Menschen möglichst lange gesund und selbstständig erhalten sollen, haben mein besonderes Interesse geweckt. Dazu zählen die präventiven Hausbesuche.

Präventive Hausbesuche sind Maßnahmen, bei denen ältere Menschen in ihrer eigenen Wohnung besucht und beraten werden. Auf Grundlage von Assessmentinstrumenten wird der Gesundheitszustand der älteren Menschen erfasst und die Betroffenen daraufhin mit geeigneten Maßnahmen beraten oder angeleitet (Lauber et al. 2012; 35). „Mit dem Begriff präventive Hausbesuche soll zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Besuche als Methode zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, zur frühzeitigen Intervention bei bestehenden Risikofaktoren und Erkrankungen sowie zur gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt mit dem Ziel der Vermeidung von Risikofaktoren und Erkrankungen zu verstehen ist“ (Hasseler et al. 2006; 140). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Schmocker et al. sind der Meinung, dass präventive Hausbesuche Pflegebedürftigkeit vorbeugen und hinauszögern können (Hasseler et al. 2006, 139).

In Deutschland hat nicht nur LUCAS präventive Hausbesuche für ältere Menschen untersucht und durchgeführt, sondern auch viele weitere Forscherteams. Die einzelnen Projekte unterscheiden sich voneinander. Dementsprechend heterogen sind auch die Forschungsergebnisse. Deutschland ist von einer flächendeckenden Einführung präventiver Hausbesuche, wie sie bereits in Dänemark und Japan erfolgt ist, noch weit entfernt (Hasseler et al. 2006; 156f., Meinck 2012; 250f.). In der aktuellen Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass noch weitere Studien zum Beispiel zur Bestimmung der Zielgruppe, den Zugangswegen oder der Anzahl der Hausbesuche durchgeführt werden müssen (Meinck 2012; 255, Bundesvereinigung für Gesundheit 2005; 45ff.). Doch dafür ist es zunächst von Bedeutung zu wissen, was die aktuelle Studienlage in Deutschland

besagt. Diese Bachelorarbeit wird einen Vergleich zu den bisher in Deutschland beendeten Konzepten präventiver Hausbesuche und deren Inhalten anstellen. Das Hauptaugenmerk liegt auf den positiven Erfahrungen der Konzepte sowie den Konzeptaspekten allgemein. Daraus sollen Empfehlungen für die weitere Entwicklung und Realisierung der Konzepte präventiver Hausbesuche abgeleitet werden.

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf präventive Hausbesuche bei älteren Menschen im Sinne der anfänglich genannten Definition. Hausbesuche, wie sie zum Beispiel beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Feststellung einer Pflegestufe stattfinden oder auf bestimmte Krankheiten wie zum Beispiel Demenz spezialisiert sind, werden nicht berücksichtigt. Zu Beginn dieser Arbeit wird ein kurzer Überblick über Prävention und dem Werdegang präventiver Hausbesuche gegeben. Daraufhin wird die methodische Vorgehensweise beschrieben. Mit der kurzen Darstellung, was allgemein unter Konzepte verstanden wird, findet der Einstieg in die Arbeit mit den fünf verschiedenen Konzepten zu präventiven Hausbesuchen statt. Zunächst werden die Konzepte mit ihren Eckdaten kurz vorgestellt. Anschließend erfolgt der Vergleich der Konzepte anhand den von LoBiondo-Wood et al. (2005; 52f.) aufgestellten Schritten des Forschungsprozesses. Die aus der Literatur ermittelten Informationen werden unter den verschiedenen Gesichtspunkten zusammengetragen. Dem Vergleich schließt sich eine Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse sowie Empfehlungen für weitere Konzepte präventiver Hausbesuche an. Die Bachelorarbeit endet mit einer Zusammenfassung.

## 2 HAUPTTEIL

Im Hauptteil wird kurz auf den Hintergrund präventiver Hausbesuche eingegangen. Der Fokus liegt auf dem Vergleich der Konzepte und deren abschließender Ergebnisdiskussion.

### 2.1 Hintergrund

In diesem Abschnitt wird die Thematik der Prävention mit präventiven Hausbesuchen in Verbindung gebracht. Außerdem erfolgt die Darstellung des Werdegangs präventiver Hausbesuche.

#### 2.1.1 Prävention

Im nachfolgenden werden zwei Definitionen von Prävention aufgezeigt, um diese anschließend auf die präventiven Hausbesuche beziehen zu können.

Prävention erklären Lauber et al. (2012; 5) mit „alle[n] Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheit zu fördern, Krankheiten und Unfälle zu verhüten und das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen. Ziel der Prävention ist es, Krankheitsrisiken abzuwenden und auszuschalten.“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2003; 179) definiert Prävention wie folgt: „Unter Prävention versteht man die Verhütung von Krankheiten durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.“

Beide Definitionen decken die drei Arten Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ab. Die Primärprävention soll die Krankheit verhüten, die Sekundärprävention die Krankheit früh erkennen und die Tertiärprävention die Krankheitsverschlechterung verhindern (BZgA 2003; 179). Die Definition präventiver Hausbesuche in der Einleitung schließt ebenfalls alle Arten der Prävention ein. Präventive Hausbesuche können demnach einen umfassenden präventiven Beitrag bezüglich des Gesundheitszustandes älterer Menschen liefern und tragen somit aus theoretischer Sicht zu Recht ihren Namen.

#### 2.1.2 Der Werdegang präventiver Hausbesuche

Seit den 80er Jahren werden international präventive Hausbesuche erforscht. Allerdings haben nur die im Folgenden aufgeführten Länder präventive Hausbesuche in ihre Regelversorgung aufgenommen (Meinck 2012; 249ff.).

Seit 1996 hat *Dänemarks* Bevölkerung ab einem Alter von 75 Jahren die Möglichkeit jährlich zwei Hausbesuche zu erhalten. Personen, die bereits hilfebedürftig sind, haben seit

2005 keinen Anspruch mehr auf einen präventiven Hausbesuch. Generell zeigt sich jedoch, dass die Umsetzung der präventiven Hausbesuche in Dänemark noch nicht einheitlich geregelt ist. Dänische Forscher sind derzeit aktiv um qualitätsgesicherte Standards und Leitlinien zu entwickeln. Auch in *Japan* finden präventive Hausbesuche statt. Ähnlich wie in Dänemark dürfen die älteren Menschen lediglich ab 65 Jahren keinen Hilfebedarf beziehungsweise eine Einstufung in die Pflegeversicherung haben. So genannte „Gesundheitsassessments“ gibt es in *Australien* seit 1998 und können auch in Form eines präventiven Hausbesuches angewendet werden. Länder wie Großbritannien, USA, Kanada, Schweiz oder Schweden haben regionale Studien zu präventiven Hausbesuchen durchgeführt, jedoch keines der Länder hat diese flächendeckend eingeführt (Meinck 2012; 250f.).

Bisher durchgeführte Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zur Wirksamkeit präventiver Hausbesuche zeigen Uneinheitlichkeit. Auch die Einschlusskriterien sowie die Inhalte der einzelnen Konzepte sind teilweise unterschiedlich. Die Erfahrungen aus den internationalen Studien sind nur bedingt auf Deutschland übertragbar, da zum Beispiel unterschiedliche Gesundheitssysteme vorherrschen. Eine Empfehlung zur Einführung präventiver Hausbesuche in Deutschland hat das Gutachten „Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien“ des Bundesministeriums für Gesundheit 2002 gegeben. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie hat sich 2003 gegen eine Einführung präventiver Hausbesuche und für das Schaffen weiterer Evidenzen in Deutschland ausgesprochen. Die Arbeitsgruppe „Gesund altern“ des Forums Prävention und Gesundheitsförderung empfahl 2005 die Durchführung kontrollierter Evaluationsstudien mit genauer Aufwand-Nutzen-Abwägung. Die Programme sollen hohe Fallzahlen und ausreichende Dauer mit sich bringen sowie Aussagen zur Finanzierung machen können. 2006 stützte ein Expertenworkshop die Meinung des Kompetenz-Centrum Geriatrie und des Forums für Prävention und Gesundheitsförderung und berief eine Planungsgruppe zur Vorbereitung einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie (RCT) ein (Meinck 2012; 251ff.).

## **2.2 Methodik**

Im ersten Unterpunkt werden Kriterien für die Auswahl der Konzepte vorgestellt. Im darauffolgenden werden die Literaturrecherche und die Vorgehensweise bei der Erarbeitung des Vergleiches beschrieben.

### 2.2.1 Kriterien für die Auswahl der Konzepte

Für die Suche nach Konzepten wurden folgende Kriterien aufgestellt:

- A Das Konzept wurde in Deutschland erforscht.
- B Das Konzept hat seinen Abschluss gefunden und Ergebnisse veröffentlicht.
- C Das Konzept beschäftigt sich mit dem Thema Prävention im Alter.

In Deutschland gibt es fünf bekannte Konzepte, die sich dem Thema Prävention im Alter widmen und bereits ihren Abschluss gefunden haben. Dabei handelt es sich bei allen Konzepten um Interventionsstudien.

### 2.2.2 Literaturrecherche

Einen ausführlichen Überblick über die Literaturrecherche gibt der Punkt 6.1 im Anhang.

Zuerst hat eine Recherche nach Konzepten in der Suchmaschine „Google“ stattgefunden, um herauszufinden, welche Konzepte es allgemein in Deutschland über präventive Hausbesuche gibt.

Anschließend erfolgte die Literaturrecherche in pflegewissenschaftlichen Datenbanken mit den Konzepten, die in dem ersten Schritt gefunden wurden. Weitere Suchbegriffe wurden hinzugezogen, um eventuell auf weitere Konzepte zu stoßen. Die Titel der Treffer wurden auf Relevanz überprüft. Der größte Teil der Literatur handelt jedoch allgemein über präventive Hausbesuche und enthält keine Informationen zu den Konzepten an sich.

Daraufhin hat eine erneute Literaturrecherche in der Suchmaschine „Google“, mit dem Ziel Informationen zu den einzelnen Konzepten zu erhalten, stattgefunden. Auf diesem Weg konnte speziell Literatur zu den Konzepten gefunden werden.

Des Weiteren konnte durch schriftliche Anfrage an drei Projektmitarbeiter weitere Literatur hinzugezogen werden. Zu einem Konzept war kein Ansprechpartner kontaktierbar und bei einem weiteren war die eigene Literaturrecherche bereits sehr erfolgreich und aussagekräftig.

Die Suche weiterer Literatur ist im Campus Katalog Hamburg mit gezielten Suchbegriffen sowie frei Hand in den Bibliotheken der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) und der ärztlichen Zentralbibliothek (ÄZB) Hamburg erfolgt.

### 2.2.3 Methodische Vorgehensweise

Zunächst wurde die Literatur zu den Konzepten mehrmals gelesen. Zur Gliederung des Vergleiches haben sich die Schritte des Forschungsprozesses von LoBiondo-Wood et al. (2005; 52f.) als vorteilhaft erwiesen. Dadurch konnte ein umfassender Blick über die einzelnen Forschungsarbeiten erreicht und dieser gezielt strukturiert werden. Die Informationen der Konzepte wurden zunächst tabellarisch erfasst (siehe Punkt 6.2) und anschließend schriftlich zusammengetragen.

### 2.3 Was ist ein Konzept?

In der pflegewissenschaftlichen Literatur ist ein Konzept „ein Begriff, der ein Objekt oder Phänomen auf abstrakte Weise beschreibt und benennt und ihm somit eine eigenständige Identität oder Bedeutung verleiht. [...] Das Konzept stellt die Grundkomponente einer Theorie dar“ (Burns et al. 2005; 160). Weber et al. (2010; 3) definieren Konzepte als „Planungs-, Entscheidungs-, Entwicklungs- und Umsetzungshilfen“.

Für das Verständnis der nachfolgenden Seiten soll deutlich gemacht werden, dass es sich bei der eingeschlossenen Literatur um Studien zu Konzepten präventiver Hausbesuche handelt. Demnach werden nachfolgend Bestandteile von Studien, die über die Konzeptdefinition hinausgehen, ebenfalls dargestellt. Das Wort „Konzept“ wird daher in dieser Bachelorarbeit auch im Sinne einer Studie verwendet.

### 2.4 Vorstellung der Konzepte präventiver Hausbesuche

In diesem Gliederungspunkt werden die Konzepte der präventiven Hausbesuche kurz vorgestellt.

*Konzept 1 – „Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte“:*

Das Konzept wurde am Albertinen Haus im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie in Hamburg durchgeführt. Gefördert wurde es durch die Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart. Die Projektleitung erfolgte durch Prof. Dr. Hans Peter Meier-Baumgartner. Von 2000 bis 2002 erstreckte sich die Laufzeit des Projektes, wobei die Interventionszeit von Juni 2001 bis Mai 2002 verlief. Bei diesem Konzept ist die Besonderheit, dass es Teil einer kontrollierten EU-Studie „Disability Prevention“ ist. Die Gesamtzielgruppe wurde vor die Wahl gestellt, ob sie an Gesundheitsförderungsangeboten in Kleingruppen im Zentrum oder die Möglichkeit präventiver Hausbesuche in Anspruch nehmen möchten. Für den Vergleich der Konzepte liegt der inhaltliche Fokus auf das Angebot der präventiven

Hausbesuche (Meier-Baumgartner et al. 2002; iiff.). Ein auf das beschriebene Konzept aufbauendes Forschungsprojekt zu präventiven Hausbesuchen findet aktuell in der Forschungsabteilung des Albertinen Hauses statt.

*Konzept 2 – „Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“:*

Dieses Konzept wurde von dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenburg und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig durchgeführt. Die Studie erstreckte sich über den Zeitraum Februar 2007 bis Januar 2010 (Behrens 2009; 10).

*Konzept 3 - Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen:*

Das von PD Dr. Manfred Wildner geleitete Projekt wurde vom Bayrischen Forschungs- und Aktionsverbund Public Health unterstützt. Die Gesamtprojektzeit beläuft sich von September 2001 bis August 2002. In den Monaten Dezember 2001 und Januar 2002 erfolgte die Anwendung der Intervention. Die Besonderheit ist, dass die EIGER-Studie aus Bern teilweise als Vorlage galt und auch innerhalb dieses Konzeptes die wissenschaftlichen Mitarbeiter aus Bern einbezogen wurden (Manstetten et al. 2002; If.).

*Konzept 4 – „mobil – Präventive Hausbesuche bei Senioren“:*

Dieses Projekt wurde von der Robert Bosch Stiftung GmbH Stuttgart gefördert. Durchgeführt wurde es in Zusammenarbeit der Bosch BKK und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Die Projektlaufzeit verlief von 2002 bis 2007. Die Anwendung der Intervention erfolgte in den Jahren 2004 bis 2007 (DIP 2008; 8).

*Konzept 5 – „Gesund älter werden“:*

Dieses Konzept ist Teil des Präventionsprogramms „Gesund älter werden“ der AOK. Die AOK Niedersachsen finanzierte das Programm. Wissenschaftlich begleitet wurde es durch Mitarbeiter der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Interventionslaufzeit belief sich von Juni 2004 bis Dezember 2006. Abschluss gefunden hat das Projekt 2007 (Fischer et al. 2009; 6).

## **2.5 Vergleich der Konzepte präventiver Hausbesuche**

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus der Literatur nach den einzelnen Schritten des Forschungsprozesses nach LoBiondo-Wood zusammengetragen. Die nachfolgende

Gliederung spiegelt die Schritte des Forschungsprozesses wieder. Die Ausführlichkeit der Berichterstattung hängt von der Relevanz für die Bearbeitung der Forschungsfrage ab. Ein umfassender tabellarischer Vergleich der Konzepte ist im Punkt 6.2 im Anhang zu finden. Die Tabelle 1 stellt die wichtigsten Erkenntnisse zu den Konzepten dar.

#### 2.5.1 Forschungsproblem

LoBiondo-Wood et al. (2005; 83) geben an, dass in der Problemdarstellung der spezifische Problembereich definiert, die relevante wissenschaftliche Literatur überprüft, die potenzielle Bedeutung des Problems für die Pflege untersucht und die praktische Durchführbarkeit der Erforschung des Problems überprüft wird.

Im Konzept 1 wird anfangs die Situation der Pflege in Deutschland im Jahr 2000, die Bevölkerungsgruppe der „älteren Menschen“ in Deutschland, Prävention und Gesundheitsförderung im Alter, Kooperation in kommunalen Netzwerken und Präventionsforschung am Geriatrischen Zentrum Albertinen-Haus behandelt (Meier-Baumgartner et al. 2002; viii).

Einleitend berichtet das Konzept 2 über den demografischen Wandel sowie zunehmende soziokulturelle und kulturelle Entwicklungen, die großen Einfluss auf die Solidargemeinschaft haben. Die zunehmende Bedeutung präventiver Maßnahmen zum Beispiel zur Prävention von Heimeinweisungen wird betont. Präventive Hausbesuche werden als vielversprechend angesehen, um einen präventiven Beitrag bezüglich des Gesundheitszustandes älterer Menschen zu leisten. Das Ziel des Projektes sowie die Studienlage werden kurz beschrieben. Im darauffolgenden Gliederungspunkt werden internationale und nationale Forschungsergebnisse dargestellt (Luck et al. 2011; 4ff.).

Im Konzept 3 wird einleitend der Schwerpunkt der Studie sowie das Projektteam vorgestellt. Das Ziel von Prävention im Alter sowie die Bedeutung der präventiven Hausbesuche werden dargelegt. Des Weiteren werden der Hintergrund und der Anlass zur vorliegenden Studie aufgezeigt (Manstetten et al. 2002; 3f.).

	1	2	3	4	5
<b>Zielgrößen</b>	Ausbildung einer Pflegekraft für Gesundheitsförderung, Zielgruppenbestimmung	Heimübergänge, Stürze, Selbsthilfedefizite, Selbstpflegekompetenz, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Kosten	Prüfung der Umsetzbarkeit von p. Hb.	Heimübergänge, Einstufung in SGB XI, Krankenhausstage und -kosten, Gesundheitskosten, funktionale Fähigkeiten, subjektiver Gesundheitszustand	Gemeindezeit, Pflegekosten, Mortalität, Pflegebedürftigkeit, Heimübergänge, häusl. Krankenpflege, Krankenhauseinweisung, -verweildauer, -kosten; sturzbedingte Frakturen, Schlaganfall, Myokardinfarkt, Arzneimittelkosten, amb. ärztliche Leistungen
<b>Studiendesign</b>	“p. Hb.” = Interventionsmodell im RCT von “Disability Prevention”	RCT	Machbarkeitsstudie	CT	RCT
<b>Zielgruppe</b>					
<b>Alter</b>	>60J.	>80J.	>65J.	>75J.	68-79J.
<b>Pflegebedürftigkeit nach SGB XI</b>	nein	ja bis max. Pflegestufe 1	nein	nein	nein
<b>kognitive Beeinträchtigung</b>	nein	nein	---	nein	---
<b>Rekrutierung</b>	HA-Praxen; postalisch	HA-Praxen, Krankenhäuser, Melderegister; postalisch	HA-Praxen, Melderegister; postalisch	Datenbank Bosch BKK, postalisch	Datenbank AOK, postalisch und telefonisch
<b>Assessment</b>	siehe Tabelle 2				
<b>Intervention</b>	siehe Tabelle 3				
<b>Anzahl der Hb.</b>	2	3	2	mind. 3	3-5
<b>Ergebnisse</b>	- Ausbildung einer Pflegekraft für Gesundheitsförderung erfolgreich absolviert - Zielgruppe: gebrechliche ältere Menschen → FRAIL	- Abnahme der Stürze (signifikant) - Lebensqualität mittels EQ-VAS schlechter in KG (signifikant) - weniger Heimübergänge (nicht signifikant) - Tendenz: höhere Kosten in IG	- Aufstellen eines Umsetzungs-konzeptes erfolgt	- <u>nur</u> signifikante Ergebnisse bei der Mobilitäts-ermüdung: IG konstant, Zunahme in KG	- <u>keine</u> signifikanten Ergebnisse mittels Intention-to-treat Analyse

Tabelle 1: Übersicht der wichtigsten Inhalte der Konzepte

Das Konzept 4 spricht zu Beginn seines Abschlussberichtes kurz den demografischen Wandel und die damit einhergehenden Lebensbedingungen an. Auch der Wunsch älterer Menschen, lange in der Häuslichkeit leben zu wollen, wird aufgeführt. In die Thematik der präventiven Hausbesuche wird durch Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention eingeleitet (DIP 2008; 8ff.).

Das Konzept 5 der AOK Niedersachsen berichtet ausführlich den Forschungshintergrund. In der Veröffentlichung der AOK (2010; 8ff.) werden die Themen „Altern und Leistungsfähigkeit“, „Formen der Gesundheit“, „Gesundheit und soziale Leistungsfähigkeit“, „Gesundheitsförderung“, „Krankheitsprävention“, „rechtlicher Rahmen“, „ökonomische Grundlagen“ und „Konsequenzen für die Interventionen“ besprochen. Auch Fischer et al. (2009; 6f.) decken den Anlass und das Ziel der Studie, die Bedeutung von Prävention, eine kurze Analyse der internationalen Literatur sowie Aspekte zum deutschen Gesundheitssystem ab.

Insgesamt haben alle Konzepte den spezifischen Problembereich thematisiert, indem sie die Situation der älteren Menschen, gesellschaftliche Aspekte oder das Thema Prävention und Gesundheitsförderung angesprochen haben. Die Überprüfung der wissenschaftlichen Literatur haben nur zwei Konzepte dargestellt. Nur das Konzept 1 befasst sich direkt mit der Bedeutung des angesprochenen Problems für die Pflege. Bei den anderen Konzepten klingt die Bedeutung zumeist implizit an.

#### 2.5.2 Zweck, Ziel

„Die Ausbildung und den Einsatz einer Pflegekraft in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland zu entwickeln, zu erproben und zu beschreiben“, war das Ziel des Konzeptes 1 (Meier-Baumgartner et al. 2002; 37). Die Kompetenz der Krankenpflege als dritte therapeutische Kraft neben Medizinerinnen und Therapeuten sollte gefördert werden (Meier-Baumgartner et al. 2002; 33). Des Weiteren sollte eine Bestimmung der Zielgruppe erfolgen, um auf diese spezielle Maßnahmen abstimmen zu können (Dapp et al. 2007; 229). Es das Einzige von den fünf Konzepten, welches nicht direkt die Erprobung präventiver Hausbesuche im Ziel ihres Projektes verankert hatte.

Das Konzept 2 untersucht die Effektivität und die Kosteneffektivität von präventiven Hausbesuchen (Luck 2011; 2).

Das Ziel des Konzeptes 3 war die Anpassung und Erprobung von Instrumenten, die Feststellung von Kriterien der durchführenden Personen von präventiven Hausbesuchen und die Erstellung eines Umsetzungskonzeptes. Übergeordnet sollten „Aspekte der Umsetzbarkeit von präventiven Hausbesuchen zum Erhalt der unabhängigen Lebensführung im Alter“ geprüft werden (Manstetten et al. 2002; I).

Im Konzept 4 war das Ziel der Studie „präventive Hausbesuche im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem zu erproben“ (DIP 2009; 54). Des Weiteren sollte die Selbstständigkeit und die Gesundheit erhalten und gefördert werden (DIP 2008; 22).

Die Überlebenszeit älterer Menschen durch Aktivierung zu verlängern hatte sich das Konzept 5 zum Hauptziel gemacht. Außerdem sollten die Lebensqualität verbessert, die Selbstständigkeit erhalten, eine Verschlechterung von Erkrankungen vermieden, Leistungsausgaben reduziert und regionale Angebote vernetzt werden (Fischer et al. 2009; 8). Dieses Konzept nennt zusätzlich Endpunkte, welche im Punkt 2.5.13 zu finden sind. Auffällig ist, dass die gesteckten Ziele und die Endpunkte nicht zusammenpassen.

Insgesamt werden Selbstständigkeit und unabhängige Lebensführung älterer Menschen von drei Konzepten in ihren Zielen genannt.

### 2.5.3 Literaturbesprechung

Eine Literaturrecherche im Sinne von LoBiondo-Wood et al. (2005; 121ff.) hat keines der Konzepte beschrieben. Konzept 4 hat eine internationale Literaturanalyse erwähnt, jedoch keine weiteren Erläuterungen dazu gemacht (DIP 2008; 8). Auch das Konzept 5 hat ein Literaturstudium für die Erarbeitung eines Berater Handbuchs berichtet, aber weitere Ausführungen sind ebenfalls nicht erfolgt (AOK 2010; 63). Von Renteln-Kruse et al. (2003; 389f) aus dem Konzept 1 haben eine standardisierte Literaturabfrage in der Suchmaschine PubMed in ihrer Publikation aufgeführt. In den Konzepten 2 und 3 sind keine Angaben zur Literaturrecherche gefunden worden.

### 2.5.4 Theoretischer und / oder konzeptueller Bezugsrahmen

Die Konzepte 1, 2 und 3 machen keine Angaben zum theoretischen und konzeptuellen Bezugsrahmen.

Das Konzept 4 gibt zu Beginn ihrer Veröffentlichung den theoretischen Bezugsrahmen an. Die Autoren gehen auf die Kernelemente des Konzeptes präventiver Hausbesuche ein, um

ihre inhaltliche Ausgestaltung dieser zu erläutern. Dabei wird durchweg Bezug zu pflegewissenschaftlicher Literatur genommen (DIP 2008; 10ff.).

Das Konzept 5 hat beschrieben, welchen Theorien und Konzepte ihre Arbeit zugrunde liegt. Es wird berichtet, dass der erweiterte Gesundheitsbegriff sowie der Ansatz des „active aging“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Grundlage ihrer Tätigkeit sind. Des Weiteren spiegelt das Konstrukt des Case-Managements und der Fallsteuerung die innere Haltung der Beraterinnen wieder. Grundlage der Beratung ist das Konzept der Salutogenese und der systematisch-lösungsorientierte Ansatz (AOK 2010; 29ff.).

#### 2.5.5 Hypothese / Forschungsfrage

Eine explizite Forschungsfrage haben nur die Konzepte 2 und 4 formuliert. Die Forschungsfragen lauten wie folgt:

##### *Konzept 2*

„Im Rahmen des Projektes ‚Altern zu Hause‘ soll die Frage beantwortet werden[,] ob präventive Hausbesuche durch geschultes Personal dazu beitragen können, den individuellen Hilfe- und Pflegebedarf der Studienteilnehmer zu ermitteln und ihre Kompetenzen und Ressourcen für eine autonome Lebensführung zu stärken“ (Behrens 2009; 10).

##### *Konzept 4*

„Erbringt die Umsetzung des für mobil entwickelten Konzepts Präventiver Hausbesuche über zwei bzw. drei Jahre im kontrollierten Studiendesign signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Ergebnisindikatoren Einstufung in die Pflegestufe, Einzug ins Pflegeheim, Anzahl der Krankenhaustage und -kosten, Gesundheitskosten, funktionaler Status und subjektiver Gesundheitszustand?“ (DIP 2008; 23).

Außerdem hat die Forschergruppe des Konzeptes 4 als einzige eine Ausgangshypothese aufgestellt, die sie widerlegen wollen: „Interventionsgruppe und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht“ (DIP 2008; 23).

#### 2.5.6 Forschungsdesign

Das Forschungsdesign eines RCT haben die Konzepte 2 und 5 angewendet (Luck et al. 2011; 6, Fischer et al. 2009; 7). Aus der Planung eines RCT ist bei dem Konzept 4 letztendlich nur eine kontrollierte Studie (CT) geworden (DIP 2008; 19). Das Konzept 3

hat eine reine Machbarkeitsstudie ohne Kontrollgruppe durchgeführt (Manstetten et al. 2002; 1). Das Konzept 1 ist ebenfalls ein Machbarkeitsmodell, wobei die Hausbesuchsgruppe mit der Beratungsgruppe im Zentrum verglichen wurde. Den beiden Interventionsgruppen des Konzeptes 1 steht eine Kontrollgruppe mit Regelversorgung gegenüber (Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bisher nicht erfolgt) (Dapp 2007; 228ff.).

#### 2.5.7 Stichprobe: Art und Größe

##### *Stichprobengröße*

Die Stichprobengröße ist in den einzelnen Konzepten unterschiedlich. Sie schwankt von 15 bis 586 Teilnehmer (Renteln-Kruse et al. 2003; 378, Manstetten et al. 2009; 12, Manstetten et al. 2002; 9, DIP 2008; 27, Fischer et al. 2009; 19). Am kleinsten war die Stichprobe in den Studien ohne Kontrollgruppe (Konzept 1 und 3) und am größten in den RCTs (Konzept 2 und 5).

##### *Ein- und Ausschlusskriterien*

Das Aufnahmealter in die Studien variiert von 60 bis 80 Jahren. Eine Altersobergrenze hat das Konzept 5 mit dem Alter von 79 Jahren aufgestellt. Alle Konzepte, außer Konzept 2, haben nur Teilnehmer in ihre Studie aufgenommen, wenn diese noch nicht in eine Pflegestufe eingruppiert waren. Das Konzept 2 hat auch Teilnehmer mit der Pflegestufe 1 eingeschlossen. Eine kognitive Beeinträchtigung ihrer Teilnehmer haben die Konzepte 1, 2 und 4 als Ausschlusskriterium definiert. Deutsch als Muttersprache setzten die Konzepte 1, 2, 3 und 5 von ihren Teilnehmern voraus. Eine unabhängige und selbstständige Lebensweise wurde in den Konzepten 1 und 3 erwartet (Meier-Baumgartner et al. 2002; 26ff., Fleischer et al. 2008; 3, Manstetten et al. 2002; I, DIP 2008; 21, AOK 2010; 60).

##### *Rekrutierung*

Die Anzahl der kontaktierten Teilnehmer und die, die letztendlich in die Studie eingewilligt haben, kann Aufschluss über erfolgreiche Zugangswege liefern. Das Konzept 3 hat 80 Teilnehmer kontaktiert, wobei nur 15 (18,8%) ihre Einwilligung erteilten. Nach eigener Aussage von Manstetten et al. (2002; 9), war die Rücklaufquote der über den Hausarzt fast doppelt so groß wie über das Einwohnermeldeamt. Im Konzept 4 wurden 1300 Versicherte der Bosch BKK für die Interventionsgruppe angeschrieben. 196 Versicherte zeigten Interesse. Nach Prüfen der Einschlusskriterien bestand die

Interventionsgruppe aus 180 (13,8%) Teilnehmern (DIP 2008; 26f.). Im Konzept 5 konnten von insgesamt 1300 Versicherten der AOK Niedersachsen für die Interventionsgruppe 586 (45,1%) rekrutiert werden (Fischer et al. 2009; 19). Anders als im Konzept 4 hat das fünfte Konzept die Teilnehmer zusätzlich über Telefonanrufe kontaktiert (AOK 2010; 61). Beide Konzepte haben Schwierigkeiten angegeben, ihre notwendige Teilnehmerzahl über schriftliche Kontaktaufnahme zu erreichen (DIP 2008; 26, AOK 2010; 61). Die Konzepte 1 und 2 können in dieser Betrachtung aufgrund fehlender Informationen nicht mit einbezogen werden.

Die Konzepte 1 und 2 haben ihre Stichprobe über Hausarztpraxen bezogen. Das Konzept 2 hat außerdem das Melderegister und ein Krankenhaus zur Teilnehmergewinnung hinzugezogen (Meier-Baumgartner et al. 2002; 25f., Fleischer et al. 2008; 3).

#### 2.5.8 Rechtlich-ethische Fragen

Über die Absicht und Art der Studie wurden die Teilnehmer aller Konzepte informiert, indem sie schriftliches Studienmaterial erhalten haben (Meier-Baumgartner et al. 2002; 30, Luck et al. 2011; 7, Manstetten et al. 2002; 10, DIP 2008; 26, Fischer et al. 2009; 10). Die Prüfung des Studienkonzeptes durch die Ethikkommission wurde im Konzept 2 veranlasst (Fleischer et al. 2008; 6). Auf die Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes haben die Konzepte 3, 4 und 5 hingewiesen (Manstetten et al. 2002; 7, DIP 2008; 16, Fischer et al. 2009; 15). Eine direkte Nennung der „informierten Zustimmung“ ist nur vom ersten Konzept erfolgt (Meier-Baumgartner et al. 2002; 30).

#### 2.5.9 Instrumentarium (Messinstrumente)

Der Vergleich der Messinstrumente ist erschwert, da jedes Konzept unterschiedlich an die Entwicklung, den Einsatz und die Auswertung seiner Messinstrumente heran gegangen ist. Einen Überblick über die verwendeten Messinstrumente gibt Tabelle 2 (Seite 15).

Die Konzepte 4 und 5 haben sich das STEP (Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care) Assessment als Grundlage genommen und dieses jeweils an ihre Studie angepasst und modifiziert (DIP 2008; 32ff., AOK 2010; 46ff.).

Das geriatrische Screening nach Lachs et al. von 1997 hat das Konzept 1 genutzt und für das darauffolgende Assessment eine eigene Version, das Albertinen-HausBesuch-Assessment, entwickelt (Meier-Baumgartner et al. 2002; 48ff.). Ebenfalls auf Lachs et al. bezieht sich für sein Interventionsassessment das Konzept 2 (Behrens 2009; 11).

Alle Konzepte, außer Konzept 3, haben für die Auswertung der Hausbesuche eine interdisziplinäre Fallbesprechung veranlasst (Meier-Baumgartner et al. 2002; 69, Luck et al. 2011; 9, DIP 2009; 64, AOK 2010; 64). Die Ausführungen sind dabei jedoch sehr verschieden. Die Teams der interdisziplinären Fallbesprechung unterscheiden sich genauso wie die Häufigkeit dieser Zusammenkünfte über den gesamten Studienzeitraum. Im Konzept 3 erfolgte die Auswertung des Hausbesuchs in Form eines EDV-basierten Gesundheitsberichtes (Manstetten et al. 2002; 8).

Das Konzept 3 hat sich an Fragebögen gehalten, die die Studienteilnehmer ausfüllen sollten. Ein Kurzfragebogen diente der Selektion von nicht pflegebedürftigen Personen und deren Aufnahme in die Studie. Das eigentliche Assessment stellt ein Gesundheitsfragebogen dar, der multidimensional angelegt ist (Manstetten et al. 2002; 5ff.).

Konzept	Messinstrumente
1	Geriatrisches Screening AGAST nach Lachs et al. Albertinen-HausBesuch-Assessment (Grundlage: AGAST nach Lachs et al.) Fallbesprechung
2	Baseline-Erhebung Gerontologisches Assessment AGAST nach Lachs et al. multiprofessionelle Fallkonferenz
3	Kurzfragebogen Gesundheitsfragebogen
4	Gesundheitsfragebogen (Questionnaire of functional ability und SF-12) STEP-m interdisziplinäre Fallbesprechung
5	Schlüsselfragen modifiziertes STEP-Assessment Aktivierungsbogen (selbst entwickelt) WHOQOL-Bref teaminterne Fallbesprechung

**Tabelle 2: Die Messinstrumente der einzelnen Konzepte** (Meier-Baumgartner et al. 2002; 49ff., Luck et al. 2011; 8f., Manstetten et al. 2002; 5, DIP 2008; 24; 29ff., Fischer et al. 2009; 9f.)

Im Allgemeinen haben die Konzepte, außer Konzept 3, ausführlich über ihre einzelnen Messinstrumente berichtet. Dabei entsteht der Eindruck, dass eine Vielzahl an Instrumenten verwendet wurde, um sich ein genaues und umfassendes Bild über den Studienteilnehmer zu machen. Die Konzepte haben alle zusätzlich eigene Assessments entworfen oder Veränderungen an etablierten Erhebungsinstrumenten vorgenommen. Das hat eine Auswirkung auf die Validität und Reliabilität der Ergebnisse (siehe Punkt 2.5.10).

#### 2.5.10 Validität und Reliabilität

Testungen zur Validität und Reliabilität der Messinstrumente, besonders der eigenen Versionen oder Modifikationen, hat nur das Konzept 4 beschrieben. Es hat darauf hingewiesen, dass die Anpassung des STEP Assessments „soweit möglich“ durch valide und reliable Instrumente erfolgte, aber auch durch literaturgestützte und erfahrungsbezogene Fragen ergänzt wurde (DIP 2008; 35). Eine Testung der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität hat im Gesundheitsfragebogen bei der Skala zur Messung der funktionalen Fähigkeit selbstständiger Älterer (SF-12) stattgefunden (DIP 2008; 120).

#### 2.5.11 Verfahren der Datensammlung

Unter Datensammlung wird in diesem Gliederungspunkt verstanden, wie die einzelnen Konzepte vorgegangen sind, um ihre Daten zu erheben. Einen detaillierten Überblick über die jeweiligen Konzepte und deren Hausbesuchsabfolge gibt Punkt 6.3.

Die nachfolgenden Informationen entstammen Meier-Baumgartner et al. (2002; 63ff.), Luck et al. (2011; 7ff.), Manstetten et al. (2002; 7ff.), DIP (2008; 13ff.) und Fischer et al. (2009; 9ff.).

Die Konzepte 1 und 3 haben in zwei und das Konzept 2 in drei Hausbesuchen ihre Daten erhoben. In mindestens drei, mit Option auf mehr, Hausbesuchen haben die Konzepte 4 und 5 ihre Daten gesammelt.

Einen telefonischen Erstkontakt zur Terminvereinbarung haben die Konzepte 1, 2, 3 und 5 angeführt. Im Konzept 4 ist die Art der Vereinbarung des ersten Hausbesuches unklar geblieben.

Im ersten Hausbesuch stand in allen Konzepten hauptsächlich die Anwendung der Assessments im Vordergrund. Lediglich im Konzept 3 hat schon zu diesem Zeitpunkt eine Beratung stattgefunden. Das Konzept 4 hat sich die Option auf einen Beratungsbeginn im ersten Hausbesuch offen gelassen. Im zweiten Hausbesuch haben dann alle Konzepte,

außer Konzept 5, ihre jeweilige Intervention durchgeführt beziehungsweise begonnen. Erst im dritten Hausbesuch ist im Konzept 5 eine Beratung erfolgt. Dieses ist somit das einzige Konzept, welches seine Assesmenterhebung auf zwei Hausbesuche verteilt hat. Welche Interventionen in den einzelnen Konzepten erfolgt sind, gibt Tabelle 3 wieder.

Konzept	Intervention
1	Beratung (Ansprechpartner, Lösungsstrategien,...) Aushändigung von schriftlichen Empfehlungen
2	Informationsmaterial Beratung Vermittlung Anleitung ggf. Einbezug von Angehörigen
3	Wohnraumbegehung Besprechung Gesundheitsbericht
4	Beratung standardisierte Informationsmaterialien oder Empfehlungen
5	auf STEP-basiertes Care-Management

**Tabelle 3: Die Interventionen der einzelnen Konzepte** (vgl. Meier-Baumgartner et al. 2002; 63ff., Luck et al. 2011; 9, Manstetten et al. 2002; 10, DIP 2008; 15, Fischer et al. 2009; 17f.)

Das Konzept 1 sticht hervor, indem die Pflegekraft den Studienteilnehmern erst nach fünf bis sechs Monaten einen zweiten Besuch abgestattet hat. Bei Konzepten 2, 3 und 4 erfolgte bereits nach maximal einem Monat der zweite Hausbesuch. Nach zwei Monaten ist im Konzept 5 längst der dritte Hausbesuch erstattet worden.

Eine Fallbesprechung ist nur im Konzept 3 nicht in Anspruch genommen wurden. In dem Konzept 2 ist jeweils nur nach dem ersten Hausbesuch eine Fallkonferenz einberufen worden. Die Konzepte 1, 4 (Gebert 2006; 196) und 5 haben nach jedem Hausbesuch beziehungsweise alle zwei bis drei Wochen eine Teamsitzung angesetzt.

Die Studienteilnehmer der Konzepte 1, 3 und 5 haben von den durchführenden Personen einen schriftlichen Bericht erhalten, in dem Ergebnisse aus der Fallbesprechung, der

Auswertung der Assessments oder Angebotsvorschläge festgehalten und vermittelt wurden.

Eine abschließende Evaluation hat in allen Konzepten stattgefunden. Ausschließlich das Konzept 2 hat Follow-Ups festgelegt, den ersten 18 und den zweiten 30 Monate nach dem ersten Hausbesuch.

#### 2.5.12 Datenanalyse

Keine Angaben zu der Art der Datenanalyse macht das Konzept 3.

Die anderen vier Konzepte geben alle das Signifikanzniveau von 0,05 an. Des Weiteren führen sie alle, wenn auch in unterschiedlicher Ausführlichkeit, die Analyseverfahren an, mit denen sie ihre Daten ausgewertet haben. Chi-Quadrat-Testungen erfolgten bei den Konzepten 2, 4 und 5. Die Methode der „Intention-to-treat“ wurde von den Konzepten 2, 4 und 5 angewandt. Die On-Treatment Analyse hat zusätzlich das Konzept 5 verwendet. Computerprogramme, die zur Datenauswertung, eingesetzt wurden, sind nur von den Konzepten 1, 2 und 4 aufgeführt worden. Die Messung von Gruppenunterschieden mittels Mann-Whitney-U-Test erfolgte von den Konzepten 1, 2 und 5. (Dapp et al. 2007; 230f., Luck et al. 2011; 9ff., DIP 2008; 28; 119f., Fischer et al. 11ff.).

#### 2.5.13 Ergebnisse

In diesem Absatz werden lediglich die Resultate zu den aufgestellten Ergebnisindikatoren dargestellt.

##### *Konzept 1*

Das Konzept wollte folgende Fragen in ihrer Studie beantworten:

- A Welche Voraussetzungen sollte eine ambulant arbeitende Pflegekraft mitbringen, um erfolgreich die Gesundheit älterer Menschen zu fördern?
- B Welche Inhalte und Methoden umfasst ihre Fortbildung und wer ist geeignet, diese zu vermitteln?
- C Mit welchen Berufsgruppen ist enge Zusammenarbeit sinnvoll und ist diese an bestimmte Voraussetzungen geknüpft?
- D Welche Inhalte können mit welchen Methoden den älteren Teilnehmern nahe gebracht werden? Welche geriatrischen Assessment-Instrumente sind einerseits geeignet, diese Risiken abzubilden, und können andererseits von der angehenden Pflegekraft für Gesundheitsförderung in angemessener Zeit bewältigt werden?

- E Welche Personen aus der älteren Bevölkerungsgruppe sprechen besonders auf eine solche Intervention an und welche nicht? Lassen sich unter Umständen Zielgruppen näher beschreiben?
- F Führt die Aufdeckung von gesundheitlichen Risiken und Reserven bei den Hausbesuchspatienten zu umsetzbaren therapeutischen Empfehlungen? Können und wollen die Betroffenen an der Umsetzung der pflegerischen Empfehlungen mitarbeiten?
- G Welcher Aufwand und welche direkten Kosten entstehen durch Fortbildung und Einsatz der Pflegekraft innerhalb der Beobachtungsphase?
- H Welche Einsatzfelder sind für eine präventiv handelnde Pflegekraft im ambulanten Versorgungsbereich möglich und sinnvoll? Wie kann der hier erprobte Ansatz unter den aktuell herrschenden Bedingungen im deutschen Gesundheitssystem in die Versorgungsstrukturen eingebettet werden (Meier-Baumgartner 2002; 37f.)?

Die Antworten auf viele dieser Fragen sind für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit nicht relevant. Bedeutsam ist, dass eine Fortbildung zur Pflegefachkraft für Gesundheitsförderung bei älteren Menschen entwickelt und umgesetzt wurde. Das geriatrische Screening eignet sich speziell für präventive Hausbesuche. Die Kooperation mit Hausärzten wird weiterhin bekräftigt (Meier-Baumgartner et al. 2002; 152ff.).

Eine Zielgruppe für präventive Hausbesuche konnte ermittelt werden. Demnach zielen präventive Hausbesuche auf gebrechliche ältere, sogenannte „Gesundheits-(Ressourcen)-Verarmte“ oder als „frail“ beschriebene, Menschen ab. Diese sind eingeschränkt in der Mobilität und bewegen sich hauptsächlich in der eigenen Wohnung. Sie weisen viele Risikofaktoren auf und sind auf Hilfe von außen angewiesen (Dapp et al. 2007; 238).

### *Konzept 2*

Die Endpunkte dieses Konzeptes lauten wie folgt:

- A Verzögerung bzw. Verhinderung von Heimübergängen (Hauptzielgröße)
- B frühzeitige Identifikation von Selbsthilfedefiziten
- C Verringerung von Stürzen
- D Verbesserung bzw. Erhaltung der Selbstpflegekompetenz
- E Steigerung der Lebensqualität

F Berechnung der inkrementellen Kosten-Nutzwert-Relation aus gesamtgesellschaftlicher Sicht (Behrens 2009; 10).

Die Datenanalyse nach 18 Monaten hat gezeigt, dass durch präventive Hausbesuche in der Interventionsgruppe acht und in der Kontrollgruppe 15 Teilnehmer in eine Heimeinrichtung gezogen sind. Die Ergebnisse liefern jedoch keine statistische Signifikanz (Luck et al. 2011; 12ff.). Weiterhin berichten Luck et al. (2011; 15f.), dass es in der Interventionsgruppe zu signifikant weniger Stürzen gekommen ist als in der Kontrollgruppe. Auch die Anzahl der Stürze ist in der Kontrollgruppe signifikant angestiegen, in der Interventionsgruppe hingegen gesunken. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und der Sturzhäufigkeit konnte ebenfalls nachgewiesen werden. Je weniger Beeinträchtigungen in den ADLs vorliegen, desto weniger Stürze sind aufgetreten. Die Instrumente Barthel-Index und komplexe instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) haben keine signifikanten Ergebnisse im Gruppenvergleich für die Verbesserung der Selbstpflegekompetenz erbracht. Auch für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten mittels des Fragebogens EQ-5D keine signifikanten Erkenntnisse aus dem Gruppenvergleich gewonnen werden. Der EQ-5D lässt jedoch signifikante Ergebnisse in Bezug auf Alter, Geschlecht, ADL und IADL, Pflegestufe 1 und Depression erkennen. Der EQ-VAS, ein weiteres Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zeigte, dass die Lebensqualität sich über den Projektzeitraum in der Kontrollgruppe signifikant verschlechtert hat und in der Interventionsgruppe konstant geblieben ist. Für die ADL und IADL, der Pflegestufe 2 und der Depressivität zeigte der EQ-VAS ebenfalls signifikante Werte. In der Berechnung der Kosteneffektivität von präventiven Hausbesuchen haben sich keine signifikanten Ergebnisse bei den Gesamtkosten dargestellt. Beide Gruppen haben annähernd gleich hohe Ausgaben verursacht. Eine Tendenz, dass die nötigen Heimkosten in der Interventionsgruppe geringer waren als in der Kontrollgruppe genauso wie höhere Kosten für ambulante ärztliche Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, informeller Pflege und Kosten für Umbaumaßnahmen in der Interventionsgruppe, konnte aufgezeigt werden. Direkte Angaben für Identifikation der Selbsthilfedefizite konnten nicht ermittelt werden.

*Konzept 3*

Das Konzept 3 hat keine Endpunkte berichtet. Von daher werden nun die wichtigsten dargestellten Ergebnisse zusammengefasst.

Nach der Beschreibung der Studiengruppe erfolgte der Bericht von Erfahrungen zur Durchführung (wahrscheinlich im Sinne einer Diskussion). Es wurden Aussagen zur Schlüsselrolle von Hausärzten und Internisten, den Zugangsbarrieren sowie nötige Konsequenzen gemacht. Erkenntnisse zur Akzeptanz des Assessments wurden dargelegt. Eine abschließende Evaluation ergab, dass das Instrument sowie der Gesundheitsbericht überwiegend positiv angenommen und beurteilt wurden. Der Gesundheitsbericht wurde überwiegend als informativ und hilfreich eingeschätzt. Die meisten Studienteilnehmer wollten ihn jedoch persönlich und nicht postalisch dem Hausarzt übergeben. Eine angebotene Wohnraumbegehung wurde von der überwiegenden Anzahl der Studienteilnehmer angenommen. Herausgestellt hat sich, dass ein höheres Lebensalter zu einer besseren Akzeptanz führt (Manstetten et al. 2002; 11ff.).

*Konzept 4*

Die Endpunkte dieses Konzeptes lauten wie folgt:

- A Einstufung in die Pflegeversicherung
- B Einzug ins Pflegeheim
- C Anzahl der Krankenhaustage und -kosten
- D Gesundheitskosten (soweit erfassbar)
- E Funktionale Fähigkeiten laut „Questionnaire of functional ability“
- F subjektiver Gesundheitszustand laut „SF 12“ (DIP 2008; 22)

Zu Beginn kann gleich vorweg genommen werden, dass für keines der Endpunkte signifikante Werte aufgezeigt werden konnte (DIP 2008; 119ff.). Für die Endpunkte A, B und D wurden Untersuchungen zu den Variablen Apothekenkosten, Pflegeleistungen nach SGB XI ja / nein, Pflegekosten aus -leistungen nach SGB XI und V, Leistungen nach SGB XI ja / nein und stationäre Pflege nach SGB XI angestellt, ohne aussagekräftige Befunde. Die Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes mittels SF-12 spiegelt eine unerhebliche Verschlechterung in beiden Gruppen wieder. Dabei beurteilte die Kontrollgruppe ihren subjektiven Gesundheitszustand jedes Mal besser als die Interventionsgruppe. Die einzigen Werte, bei denen eine positive Tendenz aufgezeigt

werden konnte, wurden im Bereich der Mobilitätsermüdung im Endpunkt E festgestellt. Die Interventionsgruppe ist dabei in drei Jahren Untersuchungszeitraum nahezu konstant geblieben, die Kontrollgruppe hingegen gab höhere Werte in der Mobilitätsermüdung an. Es hat sich gezeigt, dass die Mobilitätsermüdung die wichtigste Variable beim Erkennen von Hilfebedarf ist.

### *Konzept 5*

Die Endpunkte dieses Konzeptes lauten wie folgt:

#### Primäre Endpunkte

- A Gemeindezeit (Kombinierter Endpunkt aus Zeit vor dem Tod oder Heimeintritt)
- B Pflegekosten

#### Sekundäre Endpunkte

- C Mortalität
- D Pflegebedürftigkeit (wenn, dann Pflegestufe und Geld- oder Sachleistung)
- E Einweisung in das Pflegeheim (wenn, dann Pflegestufe)
- F Häusliche Krankenpflege
- G Einweisung in das Krankenhaus (ob eingewiesen wurde, Verweildauer, Kosten, Leistungsart)
- H Sturzereignisse (Tracer: Fraktur des Femurs S72, Fraktur des Unterarms S52 als Haupt-, Neben- und Entlassungsdiagnose im Krankenhaus)
- I Das Auftreten von Schlaganfall (I61, I62, I63, I64), Myocardinfarkt (I21, I22) als Zielkrankheiten im Zusammenhang mit stationärer Behandlung
- J Ambulante ärztliche Leistungen (Gesamtpunktzahl pro Versichertem und Quartal)
- K Arzneimittel (Anzahl der Verordnungen, Gesamtkosten pro Versichertem im Quartal) (Fischer et al. 2009; 13f.)

Für den primären Endpunkt A konnten im Gruppenvergleich für das Risiko Heimeinweisung oder Tod keine signifikanten Befunde erhoben werden. Allerdings konnte aussagekräftig für alle Studienteilnehmer bewiesen werden, dass das Risiko in ein Heim einzuziehen oder zu versterben im Studienverlauf erhöht ist. Bei Frauen verringerte sich das Risiko signifikant. Die On-Treatment Analyse zeigte, dass in der Interventionsgruppe signifikant weniger Teilnehmer verstorben oder in ein Heim eingezogen sind als in der

Kontrollgruppe (Fischer et al. 2009; 48ff.; 55). In der Intention-to-treat Analyse für den Endpunkt B konnten keine signifikanten Werte erhoben werden. Die On-Treatment Analyse zeigte jedoch signifikant, dass für Studienteilnehmer der Interventionsgruppe weniger Pflegekosten auftraten (Fischer et al. 2009; 52; 57).

Für die sekundären Endpunkte können diese Ergebnisse festgehalten werden: Für die Variablen Schlaganfall, Herzinfarkt und Fraktur in Zusammenhang mit einem stationärem Aufenthalt konnten im Gruppenvergleich keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden (Fischer et al. 2009; 51). Die Intention-to-treat Analyse zeigte sowohl bei der Anzahl der Verordnungen von Arzneimittel als auch bei den Gesamtkosten pro Versichertem im Quartal im Gruppenvergleich keine signifikanten Befunde. Die On-Treatment Analyse zeigte allerdings, dass über den Studienverlauf mehr Arzneimittel in der Interventionsgruppe verordnet worden sind und demnach sind auch die Gesamtkosten angestiegen (Fischer et al. 2009; 42f.; 58f.). Aussagekräftige Ergebnisse konnten mittels Intention-to-treat Analyse für die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und die Verweildauer für den Vergleich beider Gruppen nicht erzielt werden. Gleiches gilt für die Gesamtkosten der Krankenhausaufenthalte. Auch eine On-Treatment Analyse für die Gesamtkosten spiegelte keine nennenswerten Erkenntnisse wieder (Fischer et al. 2009; 53f.; 59). Für die Mortalität konnten keine aussagekräftigen Zahlen im Gruppenvergleich ermittelt werden. Die On-Treatment Analyse zeigte einen signifikanten Vorteil der Überlebenszeit in der Interventionsgruppe (Fischer et al. 2009; 50f.; 56f.). Für die Kosten der ambulanten ärztlichen Leistungen konnten im Vergleich beider Gruppen signifikante Werte nur mittels On-Treatment Analyse erhoben werden. Diese besagen, dass die Interventionsgruppe über den Untersuchungszeitraum signifikant teurer geworden ist (Fischer et al. 2009; 59). Für die Endpunkte D, E und F wurden keine Ergebnisse dargestellt.

Eine Beschreibung der Studiengruppe nach allgemeinen Strukturdaten haben alle Konzepte, wenn auch unterschiedlich, in ihren Ergebnissen berichtet (Meier-Baumgartner et al. 2002; 85ff., Luck et al. 2011; 11, Manstetten et al. 2002; 11, DIP 2008; 60ff., Fischer et al. 2009; 20ff.).

#### 2.5.14 Diskussion von Befunden und neuen Befunden

In diesem Gliederungspunkt erfolgt nur die Diskussion der Ergebnisse zu den festgelegten Endpunkten und für Entwicklung der Konzepte präventiver Hausbesuche wichtiger Themen wie zum Beispiel Zielgruppe, Rekrutierung und Studiendesign.

##### *Konzept 1*

Eine Diskussion der Befunde findet in der eingeschlossenen Literatur nur sehr geringfügig statt. Von Renteln-Kruse et al. (2003; 388) schlussfolgern aus ihrer Studie, dass das geriatrische Assessment nach AGAST „Personen mit Risiken für die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit“ erkennt.

##### *Konzept 2*

Die Autoren halten ihr Studiendesign für ihre Fragestellung für angemessen, obwohl die Hauptzielgröße nicht erreicht werden konnte. Sie sehen den Grund darin, dass sie eine höhere Rate an Heimeinzügen bei der Zielgruppe erwartet haben. Angemerkt wird ebenfalls, dass ein Heimeinzug nicht durchweg negativ konnotiert sein sollte. Für die signifikanten Werte bei dem Sturzrisiko werden die folgenden Interventionen in Verbindung gebracht: allgemeine Empfehlungen (z.B. zu Beleuchtung, Schuhwerk oder Medikation), die Gabe von Informationen über Sturzhäufigkeit im Alter, über altersbedingte Ursache von Stürzen, über Sturzgefahren in Haushalten und über Möglichkeiten der Stärkung der Muskulatur und des Trainings von Balance. Der dargestellte Zusammenhang von Stürzen und der Beeinträchtigung in den ADLs wird mit der physischen Bewegungseinschränkung der Studienteilnehmer erklärt. Die nicht signifikanten Ergebnisse bezüglich der Selbstpflegekompetenz werden mit den Interventionen begründet. Diese seien nur beratend und vermittelnd angelegt und greifen gering in das Leben der Studienteilnehmer ein. Die Autoren vermuten bessere Ergebnisse, wenn die Anzahl der Hausbesuche steigt. Die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird als komplex eingestuft und sei nicht durch eine Intervention beeinflussbar. Des Weiteren wird der EQ-5D als nicht geeignet für diese Studie angesehen. Die Effekte zur Mortalität werden von den Autoren mit Vorsicht betrachtet, da keine Intervention nachgewiesen werden konnte, die sich vorteilhaft auf die Überlebenszeit auswirkt. In Bezug auf die Kosteneffektivität von präventiven Hausbesuchen erhärten die

Autoren die Vermutung, dass präventive Hausbesuche eher Kosten verursachen als einsparen (Luck et al. 2011; 23ff.).

### *Konzept 3*

Eine direkte Diskussion der Ergebnisse ist in Manstetten et al. (2002) nicht zu finden. Wie schon im Punkt 2.5.13 angesprochen, wird dem Hausarzt eine große Rolle bei der Teilnehmerrekrutierung zugewiesen. Auch die familiären Versorgungsstrukturen sollen angemessene Berücksichtigung finden. Die Autoren kritisieren, dass ihr Anschreiben an die potenziellen Studienteilnehmer das Ziel der Studie nicht klar hervorhebe und geben dies als Ratschlag weiter. Da viele Teilnehmer aufgrund eines Negativbildes zum Thema „Alter“ die Teilnahme an der Studie ablehnten, sprechen sich die Autoren für eine Verbesserung des Themas Alter in der Öffentlichkeit aus. Anschließend werden das „Anforderungsprofil der Gesundheitsschwester“, „gesetzliche Rahmenbedingungen“ und „gesundheitsökonomische Evaluation[en]“ im Hinblick auf das am Ende vorgestellte Interventionskonzept diskutiert (Manstetten et al. 2002; 12ff.).

### *Konzept 4*

Die Diskussion der oben berichteten Ergebnisse findet nur geringfügig statt. Da die zu falsifizierende Hypothese nicht entkräftet werden konnte, wollen sich die Autoren auf die konzeptuellen Erfolgsfaktoren ihrer Studie sowie „der weiteren Spezifizierung der am meisten profitierenden Zielgruppe“ fokussieren (DIP 2008; 148). Als wesentliches Ergebnis wird der identifizierte Risikofaktor der Ermüdung bei der Mobilität angesehen. Mit ihm soll die Vorhersage von Pflegekosten und Hilfebedarfe bei der Mobilität erfolgen können. Die Autoren sehen darin einen Risikofaktor, mit dem man die Präventionsarbeit bei älteren nicht hilfebedürftigen Menschen steuern kann (DIP 2008; 147ff.). Eine Aussage beziehungsweise Vermutung, welche spezielle Intervention zu einer Stagnation der Mobilitätsermüdung in der Interventionsgruppe geführt hat, wurde nicht genannt.

Über die Diskussion der Ergebnisse zu den Endpunkten wurden weitere Inhalte des Konzeptes erörtert. Das Studiendesign einer randomisierten kontrollierten Studie scheint nicht ideal für die Erforschung von präventiven Hausbesuchen geeignet. Gründe hierfür werden darin gesehen, dass präventive Hausbesuche noch keine gut standardisierte Maßnahme sondern komplexe psycho-soziale Prozesse darstellen (DIP 2009; 57). Weiter gehend räumen die Autoren ein, dass eine mangelnde Randomisierung zu

Gruppenunterschieden geführt hat. Bereits zu Beginn der Studie wies die Interventionsgruppe größere Risikofaktoren für Entwicklung eines Hilfebedarfs auf. Wäre die Randomisierung erfolgt, so vermuten die Autoren, wäre es eventuell zu anderen Ergebnissen gekommen. Eine größere Bereitschaft an präventiven Hausbesuchen teilzunehmen wird durch eine aktive Absage der potenziellen Studienteilnehmer an der Studie erwartet. Damit hoffen die Autoren, die sogenannte low-risk Risikogruppe zu erreichen (DIP 2008; 148f.). Das STEP-m Assessment eignet sich, um die Lebenssituation von älteren Menschen mit ihren spezifischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen wahr zu nehmen und zu analysieren. Dennoch werden Grenzen und mögliche Modifikationen des Assessments aufgezeigt (DIP 2008; 145f.). Der Einbezug der Hausärzte zu Beginn der Studie stellte sich als schwierig heraus, dennoch heben die Autoren die Kooperation mit Hausärzten bei präventiven Hausbesuchen als bedeutsam hervor (DIP 2009; 67).

#### *Konzept 5*

Den Anstieg der Arzneimittelverordnungen in der Interventionsgruppe werden als Effekt des präventiven Hausbesuchs beschrieben. Ein Zusammenhang mit der Zunahme ambulant ärztlicher Leistungen wird vermutet. Bei der Erfassung der Lebensqualität wird bereits eine Stagnation als Erfolgsfaktor gesehen, da angenommen wird, dass die Lebensqualität mit zunehmendem Alter sinkt. Der WHOQOL-Bref wird kritisiert, da er womöglich nicht alle bedeutenden Aspekte für die definierte Zielgruppe erfasst. Eine Option soll der, erst nach Studienbeginn vorliegende, WHOQOL-Old sein (Fischer et al. 2009; 66). Weitere Diskussionen bezüglich der Erkenntnisse aus den Endpunkten werden nicht geführt.

Die Autoren geben an, dass sich die Rekrutierung der Teilnehmer als schwierig herausgestellt hat. Sie haben mit einer größeren Teilnahmebereitschaft gerechnet. Es wird vermutet, dass nur wenige Teilnehmer einen präventiven Hausbesuch akzeptierten, weil diese Maßnahme in Deutschland nur wenig bekannt ist. Die Randomisierung vor der Teilnehmerrekrutierung durchzuführen, beurteilen die Autoren als nachteilig. Die Mitarbeit, im Sinne von Teilnahmebereitschaft, der Studienteilnehmer wird als wichtiger limitierender Faktor und entscheidendes Selektionskriterium angesehen. Obwohl die Studie nur wenig Ergebnisse mit wissenschaftlicher Evidenz liefern konnte, stufen die Autoren ihr Projekt als pflegepräventiv ein, da Wirkungen in der Verlängerung der Gemeindezeit erzielt wurden (Fischer et al. 2009; 65ff.).

### 2.5.15 Implikation, Grenzen und Empfehlungen

Alle Konzepte geben Hinweise zur Implementierung und Grenzen ihrer Konzepte. Auch Empfehlungen bezüglich zukünftiger Konzepte werden gegeben. Alle Konzepte sind sich einig, dass Grundlage eines präventiven Hausbesuches ein multidimensionales Assessment sein sollte. Des Weiteren betonen alle Konzepte die Zusammenarbeit mit regionalen Organisationen und Angeboten und dass dort noch weiterer Ausbau erfolgen muss, um ältere Menschen wohnortsnah präventiv unterstützen zu können. Das Konzept 1 glaubt, dass die fachliche Qualifikation der ausführenden Berufsgruppe vor einer Einführung präventiver Hausbesuche in Deutschland genauso wie die Aus- und Weiterbildung noch weiter geprüft werden sollte. Eine Schulung der durchführenden Kraft zur Vorbereitung auf die Arbeit mit dem Assessment und mit älteren Menschen im Generellen verlangen die Konzepte 4 und 5. Eine Empfehlung für die am besten profitierende Zielgruppe konnte kein Konzept sicher nach Durchführung ihrer Studie geben. Konzept 3 sieht ein Erfolg bei Personen ab 75 Jahren und das Konzept 4 in der „low-risk“ Gruppe. In der Rekrutierung der Teilnehmer werden von den Konzepten 3 und 5 Genderaspekte angesprochen, die berücksichtigt werden sollten. Mindestens 9 Hausbesuche befürwortet das Konzept 3. Im Gegensatz dazu würde das Konzept 5 zur Weiterentwicklung ihres Programms eine limitierte Anzahl von Besuchen, nämlich ein bis drei, vorschlagen (Renteln-Kruse et al. 2003; 388, Luck et al. 2011; 27f., Manstetten et al. 2002; 12ff., DIP 2008; 145ff., Fischer et al. 2009; 65ff.).

### 2.5.16 Literaturverzeichnis

Fast alle Konzepte haben durchgängig ein Literaturverzeichnis angeführt. Fischer et al. (2009) sind die einzigen, die in ihrem Abschlussbericht kein Literaturverzeichnis angeführt haben.

### 2.5.17 Kommunikation der Forschungsergebnisse

Die Konzepte 3 und 5 haben keine Angaben gemacht, wie sie andere auf ihre Ergebnisse aufmerksam machen wollen. Das Konzept 1 hat alle Organisationen und Institutionen aufgelistet, die über das laufende Projekt informiert worden sind (Meier-Baumgartner et al. 2002; 74f.). Fleischer et al. (2008; 6f.) haben im Studienprotokoll des Konzeptes 2 vermerkt, dass die Ergebnisse in einem „international Medline-listed journal“ publiziert werden sollen, egal welche Erkenntnisse die Studie hervor bringt. Die Entwicklung eines Beraterhandbuches für präventive Hausbesuche bei Senioren war das Ziel des Konzeptes 4

(DIP 2008; 17). Das Konzept 2 hat ebenfalls eine „Handlungsanleitung für die Durchführung präventiver Hausbesuche“ herausgegeben (Behrens et al. 2012).

## **2.6 Diskussion der Ergebnisse aus dem Vergleich**

Im generellen ist aus der Gegenüberstellung der Konzepte deutlich geworden, dass alle Konzepte verschieden sind. Sie haben zwar viele Aspekte gemeinsam, dennoch kann zum Beispiel keine Aussage dazu getroffen werden, welches Konzept als Vorbild für die Entwicklung oder Realisierung weiterer Konzepte zu präventiven Hausbesuchen funktionieren könnte. Daher wird im Folgenden der Fokus auf die einzelnen Teilbereiche der Konzepte gelegt, um eine Empfehlung für weitere Konzepte geben zu können.

### *Studiendesign*

Ein RCT gilt als eine Studie mit hoher Aussagekraft (Balzer 2012). Das Experten-Hearing ist zu der Entscheidung gekommen, dass genau dieses Studiendesign zur Erforschung präventiver Hausbesuche am besten geeignet ist (Bundesvereinigung für Gesundheit 2005; 45). Das Konzept 4 ist jedoch nach Abschluss ihres Projektes der Meinung, dass RCTs sich nur für „gut standardisierbare[...] klinische[...] Interventionen eignen“ (DIP 2009; 57). Die Autoren des Konzeptes 4 glauben, dass das auf präventive Hausbesuche zumindest noch nicht zutrifft. Ohne gut durchgeführte und aussagekräftige RCTs wird die Implementierung von präventiven Hausbesuchen in Deutschland wahrscheinlich noch lange auf sich warten lassen. Die Konzepte 1 und 3, welche Machbarkeitsstudien ohne Kontrollgruppe durchgeführt haben, können jedoch auch (mit Einschränkungen) ohne RCT wichtige Erfahrungen zu Zielgruppe, Zugangswege, Akzeptanz von präventiven Hausbesuchen und mehr liefern. Dennoch bleiben es die beiden Konzepte mit den geringsten Studienteilnehmern und somit auch limitierter Aussagekraft ihrer Ergebnisse.

### *Zielgruppe*

Obwohl die Frage der am besten geeigneten Zielgruppe in jedem Konzept präsent war, treffen nur die Konzepte 1, 3 und 4 Aussagen diesbezüglich (siehe Punkt 2.5.13 und 2.5.15). Fraglich ist weiterhin, ob es von Vorteil ist, Personen mit einer Einstufung in die Pflegeversicherung, wie im Konzept 2, aufzunehmen. In der Definition von präventiven Hausbesuchen (siehe Punkt 1) werden auch Maßnahmen bei bestehenden Erkrankungen ergriffen. Das Vorhandensein von einer Pflegestufe ist demnach nicht ausgeschlossen. Mit präventiven Hausbesuchen sollte einerseits das Ziel, eine Einstufung in die

Pflegeversicherung gänzlich zu verhindern, angestrebt werden. Andererseits kann auch ein Mensch mit einer bestehenden Pflegestufe präventiv zum Beispiel zum Thema Ernährung beraten werden. Allgemein ist festzuhalten, dass der Einschluss einer Pflegestufe in die Zielgruppe von dem primären Ziel des Konzeptes abhängen wird. Dass allerdings vier Konzepte eine Einstufung in die Pflegeversicherung ausschließen und zum Beispiel auch das Experten-Hearing zu diesem Entschluss kommt (Bundesvereinigung für Gesundheit 2005; 45), zeigt deutlich die Absicht einer nicht pflegebedürftigen Zielgruppe. Die Bedingungen, deutsch als Muttersprache zu beherrschen und frei von kognitiven Beeinträchtigungen zu sein, werden als sinnvoll erachtet, da nur so ein reibungsloser Studienablauf mit Erfolgen ermöglicht werden kann.

Das Konzept 3 hat eine interessante Aussage bezüglich der Zielgruppe getroffen. Es benennt die präventiven Hausbesuche als Maßnahme zum Beitrag der Frauengesundheit (Manstetten et al. 2002; 1f.). Im Konzept 1 betrug der Frauenanteil 71,4% (Meier-Baumgartner et al. 2002; 85), im Konzept 2 68,5% (Luck et al. 2011; 11) und im Konzept 3 sind es „zwei Drittel“ (Manstetten et al. 2002; 11). Diese Zahlen bekräftigen die Aussage von Manstetten et al.. Auch das statistische Bundesamt (2013; 9) stellt fest, dass mit zunehmendem Alter überwiegend Frauen pflegebedürftig werden. Eine besondere Bedeutung könnten diese Erkenntnisse bei den Zugangswegen und der Ausgestaltung der Interventionen haben, die dann speziell auf Frauen abgestimmt werden könnten.

#### *Teilnehmerrekrutierung*

Die Konzepte 1, 2 und 3, welchen keine Krankenkassendaten zur Verfügung standen, haben die Hausärzte in der Rekrutierung der Teilnehmer berücksichtigt. Im Konzept 3 wird ausgesagt, dass die Teilnehmer, welche direkt über den Hausarzt rekrutiert wurden, ohne dessen Zustimmung wahrscheinlich nicht am Projekt teilgenommen hätten. Des Weiteren war die Rücklaufquote über den Hausarzt fast doppelt so groß wie über das Einwohnermeldeamt (Manstetten et al. 2002; 9ff.). Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass eine Vertrauensperson, wie sie der Hausarzt darstellen sollte, entscheidend bei der Teilnehmerrekrutierung sein kann. Die Hausärzte kennen ihre Patienten am besten und sollten daher im Hinblick auf die Entwicklung zukünftiger Konzepte präventiver Hausbesuche eine zentrale Rolle spielen.

Von Nutzen für die Entwicklung von Konzepten zu präventiven Hausbesuchen ist vermutlich die große Zahl an Studienteilnehmern, die über die Datenbank einer

Krankenkasse gewonnen werden kann. Die Zielgruppe kann auf diesem Weg schnell bezogen werden. Am Beispiel der Bosch BKK wird jedoch deutlich, dass diese Vorgehensweise für die Implementierung von Konzepten in Deutschland auch nicht von Vorteil sein kann: Die Autoren des Konzeptes 4 weisen darauf hin, dass „Versicherte der Bosch BKK entweder Angestellte bzw. Arbeiter der Firma Bosch oder deren Ehefrauen waren und als solche neben der gesetzlichen Rente über eine Betriebsrente verfügen“ (DIP 2008; 62). Die Bosch BKK Versicherten sind demnach finanziell besser dargestellt als andere Versicherte und eine Generalisierung für die Allgemeinbevölkerung Deutschlands ist so eingeschränkt.

Interessanter Weise haben die beiden Konzepte (4 und 5), die eine große Krankenkasse im Hintergrund haben, die gleiche Anzahl von Interventionsteilnehmern angeschrieben. Die Bosch BKK hat jedoch viel weniger Zusagen von ihren Versicherten erhalten als die AOK Niedersachsen. Hier können tatsächlich die zusätzlichen Telefonanrufe der AOK Berater von großem Vorteil gewesen sein und sollten bei zukünftigen Konzeptentwicklungen in Betracht gezogen werden.

#### *Assessmentinstrumente*

Die Assessments STEP und AGAST sind jeweils zweimal unter den Konzepten vertreten. Jedes Mal wurden dennoch Änderungen und Erweiterungen an den Instrumenten vorgenommen oder gänzlich neue entwickelt. Das Fazit zu den Instrumenten fällt überwiegend positiv aus. Die durchgeführten Veränderungen weisen allerdings darauf hin, dass bisher noch keine Messinstrumente vorhanden sind, die speziell für präventive Hausbesuche geeignet sind. Das Konzept 1 ist jedoch der Überzeugung, dass das Albertinen-HausBesuch-Assessment besonders bei präventiven Hausbesuchen anwendbar ist. Dennoch zeigt sich in diesem Punkt weiterer Entwicklungsbedarf. Außerdem wurden die Änderungen und Erweiterungen der bestehenden Instrumente nur im Konzept 4 auf ihre Validität und Reliabilität überprüft. Die Ergebnisse in den anderen Konzepten sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden. Das Konzept 3 hat in seinen Studienschwerpunkt die Instrumentenanpassung und Erprobung aufgenommen, aber Aussagen zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Instrumente wurden nicht getroffen. Letztendlich lassen sich nur mit evidenzbasierten, reliablen und validen Messinstrumenten auch zuverlässige Ergebnisse erzielen. Das sollte in zukünftigen Konzeptentwicklungen berücksichtigt werden.

### *Datensammlung*

Den ersten Hausbesuch für die Kontaktaufnahme sowie für ein erstes Screening zu nutzen erscheint sinnvoll, da zum einen die Maßnahme präventiver Hausbesuche noch unbekannt ist und zu dieser und zur durchführenden Person zunächst Vertrauen aufgebaut werden muss. Zum anderen kann so eine Überforderung durch eventuell nötige Änderungen am eigenen Verhalten vermieden werden. Eine enge Folge der Hausbesuche, wie sie in vier Konzepten erfolgt ist, wird als zweckmäßig erachtet, da so Absprachen weniger in Vergessenheit geraten und vereinbarte Teilziele bearbeitet und überprüft werden können. Die zwischen den Hausbesuchen durchgeführten multiprofessionellen Fallbesprechungen bei den Konzepten 1, 2, 4, und 5 können die Kompetenz der Beratungen erhöhen. Sie sind unverzichtbar für die Planung von weiteren Konzepten zu präventiven Hausbesuchen. Wenn die Fallbesprechungen in zukünftige Konzeptentwürfe aufgenommen werden, sollten jedoch über die Häufigkeit der Zusammenkünfte und die Zusammensetzung der interdisziplinären Teams noch weitere zuverlässige Aussagen gewonnen werden. Des Weiteren wird angenommen, dass eine schriftliche Zusammenfassung des Hausbesuches, die Empfehlungen zu verschiedenen Maßnahmen, Zielvereinbarungen oder Angebotshinweisen in der Region enthalten kann, die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen erhöhen kann. Im Konzept 5 haben etwa zweidrittel der Studienteilnehmer eine Zielvereinbarung abgeschlossen, wobei 75% sie teilweise oder vollständig umgesetzt haben (AOK 2010; 92). Die Festlegung von verbindlichen Zielen kann wahrscheinlich die Ernsthaftigkeit an der Teilnahme der Studie erhöhen. Dennoch ist bei dieser Art der Motivation wichtig, dass den Studienteilnehmern keine Sanktion oder nachteilige Beratung erwartet, wenn sie das Ziel nicht erreicht haben.

Stuck et al. haben in ihrem Literaturreview von 2002 angegeben, dass mindestens fünf Hausbesuche zur Darstellung eines Interventionserfolges und mehr als neun Hausbesuche zum Nachweis einer Risikoreduktion nötig sind (DIP 2008; 11). Nun fällt auf: Keines der Konzepte (2, 3, 4 und 5), welche sich in ihrem Bericht auf Stuck et al. von 2002 bezogen oder sie im Literaturverzeichnis angegeben haben, legte zu Beginn fest mindestens fünf oder mehr als neun Hausbesuche durchführen zu wollen. Einzig das Konzept 5 hat letztendlich durchschnittlich vier und maximal elf Hausbesuche pro Studienteilnehmer durchgeführt (Gesundheit Berlin 2007; 4) und kommt somit annähernd an die Beurteilung von Stuck et al. heran. Interessanter Weise würden die Autoren des Konzeptes 5 für die Weiterentwicklung ihres Programmes nur ein bis drei Hausbesuche vorschlagen. Eine

Erklärung für diese Feststellung kann eventuell in mangelnden finanziellen Ressourcen bei der Studiendurchführung gesehen werden.

Zur Betrachtung des Langzeiterfolges von präventiven Hausbesuchen wird das Durchführen von Follow-Up Erhebungen, wie sie im Konzept 2 erfolgt sind, positiv bewertet. So kann nachgewiesen werden, dass präventive Hausbesuche nicht nur einen kurzen Effekt auf ältere Menschen ausüben, sondern diese auch nachhaltig positiv beeinflussen. Speziell zur Erfassung von Kosteneffektivität ist es von Bedeutung Folgerhebungen anzustreben.

Die Datensammlung erfolgte nur im Konzept 1 allein durch eine speziell ausgebildete Pflegekraft für Gesundheitsförderung. Die Konzepte 4 und 5 haben unterschiedliche Berufsgruppen beispielsweise Sozialpädagogen, Pflegekräfte oder Ernährungsberater, wenn auch eigens fortgebildet, die Hausbesuche durchführen lassen (DIP 2008; 55, AOK 2010; 62). Es ist wünschenswert, dass vielfältiges Wissen in die präventive Arbeit mit älteren Menschen einfließt, dennoch sollte innerhalb eines Konzeptes mehr Einigkeit bezogen auf die Berufsgruppe herrschen. Der Fokus der Beratungen kann durch die unterschiedlichen Berufsgruppen immer verschieden sein und somit die Ergebnisse der Konzepte beeinflussen.

### *Ergebnisse*

Für die angehenden Konzepte präventiver Hausbesuche ist es von Bedeutung, mit welchen Interventionen signifikante Ergebnisse erzielt worden sind. Nur so können Maßnahmen gezielt in der Konzeptentwicklung berücksichtigt werden. Das ist jedoch nur im Konzept 2 erfolgt. Die Autoren können genau sagen beziehungsweise Vermutungen anstellen, welche Maßnahme zum Erfolg bei den Stürzen in der Interventionsgruppe geführt hat (Luck et al. 2011; 24). Im Konzept 4 wurde keine Intervention dem einzigen signifikanten Ergebnis zugeordnet. Zu vermuten wäre, dass Beratungen zum Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit oder Mobilitätseinschränkungen (DIP 2008; 104f.) Einfluss auf die signifikanten Ergebnisse bei der Mobilitätsermüdung haben.

Im Konzept 5 konnten mittels Intention-to-treat Analyse keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden. Nur mittels der weniger aussagekräftigen On-Treatment Analyse, da die Wahrscheinlichkeit eines Selektionsbias sehr hoch ist, konnten signifikante Ergebnisse,

erstaunlicherweise fast alle, außer Endpunkt J, zugunsten von präventiven Hausbesuchen, aufgezeigt werden.

Die Feststellung, dass präventive Hausbesuche mehr direkte Kosten verursachen als sie einzusparen erscheint nachvollziehbar. Die Studienteilnehmer werden zum Beispiel animiert regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, die Wohnräume mit Hilfsmitteln auszustatten oder eine Physiotherapie gegen Immobilität auszusuchen. Das sind alles „zusätzliche“ Kosten, die durch Beratungen innerhalb eines präventiven Hausbesuches entstehen können. Erst auf langer Sicht gesehen hätten präventive Hausbesuche die Möglichkeit kosteneffektiv zu sein, wenn durch die Investitionen zum Beispiel tatsächlich Pflegestufen oder Krankenhauseinweisungen verhindert werden könnten.

Fraglich ist, warum alle Konzepte mit dem Studiendesign RCT zu mindestens einem Endpunkt keine Ergebnisse berichtet haben? Immerhin spiegeln die Endpunkte die Ziele einer Studie wieder. Sind keine signifikanten Ergebnisse erreicht worden oder konnte mit der Methodik das Ziel nicht erreicht werden? Diese Fragen bleiben offen.

#### *Lücken in der Berichterstattung*

Im Vergleich der Konzepte sind immer wieder Lücken in den verschiedenen Unterpunkten aufgefallen. Die Literaturbesprechung hat entweder gar nicht oder nur oberflächlich stattgefunden. Zu vermuten ist, dass alle Konzepte eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt haben, sie lediglich nicht in die Veröffentlichungen ihrer Konzepte aufgenommen haben. Im Hinblick auf die Entwicklung und Realisierung der Konzepte wäre es hilfreich zu erfahren, wie und wo nach Literatur gesucht wurde und welche Werke die Entwicklung der Konzepte beeinflusst haben.

Des Weiteren haben nur zwei Konzepte explizit ihre Forschungsfrage dargestellt. Budde et al. (2010; 5) heben die Forschungsfrage als „wichtige Methode für die Forschungsarbeit“ hervor. Sie gibt Rückschlüsse, ob eine Arbeit zielführend ist und lenkt den Forschungsansatz und die Forschungsmethodik. Für das Verständnis der Konzepte wäre es wünschenswert gewesen, eine Forschungsfrage als Richtlinie zu haben. Aber auch ohne sie konnte das Ziel der Konzepte verstanden werden.

Die fehlende Beschreibung des theoretischen und konzeptuellen Bezugsrahmens in drei Konzepten ist enttäuschend. „Die Benutzung von Bezugsrahmen für die Forschung ist

wichtig, um eine systematische Identifizierung der Konzepte vorzunehmen und eine geeignete Beziehung zwischen den Studienvariablen und jedem Konzept herzustellen“ (LoBiondo-Wood et al. 2005; 189). Für die Konzepte präventiver Hausbesuche wäre zum Beispiel denkbar gewesen, welche Theorie des Altern ihre Forschungsarbeit zu Grunde liegt. Außerdem wird nicht, wie im Konzept 4, berichtet, wie die Entwickler der Konzepte auf die genaue Ausgestaltung dieser gekommen sind. Haben sie ein ähnliches Modell in der Literatur gesehen oder beruhte alles nur auf Erfahrungswissen, eigenen Ideen und Vorstellungen? Die Ausführungen lassen sich noch um viele Aspekte erweitern. Ein wichtiger Appell für nachfolgende Konzeptentwicklungen ist, ihren Bezugsrahmen zu berichten beziehungsweise sich an bekannte Theorien, Konzepte und Modelle zu orientieren.

Weitere Lücken in der Literatur der Konzepte finden sich bei den ethisch-rechtlichen Fragen. Die American Nurses Association hat Richtlinien für die Pflege zur Wahrung der Menschenrechte in medizinischer und anderer Forschung herausgegeben (LoBiondo-Wood et al. 2005; 431f.). Davon wurden von den Konzepten nur die informierte Zustimmung (Konzept 1) und die Ethikkommission (Konzept 2) direkt angewendet. Auch hier ist zu vermuten, dass die einzelnen Projektleitungen auf die ethischen und rechtlichen Bestimmungen geachtet haben. Eine fehlende Berichterstattung muss jedoch nicht bedeuten, dass Maßnahmen zum Schutz der Menschenrechte nicht durchgeführt wurden.

### 3 ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Bachelorarbeit ist ein Vergleich zu fünf abgeschlossenen Konzepten präventiver Hausbesuche in Deutschland angestellt worden. Dazu wurden die Veröffentlichungen der Konzepte inhaltlich anhand den Schritten des Forschungsprozesses von LoBiondo-Wood et al. (2005; 52f.) untersucht. Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Lücken konnten aufgezeigt und diskutiert werden. Das Ziel, Empfehlungen für die weitere Konzeptentwicklung und –realisierung herauszugeben, konnte erreicht werden.

Die anfängliche Aussage, dass die bisherigen Studienergebnisse zu präventiven Hausbesuchen sehr heterogen sind, kann bestätigt werden. Der Vergleich der Konzepte zeigt deutlich, dass alle Projekte bereits verschieden an die Konzeptgestaltung herangegangen sind. Das Studiendesign, das Alter der Zielgruppe, die Zahl der durchgeführten Hausbesuche und die Teilnehmergewinnung sind nur einige Aspekte, in denen sich die Konzepte unterscheiden.

Für zukünftige Konzepte hat sich der Einbezug von Hausärzten sowie Telefonanrufe bei potenziellen Studienteilnehmern hinsichtlich der Teilnehmergewinnung als vorteilhaft herausgestellt. Des Weiteren hat sich das Studiendesign einer randomisiert kontrollierten Studie für weitere Konzepte bewährt. Bezüglich der Zielgruppe für präventive Hausbesuche kann nur sicher die Voraussetzung Deutsch als Muttersprache und frei von kognitiven Beeinträchtigungen empfohlen werden. Außerdem ist die Meinung einer Zielgruppe ohne Einstufung in die Pflegeversicherung weit vertreten. Häufig unter den Konzepten zu finden war die enge Abfolge der Hausbesuche in ungefähr monatlichen Abständen, zwischen den Hausbesuchen stattfindende multiprofessionelle Fallkonferenzen sowie schriftliche Informationen und Empfehlungen an die Studienteilnehmer.

Weitere Forschungen sollten im Bereich der Assessmentinstrumente speziell für präventive Hausbesuche betrieben werden, um evidenzbasierte Grundlagen für glaubhafte Ergebnisse zu erschaffen. Auch eine Bestätigung des Alters der Zielgruppe wäre wünschenswert, damit Maßnahmen, Empfehlungen und regionale Angebote darauf abgestimmt werden können. Generell sollte die Berichterstattung im Bereich Literaturbesprechung, Bezugsrahmen und Ergebnisse optimiert werden.

Die Arbeit am Vergleich hat gezeigt, dass die Entwicklung und Realisierung neuer Ideen und Maßnahmen, wie es die präventiven Hausbesuche in Deutschland noch sind, nicht ad hoc geschehen kann. Es nimmt viel Zeit in Anspruch von der anfänglichen Idee, wie etwas

verbessert oder implementiert werden kann, hin zum vielfach wissenschaftlich belegten Konzept. Bis dahin müssen viele Studien, die sich auch untereinander unterscheiden, erfolgen, bis die verschiedenen Herangehensweisen und Erfahrungen zu einem optimalen Konzept zusammengefügt und erneut erforscht werden können. Einen Beitrag dazu konnte die vorliegende Bachelorarbeit leisten.

#### 4 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AGAST	Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment
amb.	ambulant
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CT	Controlled Trial
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
EDV	elektronische Datenverarbeitung
HA	Hausarzt
häusl.	häuslich
Hb.	Hausbesuch
IADL	instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
IG	Interventionsgruppe
J.	Jahre
KG	Kontrollgruppe
LUCAS	Longitudinal Urban Cohort Ageing Study
max.	maximal
mind.	mindestens
p.	präventiv
RCT	Randomized Controlled Trial
SGB	Sozialgesetzbuch
STEP	standardised Assessment of Elderly People in Primary Care
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## 5 LITERATURVERZEICHNIS

- Balzer, K. (2012):** Kritische Bewertung von Studien, Unterrichtsmaterial vom 11.10.2012
- Budde, A.; Lehmkuhl, T. (2010):** Welche Bedeutung hat die Forschungsfrage?, Universität St. Gallen, Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.) (2005):** Experten-Hearing – Präventiver Hausbesuch im Alter, Bonn
- Burns, N. & Grove, S. K. (Hrsg.) (2005):** Pflegeforschung verstehen und anwenden, Urban & Fischer Verlag, München
- BZgA (Hrsg.) (2003):** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz
- Gebert, A.:** Pflege. In: Haisch, J.; Hurrelmann, K.; Klotz, T. (Hrsg.) (2006): Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern
- Hasseler, M.; Meyer, M. (2006):** Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover
- Lauber, A.; Schmalstieg, P. (Hrsg.) (2012):** Prävention und Rehabilitation, 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2005):** Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München
- Meinck, M.:** Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In: Günster, C.; Klose, J.; Schmcke, N. (Hrsg.) (2012): Versorgungs-Report 2012 – Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Schattauer GmbH, Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013):** Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden
- Weber, P.; von Baily, H. (2010):** Script - Konzept-Entwicklung und Konzept-Präsentation für den Studiengang Pflegeentwicklung und Pflegemanagement, Hamburg

*Konzept 1:*

**Dapp, U.; Anders, J.; Meier-Baumgartner, H. P.; Renteln-Kruse, W. v. (2007):** Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 40 (4), S. 226-240

**Meier-Baumgartner, H. P.; Anders, J.; Dapp, U. (2002):** Abschlussbericht Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte, Hamburg

**Renteln-Kruse, W. von; Anders, J.; Dapp, U.; Meier-Baumgartner, H. P. (2003):** Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Menschen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36 (5), S. 378-391

*Konzept 2:*

**Behrens, J. (Hrsg.) (2009):** Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jahrgang, Heft 35

**Behrens, J.; Langer, G. (Hrsg.) (2012):** Handlungsanleitung für die Durchführung präventiver Hausbesuche, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 11. Jahrgang, Heft 2

**Fleischer, S.; Roling, G.; Beutner, K.; Hanns, S.; Behrens, J.; Luck, T.; Kuske, B.; Angermeyer, M. C.; Riedel-Heller, S. G.; Heinrich, S.; König, H.-H.; Lautenschläger, C. (2008):** Growing old at home – A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol, BMC Public Health, 8, 185, S. 1-8

**Luck, T.; Roling, G.; Heinrich, S.; Luppaa1, M.; Matschiger1, H.; Fleischer, S.; Sesselmann, Y.; Beutner, K.; Rothgang, H.; König, H.-H.; Riedel-Heller, S. G.; Behrens, J. (2011):** Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 10. Jahrgang, Heft 8

*Konzept 3:*

**Manstetten, A.; Wildner, M. (2002):** Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen, Abschlussbericht

*Konzept 4:*

**DIP (Hrsg.) (2008):** Präventive Hausbesuche bei Senioren – Projekt Mobil der Abschlussbericht, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

**DIP (Hrsg.) (2009):** Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

*Konzept 5:*

**AOK (Hrsg.) (2010):** Präventive Hausbesuche bei Senioren - Das Präventionsprogramm der AOK Niedersachsen: Gesund Älter Werden, Qualitativer Erfahrungsbericht, Hannover

**Deutscher Präventionspreis (2005):** Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte (50plus) – Die Preisträger und Nominierten

**Fischer, G.; Sandholzer, H.; Perschke-Hartmann, C. (2009):** Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von „Gesund Älter Werden (GÄW)“ - Ein Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen

**Gesundheit Berlin (Hrsg.) (2007):** Dokumentation 13. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin

## 6 ANHANG

6.1 LITERATURRECHERCHE.....	42
6.1.1 Suchmaschine „Google“ und Projektmitarbeiter.....	42
6.1.2 Datenbankrecherche .....	43
6.2 DER TABELLARISCHE VERGLEICH DER KONZEPTE PRÄVENTIVER HAUSBESUCHE.....	48
6.3 GRAFISCHE DARSTELLUNG DER DATENSAMMLUNG DER EINZELNEN KONZEPTE.....	81
6.4 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG .....	86

## 6.1 Literaturrecherche

### 6.1.1 Suchmaschine „Google“ und Projektmitarbeiter

#### *Konzept 1:*

Die verwendete Literatur wurde ausschließlich über auf der Internetseite zur Verfügung gestellten Dateien und durch die Projektmitarbeiterin Dr. Anders gewonnen.

Internetseite:

[http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische\\_klinik/leistungsspektrum/geriatriische\\_forschung/abgeschlossene\\_forschungsprojekte/praeventive\\_hausbesuche](http://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik/leistungsspektrum/geriatriische_forschung/abgeschlossene_forschungsprojekte/praeventive_hausbesuche) (30.4.2013)

#### *Konzept 2:*

Das Werk von Luck et al. (2011) wurde von Dr. Fleischer, einem Projektmitarbeiter, zur Verfügung gestellt. Weitere Werke konnten auf der Internetseite der Universität Halle unter den dort veröffentlichten „Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften“ ermittelt werden.

Internetseite: <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=563#c5776> (30.04.2013)

#### *Konzept 3:*

Die einzige Quelle zum Konzept 3 wurde über eine Freihandsuche in der Suchmaschine „Google“ gefunden. Der Suchbegriff war der Titel des Projektes „Prävention im Alter - geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen“. Die Suche ergab 175.000 Treffer, wobei die ersten 30 auf relevante Literatur betrachtet wurden (30.4.2013).

#### *Konzept 4:*

Auch für dieses Konzept wurde eine Freihandsuche in der Suchmaschine „Google“ durchgeführt. „Präventive Hausbesuche bei Senioren“, der Titel des Projektes, war der Suchbegriff. Hier zeigte die Betrachtung der ersten 30 Treffer von 200.000 (30.4.2013), dass es zwei relevante Veröffentlichungen gibt. DIP (2009) wurde über den Bibliothekskatalog der HAW Hamburg gefunden und ausgeliehen. DIP (2008) wurde käuflich erworben.

*Konzept 5:*

Die Literatur der AOK (2010) und die von Fischer et al. (2009) wurde über den Programmverantwortlichen Herrn Köhler ermittelt. Die zwei weiteren Quellen wurden über eine Freihandsuche in der Suchmaschine „Google“ gefunden. Auch hier wurden die ersten 30 Treffer auf relevante Informationen untersucht. Der Suchbegriff war „Gesund älter werden präventive Hausbesuche“ mit einer Gesamttrefferanzahl von 198.000 (30.4.2013).

6.1.2 Datenbankrecherche

*Datenbank:* Archiv der „Pflegerwissenschaft“

<http://www.pflege-wissenschaft.info/pflegerwissenschaft/aeltere-ausgaben/recherche>  
(01.05.2013)

Suchbegriff	Gesamt-trefferzahl	relevante Treffer
Hausbesuch	0	0
Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte	0	0
Altern zu Hause Unterstützung durch präventive Hausbesuche	0	0
Prävention im Alter geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen	0	0
mobil Präventive Hausbesuche bei Senioren	0	0
Gesund älter werden	0	0

*Datenbank:* Archiv der „Pfleger“ von Huber

<http://www.medcontent.ch/content/1012-5302> (01.05.2013)

Suchbegriff	Gesamt-trefferzahl	relevante Treffer
Hausbesuch	3	0

Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte	0	0
Altern zu Hause Unterstützung durch präventive Hausbesuche	0	0
Prävention im Alter geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen	0	0
mobil Präventive Hausbesuche bei Senioren	0	0
Gesund älter werden	1	0

*Datenbank:* Zeitschrift „Pflege und Gesellschaft“

<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/pflege-gesellschaft> (01.05.2013)

Suchbegriff	Gesamt- trefferzahl	relevante Treffer
Hausbesuch	0	0
Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte	0	0
Altern zu Hause Unterstützung durch präventive Hausbesuche	0	0
Prävention im Alter geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen	0	0
mobil Präventive Hausbesuche bei Senioren	0	0
Gesund älter werden	17	0

Datenbank: DIMDI (02.05.2013)

[https://portal.dimdi.de/websearch/servlet/Gate?accessid=freeStdDbDe#\\_\\_DEFANCHOR\\_](https://portal.dimdi.de/websearch/servlet/Gate?accessid=freeStdDbDe#__DEFANCHOR_)

–

In dieser Literaturrecherche wurde die von DIMDI getroffene Vorauswahl der Datenbanken beziehungsweise die „Standarddatenbanken“ übernommen.

Suchbegriff	Gesamt-trefferzahl	relevante Treffer
Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte	0	0
Altern zu Hause Unterstützung durch präventive Hausbesuche	2	<b>Roling, G.; Fleischer, S.; Luck, T.; Heinrich, S.; Hanns, S.; Rothgang, H.; König, H.; Riedel-Heller, S.; Behrens, J. (2009):</b> Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuche, DOI: 10.3205/09gmds082
Prävention im Alter geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen	0	0
mobil Präventive Hausbesuche bei Senioren	0	0
Gesund älter werden Hausbesuch	11	<b>Heim, S.; Thiele, G.; Schmiemann, G.; Schleef, T.; Deitermann, B.; Patzelt, C.; Stameyer, JT.; Krauth, C.; Walter, U.; Hummers-Pradier, E. (2011):</b> Präventive Hausbesuche für ältere Menschen: Was versteckt sich hinter diesem Konzept? Für wen kommen sie in Frage?, DOI: 10.3205/11iaf06

präventive Hausbesuche	44	<p><b>Behrens, J. (Hrsg.) (2009):</b> Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuche, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8 (35), 1-20</p> <p><b>Heim, S.; Thiele, G.; Schmiemann, G.; Schleef, T.; Deitermann, B.; Patzelt, C.; Stameyer, JT.; Krauth, C.; Walter, U.; Hummers-Pradier. E. (2011):</b> Präventive Hausbesuche für ältere Menschen: Was versteckt sich hinter diesem Konzept? Für wen kommen sie in Frage?, DOI: 10.3205/11iaf06</p> <p><b>Meinck, M.; Lübke, N.; Lauterberg, J.; Robra, B.-P. (2004):</b> Präventive Hausbesuche im Alter: Eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz, Gesundheitswesen, 66 (11), 732-8 (kein Zugang)</p> <p><b>Patzelt, C.; Deitermann, B.; Heim, S.; Krauth, C.; Theile, G.; Hummers-Pradier, E.; Walter, U. (2012):</b> Wie können ältere Menschen für die Inanspruchnahme des präventiven Hausbesuches motiviert werden?, Public Health Forum, 20 (1), 14.e1-14.e3. (kein Zugang)</p>
------------------------	----	--

Datenbank: Pubmed (12.05.2013)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Suchbegriff	Gesamt-trefferzahl	relevante Treffer
„house call“ (MESH) AND „Aged“ (MESH)	639	

<p>“house call” (MESH) AND  “aged” (MESH) AND  “Germany” (MESH)</p>	<p>27</p>	<p><b>Dapp, U. (2005):</b> Experiences in the preventive home visit, <i>Pflege aktuell</i>, 59, 211-4</p> <p><b>Dapp, U.; Anders, J. A.; von Renteln-Kruse, W.; Minder, C. E.; Meier-Baumgartner, H. P.; Swift, C. G.; Gillmann, G.; Egger, M.; Beck, J. C.; Stuck, A. E.; PRO-AGE Study Group (2011):</b> A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults, <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i>, 66 (5), 591-8</p> <p><b>Lenzen-Grossimlinghaus, R.; Steinhagen-Thiessen, E. (2003):</b> The so-called preventive house call. Forestalling nursing home admission, <i>MMW Fortschritte der Medizin</i>, 145 (18), 39-41</p> <p><b>Renteln-Kruse, W. von; Anders, J.; Dapp, U.; Meier-Baumgartner, H. P. (2003):</b> Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg, <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i>, 36 (5), 378-391</p>
---	-----------	--

## 6.2 Der tabellarische Vergleich der Konzepte präventiver Hausbesuche

Die Gliederung des Vergleiches ist angelehnt an den Schritten des Forschungsprozesses quantitativer Forschung von LoBiondo-Wood et al. (2005; 52f.). Ich habe zum Erhalt der Übersichtlichkeit auf die Kennzeichnung wörtlicher Zitate verzichtet. Dieser Vergleich diente mir lediglich zur Erhalt eines Überblicks aller Konzepte. Viele aufgeführte Informationen finden in der Bachelorarbeit keine Berücksichtigung. Des Weiteren werden Inhalte in der schriftlichen Ausarbeitung genannt, die hier nicht aufgeführt sind.

Konzept	Titel
1	Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte
2	Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche
3	Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen
4	mobil - Präventive Hausbesuche bei Senioren
5	Gesund älter werden
	<b>Forschungsproblem</b>
1	<p>thematisiert wird...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situation der Pflege in Deutschland im Jahr 2000</li> <li>• die Bevölkerungsgruppe „ältere Menschen“ in Deutschland</li> <li>• Prävention und Gesundheitsförderung im Alter</li> <li>• Kooperation in kommunalen Netzwerken</li> </ul>
2	<p>Hintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr ältere und hochaltrige in der Gesellschaft → steigender Bedarf an Unterstützung, Pflege und Betreuung</li> <li>• altern zu Hause = großes Bedürfnis</li> <li>• Heimeinzug = einschneidendes Erlebnis, finanzielle Folgen für Solidaritätsgemeinschaft</li> <li>• alleinige Versorgung durch Familie nicht immer gewährleistet</li> <li>• zunehmende Bedeutung = wohnortnahe Versorgungsstrukturen, ambulante Unterstützung außerhalb des familiären Netzes</li> <li>• Bedarf und Bedürfnis nach p. Hb. bei über 80jährigen in Deutschland nicht bekannt</li> </ul> <p>Forschungsstand (international)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huss et al. (2008): Metaanalyse <ul style="list-style-type: none"> <li>○ signifikante Abnahme der Mortalität der unter 77-jährigen</li> <li>○ kein Nachweis über Reduktion der Heimübergänge</li> <li>○ Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit nur bei Verwendung von multidimensionalem Assessment und klinischer Untersuchung beim 1. Hb.</li> </ul> </li> <li>• Van Haastregt et al. (2000): systematische Übersichtsarbeit <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kein klarer Nachweis von Wirksamkeit p. Hb.</li> </ul> </li> <li>• Stuck et al. (2002): p. Hb. wirksam, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>○ multidimensionales geriatrisches Assessment</li> <li>○ mehrere Folgebesuche</li> <li>○ Einschätzung des Sterberisikos der Zielgruppe als gering</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ junge Alte (72,5-77,5J.) aufgenommen wurden</li> <li>● Meink et al. (2004): keine ausreichende Evidenz für generelle Wirksamkeit p. Hb.</li> <li>● Ploeg et al. (2005): Metaanalyse</li> <li>● Beitrag von Interventionen im Rahmen einer präventiven medizinischen Grundversorgung für Menschen ab dem 65. Lebensjahr zur Senkung von Mortalität und längerem Verbleib in der Häuslichkeit</li> <li>➔ keine eindeutige Evidenz zugunsten p. Hb. ➔ Einzelergebnisse: positive Effekte auf Mortalität und Heimübergang</li> </ul> <p>Forschungsstand (national)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● keine RCTs in Deutschland zur Reduktion von Heimübergängen</li> <li>● Albertinen Haus: Machbarkeitsstudie</li> <li>● AOK Niedersachsen: RCT</li> <li>● Bosch BKK und DIP: CT</li> <li>➔ kein Nachweis der Wirksamkeit p. Hb. unter Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems, ABER positive Beurteilung durch Studienteilnehmer</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Absehbare demografische Alterung</li> <li>● In urbanen Regionen höherer Anteil an Ein-Personen-Haushalten</li> <li>● Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu Hause oder in Heimen mit zunehmenden Lebensalter</li> <li>● Erfahrungen: Wirksamkeit der p. Hb. als Maßnahme zur Primär- und Sekundärprävention zum Erhalt der unabhängigen Lebensführung vor allem in der Zielgruppe der älteren, nicht pflegebedürftigen Menschen</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gesundheitsförderung und Prävention</li> <li>● Altersbilder</li> <li>● Alternsprozesse und Krankheitsprozesse</li> <li>● Beforschung der p. Hb. international seit 2-3 Jahrzehnten</li> <li>● Ergebnisindikatoren zur Messung der Zielerreichung: Rate an Pflegeheim- und Krankenhauseinweisung, Anzahl an Krankenhaustagen, Mortalitätsrate, subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität</li> <li>● zwei Metaanalysen und eine Übersichtsarbeit: signifikant positive Effekte im Bereich der Indikatoren Mobilität und Pflegeheimeinzug ➔ „unspezifischer Wirksamkeitsnachweis bei ungeklärten Erfolgsdeterminanten“ (Stuck et. al 2002; Meinck et al. 2004)</li> <li>● van Haastregt (2000): Übersichtsarbeit ➔ keine eindeutige Aussage möglich</li> <li>● Studienlage uneinheitlich       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zusammenfassung unterschiedlicher Konzepte unter Begriff p.Hb.</li> <li>2. Vorliegen keiner aussagekräftigen Evaluierungen</li> </ol> </li> <li>● vielversprechende Ergebnisse aus Schweiz und Dänemark und demografischer Wandel ➔ Diskussion der Implementierung in Deutschland</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alter und Leistungsfähigkeit</li> <li>● Formen der Gesundheit</li> <li>● Gesundheit und soziale Ungleichheit</li> <li>● Gesundheitsförderung</li> <li>● Krankheitsprävention</li> <li>● rechtlicher Rahmen</li> <li>● ökonomische Grundlagen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequenzen für Interventionen</li> </ul>
	<b>Zweck, Ziel</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung und Einsatz einer Pflegekraft in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland zu entwickeln, zu erproben und zu beschreiben</li> <li>• Bestimmung einer Zielgruppe für präventive Maßnahmen</li> </ul> <p>Ergebnisindikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Voraussetzungen sollte eine ambulant arbeitende Pflegekraft mitbringen, um erfolgreich die Gesundheit älterer Menschen zu fördern?</li> <li>• Welche Inhalte und Methoden umfasst ihre Fortbildung und wer ist geeignet, diese zu vermitteln?</li> <li>• Mit welchen Berufsgruppen ist enge Zusammenarbeit sinnvoll und ist diese an bestimmte Voraussetzungen geknüpft?</li> <li>• Welche Inhalte können mit welchen Methoden den älteren Teilnehmern nahe gebracht werden? Welche geriatrischen Assessment-Instrumente sind einerseits geeignet, diese Risiken abzubilden, und können andererseits von der angehenden Pflegekraft für Gesundheitsförderung in angemessener Zeit bewältigt werden?</li> <li>• Welche Personen aus der älteren Bevölkerungsgruppe sprechen besonders auf eine solche Intervention an und welche nicht? Lassen sich unter Umständen Zielgruppen näher beschreiben?</li> <li>• Führt die Aufdeckung von gesundheitlichen Risiken und Reserven bei den Hausbesuchspatienten zu umsetzbaren therapeutischen Empfehlungen? Können und wollen die Betroffenen an der Umsetzung der pflegerischen Empfehlungen mitarbeiten?</li> <li>• Welcher Aufwand und welche direkten Kosten entstehen durch Fortbildung und Einsatz der Pflegekraft innerhalb der Beobachtungsphase?</li> <li>• Welche Einsatzfelder sind für eine präventiv handelnde Pflegekraft im ambulanten Versorgungsbereich möglich und sinnvoll? Wie kann der hier erprobte Ansatz unter den aktuell herrschenden Bedingungen im deutschen Gesundheitssystem in die Versorgungsstrukturen eingebettet werden?</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung der Effektivität und Kosteneffektivität von p. Hb.</li> </ul> <p>Ergebnisindikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzögerung bzw. Verhinderung von Heimübergängen (Hauptzielgröße)</li> <li>• frühzeitige Identifikation von Selbsthilfedefiziten</li> <li>• Verringerung von Stürzen</li> <li>• Verbesserung bzw. Erhaltung der Selbstpflegekompetenz</li> <li>• Steigerung der Lebensqualität</li> <li>• Berechnung der inkrementellen Kosten-Nutzwert-Relation aus gesamtgesellschaftlicher Sicht</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfen der Aspekte der Umsetzbarkeit von p. Hb. zum Erhalt der unabhängigen Lebensführung im Alter</li> </ul> <p>Schwerpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentenanpassung und Erprobung</li> <li>• Feststellung der Qualitätskriterien für durchführende Fachperson</li> <li>• Entwicklung eines Umsetzungskonzeptes</li> </ul>

4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erprobung p. Hb. im deutschen Sozial- und Gesundheitssystems</li> <li>• Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit und Gesundheit</li> </ul> <p>Ergebnisindikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstufung in die Pflegeversicherung</li> <li>• Einzug ins Pflegeheim</li> <li>• Anzahl der Krankenhaustage und -kosten</li> <li>• Gesundheitskosten (soweit erfassbar)</li> <li>• Funktionale Fähigkeiten laut „Questionnaire of functional ability“</li> <li>• subjektiver Gesundheitszustand laut „SF 12“</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der Überlebensprognose</li> <li>• Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>• Erhalt der Selbstständigkeit</li> <li>• Vermeidung der Verschlechterung von Erkrankungen</li> <li>• Reduktion von Leistungsangeboten</li> <li>• Vernetzung von regionalen Angeboten</li> </ul> <p>Primäre Endpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeindezeit (Kombinierter Endpunkt aus Zeit vor dem Tod oder Heimeintritt)</li> <li>• Pflegekosten</li> </ul> <p>Sekundäre Endpunkte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalität</li> <li>• Pflegebedürftigkeit (wenn, dann Pflegestufe und Geld- oder Sachleistung)</li> <li>• Einweisung in das Pflegeheim (wenn, dann Pflegestufe)</li> <li>• Häusliche Krankenpflege</li> <li>• Einweisung in das Krankenhaus (ob eingewiesen wurde, Verweildauer, Kosten, Leistungsart)</li> <li>• Sturzereignisse (Tracer: Fraktur des Femurs S72, Fraktur des Unterarms S52 als Haupt-, Neben- und Entlassungsdiagnose im Krankenhaus)</li> <li>• Das Auftreten von Schlaganfall (I61, I62, I63, I64), Myocardinfarkt (I21, I22) als Zielkrankheiten im Zusammenhang mit stationärer Behandlung</li> <li>• Ambulante ärztliche Leistungen (Gesamtpunktzahl pro Versichertem und Quartal)</li> <li>• Arzneimittel (Anzahl der Verordnungen, Gesamtkosten pro Versichertem im Quartal)</li> </ul>
<b>Literaturbesprechung</b>	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung der aktuellen Literatur in Pubmed</li> </ul>
2	
3	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• internationale Literaturanalyse erwähnt</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Literaturstudium für Beraterhandbuch</li> </ul>
<b>Theoretischer und / oder konzeptueller Bezugsrahmen</b>	
1	
2	
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stuck et. al (2000) → mindestens 5, am besten 9 Hb.</li> </ul>

4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• für Zielgruppe: Stuck et al. (2002), Vass et al. (2005), Vass et al. (2007), Elkan et al. (2001), Ministry of social affairs Kopenhagen 1999</li> <li>• Experten-Hearing (2005) → Bestätigung der gewählten Zielgruppe</li> <li>• Zugangsweg: Erfahrungen aus Dänemark nicht umgesetzt</li> <li>• inhaltliche Ausgestaltung der Maßnahmen: Stuck et al. (2002), Ströbel et al. (2003), Lübke &amp; Meinck (2003), Vass et al. (2006), Vass et al. (2007)</li> <li>• Durchführung des Assessments: Vass et al., Blozik et al. (2007)</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlage = WHO → erweiterter Gesundheitsbegriff und „active aging“</li> <li>• Case-Management, Fallsteuerung → innere Haltung der Beraterinnen</li> <li>• Grundlage des Beratungsansatzes → Konzept der Salutogenese</li> <li>• Prinzipien der Gesprächsführung aufgestellt</li> <li>• systematisch-lösungsorientierter Ansatz → Orientierungsrahmen für Beratung</li> <li>• „idealtypischer Beratungsverlauf“</li> </ul>
<b>Hypothese / Forschungsfrage</b>	
1	
2	Kann geschultes Personal dazu beitragen, den individuellen Hilfe- und Pflegebedarf der Studienteilnehmer zu ermitteln und ihre Kompetenzen und Ressourcen für eine autonome Lebensführung zu stärken?
3	
4	Erbringt die Umsetzung des für mobil entwickelten Konzeptes Präventiver Hausbesuche über zwei bzw. drei Jahre im kontrollierten Studiendesign signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Ergebnisindikatoren Einstufung in die Pflegestufe, Einzug ins Pflegeheim, Anzahl der Krankenhaustage und -kosten, Gesundheitskosten, funktionaler Status und subjektiver Gesundheitszustand? Ausgangshypothese, die es zu falsifizieren gilt: Interventionsgruppe und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht.
5	
<b>Forschungsdesign</b>	
1	keine direkte Benennung
2	Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie
3	Machbarkeitsstudie, Interventionsmodell
4	RCT geplant → CT durchgeführt
5	RCT
<b>Stichprobe: Art und Größe</b>	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n= 77</li> <li>• Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 60J.</li> <li>○ Selbstständig in ihrer Lebensführung</li> <li>○ Keine Einstufung in die Leistungen der Pflegeversicherung</li> <li>○ Keine kognitive Beeinträchtigung</li> <li>○ deutsch als Muttersprache</li> <li>○ Vorfinden extremer Umstände (z.B. akute Psychose oder Erkrankung in der terminalen Phase)</li> <li>○ Lebend in Hamburg</li> </ul> </li> <li>• Personen, die nicht in der Lage waren an einer Beratung im Zentrum teilzunehmen</li> <li>• Rekrutierung über 14 HA Praxen → HA übernahm erste Selektion der</li> </ul>

	Teilnehmer
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n= 305 (n=150 in IG, n= 155 in KG)</li> <li>• Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 80J.</li> <li>○ Zu Hause lebend</li> <li>○ Leichter Hilfebedarf → beeinträchtigt in mind. 3 Aktivitäten des täglichen Lebens</li> <li>○ Max. Pflegestufe 1</li> <li>○ Keine kognitive Beeinträchtigung</li> <li>○ ausreichend Deutschkenntnisse</li> <li>○ In Leipzig und Halle lebend</li> </ul> </li> <li>• Rekrutierung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HA Praxen (3 in Halle, 18 in Leipzig)</li> <li>○ Krankenhäuser (zur Erfassung von Menschen mit hohem Risiko einer Heimeinweisung)</li> <li>○ postalischer Aufruf zur Teilnahme einer repräsentativen Stichprobe des Melderegisters Halle</li> </ul> </li> <li>• Stichprobenkalkulation erfolgt → mind. 280 Teilnehmer</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n= 15</li> <li>• Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 65 J.</li> <li>○ Unabhängige Ältere</li> <li>○ keine aktuelle Pflegebedürftigkeit</li> <li>○ Stadtteil Neuperlach in München</li> <li>○ deutschsprachig</li> </ul> </li> <li>• Rekrutierung über Einwohnermeldeamt (n=50) und HA (n=30)</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n= 180 in IG</li> <li>• n= 1172 in KG</li> <li>• n = 3300 angeschrieben (n=1300 für IG, n=2000 für KG)</li> <li>• 5% Aussteiger</li> <li>• Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 75J.</li> <li>○ Keine Einstufung in Pflegestufe</li> <li>○ keine kognitive Beeinträchtigung</li> <li>○ Bosch BKK Versicherte</li> <li>○ lebend in Leonberg, Ludwigsburg und Schwieberdingen</li> </ul> </li> <li>• Rekrutierung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anschreiben der Versicherten die Einschlusskriterien erfüllen</li> <li>○ Rückmeldung bei Interesse mittels beigelegter Antwortkarte</li> <li>○ Nach Aufgabe des RCT Design → Rekrutierung weiterer Teilnehmer für Kontrollgruppe, Locken mit einer Verlosung</li> </ul> </li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n= 1300 in IG (n= 586 Zusage für Hausbesuche)</li> <li>• n= 2924 in KG</li> <li>• Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 68-79J.</li> <li>○ nicht pflegebedürftig</li> <li>○ in den zehn ausgewählten Stadtteilen Hannovers – Linden, Limmer, Wettbergen, Mühlenberg, Ricklingen, Oberricklingen, List, Vahrenwald, Arnum und Bornum – wohnend</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ausreichend Deutschkenntnisse</li> <li>○ AOK Niedersachsen Versicherte</li> <li>● Rekrutierung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfüllen der Einschlusskriterien: 4300</li> <li>○ IG-Gruppe: Zufallsauswahl von 1300 Frauen und Männern</li> <li>○ KG = restl. 3000 Versicherte</li> <li>○ Ehepaare gemeinsam randomisiert</li> <li>○ IG: Anschreiben von AOK mit Informationen über Projekt und mit frankierter Rückpostkarte zur Einwilligung</li> <li>○ Keine Rückpostkarte erhalten → telefonischer Kontakt und Überzeugung zur Teilnahme</li> </ul> </li> <li>● Ablehner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sehr aktiv und fit → sehen keinen Bedarf</li> <li>○ Hb. = Überforderung</li> <li>○ Ehepartner nicht einverstanden</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Rechtlich-ethische Fragen</b>
1	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Studienprotokoll durch Ethikkomitee der Universitäten Halle und Leipzig</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bestimmungen des Datenschutzgesetzes eingehalten</li> <li>● p. Hb. Grundlage = Freiwilligkeit</li> <li>● Versicherung, dass Daten nur nach Einwilligung an Dritte weitergegeben werden</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kontaktaufnahme mit Hausarzt nur durch Einwilligung des Teilnehmers</li> <li>● Voraussetzung: Freiwilligkeit der Teilnahme</li> <li>● fundamental = Selbstbestimmung des Seniors sowie Integration seiner Normen und Überzeugungen bzgl. seiner eigenen Lebens- und Gesundheitssituation</li> <li>● Einhaltung der Schweigepflicht</li> <li>● Priorität: subjektive Bewertung des Seniors</li> <li>● Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dateneinwilligung von Teilnehmern verlangt</li> <li>● Auf Wunsch des Teilnehmers → Löschen der Daten am Ende der Studie</li> <li>● Beachtung der §§67 und 75 SGB X</li> <li>● Weiterleitung der Daten in pseudonymisierter Form an wissenschaftliche Begleitung</li> <li>● Zustimmung durch Sozialministerium als Aufsichtsbehörde</li> </ul>
	<b>Instrumentarium (Messinstrumente)</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Geriatriisches Screening AGAST nach Lachs et. al</li> <li>● Albertinen-HausBesuch-Assessment <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hörkontrolle, Hörhilfensichtung</li> <li>○ Sehkontrolle, Sehhilfensichtung</li> <li>○ Schürzengriff, Flaschenprobe, Schriftprobe</li> <li>○ Time Up and Go Test</li> <li>○ MNA, BMI, Gebiss-Status, Kaufunktion, 1-Tages-Ernährungsprotokoll</li> <li>○ Bewegungsprotokoll</li> <li>○ GDS</li> <li>○ Uhrentest</li> <li>○ Fragebogen Soziale Situation (SoSi), Wohnungsschau</li> <li>○ Romberg-Steh-Versuch, Balance-Probe</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medikamentensichtung, Doset, Medikamentenplan</li> <li>○ Schmerztagebuch</li> <li>● Fallbesprechung mit Projektärztin, ggf. Einholen von Empfehlungen von Ökotrophologin oder Physiotherapeut</li> </ul>
2	<p>Baseline-Erhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● standardisierte Fragebogenerhebung zu Soziodemografie, Pflege- und Krankenversicherung, Inanspruchnahme von medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsleistungen</li> <li>● Sturzrisiko: Stürze in letzten 12 Monaten und resultierende Verletzungen</li> <li>● Kognitiver Status mittels Mini-Mental-Status Test</li> <li>● Lebensqualität mit EQ-5D</li> <li>● ADL`s mittels Barthel Index</li> <li>● IADL`s nach Lawton</li> <li>● Depressionsrisiko mittels Kurzform des GDS</li> <li>● Soziale Situation mit SoS</li> </ul> <p>Interventionsassessment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hören, Sehen, Arm- und Beinfunktion, Inkontinenz: Geriatisches Basisassessment nach AGAST, Screening nach Lachs et al.</li> <li>● Ernährungsstatus mittels MNA</li> <li>● Fragen zu Gebissstatus und Problemen beim Kauen</li> <li>● Kognitive Situation durch Clock Completion Test</li> <li>● Soziale Situation mit SoS</li> </ul> <p>Multiprofessionelle Fallkonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Vertreter der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Psychologie, Soziologie, Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie</li> <li>● Vortragen der Inhalte durch durchführende Person</li> <li>● Festlegen der individuellen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten</li> </ul> <p>gesundheitsökonomische Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● informelle Pflegeleistungen → Ressource Utilisation in Dementia (RUD)</li> <li>● retrospektive Erfassung der Leistungen über verschiedene Zeiträume</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kurzfragebogen an alle Personen einer Altersgruppe</li> <li>● Gesundheitsfragebogen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medizinische Vorgeschichte</li> <li>○ Maße und gesundheitliche Daten</li> <li>○ Medikamente</li> <li>○ Anzeichen und Symptome</li> <li>○ Schmerzen</li> <li>○ Zahn- und Mundhygiene</li> <li>○ Sehen und Hören</li> <li>○ Psyche und Wohlbefinden</li> <li>○ soziales Umfeld</li> <li>○ allgemeiner Gesundheitszustand</li> <li>○ Selbstständigkeit</li> <li>○ Nikotin- und Alkoholkonsum</li> <li>○ körperliche Aktivitäten</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ernährung</li> <li>○ Vorbeugung gegen Verletzungen</li> <li>○ Gesundheitsvorsorge</li> <li>○ Beruf und Ruhestand</li> <li>○ Angaben zur Person</li> <li>○ Bewertung des Fragebogens</li> </ul>
4	<p>Instrumente der Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controllingdaten der Bosch BKK: Einstufung in die Pflegestufe, Einzug ins Pflegeheim, Anzahl der Krankenhaustage und -kosten und Gesundheitskosten</li> <li>● Fragebogenerhebung („Questionnaire of functional ability“, SF 12)</li> </ul> <p>STEP-m</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Modifikationen STEP: Streichung, Konkretisierung, Hinzufügung von Iteminhalten → STEP-m</li> <li>● Erfassungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mobilität / alltägliche Arbeiten / persönliche Pflege</li> <li>○ Wohnraum / Hilfsdienste / Hilfsmittel</li> <li>○ Soziales Umfeld / Angehörigenpflege / finanzielle Situation</li> <li>○ BMI, Ernährungsgewohnheiten</li> <li>○ Körperliche Leistungsfähigkeit</li> <li>○ Körperliche Betätigung</li> <li>○ Hör- und Sehfähigkeit</li> <li>○ Atembeschwerden / Herz-Kreislauf-Situation inkl. Wissen über Symptome und Maßnahmen</li> <li>○ Kontinenz</li> <li>○ Schmerzen</li> <li>○ Schlafstörungen</li> <li>○ Sturzanamnese / Mobilitätstest (Gehsicherheit)</li> <li>○ Kognition</li> <li>○ Stimmung</li> <li>○ Impfschutz</li> <li>○ Bekannte Diagnosen</li> <li>○ Medikamente / Medikamenteneinnahme</li> <li>○ Allgemeinzustand / Krankenhausbehandlung</li> <li>○ Lebensgewohnheiten</li> </ul> </li> <li>● Einschätzung des Teilnehmers im Mittelpunkt → Abweichungen des Beraters als Notiz vermerkt</li> <li>● Eingabe der Daten im Computer während Interview</li> </ul> <p>Fallbesprechung und Beratungsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Team der Berater, einem Geriater, wissenschaftliche Begleitung</li> <li>● Austausch mit Ernährungsberater der Bosch BKK</li> <li>● nur nach 1. Hb.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klientendaten</li> <li>● Schlüsselfragen → Ermittlung evtl. Handlungsbedarfes</li> <li>● Geriatriches Assessment (STEP) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geringfügig modifiziert</li> <li>○ Nach Wunsch Duplikat in HA</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivierungsbogen (selbst entwickelt) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ermittlung von Interessen, Hobbies, Aktivitäten</li> </ul> </li> <li>• WHOQOL-Bref zur Messung der Lebensqualität</li> <li>• Halbstrukturierter Fragebogen für Berater zur Dokumentation des Beratungsprozesses <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interventionskategorien: Ernährung, Bewegung, psychosozialer Bereich, kognitiver Bereich, wirtschaftlich-ökonomische Situation, medizinischer Bereich</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Validität und Reliabilität</b> (Gültigkeit und Zuverlässigkeit)
1	
2	
3	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifikation von STEP-m durch „soweit möglich“ valide und reliable Instrumente</li> <li>• Zurückgreifen auf bestehende bewährte Instrumente</li> <li>• in einigen Fällen: literaturgestützte Entwicklung eigener Fragen oder erfahrungsbezogene Formulierung</li> <li>• Evidenzorientierungsthese</li> <li>• Testung von Skalen zur Messung der funktionalen Fähigkeit auf konstrukt- und kriterienbezogenen Validität</li> </ul>
5	
	<b>Verfahren der Datensammlung</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n=580 telefonische Einwilligung in Gesamtprojekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n=77 Einwilligung in Hausbesuch, n=503 Einwilligung zu Gruppenveranstaltungen im Albertinen Haus</li> </ul> </li> <li>• Telefonischer Erstkontakt der Pflegekraft mit Teilnehmern <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kurze Vorstellung ihrer Person</li> <li>○ Erklärung Ablauf des Hb.</li> <li>○ Darstellung der Inhalte des geplanten Beratungsgesprächs</li> <li>○ Vereinbarung eines 1. Hb.</li> </ul> </li> <li>• 1. Hb.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erhebung des geriatrischen Screenings (AGAST)</li> <li>○ Albertinen-HausBesuch-Assessment</li> <li>○ Zusammenfassung der Eindrücke, gemeinsame Planung der Vorgehensweise</li> <li>○ Festlegen von Priorität gefundener Probleme sowie möglicher Lösungsstrategien</li> </ul> </li> <li>• Nachbereitung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schriftliche Darstellung der erhobenen Befunde</li> <li>○ Besprechung der Befunde und anamnestischen Informationen mit Projektärztin, Bestimmung gemeinsamer Handlungsschwerpunkte</li> <li>○ Ggf. standardisiertes Formular an den HA</li> <li>○ Entwicklung gesundheitsfördernder Empfehlungen im Bereich Ernährung und Bewegung mit interdisziplinären Gesundheitsberater-Teams (Ökotrophologin, Physiotherapeut) → Zusenden an Teilnehmer</li> </ul> </li> <li>• Telefonischer Kontakt mit den Teilnehmern über Fortgang der veranlassten Maßnahmen</li> <li>• 2. Hb.:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5-6 Monate nach 1. Hb.</li> <li>○ Ggf. Nachholung nicht durchführbarer Untersuchungen</li> <li>○ Ggf. Wiederholung einzelner Erhebungen aus geriatrischem Assessment</li> <li>○ Schwerpunkt: Beratungsgespräche</li> <li>○ Erfragung der Umsetzung bereits erteilter Empfehlungen</li> <li>○ Standardisierte Erhebung der Akzeptanz der Hb.</li> <li>● Nachbereitung wie oben</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● n=336: Einwilligung zur Studienteilnahme (n=305 besucht und interviewt)</li> <li>● Screening nach Ein- und Ausschlusskriterien <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Screeningfragebogen: soziodemografische Daten, Pflegestufe, Größe und Gewicht, zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Vorerkrankungen</li> </ul> </li> <li>● Zusenden von Studieninformationen, Einwilligungserklärung und frankiertem Rückumschlag</li> <li>● nicht verblindete Randomisierung in IG und KG</li> <li>● Nach Einwilligung Telefonkontakt und Terminvereinbarung für 1. Hb.</li> <li>● 1. Hb.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Baseline-Erhebung in beiden Gruppen</li> <li>○ Umfassende Erhebung zu Pflege- und Hilfebedarf in IG</li> <li>○ Interventionsassessment in IG</li> </ul> </li> <li>● 1 Woche nach 1. Hb. Auswertung der Assessments in multiprofessioneller Fallkonferenz</li> <li>● 2. Hb.: Beratung der Studienteilnehmer zu Ergebnissen aus der Fallkonferenz</li> <li>● 3. Hb.: 4 Wochen später Booster Session → Evaluation des 2. Hb.; Angebot einer ergänzenden Beratung und Unterstützung</li> <li>● Follow-Up I 18 Monate nach 1. Hb. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfassung der Daten aus Baseline-Erhebung in beiden Gruppen in einem Hausbesuch</li> <li>○ In IG: strukturierte Erfassung der ergänzenden Daten zu Problembereichen und Umsetzung der Beratungsinhalte und Festhalten von ergänzenden Informationen zum Annahmeverhalten und Gründe für eine Nichtinanspruchnahme von Angeboten und Diensten</li> </ul> </li> <li>● Follow-Up II 30 Monate nach 1. Hb. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Telefoninterview</li> <li>○ Baseline-Erhebung</li> </ul> </li> </ul>
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptation der Instrumente <ul style="list-style-type: none"> <li>● Anpassung des von der Forschungsstelle Alter in Bern übernommenen geriatrischen Instruments an Gegebenheiten in Deutschland und München in enger Zusammenarbeit mit Bern</li> <li>● Erfassen der Versorgungsstruktur in München mit Beratungsstellen und Serviceangeboten für ältere Bürger → Zusammenfassung Übermittlung nach Bern → Integration in EDV basierte System</li> <li>● Prüfung der Richtigkeit der Eingaben anhand von Musterberichten</li> </ul> </li> <li>2. Adressdatenbank <ul style="list-style-type: none"> <li>● Auswertung des Fragebogens EDV basiert</li> <li>● Auswahl begrenzter Adressen Münchens <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stadtteilorientiert</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. München</li> <li>3. Ganz Deutschland</li> <li>• Unterstützung von Experten für Zusammenstellung und Differenzierung der Adressliste</li> <li>3. Testung der Fragebögen und des persönlichen Gesundheitsberichtes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptierte Fragebögen an verschiedenen Personen getestet</li> <li>• Informative Rückmeldung → dennoch keine erneute Anpassung</li> <li>• Erstellen individueller Gesundheitsberichte + Überprüfung auf Inkonsistenzen</li> </ul> </li> <li>4. Stichprobenziehung und Zugangswege <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadtteil Neuperlach → im städtischen Krankenhaus Neuperlach das Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation unter Leitung von Prof. Heinrich</li> <li>• Einwohnermeldeamt → Rücklaufquote 14%</li> <li>• Praxisgemeinschaft → Rücklaufquote 27% <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unter Einhaltung des Datenschutzgesetzes zufällige Auswahl aus ihrer Patientendatei</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>5. Studienablauf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschreiben und Informationsblatt über Studie an alle Teilnehmer</li> <li>• Selektion der Zielgruppe über Kurzfragebogen</li> <li>• Rücksendung des Kurzfragebogens und Einverständniserklärung</li> <li>• Zusenden des Gesundheitsprofil-Fragebogens (Assessment) per Post und Ankündigung eines Telefonkontaktes</li> <li>• Vereinbarung eines Hausbesuches im Telefonat</li> <li>• 1. Hb.: Besprechung Assessment und Aushändigung an Gesundheitsschwester</li> <li>• Angebot einer Wohnraumbegehung (entweder gleich oder im Folgebesuch je nach Studienteilnehmer)</li> <li>• Computerbasierte Auswertung des Assessments mit automatischer Erstellung eines individuellen Gesundheitsberichtes sowie Möglichkeit einer Kurzversion für den Hausarzt</li> <li>• Verschicken des Gesundheitsberichtes an Teilnehmer und Ankündigung eines Telefonats zum 2. Hb.</li> <li>• 2. Hb.: Besprechung Gesundheitsbericht, evtl. Wohnraumbegehung, Abschlussevaluation</li> </ul> </li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturierte Interviewform</li> <li>• 1. Hb.: persönliche Kontaktaufnahme, Assesmenterhebung in Interviewform, ggf. Beratungsbeginn</li> <li>• Interdisziplinäre Fallbesprechung und Beratungsplanung</li> <li>• 2. Hb.: nach ca. 1 Monat, Beratung, ggf. Evaluation der eingangs vereinbarten Maßnahmen</li> <li>• 3.-5.Hb.: Fortführung der Beratung sowie Evaluierung derer, Zeitabstände individuell je nach Bedarf des Teilnehmers</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung von Netzwerkarbeit <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „runde Tische“ → Alle an Seniorenarbeit beteiligten Organisationen kommen zusammen</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel: Austausch und Koordination von Angebote</li> <li>● HA Information über Ergebnisse des geriatrischen Assessment mit Interventionsvorschlägen nach Einwilligung des Teilnehmers</li> <li>● Pilotstudie mit 10 Teilnehmern → Änderung des Beratungsablaufes</li> <li>● 1. Hb.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorstellung Projekt</li> <li>○ Einholen Dateneinwilligung</li> <li>○ Klientenstatus und Schlüsselfragen</li> <li>○ Aushändigen des WHOQOL-Bref-Fragebogen</li> </ul> </li> <li>● 2. Hb.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ STEP-Assessment</li> <li>○ Fragen zur Aktivierung</li> <li>○ Einsammeln des WHOQOL-Bref-Fragebogen</li> <li>○ Vereinbarung Termin für weiteren Hb.</li> </ul> </li> <li>● Auswertung der Informationen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Interventionen nötig → Vorbereitung eines Angebotsvorschlages</li> </ul> </li> <li>● 3. Hb.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beratung</li> <li>○ Konkrete Zielvereinbarung: Aufnahme von Aktivitäten, allgemeine Änderungswünsche (→ bei Abschluss Erhalt eines Individualbonus der AOK nach §65b SGB V)</li> </ul> </li> <li>● 1.-3. Hb. Zeitkorridor von 8 Wochen</li> <li>● Weitere Hausbesuche möglich je nach Bedarf</li> <li>● Zwischenzeitlich telefonischer Kontakte</li> </ul>
	<b>Datenanalyse</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Erfassung der Daten in Papierform in Access-Datenbank</li> <li>● Anonymisierung der Personendaten</li> <li>● Einbezug aller gültigen Angaben für jede Variablenauswertung in die Analysen</li> <li>● SPSS 12.0 für Windows</li> <li>● Auswertung → Verfahren der deskriptiven Statistik</li> <li>● Signifikanzniveau <math>p &lt; 0,05</math>, Häufigkeitstabellen, Standardabweichungen</li> <li>● Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest → Überprüfung der Stichprobe auf Normalverteilung</li> <li>● Statistische Verfahren zur Hypothesen-Testung</li> <li>● Mann-Whitney-Rangtest, Kruskal-Wallis-Test</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vergleichsdaten von Baseline-Erhebung und Follow-Up I (Follow-Up II in Planung/ Arbeit)</li> <li>● PASW für Windows (Version 18,0), STATA (Version 11,0)</li> <li>● Signifikanzniveau 0,05</li> <li>● Untersuchung der Gruppenunterschiede mit <math>\chi^2</math>-Test und Mann-Whitney-U Test</li> <li>● Interventionseffekte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ multifaktorielles Regressionsmodell</li> <li>○ „Intention-to-treat“ (keine Ergänzung fehlender Werte)</li> <li>○ „Complete cases analysis“</li> </ul> </li> <li>● „Drop-Out“ durch Heimeinzug oder Tod → Daten des</li> </ul>

	<p>Einwohnermeldeamtes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umzug in einer Heimeinrichtung und Mortalität <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cox-Regression und Hazard Ratio</li> </ul> </li> <li>• Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index und IADL-Skala) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ lineare Regressionsmodell</li> </ul> </li> <li>• gesundheitsbezogene Lebensqualität <ul style="list-style-type: none"> <li>○ random-effects generalized least squares (GLS) Regressionsmodellen</li> </ul> </li> <li>• Veränderung der Anzahl der Stürze <ul style="list-style-type: none"> <li>○ random-effects Poissons-Regressionmodell</li> </ul> </li> <li>• Berechnung der direkten Kosten: viele weitere Analyseverfahren</li> </ul>
3	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intention-to-treat</li> <li>• Transformation aller Daten in SPSS 15.0</li> <li>• Analyse mittels uni- und multivarianter Analyse</li> <li>• Chi-Quadrat-Zusammenhangstests</li> <li>• T-Tests</li> <li>• logistische Regressionsanalysen</li> <li>• Ziehen einer Quotenstichprobe aus KG → Eliminierung der Gruppenunterschiede in Alter und Geschlecht → 50% Wahrscheinlichkeit, dass Teilnehmer der IG und KG bzgl. beider Kriterien aus der gleichen Gesamtheit stammen</li> <li>• Power der Studie 80% bei Alpha-Fehler von 5%, wenn Gruppenunterschied von 11% gesehen werden soll → kleinere Unterschiede können übersehen werden</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intention-to-treat, On-Treatment Analyse und Matched Pairs Analyse</li> <li>• Cox-Regression</li> <li>• Grundlage der Stichprobengrößenberechnung: Signifikanzniveau 0,05, Power 80%</li> <li>• Mann-Whitney-U-Test, Chi<sup>2</sup>-Test</li> </ul>
	<b>Ergebnisse</b>
1	<p>Allgemeine Strukturdaten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter: Ø 78,2J. weiblich, 77,6J. männlich</li> <li>• Geschlecht: 71,4% weiblich, 28,6% männlich</li> <li>• Gründe für Inanspruchnahme von Hb. und nicht Gruppenveranstaltung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 44,2% Weg zum Zentrum</li> <li>○ 32,5% körperliche Behinderung</li> <li>○ 29,9% zu krank (chronisch krank)</li> <li>○ 28,6% Zeitaufwand zu groß</li> <li>○ 26,0% seelisch belastet</li> </ul> </li> <li>• Teilnehmermeinung: Zuständigkeit für die eigene Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 67% Hausarzt und Fachärzte</li> <li>○ 19% ich selbst und Ärzte</li> <li>○ 14% ich selbst ohne Ärzte</li> </ul> </li> <li>• Teilnehmermeinung: Gesundheitserhaltende Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 47,9% Medikamente</li> <li>○ 9,6% Ruhe und Schonung</li> <li>○ 9,6% gesundes Essen</li> <li>○ 8,2% Freizeit und Geselligkeit</li> <li>○ 75,3% körperliche Bewegung</li> </ul> </li> </ul>

- Erwartungen an Hb.
  - 8,2% allgemeine Informationen
  - 2,7% Geselligkeit
  - 57,5% Tipps Erhalt Gesundheit
  - 1,4% Tipps zu Ernährung
  - 30,1% keine Vorstellung
  
- AGAST- Screening
  - Ø 4,4 Auffälligkeiten pro Teilnehmer
    - 57,9% Bereich körperliche Aktivität
    - 56,6% Schmerzen
    - 50,0% Polypharmazie
  - 1/5 stationäre Behandlung in letzten Monaten
  - Fast die Hälfte häufig traurig oder niedergeschlagen
  - 1/3 keine Vertrauensperson für Hilfestellungen im Alltag
  - 47,4% Probleme beim Hören, obwohl teilweise Hörhilfen vorhanden waren
  - Qualität von Arm- und Beinfunktion massiv herabgesetzt
  - 1/5 eingeschränkte Harnkontinenz
  - Fast 1/10 auf ersten Blick untergewichtig
  
- Albertinen-HausBesuch-Assessment
  - Ø 6,6 Auffälligkeiten pro Teilnehmer
  - Problematische Befunde
    - 65,8% soziale Situation
    - 63,2% Polypharmazie
    - 60,8% Hören
    - 51,4% Sehen
    - 59,2% Gleichgewicht
    - 53,3% Ernährungsstatus
  - 59,2% chronische Schmerzen
  - Psycho-Soziales: 65,8% auffällig
  - Ernährung:
    - MNA: 23 von 74 auffällig
    - Gebiss-Status: 15 von 65 auffällig
    - Möhrentest: 10 von 65 auffällig
    - Gnathometer: 41 von 65 auffällig
  - 1-Tages-Ernährungsprotokoll
    - 33% ausreichend Flüssigkeit (1,6l), 12% mindestens 5mal Obst oder Gemüse am Tag
    - Nach Empfehlung durch Ökotrophologin: 67% empfohlen mehr zu trinken → 51% umgesetzt, 88% empfohlen mehr Obst und Gemüse zu essen → 10% umgesetzt
  - Bewegung
    - Time Up & Go Test: 38 von 75 auffällig
    - Romberg Steh Versuch: 19 von 75 auffällig
    - Balanceprobe: 24 von 75 auffällig
    - 57 von 75 Erarbeitung Bewegungsprotokoll: 100% Tipp 1 gegeben → 42% umgesetzt, 44% Tipp 2 gegeben → 32% umgesetzt
    - Mehr als die Hälfte Sturzgefährdet

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinischer Status <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 68 von 77 Polypharmazie</li> <li>○ 22 von 77 Medikamentenplan vorhanden</li> <li>○ 58 von 77 Medikamentenplan angelegt</li> <li>○ 45 von 77 Schmerztagebuch angelegt</li> </ul> </li> <li>• Kognitiver Status <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uhrentest: 29 von 67 auffällig</li> <li>○ 16% keine kurzzeitige Erinnerung an 3 Begriffe</li> </ul> </li> </ul> <p>Akzeptanz der Hb.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierter Fragebogen im 2. Hb.</li> <li>• 81% Beteiligung → alle Beurteilung als „gut“ (3stufige Skala)</li> <li>• Gründe für Gefallen: 95% allgemeiner Informationsgewinn, 60% seelische Hilfen, 56% praktische Hilfen</li> <li>• Fortsetzung der Hb.: 74% Interesse, 21% kein Interesse, 5% unentschlossen</li> <li>• Weiterempfehlung der Hb.: 73% ja, 16% nein, 11% weiß nicht</li> <li>• Ort für Hb.: 89% eigene Zuhause, 6% im Zentrum, 5% keine Präferenz</li> <li>• Bereitschaft zur Zuzahlung eines finanziellen Eigenanteils für 2 zweistündige Hb.: 58% ja, 34% nein, 8% weiß nicht</li> </ul> <p>Inanspruchnahme der sozialen Koordinierungs- und Beratungsstelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50,6% mind. 1 Beratungstermin</li> <li>• 1,9 Einzelberatungen pro Person</li> <li>• Ø 54Min. Arbeitszeit der Sozialpädagogin</li> <li>• Hauptsächlich problemorientierte Beratung</li> </ul> <p>Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits-(Ressourcen)-Verarmte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kaum Reserven, die zur Verfügung stehen</li> <li>○ eingeschränkte Mobilität</li> <li>○ Begrenzung der Autonomie auf eigene Wohnung → Selbstständigkeitseinbußen im Aktionsspielraum</li> <li>○ angewiesen auf Hilfe von außen</li> <li>○ viele Risikofaktoren in unterschiedlichen Bereichen</li> <li>○ =gebrechliche ältere Menschen (→Frail)</li> </ul> </li> </ul>
2	<p>Stichprobe / Studienteilnehmer (Darstellung nur bis 3.Hb.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n=336: 31 Schieden vor 1. Hb. aus persönlichen und gesundheitlichen Gründen aus, 3 davon verstorben, 3 weitere in Pflegeheim umgezogen</li> <li>• Frauen n = 209 (68,5%), Männer n = 96 (31,5%)</li> <li>• Durchschnittsalter bei Studieneinschluss: 84,75J. (78-97J.)</li> <li>➔ keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich Geschlecht und Alter</li> <li>• Familienstand: 7,5% ledig, 29,5% verheiratet bzw. eheähnliche Gemeinschaft, 7,9% geschieden, 55,1% verwitwet</li> <li>• Wohnsituation: 66% allein, 29% mit Ehepartner, 5% bei Verwandten oder sonstigen Personen</li> <li>• Kinderstatus: 84% Kinder (1-6), 16% Kinderlos</li> <li>• Höchster Schulabschluss: 61% Volkshochschule, 20,3% mittlere Reife, 4,3% Fachhochschulreife, 14,1% Abitur bzw. Abschluss erweiterte Oberschule, 0,3% kein Abschluss</li> </ul>

- Höchster Berufsabschluss: 45,3% Berufsausbildung, 14,1% Fachschulabschluss, 16,7% Fachhochschulabschluss, Hochschul- oder Universitätsabschluss; 3% promoviert, 20,7% ohne Berufsausbildung
- Pflegestufe: 66,9% keine und kein Antrag, 3% keine aber Antrag gestellt, 7,5% Ablehnung, 20,7% Pflegestufe 1, 2% Pflegestufe 2
- Versorgung: 70% selbstständig, 27% Einschränkungen, 3% unselbstständig
- Allgemeine Tätigkeiten: 40% ohne Probleme, 56% mit Probleme, 3% nicht ohne Hilfe
- Schmerzen oder körperliche Beschwerden: 20% keine, 66% mäßig, 14% extrem
- Ängstliche oder depressive Grundstimmung: 36% mäßig, 2% extrem
- Mini-Mental-Status Test: 11% unter 25 Punkte, Ø 27,5 Punkte von 30
- Aktuelle Gesundheitszustand: Mittelwert 59 Punkte (Skala 0-100)
- Barthel-Index: 35,4% 100 Punkte → Selbstständig, 38,4% 85-95 Punkte → punktuellen Hilfebedarf, 25,6 % 35-80 Punkte → hilfebedürftig, 0,7% < 30 Punkte → Pflegeabhängigkeit
- Risiko einer depressiven Symptomatik: 14,1%
- Soziale Situation: 63,6% lange allein lebend, 2,6% kurz allein lebend, 28,5% leben mit Familienangehörigen oder rüstigen Partner, 5,2% leben mit Partner, der selbst Hilfe braucht
- Bezugsperson für Hilfe bei 97% vorhanden
- 92,6% mind. einmal die Woche sehen der Kontaktperson
- Kontaktentwicklung: 6% Zugewinn neuer Kontakte in letzter Zeit, 64,3% keine Veränderungen, 26% Aufgeben einiger Kontakte, 4% nahezu alle wichtigen Kontakte verloren
- 67,9% fühlen sich rundum gut versorgt, 5% fühlen sich einsam und im Stich gelassen

#### Follow-Up I

- n = 232 (76,1%)
- Nichtteilnehmer (n= 73)
  - n= 38 verstorben, n= 21 Verweigerung weiterer Teilnahme, n= 12 nicht befragungsfähig, n= 2 nicht kontaktierbar
  - keine signifikanten Unterschiede zw. Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer hinsichtlich Geschlecht und Alter
  - Erheben fremdanamnestischer Informationen bei 45 von 73 Teilnehmern
  - Umzug in Heimeinrichtung bei n=38 Ermittlung über Einwohnermeldeamt

#### Identifizierte Problembereiche

- n= 150 in IG → n=148 Identifikation von Problemen
- 63% bis zu 4 Probleme, 14% 5 Probleme, 9% 6 Probleme, 14% 7 oder mehr Probleme
- 37 Problembereiche

#### Interventionsansätze Problembereich „Sturz“

- Häufigster Problembereich mit 53% (n=80)
- 59 Personen in letzten 12 Monate gestürzt, davon 79% 1-2mal, 16% 3-

5mal, 5% mehr als 5mal

- 68% Stürze mit Verletzungen
- Beratung der 80 sturzgefährdeten Teilnehmer zu 154 Interventionen
  - 144mal Informationsvermittlung durch Angabe von verschiedenen Informationsmaterialien
  - 6mal umfassende Beratung (ohne Informationsmaterial)
  - 4mal Anleitung in konkreten Maßnahmen
- 3% vorausgehende Konsultation mit Experten für Informationsvermittlung notwendig
- 1% Vermittlung zu einem Experten
- 42,2% Informationsvermittlung auf ein bestehendes Hilfs- oder Unterstützungsangebot
- 53,9% Informationsvermittlung ohne Experten direkt durch Untersucher
- Bei 84% empfohlener Maßnahmen fühlten sich Teilnehmer informiert und planen Umsetzung
- 6% empfohlener Maßnahmen beim 3. Hb. bereits umgesetzt
- 2% bereits gute Versorgung bei dieser Maßnahme
- 7% Ablehnung der empfohlenen Maßnahme

Sturzrisiko im Gruppenvergleich

- vor Baseline-Erhebung: n=113 (37,0%) mind. 1 Sturz in den letzten 12 Monaten
  - Ø Sturzhäufigkeit in IG und KG vergleichbar
- vor Follow-Up Erhebung: Anzahl der Stürze in IG signifikant niedriger als in KG
- signifikante Zunahme der Stürze von Baseline zu Follow-Up in KG und signifikante Abnahme in IG
- weniger Beeinträchtigungen in den ADL ⇔ Weniger Stürze

Interventionsansätze Problembereich „eingeschränkte Mobilität“

- Problembereich bei 31 Personen (20,8% der IG)
- 38 Interventionen durchgeführt
  - 31mal Ausgeben von Informationsmaterial → Vermittlung der Angebote
  - 6mal umfassende Beratung
  - 1mal konkrete Anleitung
- 6mal selbstständige Planung und Umsetzung der empfohlenen Interventionen
- 5mal Überweisung / Vermittlung zu einem Experten
- 2mal vorausgehende Expertenkonsultation notwendig
- 25mal Vermittlung von Angeboten
- 3.Hb.: 71% fühlten sich gut informiert und hatten Umsetzung geplant, 4% Umsetzung empfohlener Maßnahmen, 13% Ablehnung der Maßnahme, 2mal Teilnehmer bereits gut informiert

Umzug in einer Heimeinrichtung im Gruppenvergleich

- n= 8 (5,3%) in IG, n= 15 (9,7%) in KG → nicht signifikant

Selbstpflegekompetenz im Gruppenvergleich

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumente: Barthel-Index und IADL-Skala</li> <li>• kein signifikanter Unterschied beider Instrumente zw. beiden Gruppen</li> </ul> <p>gesundheitsbezogene Lebensqualität im Gruppenvergleich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baseline-Erhebung: vergleichbare Werte in beiden Gruppen</li> <li>• EQ-5D: keine signifikanten Effekte durch p.Hb. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ je höher das Alter, desto höher die Lebensqualität</li> <li>○ höhere Lebensqualität bei Frauen</li> <li>○ Pflegestufe I weniger Lebensqualität als keine Pflegestufe</li> <li>○ je höher Depressivitätswert, desto niedriger Lebensqualität</li> </ul> </li> <li>• EQ VAS: signifikanter Effekt durch p.Hb. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in KG, Stabilität in IG</li> <li>○ je stärker Beeinträchtigungen in ADL und IADL, desto niedriger die Lebensqualität</li> <li>○ je höher Depressivitätswert, desto niedriger Lebensqualität</li> </ul> </li> </ul> <p>Mortalität im Gruppenvergleich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n= 13 in IG, n=20 in KG verstorben → nicht signifikant</li> </ul> <p>Kosteneffektivität im Gruppenvergleich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• QALY: qualitäts-adjustiertes (korrigiertes) Lebensjahr → keine signifikanten Effekte</li> <li>• Kosten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der direkten Kosten in beiden Gruppen</li> <li>○ Gesamtanstieg in IG größer als in KG</li> <li>○ keine signifikanten Unterschiede bei inkrementeller direkter, inkrementeller Gesamtkosten und einzelne Kostenkategorien</li> <li>○ Tendenz: Kosten für Pflegeheim geringer in IG als in KG</li> <li>○ Tendenz: ambulante ärztliche Versorgung, Hilfsmittel, Heilmittel, informelle Pflege und Kosten für Umbaumaßnahmen in IG höher als KG</li> </ul> </li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Technische Durchführung der p. Hb. nach Anpassung der Instrumente an Münchner Verhältnisse unproblematisch</li> <li>• Gute Annahme der Instrumente und des Hb. durch die Teilnehmer</li> <li>• Bestehen von Zugangsbarrieren → Berücksichtigung finden im Umsetzungskonzept</li> <li>• Grundlage für erfolgreiches Modellverfahren: umfassende Information und Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Achten bei Terminologie des Angebots auf positives Assoziationsfeld</li> <li>• Festlegung der umfassenden Anforderungs- und Qualitätskriterien der durchführenden Fachperson (Gesundheitsschwester, Family Health Nurse)</li> <li>• Große Bedeutung der Einbindung der Allgemeinärzte</li> <li>• Vorstellen der Ergebnisse einer gesundheits-ökonomischen Modellrechnung</li> </ul> <p>Beschreibung der Studiengruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Auswertung der Ergebnisse hinsichtlich Zugangsweg</li> <li>• Ausschlusskriterium = positive Aussage im Kurzfragebogen bzgl. Vorhandensein einer Pflegestufe</li> </ul>

- Ø Alter: 77 ( $\pm 8$ )
- 2/3 Frauen
- Knapp 50% leben mit PartnerIn
- Hälfte der Personen Schwierigkeiten bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)
- ¼ Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als mäßig oder schlecht
- Ø 4 aktuell bestehende Krankheiten
- Fast die Hälfte mittel bis starke Schmerzintensität
- ¼ Sehprobleme, 1/5 Hörprobleme
- Jeder Fünfte Gehörkontrolle in letzten 12 Monaten oder Impfung gegen Lungenentzündung
- Jeder Dritte keine Untersuchung auf Blut im Stuhl oder Impfung gegen Grippe

#### Erfahrungen zur Durchführung

- Zugang über Allgemeinarzt oder Internisten = Schlüsselrolle
- Zugangsbarrieren
  - Rücklaufquote höher bei Hausärzten als bei Einwohnermeldeamt
  - Zweitmeinungen von sozialem Umfeld
  - Negativbild zum Thema Alter
  - Zielsetzung der Maßnahme aus Anschreiben nicht deutlich geworden
- Konsequenzen
  - Berücksichtigung und Integration bestehender hausärztlicher Tätigkeiten sowie familiärer Versorgungsstrukturen
  - Verbesserung Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit
  - Notwendigkeit zum Transport eines Positivbildes des Alters und des Alterns
- Hohe Akzeptanz bei Hausbesuchen und Assessment
- Kein Studienabbruch
- Fast alle: Verständlichkeit einfach bis sehr einfach (2 benötigten Hilfe) (4 Auswahlkriterien)
- Mehr als die Hälfte: Länge des Assessment genau richtig (3 Auswahlkriterien)
- Ø Ausfüllzeit: 1,5h

#### Ergebnisse der abschließenden Evaluation

- Befragung aller Teilnehmer nach ihrer Meinung zu verschiedenen Aspekten der Studie
  - Instrument / Assessment
  - Persönlicher Gesundheitsbericht
  - Einfluss des Hausarztes bei Entscheidung zur Studienteilnahme
  - Bevorzugte Angebote zur bedarfsspezifischen Informationsvermittlung
  - Persönliche Einstellung zum Angebot von p. Hb.
- Instrument + Gesundheitsbericht insgesamt positiv angenommen
- Gesundheitsbericht gut verständlich, überwiegend informativ und hilfreich mit seinen verschiedenen Hinweisen und Adressnennungen
- Einfluss des Hausarztes je nach Zugangsweg
  - Einwohnermeldeamt → keinen Nachteil nicht über Hausarzt informiert

	<p>worden zu sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hausarzt → ohne Empfehlung des HA keine Teilnahme</li> <li>● Kurzbericht des Gesundheitsberichtes: überwiegende Mehrheit für persönliche Übergabe beim nächsten HA-Besuch und gegen postalische Zusendung</li> <li>● Annahme von den meisten Teilnehmern einer Wohnraumbegehung</li> <li>● Höheres Lebensalter bessere Akzeptanz</li> </ul> <p>Anforderungsprofil der Gesundheitsschwester</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gesundheits- und Sozialwissenschaftlicher Ausbildungshintergrund</li> <li>● Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständige Stellen in der Region/ Stadt /Stadtteil</li> <li>● Verbindungsglied zw. HA und Familie, erste Instanz bei eindeutiger Erfordernis des pflegerischen Sachverstandes</li> <li>● Einblick/ Einschätzung sozioökonomischer Folgen</li> <li>● Hohe Motivation zur Arbeit mit älteren Menschen</li> <li>● Fachbereich: Pflege mit verschiedenen Weiterbildungsmaßnahmen</li> <li>● Fundiertes Wissen zu möglichen Einfluss verschiedener soziokultureller Hintergründe bei nicht-deutschen Personen</li> <li>● Nicht nur theoretische Sensibilität gegenüber geschlechtsspezifischen Aspekten</li> </ul> <p>Interventionskonzept für ein Münchener Modellprojekt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Projektdauer: 2-3Jahre</li> <li>● Zielgruppe: Münchener BürgerInnen älter als 75J., aktuell nicht pflegebedürftig, deutschsprachig oder sehr gute Deutschkenntnisse, Gesamterfassung aus 2 Stadtbezirken</li> <li>● Beteiligte: Hausärzte, Gesundheitsschwestern, Geriater, Wissenschaftliche Begleitevaluation</li> <li>● Schwerpunkt: Entwicklung eines Modellverfahrens</li> <li>● 3-5 Gesundheitsschwestern bei 560 (1 Stadtbezirk) bis 1120 (2 Stadtbezirke) Teilnehmern</li> <li>● Durchführung: Zugangsweg und Selektion der Teilnehmer über Hausarzt, verstärkte Integration der vorhandenen Netzwerkstrukturen</li> <li>● Aktivitäten: Einbeziehung des Hausartzkreises, breite Öffentlichkeitsarbeit, Anschreiben und Informationsschreiben an kooperierende Ärzte, Informationsveranstaltungen und Verfügbarmachung v on Informationsmaterial an Allgemeinplätzen, Einrichten einer zentralen Informationsstelle</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Keine signifikanten Gruppenunterschiede nachweisbar bei <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einstufung in Pflegeversicherung</li> <li>○ Einzug ins Pflegeheim</li> <li>○ Anzahl der Krankenhaustage und Summe der Krankenhauskosten</li> <li>○ Gesundheitskosten</li> <li>○ funktionale Fähigkeiten nach Selbsteinschätzung</li> <li>○ subjektiven Gesundheitszustand</li> </ul> </li> <li>● positive Tendenz bei „Ermüdung bei der Mobilität“ → keine statistische Signifikanz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stabilisierung der Mobilitätsermüdung in IG</li> </ul> </li> </ul>

- Kontinuierliche Abnahme der Mobilitätsermüdung in KG
- Vorhersage: allein lebende Personen entwickeln eher Hilfebedarf als Haushalte mit mehr Personen
- Positive Beurteilung der Strukturmerkmale „Ortswahl der Beratungen“, „Länge“, „Häufigkeit der Hausbesuche“
- Verneinung aller Befragten (n=72) zur Störung der Privatsphäre durch p.Hb.
- Ort der Gesundheitsberatung im Kontext p.Hb.: 88,9% zu Hause, 4,2% bevorzugte Beratungsstellen, 6,9% Ort egal
- Länge der Hb.: 93,1% angemessen, 6,9% zu kurz, 0% zu lang
- Häufigkeit der Hb.: 91,7% angemessen, 8,3% zu gering
- Abnahme der Dauer der Hb. pro Jahr
  - 1. Hb.: 75 Min. (60 Min. im 2. Jahr)
  - 2.-5. Hb.: 45 Min.
- Dringend erforderlich: Verzahnung der Hausbesuchsprogramme mit regionalen Angebots- und Anbieterstrukturen
- 49% fanden Anregung durch Hb. Probleme mit HA zu besprechen
- Empfehlung: umfassende Schulung vor Beginn der Assessmenteinschätzung sowie unterstützende Prozessbegleitung
- Große Gruppenunterschiede
  - IG häufigere Angabe von Mobilitätsermüdung als in KG
  - IG durchschnittlich ein Jahr jünger als KG
  - IG mehr Männer als in KG

#### Teilnehmerbefragung

- Beurteilung der Beratung: 53% sehr gut, 44% gut
- Umsetzbarkeit der erhaltenen Empfehlungen im Alltag: 39% trifft voll zu, 50% trifft eher zu
- Besser über Angebote für Senioren informiert 36%, nur 18% nutzen mehr Angebote für Senioren
- Tendenz: keine für die Senioren zur Verfügung stehenden regionalen Angebote vorhanden
- 29% durch Beratung aktiver geworden
- 44% etwas für Gesundheit getan
- Durch die Beratung nicht verändert: 18% stimmen soll zu, 36% eher zu
- 79% erhielten Informationsmaterialien
  - 81% haben diese gelesen
  - 30% neuer Informationsgewinn
  - 25% Umsetzen der neuen Informationen
  - 23% konnten nichts damit anfangen
- Frage nach Ziel der p.Hb.: 35% Aufklärung / Information, 32% Beitrag zu aktiveren und gesundheitsbewussteren Lebensweise, 26% Beitrag zur emotionalen Unterstützung
- Stärkung des Vertrauens in sich und andere, des Mutes und der Wahrnehmung, des integriert seins
- Emotionale Stützung der p.Hb. 44%

#### STEP-m:

- Umfang und Detailliertheit = angemessen

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tauglich, Lebenssituation der Teilnehmer im Hinblick auf Gesundheitsrisiken und –ressourcen kennen zu lernen und zu analysieren</li> <li>• zeitl. oberste Aufmerksamkeitsgrenze der Beteiligten</li> <li>• Vorbehalte der Teilnehmer einiger Tests aufgrund „Testcharakter“</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Über 1800 Hb. erfolgt</li> <li>• 588 Personen mind. 1x besucht</li> <li>• n=366 mind. 3 Hb. → Grundlage der folgenden Ergebnisse</li> <li>• 347Ø mehr als 4 bis max. 11 Hb.</li> <li>• Zielvereinbarung getroffen: 224 von 366</li> </ul> <p>Häufigste Risikobereiche (n=366)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ca. 66% unzureichende Flüssigkeitsaufnahme</li> <li>• Knapp 60% Gelenkbeschwerden</li> <li>• 53,5% Bewegungsmangel</li> <li>• 46,5% geringe körperliche Belastbarkeit</li> <li>• 50,7% eine oder mehrere Einschränkungen bei den Basisaktivitäten des tägl. Lebens</li> <li>• 47,5% mäßige oder starke Schmerzen</li> <li>• 40,3% Probleme beim Sehen oder Hören</li> <li>• 33,8% fehlende Grippeimpfung, 46,6% fehlende Tetanusimpfung</li> <li>• 45,1% allein lebend, mit häufig unklarer Hilfemöglichkeit bei akut eintretender Pflegebedürftigkeit</li> <li>• 45,6% systolischer Blutdruck über 159mmHg</li> <li>• 38,9% Schlafstörungen</li> <li>• 25,5% häufige Niedergeschlagenheit</li> <li>• 30% Inkontinenzproblem</li> <li>• 22,5% Einnahme von mehr als 5 Medikamenten</li> <li>• 24,8% ein oder mehrmals in den letzten 6 Monaten gestürzt</li> <li>• 23,4% Unsicherheiten in Gang und Bewegung</li> </ul> <p>Beratungsthemen (Mehrfachnennungen n=668)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n=64 Mobilität <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n= 28 körperliches Leistungsvermögen</li> <li>○ n= 24 Bewegungsmangel</li> <li>○ n= 10 Auffälligkeiten im Gangbild bzw. eingeschränkte Beweglichkeit</li> <li>○ je n= 1 Sturzereignisse / Sturzprophylaxe</li> </ul> </li> <li>• n=213 medizinischer Bereich <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n= 83 Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen</li> <li>○ n= 42 unklare Symptome</li> <li>○ n= 34 Schmerzen / Gelenkbeschwerden</li> </ul> </li> <li>• n=13 ökonomische Situation</li> <li>• n=30 Wohnsituation</li> <li>• n=108 Ernährung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n= 42 mangelnde Flüssigkeitszufuhr</li> <li>○ n= 35 Übergewicht</li> </ul> </li> <li>• n=15 Lebenssinn</li> <li>• n=174 psychosozialer Bereich <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n= 49 Einsamkeit</li> </ul> </li> </ul>

- n= 41 Ängste / psychische Probleme
- n= 15 Krankheitsbewältigung
- n=51 soziokultureller N.
  - n= 28 sinnvolle / erfüllende Freizeitbeschäftigung

#### Interventionen (Präventionspreis 2005)

- Ca. 21% Motivationsarbeit
- 9% Bestärkung und Unterstützung
- 7% Arbeit am eigenen Selbstbild
- 5% Beratung zu sozialen Beziehungen und Traumata
- 19% Heraussuchen regionaler Angebote + Vermittlung dorthin
- 31% Impfungen / Vorsorge und Ernährung

#### Interventionen (AOK 2010)

- 23,5% (n= 239) themenspezifische Beratung
  - n= 111 Ernährungsberatung
  - n= 34 Wohnung und Sicherheit
  - n= 30 Familie, Freunde, Partner, Sexualität; Träume und Wünsche
  - n= 15 Angst vor Arzt und Krankenhaus
  - n= 14 Biografie Arbeit / Traumata
  - n= 5 Glaube, Spiritualität
- 17,8% Vermittlung
  - 56,1% Vermittlung von Angeboten zu Aufnahme der eigenen Aktivität
  - 43,9% Vermittlungen zu Fachberatungen
- 17,0% Motivationsarbeit
- 14,3% Arbeit am Selbstbild
- 13,4% Hinweis auf Vorsorge und Impfungen
- 10,2% Motivation zu Besuchen von Arzt, Therapeuten o.ä.
- 3,7% Unterstützung / konkrete Maßnahmen

#### Lebensqualität

- Männer überall, außer psychische Dimension, schlechtere Werte als Frauen
- Durchweg schlechtere Werte in allen Dimensionen bei Menschen mit gesundheitlichen Sorgen und Armutproblematik
- Vergleich der Werte vor und am Ende der Intervention
  - Nur leichte, wenig eindeutige und keinesfalls signifikante Trends
  - Minimale Verbesserung alle im Bereich „soziale Beziehungen“
  - Menschen mit Verdacht auf Armut und geringer Schulbildung → Verbesserung in allen Dimensionen
  - Leichte Verbesserung der psychischen Domäne bei allein lebenden Menschen und Menschen mit gesundheitlichen Sorgen

#### Zielvereinbarungen

- ca. 60% mind. 1 abgeschlossen (n= 224, n= 214 berücksichtigt), n= 126 mehr als 1
- Zielvereinbarung 1 umgesetzt: 50,9% ja, 25,2% teilweise, 19,6% nein
- Zielvereinbarung 2 umgesetzt: 43,1% ja, 18,1% teilweise, 30% nein
- Zielvereinbarung 3 umgesetzt: 36,5% ja, 21,2% teilweise, 35,6% nein
- Umsetzung

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ geringer Aufwand</li> <li>○ Verhaltensänderung passt gut in Alltag</li> <li>○ positiv besetzt / positiver Effekt</li> </ul> <p>Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● n= 290 (n=87 männlich, n= 203 weiblich)</li> <li>● Männer psychisch + sozial schlechtere Werte als Frauen</li> <li>● Veränderungen der Lebensqualität eher geringfügig und nicht signifikant</li> <li>● keine signifikanten Veränderungen bei Alleinlebenden oder in Bezug auf Betreuungszeit und Anzahl der Hb.</li> <li>● keine Kontrollgruppe → keine Vergleichsmöglichkeit</li> </ul> <p>Funktionsstatus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilität <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zu Beginn: 88,3% auffällig, Ø 4,8 Auffälligkeiten</li> <li>○ Endassessment: 82,2% auffällig, Ø 4,4 Auffälligkeiten</li> </ul> </li> <li>● Kognition <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zu Beginn: 53,3% falsche Antworten im Orientierungstest</li> <li>○ Endassessment: 30,3% falsche Antworten</li> <li>○ Lernprozess nicht ausschließbar</li> </ul> </li> <li>● Hören und Sehen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n=130 Seh- und Hörprobleme beim Fernsehen</li> <li>○ n= 71 zu Beginn Probleme beim Erkennen der Zeitungsschrift, am Ende n=67</li> <li>○ n= 48 zu Beginn Probleme beim visuellen Erkennen von Personen, am Ende n= 55</li> <li>○ Personen mit Hörgerät zu Beginn und am Ende nahezu identisch</li> </ul> </li> <li>● Basisaktivitäten und Alltagsarbeiten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n= 348 Personen wurden einbezogen</li> <li>○ n= 152 Verschlechterung, n=198 keine Veränderung, n= 0 Verbesserung</li> </ul> </li> </ul> <p>→ Entscheidend offensichtlich das Ausgangsniveau der Personen: hohes Ausgangsniveau führt eher zu Verschlechterung, niedriges Ausgangsniveau Konsolidierung</p> <p>Fazit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Großteil der untersuchten Population nicht ausreichend medizinisch versorgt</li> <li>● jeder zweite Einschränkungen in Basisaktivitäten des tgl. Lebens</li> <li>● großer Teil der Klienten soziale Probleme, allein lebend oder finanzielle Probleme</li> <li>● jeder vierte schlechte Stimmungslage</li> <li>● jeder Dritte Schlafstörungen</li> <li>● am Ende Besserung von Schlafstörungen, Kognition, Affektprobleme, Bluthochdruck und Gangunsicherheiten</li> <li>● am Ende keine Besserung von Basisaktivitäten</li> <li>● signifikante Steigerung der Flüssigkeitszufuhr</li> </ul>
	<p><b>Diskussion von Befunden und neuen Befunden</b></p>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● weitere Untersuchung der zielgruppenspezifischen Merkmale für</li> </ul>

	<p>Gesundheitsförderung und Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geriatrisches Screening nach AGAST sinnvoll zur Erkennung von Personen mit Risiken für die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 98,6% der Interventionsteilnehmer mind. 1 Problem, über 2/3 3 oder mehr Probleme → Bedarf, dem in Deutschland kein adäquates Angebot gegenübersteht</li> <li>• Teilnehmer: hohe Akzeptanz gegenüber Assessment und Intervention „p. Hb.“ → nahezu alle Fragen des Assessments beantwortet, nur 4 von 150 Teilnehmer wollten keinen 2. Hb.</li> <li>• Beratung und Informationsvermittlung → Teilnehmer gut informiert und weitere Handlungsoptionen</li> <li>• Umsetzungsgrad empfohlener Interventionen → Teilnehmer planten die Umsetzung, konkrete Handlungen eher selten umgesetzt</li> </ul> <p>Umzug in Pflegeeinrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiendesign für Fragestellung geeignet, DENNOCH keine Reduzierung von Heimeinzügen erreicht</li> <li>• Grund: höhere Inzidenz von Heimeinzügen erwartet bei über 80jährigen</li> <li>• Umzug ins Heim nicht immer „schlecht“ → für Menschen mit Risiko einer sozialen Isolation „gut“</li> </ul> <p>Sturzrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse sprechen für Möglichkeit der Prävention von Stürzen durch p.Hb.</li> <li>• positive Effekte evtl. durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ multidimensionales Assessment</li> <li>○ Fallkonferenzen</li> <li>○ individuell zugeschnittenen Interventionen</li> <li>○ allgemeine Sturzprophylaxe aus allgemeinen Empfehlungen und Informationsgabe</li> </ul> </li> <li>• geringes Sturzrisiko bei geringen Beeinträchtigungen in basalen Aktivitäten des tgl. Lebens <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beeinträchtigung der physischen Restriktion hat Einfluss auf Sturz</li> </ul> </li> </ul> <p>Selbstpflegekompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ausschließlich beratende und vermittelnde Interventionen → minimaler Eingriff in Lebens der Studienteilnehmer</li> <li>• stärkere Effekte durch häufigere Hb. zu erwarten</li> </ul> <p>gesundheitsbezogene Lebensqualität (g. L.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gesundheitsbezogene Lebensqualität = komplex → von einer Intervention schwer beeinflussbar</li> <li>• Beitrag zur Aufrechterhaltung der g. L. in IG durch alle Interventionen während p. Hb.</li> <li>• Aktivierung von Coping-Mechanismen durch p. Hb. → Beitrag zur höheren g. L.</li> <li>• EQ-5D evtl. nicht geeignet → besser: sensitiveres Instrument</li> </ul> <p>Mortalität</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effekt nicht signifikant, jedoch sehr deutlich</li> <li>• Ergebnisse mit vorsichtig zu betrachten → kein Nachweis von Interventionen, welche sich günstig auf Überlebenszeit auswirken</li> </ul> <p>Kosteneffektivität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein Nachweis der Kosteneffektivität</li> <li>• QALY nicht signifikant besser, keine direkte Kosteneinsparung</li> <li>• Stärkung der Evidenz, dass p. Hb. nicht kosteneffektiv sind, eher Kostenanstieg im ambulanten Bereich durch Inanspruchnahme informeller Pflege</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zweck des Interventionsmodells <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufdeckung von Risikofaktoren von Behinderung, NICHT Abklärung von Pflegebedürftigkeit und dadurch notwendiger Hilfen</li> <li>○ Optimierung der Betreuung und Optimierung des Einsatzes finanzieller Ressourcen, NICHT System der Kosteneinsparung</li> </ul> </li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT's für Maßnahme wie p. Hb. nicht geeignet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ p. Hb. = komplexer psycho-sozialer Prozess</li> <li>○ Vorschlag: umfangreiche qualitative Forschungen, Fallstudien, Aktionsforschung</li> </ul> </li> <li>• positives Beratungsangebot für Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geringe Rate an Aussteigern (5%)</li> <li>○ positive Gesamtbewertung der Teilnehmer</li> </ul> </li> <li>• Häufigste Beratungskategorie: Kassenleistungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verringerung der Zeit für stärker an Zielen p. Hb. orientierten Beratungen</li> <li>○ zukünftig: Anbindung p. Hb. beachten</li> </ul> </li> <li>• STEP-m: Instrument = geeignet für p. Hb. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine Aussage über die Einschätzung wesentlicher Selbstständigkeit und Gesundheit beeinflussender Faktoren</li> </ul> </li> <li>• Vorschlag zu Item-Modifikationen bei STEP-m</li> <li>• technische, methodische Aufbereitung des Assessments als computergestützte Datenbank → hat sich bewährt</li> <li>• Aufgabe der Randomisierung → Gruppenunterschiede zu Beginn <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IG - höhere Risikofaktoren für Entwicklung von Hilfebedarf</li> <li>○ KG größere Rücklaufquote</li> <li>○ evtl. andere Ergebnisse, wenn Randomisierung erfolgt wäre</li> </ul> </li> <li>• Zugangsweg <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vermutlich: höhere Teilnehmergewinning, wenn aktive Absage erfolgen muss (nicht die aktive Zusage)</li> </ul> </li> <li>• vorrangiger Risikoindikator für Vorhersage von Hilfebedarf bei der Mobilität und Vorhersage der Entstehung von Pflegekosten = Ermüdung bei der Mobilität</li> <li>➔ Vorliegen eines Risikoindicators zur Steuerung von Präventionsarbeit für die Zielgruppe der nicht hilfebedürftigen Senioren</li> <li>• keine Feststellung von unerwünschten Wirkungen p. Hb. (auch nicht direkt danach gesucht)</li> <li>• Schulung der Berater Einfluss auf Authentizität der Beratungsleistung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schulung = nicht evident</li> <li>○ Thema in Schulung besprochen + aus ursprüngliche Qualifikation</li> </ul> </li> </ul>

	<p>bekannt → gute Beratungsleistung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thema nicht oder wenig in Schulung besprochen → weniger authentische Beratungsleistung</li> <li>● Scheitern der Einbindung von HA → Umsetzung weiterhin fraglich</li> <li>● falsifizierende Hypothese kann nicht entkräftet werden       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ internationale Studienlage unterschiedlich → Gründe: Unterschiedliche konzeptionelle Details der Hausbesuchsprogramme und verschiedene Studiendesigns</li> <li>○ diese Studie: Widmen der konzeptuellen Erfolgsfaktoren und weitere Spezifizierung der am meisten profitierenden Zielgruppe</li> </ul> </li> </ul>
5	<p>Beratungskategorien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● häufiges Auftreten der Nennung medizinischer Anliegen → Dominanz entsprechender Fragestellungen und Instrumente</li> </ul> <p>Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● WHOQOL-Bref geeignet für die Altersgruppe?</li> <li>● Lebensqualität geeignetes Maß für Erfolg von Hb.?</li> <li>● Bildet Instrument bedeutsame Kriterien für das Klientel ab?</li> <li>● fehlende KG → Keine Sicherheit, ob Ergebnisse zufällig oder Interventionsbedingt</li> <li>● großes Interesse der Älteren an Gesundheitsthemen → Wissen um Möglichkeiten, das eigene Verhalten darauf auszurichten, nicht sehr verbreitet</li> <li>● deutlicher Bedarf an komplementärmedizinischen Angeboten</li> <li>● Gelingen einer Aktivierung älterer Menschen nur, wenn räumliche Rahmung und regionale Möglichkeiten gegeben sind</li> </ul> <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kosten häusliche Pflege → IG signifikant niedriger</li> <li>● Verordnungen → Unterschiede in späteren Quartalen zugunsten der IG → als Effekte des p. Hb. zu beurteilen → sehen in hohen ambulanten ärztlichen Leistungen</li> <li>● Trend stationär: IG weniger als KG in Krankenhaus</li> <li>● Lebensqualität mit WHOQOL-Bref       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine signifikante Änderung, nur vereinzelt in Untergruppen</li> <li>○ Vermutung: Lebensqualität sinkt mit zunehmenden Alter → Konsolidierung = Erfolg</li> <li>○ Instrument erfasst evtl. nicht alle wesentlichen Aspekte, die wichtig für Altersgruppe ist</li> </ul> </li> <li>● Baseline-Erhebung zeigt Defizite in Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten der Zielgruppe</li> </ul> <p>Methodik und Wirksamkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● gute Nachvollziehbarkeit der Teilnahme</li> <li>● Rekrutierung = schwierig       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nicht mit geringer Teilnahmebereitschaft gerechnet</li> <li>○ nachteilig: Randomisierung vor Rekrutierung → On-Treatment</li> </ul> </li> </ul>

	<p>Analyse</p> <p>Rekrutierung der Teilnehmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mangelnde Akzeptanz → p. Hb. in D wenig bekannt</li> <li>• Mitarbeit der Teilnehmer = limitierender Faktor und entscheidendes Selektionskriterium</li> </ul> <p>Akzeptanz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedlich bei Männern und Frauen</li> <li>• Weiterentwicklung des Angebots → Beinhaltung des Genderaspekts</li> <li>• Personen des Hb. = hoch zufrieden</li> <li>• weitergehende Auswertung der Beratungsthemen → Abklärung der Bedarfe Älterer</li> </ul> <p>Wirksamkeit von GÄW</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obwohl kaum signifikante Ergebnisse → Wirkungen in Verlängerung der Gemeindezeit → Projekt = pflegepräventiv</li> </ul>
	<b>Implikation, Grenzen und Empfehlungen</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppe p. Hb. noch nicht eindeutig geklärt</li> <li>• Empfehlung zur Implementierung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prüfen der fachlichen Qualifikation</li> <li>○ Aus- und Weiterbildung</li> <li>○ Umfang und Durchführung der mehrdimensionalen Assessments</li> <li>○ Bereitstellung geeigneter präventiver und rehabilitativer Angebote auf ambulante, teilstationärer und stationärer Ebene</li> <li>○ Festlegung praktikabler Ablaufschemata mit Benennung der beteiligten Kooperationspartner</li> </ul> </li> </ul>
2	<p>Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei n= 31 keine Baseline-Erhebung vor 1. Hb. möglich → Ausschied aus Studie</li> <li>• keine Verblindung der Forscher / Ausfühler → für Hauptzielgröße nicht bedeutsam</li> <li>• unterschiedliche Rekrutierungswege → heterogene Teilnehmergruppe</li> <li>• Rekrutierung freiwilliger Studienteilnehmer → Möglichkeit der höheren Motivation der Teilnehmer als in Allgemeinbevölkerung</li> </ul> <p>Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• essentielle Bausteine für Wirksamkeit p. Hb. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ multidimensionales geriatrisches Assessment</li> <li>○ multiprofessionelle Fallkonferenzen</li> <li>○ auf spezifische Problemlage der Probanden zugeschnittenen Interventionen</li> <li>○ enge Austausch mit Angehörigen und ambulanten Diensten</li> </ul> </li> <li>• Rekrutierung größerer Teilnehmerzahl um statistische Unsicherheiten zu reduzieren</li> </ul>
3	<p>Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbezug von Migranten und Migrantinnen</li> <li>• p. Hb. als Maßnahme zum Beitrag der Frauengesundheit</li> </ul>

	<p>Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• multidimensionale Erfassung des Gesundheitszustandes der Zielgruppe</li> <li>• mindestens 9 Hausbesuche über längeren Zeitraum (z.B. vierteljährlich)</li> <li>• Erfassung und Durchführung durch qualifizierte Fachkraft</li> <li>• Einbinden des Verfahrens in Geriatrie</li> <li>• Ökonomischer Erfolg bei Personengruppe ab 75J. → Nachweis guter Funktionen und nicht pflegebedürftig</li> <li>• Einbettung in bestehende Strukturen, besonders enge Anbindung an HA</li> </ul>
4	<p>Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG und KG nicht „gleich“</li> <li>• Forschungsbias → Änderung Forschungsdesign</li> <li>• Zielgruppe nicht eindeutig „low-risk“ Gruppe (low-risk Gruppe profitiert am meisten von p. Hb.)</li> <li>• Daten ermöglichen keine Subgruppenvergleiche oder Zusammenhänge zw. mehreren Merkmalen</li> </ul> <p>Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anforderung an das Assessment <ul style="list-style-type: none"> <li>○ evidenzorientiert</li> <li>○ multidimensional</li> <li>○ Erfassen von Ressourcen und Risikofaktoren</li> <li>○ Erfassung der subjektiven Einschätzung der Senioren</li> <li>○ anwendungsorientiert</li> </ul> </li> <li>• Anpassung des STEP-m an Erfahrungen → Vorschläge gegeben</li> <li>• In Anfangsphase thematische Schwerpunkte für Assessment und Beratungen setzen</li> <li>• Durchführung von Schulung mit fachlichen, kommunikativen und methodischen Inhalten zur Durchführung des Assessments</li> <li>• engere Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und themenspezifischen Experten sowie für Gruppen organisierten gesundheitsbezogenen Unterstützungs- und Freizeitangeboten</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektion der Teilnehmer vermutbar</li> <li>• Intention-to-treat keine verallgemeinerbaren und aussagekräftigen Ergebnisse</li> <li>• On-Treatment → Programm wirkt pflegepräventiv und führt zu längerer Lebenszeit und Verbleib in der Gemeinde</li> </ul> <p>Limitation: n= 366 → zu wenig für wissenschaftliche Evidenz</p> <p>Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geringe Teilnehmerzahl, höchst variable Interventionszeiträume</li> <li>• p. Hb. viele unkontrollierbare Einflussgrößen</li> <li>• Nachweis von Effektivität durch RCT's und harte Outcome-Kriterien schwierig / unmöglich</li> </ul> <p>Empfehlung</p> <p>Weiterentwicklung des Programms:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unter genderspezifischen Gesichtspunkten (Ansprache, Angebot)</li> <li>• Sicherstellung, dass geeignete (vulnerable) Zielgruppen erreicht werden</li> </ul>

	<p>(Targeting)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz des STEP, sofern ein verbindlicher Einbezug der Hausärzte gegeben ist Beibehaltung des niedrighwelligen Angebots auch als Möglichkeit sozial benachteiligte ältere Menschen zu erreichen</li> <li>• Klientenzentrierte Gesprächsführung mit ressourcenorientierter Intervention, Stärkung der Selbstwirksamkeit der Versicherten, Vermittlung von Hilfen und Coping-Strategien</li> <li>• Schulung der Gesundheitsberaterinnen im ressourcenorientiertem salutogenetischen Umgang mit den Alltagsproblemen älterer Menschen</li> <li>• Entwicklung einfacher Checklisten zur Weitervermittlung (Hausarzt, soziale Dienste)</li> <li>• Limitierte Besuche (1-3) und Follow-up Besuche im Abstand von 1-3 Jahren</li> <li>• Organisation stadtteilbezogener Netzwerke unter Einbezug professioneller Strukturen der medizinischen und pflegerischen Primärversorgung</li> <li>• Erneute Evaluation des Programms</li> </ul>
	<b>Literaturverzeichnis</b>
1	
2	
3	
4	
5	nicht vorhanden bei Fischer et al. (2009)
	<b>Kommunikation der Forschungsergebnisse</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auflistung von Organisationen und Institutionen, die über laufendes Projekt informiert wurden</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan: Veröffentlichung der Ergebnisse in einer internationalen Medline gelisteten Zeitschrift, egal ob welche Ergebnisse erzielt wurden</li> <li>• dem Ministerium für Bildung und Forschung verpflichtet innerhalb 6 Monate nach der Studie zu berichten (Fleischer 6f)</li> </ul>
3	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung eines Beraterhandbuches</li> </ul>
5	

### Eckdaten zu den Konzepten

	<b>Laufzeit</b>
1	2001-2002
2	2007-2010
3	09/2001-08/2002
4	Projektlaufzeit: 2002-2007, Interventionslaufzeit: 2004-2007
5	Interventionslaufzeit: 06/2004-12/2006, Abschluss 2007
	<b>Initiator</b>
1	Förderung: Robert Bosch Stiftung, Antragsteller und Projektleitung: Prof. Dr. H. P. Meier-Baumgartner
2	
3	Bayrischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health an der Ludwig-Maximilians-Universität München
4	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln, Bosch BKK

	Stuttgart
5	Finanzierung: AOK Niedersachsen, wissenschaftliche Begleitung: Fachhochschule Hannover

### Legende

CT	Kontrollierte Studie
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
HA	Hausarzt
p. Hb.	Präventiver Hausbesuch
Ø	durchschnittlich
h	Stunde(n)
Min.	Minute(n)
bzgl.	bezüglich
zw.	zwischen

### Quellen

**LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2005):** Pflegeforschung – Methoden, Bewertung, Anwendung, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München

#### *Konzept 1:*

**Dapp, U.; Anders, J.; Meier-Baumgartner, H. P.; Renteln-Kruse, W. v. (2007):** Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 40 (4), 226-240

**Meier-Baumgartner, H. P.; Anders, J.; Dapp, U. (2002):** Abschlussbericht Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte, Hamburg

**Renteln-Kruse, von W.; Anders, J.; Dapp, U.; Meier-Baumgartner, H. P. (2003):** Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Menschen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36 (5), 378-391

#### *Konzept 2:*

**Behrens, J. (Hrsg.) (2009):** Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jahrgang, Heft 35

**Fleischer, S.; Roling, G.; Beutner, K.; Hanns, S.; Behrens, J.; Luck, T.; Kuske, B.; Angermeyer, M. C.; Riedel-Heller, S. G.; Heinrich, S.; König, H.-H.; Lautenschläger, C. (2008):** Growing old at home – A randomized controlled trail to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol, BMC Public Health, 8: 185

**Luck, T.; Roling, G.; Heinrich, S.; Lupp1, M.; Matschiger1, H.; Fleischer, S.; Sesselmann, Y.; Beutner, K.; Rothgang, H.; König, H.-H.; Riedel-Heller, S. G.; Behrens, J. (2011):** Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche, Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 10. Jahrgang, Heft 8

*Konzept 3:*

**Manstetten, A.; Wildner, M. (2002):** Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen, Abschlussbericht

*Konzept 4:*

**DIP (Hrsg.) (2008):** Präventive Hausbesuche bei Senioren – Projekt Mobil der Abschlussbericht, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

**DIP (Hrsg.) (2009):** Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

*Konzept 5:*

**AOK (Hrsg.) (2010):** Präventive Hausbesuche bei Senioren - Das Präventionsprogramm der AOK Niedersachsen: Gesund Älter Werden, Qualitativer Erfahrungsbericht

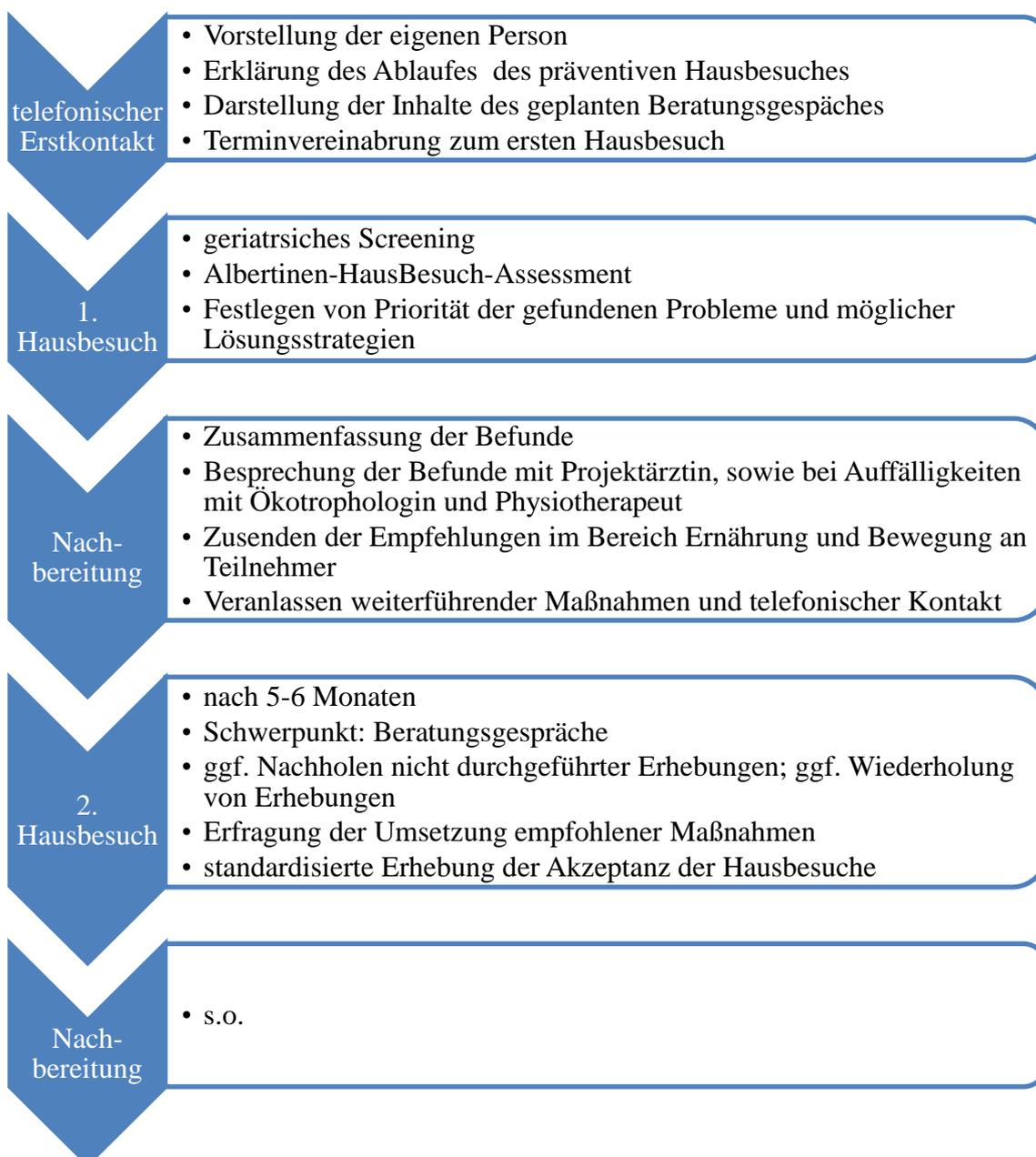
**Deutscher Präventionspreis (2005):** Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte (50plus) – Die Preisträger und Nominierten, S. 38-41

**Fischer, G.; Sandholzer, H.; Perschke-Hartmann, C. (2009):** Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von „Gesund Älter Werden (GÄW)“ - Ein Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen

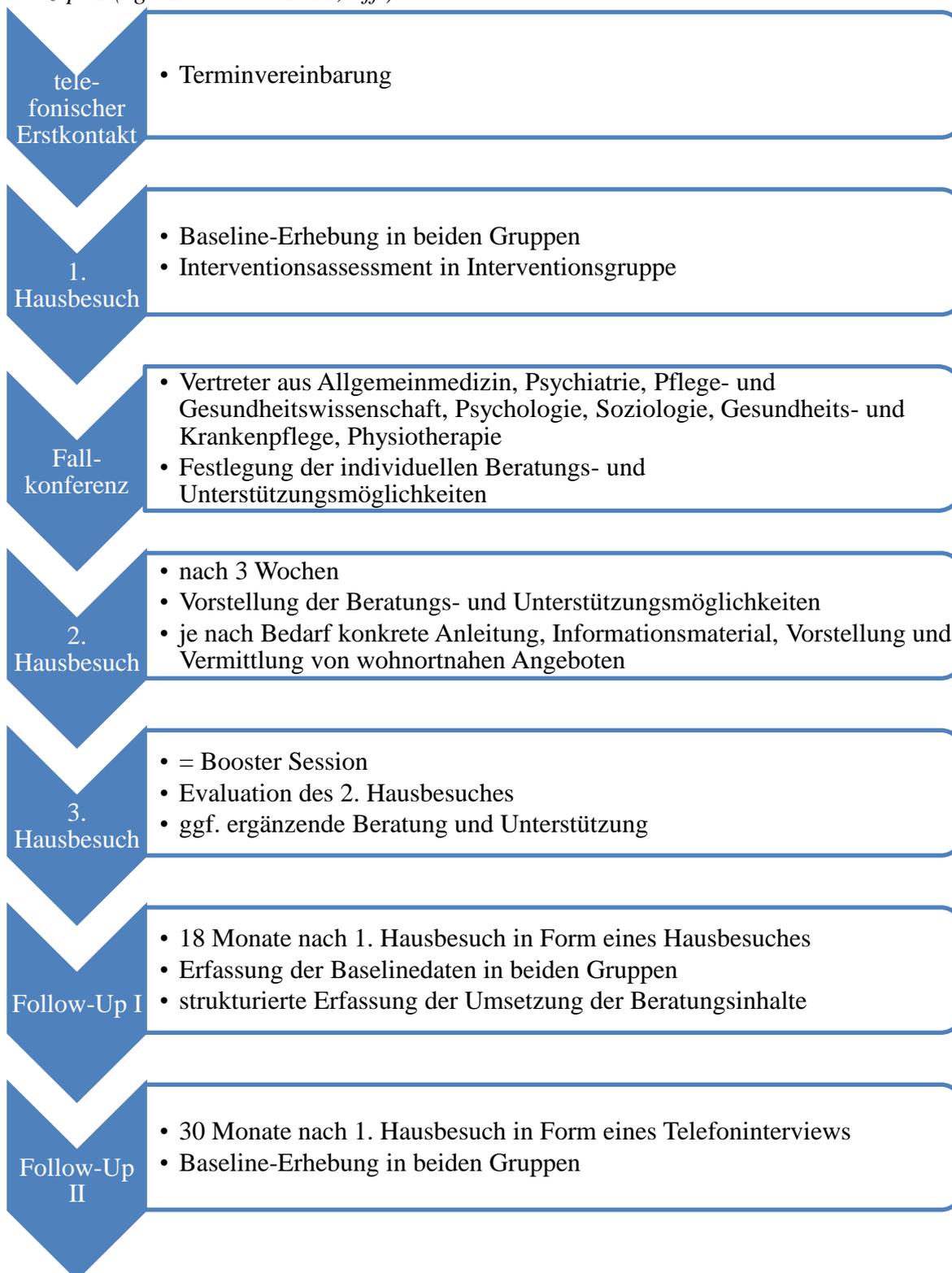
**Gesundheit Berlin (Hrsg.) (2007):** Dokumentation 13. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin

### 6.3 grafische Darstellung der Datensammlung der einzelnen Konzepte

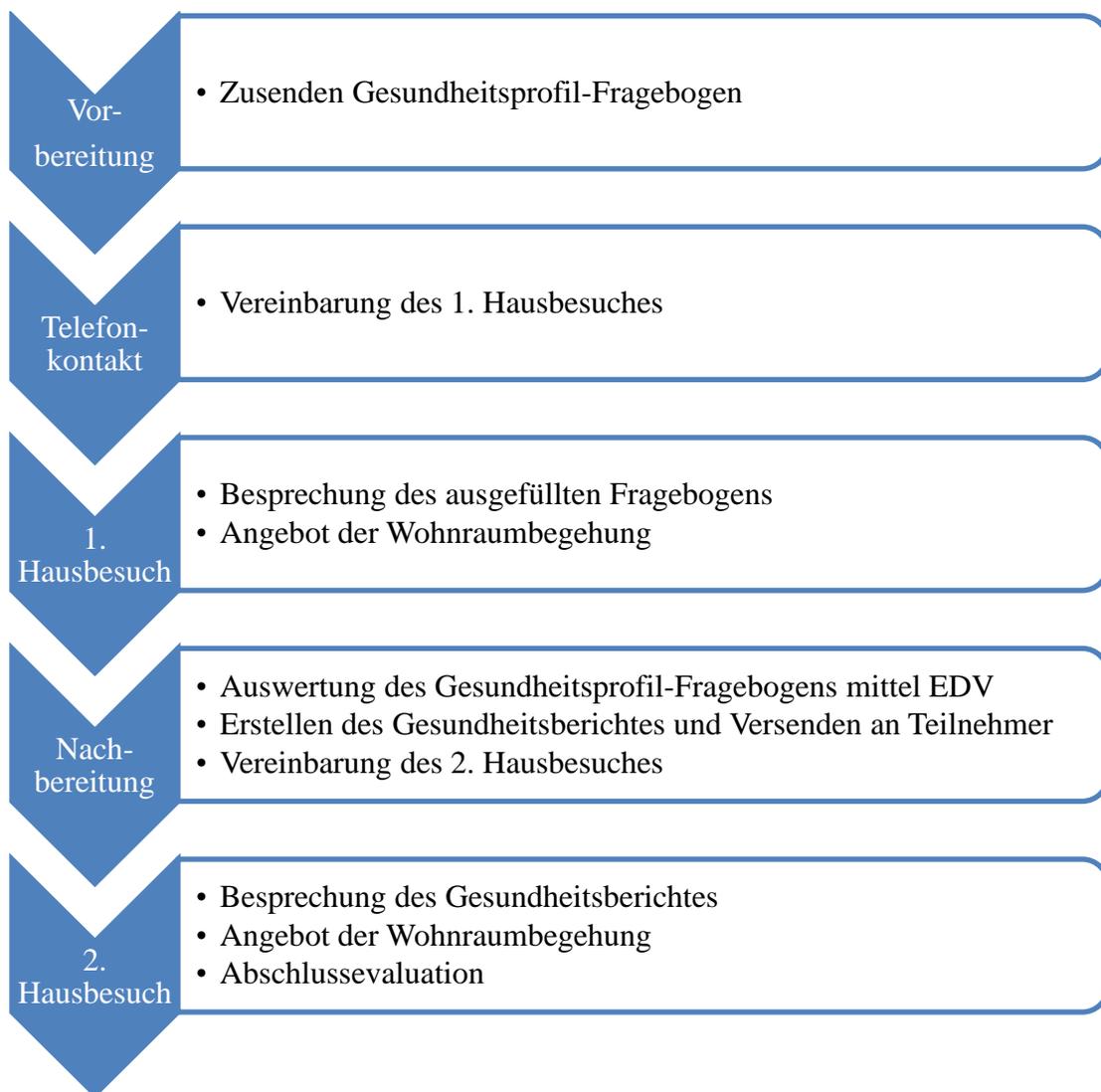
Konzept 1 (vgl. Meier-Baumgartner 2002; 63ff.):



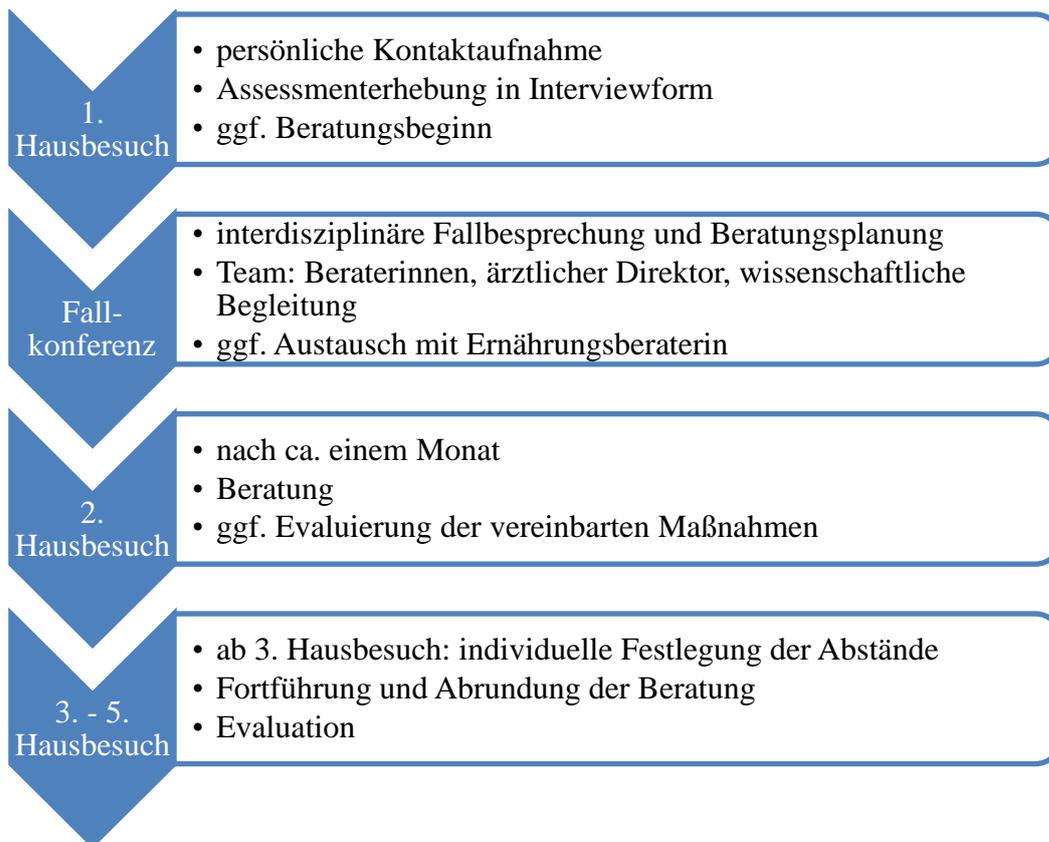
Konzept 2 (vgl. Luck et al. 2011; 7ff.):



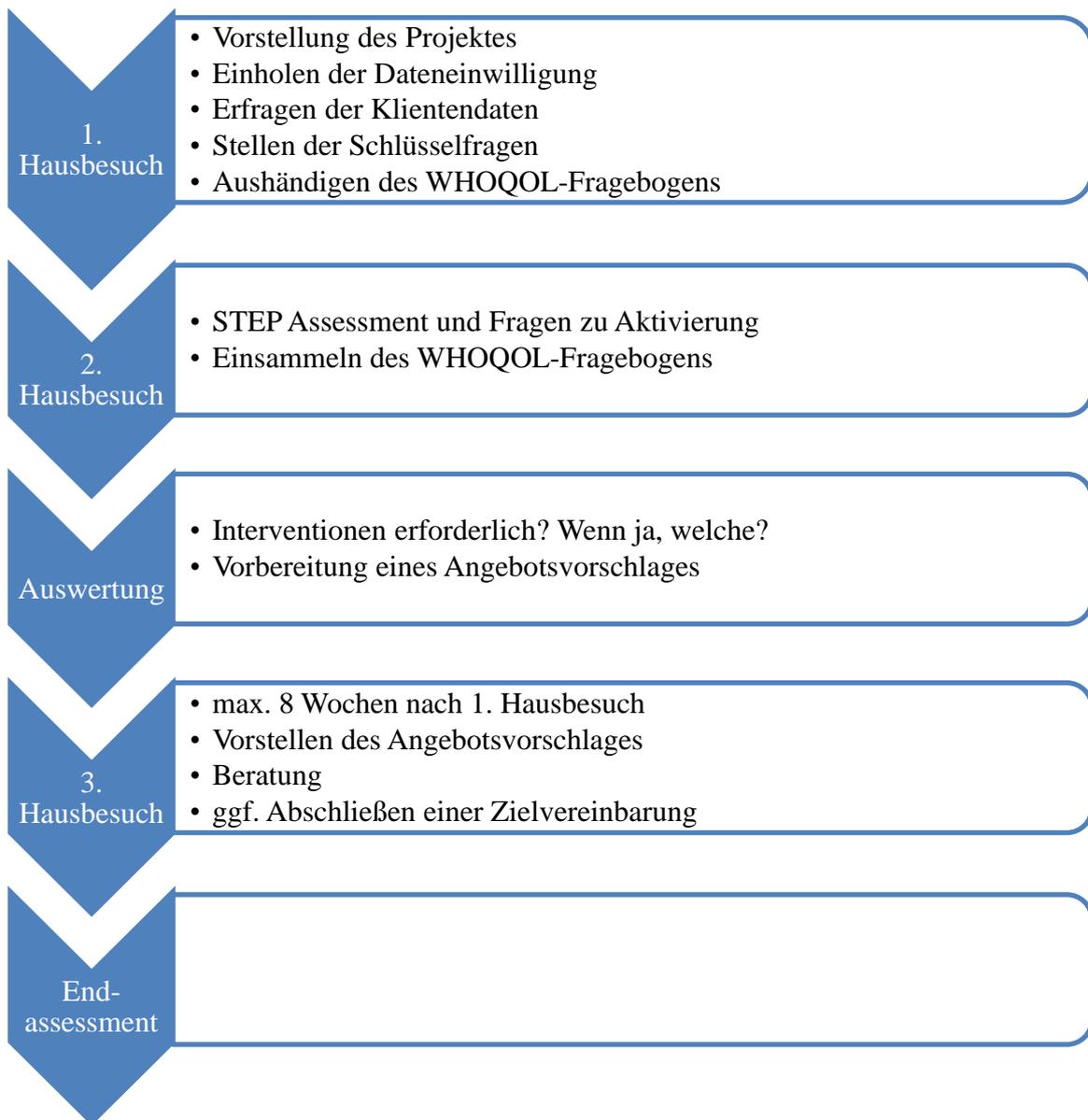
Konzept 3 (vgl. Manstetten et al. 2002; 10):



Konzept 4 (vgl. DIP 2008; 13ff.):



Konzept 5 (vgl. Fischer et al. 2009; 9ff.):



#### **6.4 Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_