

Digitales Case-Management

Unterstützungspotentiale von Informations- und Kommunikationstechnologien beim präventiven Hausbesuch

Vorgelegt am 22. Juni 2018

von Christian Wittkötter

Matrikelnummer [REDACTED]

1. Prüfer: Prof. Dr.rer.cur. Kirsten Kopke
2. Prüfer: Dr. Renata Woldmann

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE

WISSENSCHAFTEN HAMBURG

Department Pflege und Management

Alexanderstrasse 1

Abstract

Problematik:

Um die Pflegequalität vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der steigenden Pflegebedürftigkeit und des vorhersehbaren Pflegenotstands zu sichern, wird eine Steigerung der Selbstpflegekompetenz bei von Pflegebedürftigkeit bedrohten Senioren notwendig sein. Die Zuhilfenahme von telepflegerischen Interventionen könnte dabei eine Schlüsselfunktion einnehmen, indem sie bei der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützt und dadurch die professionelle Pflege entlastet.

Fragestellung:

Ist der assistierende Einsatz von Telepflege beim präventiven Hausbesuch (PHB) ein erfolgversprechender Ansatz zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz?

Methodik:

Mittels einer systematischen Literaturrecherche werden Evidenzen im Hinblick auf die Steigerung der Selbstpflegekompetenz beim präventiven Hausbesuch und bei der Telepflege gesucht.

Ergebnisse:

Signifikante Steigerungen der Selbstpflegekompetenz durch präventive Hausbesuche werden nicht beschrieben. Vorbehalte gegen dieses Versorgungsmodell lassen sich anhand geringer Teilnahmebereitschaft ablesen. Zudem lässt sich die Zielgruppe mit dem größten Bedarf schlecht rekrutieren. Im Gegensatz dazu wird der Einsatz telepflegerischer Interventionen im Hinblick auf die Zielstellung positiv eingeschätzt. Die identifizierten Studien bescheinigen positive Effekte in Bezug auf Selbstpflegekompetenz, Wissensvermittlung, Akzeptanz und damit zum Autonomieerhalt.

Schlussfolgerung:

Es gibt Indizien dafür, dass Maßnahmen im Zuge des präventiven Hausbesuchs sinnvoll durch telepflegerische Interventionsformen ergänzt werden können. Außerdem bieten sich weitere Potentiale in der Netzwerkgestaltung für ein effektiveres Case Management.

Schlüsselbegriffe:

Selbstpflegekompetenz, Digitalisierung, Präventiver Hausbesuch, Telepflege, Case Management

Inhalt

1 Einleitung.....	1
2 Methodisches Vorgehen.....	4
3 Das Konzept Selbstpflegekompetenz nach Orem	6
3.1 Menschenbild.....	6
3.2 Definition von Pflege und Selbstpflege	7
3.3 Methoden des Helfens	8
3.4 Zusammenfassung und Übertragung auf die Fragestellung	9
4 Das Konzept des präventiven Hausbesuchs	10
4.1 Definition und Zielstellung.....	10
4.2 Zielgruppe und deren Rekrutierung	11
4.3 Anwendung und Durchführung des PHB	11
4.4 Case Management	12
4.5 Das vorgeschlagene Assessmentinstrument PBI	13
4.6 Interventionen und Maßnahmen beim PHB	14
4.7 Umsetzungshindernisse.....	16
5 Das Konzept der Telepflege	17
5.1 Definition.....	18
5.2 Zielsetzung	19
5.3 Anwendungsfelder	20
5.4 Umsetzungshindernisse.....	22
6 Ergebnisse	23
6.1 Vorstellung der Studien zum PHB anhand von Fragestellung und Fazit	24
6.2 Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse PHB	25
6.2.1 Zielgruppe und Teilnahmebereitschaft	25
6.2.2 Assessment und Intervention	26
6.2.3 Akzeptanz der Maßnahmen	27

6.2.4 Einfluss auf die Selbstpflegekompetenz.....	27
6.3 Vorstellung der Studien zur Telepflege.....	28
6.3.1 Akzeptanz und Teilnahmereitschaft	31
6.3.2 Aussagen zur Selbstpflege.....	32
7 Diskussion.....	33
8 Literaturverzeichnis	37
9 Anhang.....	43
A.1 Anhang Literaturrecherche	I
A.2 Anhang Assessmentinstrument PBI	II
A.3 Anhang Assessmentinstrument STEP m.....	XVIII
10 Eidesstattliche Erklärung.....	44

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
HbA1c	Laborwert bei Diabetes zum Langzeitzucker
HF	heart failure
HI	Herzinsuffizienz
HRQoL	health-related quality of life
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
PBI	Pflegeberatungsinventar
PHB	Präventiver Hausbesuch
RMS	Remote-Monitoring-System
STEP	standardised assessment for elderly people in primary care
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of LifeAssessment

1 Einleitung

„...und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne“ ist ein Zitat von Hermann Hesse aus dem Gedicht „Stufen“ (Hesse, 1961), welches die Veränderungen in der Lebensspanne thematisiert und für einen zugewandten und hoffnungsfrohen Ausblick plädiert. Und an diesem Anfang steckt nach allgemeinen öffentlichen Verlautbarungen auch gerade die Digitalisierung im Gesundheitssektor. Um diesen „Zauber“, der sich aus ihr entwickeln könnte, soll es in der vorliegenden Arbeit gehen.

Zunächst einmal wird schon aufgrund der gestellten Aufgaben der Handlungsdruck klar. Die demographischen Bedingungen stellen große Herausforderungen dar. Zum einen steigt der Anteil der Alten im Verhältnis der erwerbstätigen Bevölkerung (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2017), was Auswirkungen auf die Finanzierung des Sozialsystems hat. Zum anderen wird auch der Anteil der Pflegebedürftigen ansteigen (Bertelsmann Stiftung, 2012). Die bisherige Aufteilung der Pflegesettings in 2/3 ambulant und 1/3 stationär bei der Versorgung älterer Menschen (Statistisches Bundesamt, 2015) wird sich schwerlich aufrechterhalten lassen, wenn man sich anschaut, dass immer mehr Senioren¹ alleine leben (Statistisches Bundesamt, 2016) und die überwiegend familiär und weiblich getragenen informellen Pflegearrangements an Wert verlieren. Es sinkt die Bereitschaft bei Frauen zum Verzicht auf Erwerbstätigkeit (Statistisches Bundesamt, 2017). Auch leben Familien oftmals nicht mehr am selben Ort. Des Weiteren steigen aufgrund von Hochaltrigkeit und Multimorbidität die Anforderungen (Kuhlmey, 2009).

Daraus erwächst ein zusätzliches Handlungsfeld für die professionelle Pflege, welche die durch den Wegfall der familiären informellen Netzwerke entstehende Lücke kompensieren muss. Dem Mehrbedarf an pflegerischer Dienstleistung steht eine schon jetzt bestehende Mangelversorgung entgegen (Bundesagentur für Arbeit, 2015). Das Thema wird schon lange unter dem Begriff „Pflegenotstand“ diskutiert.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Um diesen Zielkonflikt zwischen steigender Nachfrage an Pflege und nicht adäquatem Angebot zu lösen, bedarf es eines „Zaubers“, oder man nimmt die Abnahme von Pflegequalität in Kauf.

Aber Qualitätseinbußen sind weder ethisch vertretbar noch notwendig. Nicht jeder ist in seiner Pflegebedürftigkeit im gleichen Maße hilfsbedürftig. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes waren nach alter Pflegestufeneinteilung knapp 60% der Pflegebedürftigen nach Stufe eins klassifiziert (Statistisches Bundesamt, 2015). Wenn man nach der Aktivitätstheorie von Havighurst geht „mit der Grundannahme, dass Zufriedenheit aus Aktivität und Funktionshaftigkeit bestehe“ (Havighurst 1963 zit. in Himmelsbach 2009, S. 28), dann darf dieser Gruppe durchaus etwas zugetraut werden. Und genau diese Mitgestaltung des Pflegearrangements von Seiten der über Ressourcen verfügenden Pflegebedürftigen wird nötig sein, damit die Pflege dahingehend entlastet wird, um sich den stärker Hilfsbedürftigen zuwenden zu können. In genau diesem Bereich könnte die Digitalisierung ihren „Zauber“ in den ihr immanenten Bereichen Information, Kommunikation und Vernetzung wirken lassen, welche Handlungsfelder der Pflege abbilden. Die Chance in der Digitalisierung besteht darin, dass diese Aufgaben losgelöst von räumlicher Präsenz bewältigt werden können, was sich einerseits auf einen flexibleren personalen Einsatz von Pflegekräften auswirken kann, andererseits eine höhere Selbstpflegekompetenz erfordert. In diesem Bezugsrahmen erhöht sich die Pflegequalität dadurch,

- dass zielführende Information und Kommunikation die Adhärenz und damit den Pflegeprozess und die Selbstpflegekompetenz verbessert,
- dass durch digitale Verfügbarkeit z.B. visualisierte Schulungen, Anleitungen und Beratungen jederzeit Patientenedukation und Prävention ermöglicht wird
- dass durch verbessertes Management des Netzwerks informelle Hilfe leichter organisierbar wird bei einem effizienteren Einsatz von professioneller Pflege, wofür in dieser Arbeit der Begriff des digitalen Case Managements verwendet wird

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Nutzen von digitalen Informations- und Kommunikationssystemen in der Pflege herauszuarbeiten. Das Wirkspektrum ist dabei sehr groß. Es böte die Chance vor allem für noch nicht pflegedürftiger Senioren über Wohnbörsen Seniorenwohngemeinschaften zu etablieren, über

Jobbörsen sinnvolle und relevante Betätigungsfelder für Senioren zu identifizieren und zu vermitteln, über Kontaktbörsen Menschen miteinander zu vernetzen usw. Im Rahmen dieser Arbeit steht die Informationsvermittlung und Übermittlung im Fokus, da sie im Fall bestehender Pflegebedürftigkeit eine vordergründige Relevanz besitzt. Es soll untersucht werden, inwieweit Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) die Interaktion zwischen leicht pflegebedürftigen Menschen und professionellen Pflegenden erweitern kann. Als Forschungsgegenstand wird der präventive Hausbesuch gewählt. Es soll beispielhaft untersucht werden, ob digital bereit gestellte Informationen helfen, den Pflegeprozess erstens sinnvoll zu ergänzen und zweitens effizienter zu gestalten. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass digitale Anwendungen bei der Befähigung helfen können. Wenn die Verantwortung für gelingende Prozesse ein Stück mehr beim Patienten belassen wird, ihm dafür aber ein kluges Hilfsinstrument an die Hand gegeben und er in der Nutzung unterstützt wird, hat das positive Auswirkungen auf die Pflegequalität. Die aus der Hypothese resultierende Fragestellung lautet:

Ist der assistierende Einsatz von Telepflege beim präventiven Hausbesuch (PHB) ein erfolgversprechender Ansatz zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz?

Zur Beantwortung der Frage wird zunächst eine systematische Literaturrecherche zu den in der Frage aufgeworfenen Parametern durchgeführt. Anschließend wird der Outcome Parameter der Selbstpflegekompetenz anhand der Pflege Theorie von Orem erläutert. Im nächsten Schritt wird der PHB in seiner Zielsetzung, Durchführung und den Umsetzungshindernissen beschrieben. Das gleiche Vorgehen wird für das zweite Konzept der Telepflege gewählt. Im Ergebnisteil werden wissenschaftliche Erkenntnisse zu den jeweiligen Konzepten anhand der in der Frage relevanten Themen beschrieben. In der Diskussion werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur den beiden Konzepten interpretiert und Einsatzfelder für telepflegerische Anwendungen beim PHB aufgezeigt, Es wird eine Antwort auf die Fragestellung gegeben und auf Limitationen eingegangen. Abschließend steht ein Ausblick, der einen größeren Anwendungsbereich im Bereich der Vernetzungspotentiale durch den Einsatz von IKT bei der Versorgung älterer Menschen aufzeigen soll.

2 Methodisches Vorgehen

Als Methode zur Generierung von aktuellem und validem Wissen wird eine systematische Literaturrecherche gewählt. Die Durchführung entspricht den Vorgaben von Behrens und Langer (2016).

Zunächst einmal wurde die Frage mittels des PIKE-Schemas operationalisiert. Zu den einzelnen Teilbereichen wurden unterschiedliche Rechenschritte durchgeführt. Die Erhebung des Status Quo und der Prognose, wie sich die gesellschaftliche Rahmung in Bezug auf demographische und berufspolitische Fragen entwickeln wird, erfolgte auf Basis von Daten, die in öffentlichen Einrichtungen wie Statistikämtern und Behörden oder in Forschungsberichten publiziert werden. Recherchiert wurde im Internet auf Google und Google Scholar, sowie per Handsuche auf den Homepages der jeweiligen Institutionen. Relevanz für die Beantwortung der Frage hat die Suche dahingehend, dass dadurch ein wahrscheinliches Kontrollszenario dargestellt wird, anhand dessen sich Veränderungen bemessen lassen können.

Die Recherche zu den in der Intervention genannten Konzepten (Selbstpflegekompetenz, PHB und Telepflege) gestaltete sich zweigeteilt. Für die Erläuterung der Konzepte hinsichtlich Definitionen, des Zwecks, der Zielgruppe, der Anwendung und den Anwendungshindernissen in den Kapiteln 3–5 wurde hauptsächlich das Wissen aus Fachbüchern bezogen. Diese wurden über die Kataloge der HAW Hamburg und des Campus-Katalogs der Universität Hamburg identifiziert. Weitere Informationen brachte die Internetrecherche sowie die Handsuche mittels Schneeballsystem in den Literaturangaben von bereits identifizierten Werken.

Die Suche nach Evidenzen zu den jeweiligen Konzepten, welche im Ergebnisteil dargestellt werden, erfolgte beim Konzept des Präventiven Hausbesuchs ebenfalls mittels Handsuche. Da nur bereits evaluierte kontrollierte Studien eingeschlossen werden sollten, die sich auf die Umsetzung in Deutschland beziehen, gab nur eine sehr geringe Treffermenge von drei relevanten Ergebnissen.

Beim Konzept der telepflegerischen Interventionsformen wurden für die Ergebnisaufbereitung Studien in der Datenbank PUBMED recherchiert. Zunächst wurden aus der Frage „...die Recherchebegriffe definiert, die die Personen

beschreiben und den Index- und den Referenzstandard sowie den angestrebten Zielzustand festhalten“ (Behrens & Langer, 2016, S. 196).

Die Patientengruppe unter Parameter P umfasst ältere Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben und dies auch weiterhin wollen. Sie sind bisher in einem weniger schweren Grad auf Unterstützung angewiesen und verfügend über Ressourcen aber auch Gefährdungen für eine autonome Lebensführung. Ausgeschlossen waren Personengruppen mit schwereren Krankheiten, die eine umfassendere pflegerische Intervention oberhalb eines sporadischen und assistierenden Grades nötig machen, wie Krebs, COPD, Depressionen, Schmerzen. Es wurden Begriffe und Synonyme gebildet, diese wurden übersetzt und möglichst mit Hilfe der Mesh-Datenbank verschlagwortet.

Die Intervention besteht aus telepflegerischen Möglichkeiten, den präventiven Hausbesuch zu unterstützen und um sinnvolle Facetten zu erweitern. Um möglichst umfassende Ergebnisse zu erhalten, wurden die Wortstämme von Informations- und Kommunikationstechnologie sowie Telepflege trunkiert zu information* und tele* und in die Mesh-Datenbank eingegeben. Die Ergebnislisten wurden jeweils gesichtet. Passende Mesh Terms wurden wiederum verschlagwortet.

Im Ergebnis soll ein Bezug zur Selbstpflegekompetenz hergestellt werden. Die Recherchebegriffe wurden ebenfalls über die Mesh Term Suche identifiziert. Die Recherchestrategie wird in Anhang A.1 veranschaulicht.

Eingeschlossen wurden RCTs, Meta-Analysen und Reviews, da sie die höchste Stufe der sicheren Erkenntnisse darstellen (Behrens & Langer, 2016, S. 112). Um der Aktualität und dem stetigen Wandel des Digitalisierungsprozesses Rechnung zu tragen, wurden nur Studien eingeschlossen, die in den vergangenen fünf Jahren publiziert wurden. Weiterhin eingeschlossen waren Studien zu Personen, die 65 Jahre oder älter waren und entweder in englischer oder deutscher Sprache publiziert wurden.

Diese Recherchestrategie bei PUBMED brachte 68 Treffer. Nach dem Screening der Überschriften blieben 29 Studien, die nach dem Lesen des Abstracts auf 16 reduziert werden konnten. Nach dem Studium der Volltexte konnten sechs Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage im Hinblick auf Erkenntnisse zum Nutzen von Informations- und Kommunikationstechnologien einbezogen werden.

3 Das Konzept Selbstpflegekompetenz nach Orem

In der Einleitung ist herausgearbeitet worden, dass es bei fortschreibendem Status Quo zu einem Missverhältnis zu nachgefragten und angebotenen pflegerischen Tätigkeiten kommen wird. Daraus wurde zum einen die Hypothese gebildet, dass es zu einem Verlust an pflegerischer Qualität kommen kann. Zum anderen bestünde die Chance, durch gezielte Befähigung der von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen mittels neuer Medien telepflegerischer Interventionen diese Einbußen an pflegerischer Qualität abzumildern.

Im folgenden Kapitel soll das Ergebnismaß der aufgestellten Fragestellung näher beleuchtet werden. Die gezielte Befähigung von Menschen bildet sich ab durch Kompetenzerwerb, um Anforderungen selbstständig gerecht zu werden, für die man vormals Hilfe benötigt hat. Ziel der Arbeit ist dementsprechend heraus zu finden, ob die angedachten Interventionen einen höheren Grad an Selbstständigkeit zur Folge haben.

Als pflegetheoretischer Hintergrund dient das Konzept der Selbstpflege von Dorothea Orem (1914-2007). Es soll dargelegt werden, welches Menschenbild der Theorie zugrunde liegt, wie das Konzept der Selbstpflege definiert wird und was für Konsequenzen sich in Bezug auf das Helfen daraus ergeben. Schlussfolgernd soll die Relevanz für die zu beantwortende Frage erläutert werden.

3.1 Menschenbild

Nach Orem (1997) bestehen fünf Prämissen, die charakteristisch für menschliche Lebewesen seien:

1. Für das Überleben und Funktionieren bedarf es eines kontinuierlichen und bewussten Inputs
2. Menschliche Handlungskompetenz bestimmt sich durch den Bedarf an Input und dessen Durchführung
3. Reife Menschen nehmen Entbehrungen in Form von Handlungseinschränkungen in der Selbstpflege wahr
4. Menschliche Handlungskompetenz zeigt sich im Erforschen, Entwickeln und Übermitteln neuer Wege und Möglichkeiten zur Bestimmung des Bedarfs und zur Durchführung von Input

5. Menschliche Gruppen übernehmen Aufgaben und Verantwortungen für die Betreuung derjenigen Mitglieder, welche Einschränkungen hinsichtlich des erforderlichen bewussten Input haben.

Nach Orem kennzeichnet menschliches Leben, permanent und unablässig mit Situationen konfrontiert zu werden, welche zu bewältigen sind. Handlungskompetent ist derjenige, dem dies gelingt. Wenn das allerdings nicht gelingt, muss ein Weg gefunden werden, die Defizite in der Selbstversorgung bestenfalls zu beheben oder nötigenfalls zu kompensieren auf ein erforderliches Maß. Behilflich dabei sind Gruppen. Auf der Makroebene ist dies der Staat mit seinem Gesundheitssystem und auf der Mikroebene die Familie und das persönliche Netzwerk.

3.2 Definition von Pflege und Selbstpflege

Aus den Prämissen definiert Orem ihr Pflegeverständnis:

„Pflege ist eine Kunst, durch die der Pflegende [...] Personen mit Einschränkungen spezielle Unterstützung gewährleistet, sofern mehr als eine gewöhnliche Unterstützung notwendig ist, um den täglichen Erfordernissen zur Selbstpflege zu entsprechen“ (Orem, 1997, S.7)

Weiter wird ausgeführt, dass diese Unterstützung in vier Ebenen praktiziert werden kann. Erstens in der Übernahme pflegerischer Handlung durch Pflegende, zweitens in der Unterstützung der Patienten bei pflegerischen Handlungen, drittens im Anleiten der Patienten mit dem Ziel der Selbstversorgung und viertens im Anleiten einer kompetenten Person aus dem Umfeld des Patienten mit dem Ziel, dass dieser die pflegerische Verantwortung für den Patienten übernehmen kann (ebd.).

Daraus resultiert als Definition für die Selbstpflege.

„Selbstpflege ist das persönliche für sich selbst sorgen, das Individuen jeden Tag benötigen, um ihr allgemeines Funktionieren und ihre Entwicklung zu regulieren. Der Bedarf der Menschen nach dieser alltäglichen regulierenden Aktivität wird unter anderem durch Faktoren wie Alter, Entwicklungsstadium, Gesundheitszustand, Faktoren der

Umgebung und die Auswirkungen von medizinischen Handlungen beeinflusst“ (Orem, 1997, S. 9).

Der Grad der notwendigen Unterstützung liegt also in den Fähigkeiten der zu versorgenden Person. Sind umfangreiche Fähigkeiten vorhanden oder werden sie entwickelt, so sinkt auch der Unterstützungsbedarf. Das gelte auch für die Dependenzpflege (ebd.), wo die Betreuung von Abhängigen (Kinder, gesundheitlich eingeschränkte Erwachsene) durch zuständige Erwachsene durchgeführt wird. Dabei liegt der Schlüssel in der Befähigung der zuständigen Erwachsenen.

3.3 Methoden des Helfens

Konkret entwickelt Orem fünf Methoden des Helfens (Orem, 1997):

1. Für andere handeln und agieren
 - ⇒ Es werden bei dieser Methode Handlungen übernommen, weil der zu Versorgende diese nicht durchführen kann (Säuglinge, komatöse Patienten) oder die Handlung spezifisches Wissen voraussetzt. Grundlegend dabei ist die Zustimmung des Patienten. Diese Methode sollte, sobald sich Selbstpflegekompetenzen entwickeln, von anderen, aktivierenden Methoden ersetzt werden.
2. Führen und anleiten
 - ⇒ Diese Methode wird angewandt, wenn von Seiten des Patienten Handlungsalternativen abgewogen werden müssen oder ein Handlungsverlauf Führung erfordert. Bedingend dafür sind die Motivation des Patienten und das Fachwissen des Anleiters sowie der Austausch in einem kommunikativen Prozess auf Augenhöhe.
3. Physische oder psychologische Unterstützung geben
 - ⇒ Diese Methode umfasst sowohl konkrete Handreichungen, um Patienten beispielsweise beim Versuch des Aufstehens unangenehme oder schmerzhaft Situationen zu ersparen, als auch Zuspruch und Ermutigung des Patienten, damit dieser Aufgaben in Angriff zu nehmen lernt. Auch administrative Unterstützung beispielsweise beim Ausfüllen von Anträgen fällt in diese Methode.
4. Ein Umfeld errichten und erhalten, das die persönliche Entwicklung fördert

- ⇒ Ziel dieser Methode ist es, für den anvertrauten Patienten eine Umgebung zu schaffen oder bei der Gestaltung behilflich zu sein, die es ermöglicht oder erleichtert, die anvisierten Ziele zu erreichen. Dabei sind sowohl psychosoziale als auch physikalische Bedingungen zu berücksichtigen. „Derartige Ziele beinhalten das Schaffen oder Verändern von Einstellungen oder Werten, die kreative Verwendung von Fähigkeiten, die Anpassung des Selbstkonzeptes sowie die körperliche Entwicklung“ (Orem, 1997, S. 19). Wichtig dabei ist das fortdauernde und richtige Verknüpfen umweltbezogener Elemente unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs des Patienten und der angestrebten Veränderung im Gesundheitszustandes oder der Lebensweise, (ebd.).

5. Unterrichten

- ⇒ Basis für diese Methode ist, dass der Pflegende über adäquates Wissen verfügt, welches er vermitteln soll, und der Patient motiviert ist, sich dieses Wissen anzueignen. „Andere zu unterrichten ist eine zweckmäßige Methode, wenn Menschen zur Entwicklung von Wissen oder besonderen Fähigkeiten eine Anleitung brauchen“ (Orem, 1997, S. 20). In jedem Fall muss der Lehrinhalt sowohl dem Lebensalter, der frühere Erziehung und der Erfahrungen des Patienten angepasst werden (ebd.).

3.4 Zusammenfassung und Übertragung auf die Fragestellung

Dorothea Orem postuliert die Forderung zur Beschränkung der Pflege auf die Hilfe zur Selbsthilfe. Der normale Zustand ist die selbstbestimmte und eigenständige Verrichtung alltäglicher Dinge. Wenn es zu Einschränkungen kommt, ist das Ziel die Wiedererlangung des normalen Zustandes. Dabei ist der Patient aktiv teilhabend. Dieser aktive Einbezug der von Pflegebedürftigkeit bedrohten älteren Menschen wird in der Forschungsfrage thematisiert. Unter Mithilfe von Informations- und Kommunikationstechniken soll eine Steigerung der Selbstpflegekompetenz erzielt werden. Das dieses ein erstrebenswertes Ziel ist, sollte anhand der Pflegetheorie von Orem dargestellt werden.

4 Das Konzept des präventiven Hausbesuchs

Nachdem im vorangegangenen Kapitel das zu bewertende Outcome betrachtet wurde, stehen in den kommenden zwei Kapiteln die Interventionen im Mittelpunkt. Zunächst wird im folgenden Abschnitt der präventive Hausbesuch beschrieben.

Im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes trat am 01.01.2009 das Recht auf Pflegeberatung gemäß §7 a SGB XI in Kraft. Demnach hat jeder, der Leistungen nach dem SGB XI bezieht, Anrecht auf individuelle Beratung zur Inanspruchnahme von Leistungen und weiteren Unterstützungsangeboten gegenüber der Pflegekassen. Grundsätzlich lassen sich solche Beratungen über eine „Kommstruktur“ oder eine „Bringstruktur“ umsetzen (DIP, 2009). Die Kommstruktur ist nachfrageorientiert. Die Initiative geht vom Nachfrager aus und wird häufig in den Räumlichkeiten der jeweiligen Leistungserbringer (Beratungsstellen, Arztpraxen) erbracht. Die Bringstruktur ist dagegen angebotsorientiert und aufsuchend. Die Angebote finden gewöhnlich im häuslichen Umfeld der zu beratenden Person statt. Ein solches Angebot ist der PHB. Präventive Hausbesuche sind derzeit im Gegensatz zur Pflegeberatung nicht Teil der Regelversorgung der Pflegekassen, werden aber über Modelprojekte realisiert und evaluiert. Inwieweit eine Überführung in die Regelversorgung sinnvoll ist, muss weiterhin geprüft werden (IGES, 2013). Grundlage der Darstellung des Konzeptes PHB sind die Überlegungen der vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in Auftrag gegebenen Studie zur Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche, welche vom Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) durchgeführt wurde. Die Erkenntnisse und Umsetzungsempfehlungen fußen auf der Auswertung der drei Studien, die auch im Ergebnisteil dieser Arbeit angeführt werden.

4.1 Definition und Zielstellung

In Abgrenzung zur Pflegeberatung definiert das IGES (2013) den PHB:

„Präventive Hausbesuche stellen ein niedrighwelliges Angebot von Informationen, Beratung und Anleitung zu Themen der selbständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung für interessierte Menschen in deren häuslicher Umgebung dar“ (IGES, 2013, S. 14).

Ziel ist die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen von Senioren in einem ganzheitlichen, mehrere Maßnahmen umfassenden Ansatz. Demgegenüber zielt die Pflegeberatung auf eine bessere Versorgung der Betroffenen und deren Angehöriger mit Leistungen des SGB XI ab (ebd.). Als wesentliche Merkmale werden beim PHB die Früherkennung und Prävention von Risiken, Verbesserung bzw. Erhalt der Selbstständigkeit sowie die Förderung der noch vorhandenen Kompetenzen und die Stärkung des Selbstmanagements als niederschwelliges Angebot an eine weit gefasste Zielgruppe beschrieben, die zwingend in der eigenen Häuslichkeit („Bringstruktur“) stattzufinden hat (ebd.).

4.2 Zielgruppe und deren Rekrutierung

Das Klientel, welches von der Maßnahme des PHB angesprochen werden soll, sind Senioren, die in der eigenen Häuslichkeit leben (IGES, 2013). Dabei ist irrelevant, ob diese bereits Leistungen des SGB XI beziehen oder beantragt und dadurch ein abgesichertes Recht auf Pflegeberatung haben. Folglich richtet sich das Angebot an alle Senioren unabhängig von existenten Hilfebedarfen, welche über 60 Jahre alt sind. Das Zielspektrum reicht von der „Risikoreduktion hinsichtlich definierter Krankheiten über eine Vermeidung von Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen, Verbesserungen des funktionalen Status bis hin zur Steigerung allgemeinen Wohlbefindens und der Lebensqualität“ (IGES, 2013, S. 3).

Für die Rekrutierung und Vernetzung mit der Pflegeberatung sind die Pflegekassen zuständig. Diese geben interessierten Senioren oder deren Angehörigen die Möglichkeit der Kontaktaufnahme über Servicenummern oder andere niederschwellige Zugänge. Die Ansprache der Zielgruppe soll hingegen durch eine Vielzahl der am Versorgungsprozess beteiligten Akteure gewährleistet werden. Hier sind vor allem die gesetzlichen oder privaten Krankenkassen, aber auch Hausärzte, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Wohlfahrtsverbände, ehrenamtliche und kirchliche Verbände zu nennen (ebd.).

4.3 Anwendung und Durchführung des PHB

Das Wesen des PHB besteht darin, dass der interessierte Betroffene von einer entsprechend befähigten Person zu Hause aufgesucht wird. Als qualifikatorische Voraussetzungen für die Durchführung der Hausbesuche werden Ausbildung oder

Studium eines Gesundheitsfachberufs sowie Kenntnisse und Erfahrungen zu präventiven Maßnahmen, zur Beratung, zur Anwendung von Assessments und zu den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen genannt (IGES, 2013).

Durchgeführt werden soll der PHB

„in einer zyklischen Abfolge von Assessments und präventiven Maßnahmen, da Erfahrungen aus bereits umgesetzten PHB-Projekten zeigen, dass angesichts der eher betagten Zielpopulation auch bei einer optimalen Umsetzung präventiver Maßnahmen Risiken bzw. Bedarfe für präventive Maßnahme zwar verringert aber nicht gänzlich eliminiert werden können“ (IGES, 2013, S. 14).

Konkret ausgestaltet bedeutet dies, dass in einem initialen Vorbereitungsprozess zunächst das betroffene Klientel identifiziert und angesprochen wird (ebd.). Besteht Interesse von Seiten des Klienten, bekundet er dieses durch Meldung beim PHB-Team. Darauf folgend wird telefonisch Kontakt aufgenommen um erste Vorklärungen zu treffen und um einen Termin zu vereinbaren. Beim Erstbesuch wird mithilfe eines Assessmentinstruments die Ist-Situation und der Bedarf erhoben. Die Umsetzung des PHB-Zyklus beginnt mit dem ersten Folgebesuch. Dann wird mit dem Klienten das Ergebnis des Assessments und die daraus vorzuschlagenden präventiven Maßnahmen besprochen. Diese müssen zwingend vom Klienten mitgetragen werden. Auch Behrens und Langer (2016) weisen auf die Notwendigkeit eines intakten Arbeitsbündnisses zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden hin. „Der Erfolg der meisten Pflegehandlungen hängt von einem Arbeitsbündnis ab, weil ohne Mitwirkung der Pflegebedürftigen die volle Wirkung nicht zur Geltung kommen kann“ (Behrens & Langer, 2016, S. 96).

Im obligatorischen Folgebesuch wird die Umsetzung der Maßnahmen besprochen und bewertet (IGES, 2013). Je nach Umfang und Ausgestaltung der Maßnahmen wird über weitere Folgebesuche beraten. Bei komplexen Maßnahmen oder keiner zielführenden Umsetzung wird auch ein Case Management in Betracht gezogen.

4.4 Case Management

Ewers und Schaeffler (2000) beschreibt das Case Management wie folgt:

„Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare

Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen“ (Ewers & Schaeffler, 2000, S. 8).

Wesentlich für das Case Management ist demzufolge zunächst einmal der komplexe Einzelfall. Der Betroffene ist aufgrund einer Vielzahl an Problemstellungen nicht eigenständig in der Lage, alle relevanten und für ihn günstigen Entscheidungsoptionen zu kennen und zu bewerten. Deswegen benötigt er Hilfe. Diese Hilfe kann sich beispielsweise auf die Auswahl von pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten, auf Therapieentscheidungen oder die Vernetzung bei nicht gewährleisteter Alltagsbewältigung beziehen. Das Case Management richtet einen professionellen Blick auf den Einzelnen und versucht gemäß dessen Bedürfnissen und Anforderungen koordinierend ein möglichst umfassendes Angebot zu machen, welches dem Betroffenen hilft, sinnvolle Entscheidungen zu treffen oder dessen soziale Teilhabe zu verbessern.

Aufgrund des im PHB anvisierten Klientel erscheint es nicht zielführend, ein umfassendes Case-Management für jeden Klienten durchzuführen (IGES, 2013). Wenn sich jedoch aufgrund des Assessments und der ausgewählten präventiven Maßnahmen ein komplexer Bedarf abzeichnet, so kann und soll ein solches Case Management auch im Rahmen des PHB durchgeführt werden.

4.5 Das vorgeschlagene Assessmentinstrument PBI

Das vom IGES-Institut vorgeschlagene Assessment ist entwickelt worden auf Basis der Erfahrungen von den drei abgeschlossenen und evaluierten Modelprojekten der Krankenkassen AOK Niedersachsen (Fischer et al., 2009), BKK Mobil (DIP, 2008) und der Universitäten Halle-Wittenberg und Leipzig (Luck et al., 2011), auf welche auch in der Ergebnisdarstellung eingegangen wird.

Ein Assessment ist nach DeMers et al. (2000) definiert als „... a conceptual, problem-solving process of gathering dependable, relevant information about an individual, group, or institution in order to make informed decisions“ (DeMers et al., 2000, S. 10). Es geht dementsprechend um einen problemlösenden Prozess, der aufgrund von verlässlichen und relevanten Informationen initiiert wird. Schäufole et al (2012) haben als Instrument das Pflegeberatungsinventar (PBI) entwickelt und

erprobt, welches passgenau auf die Bedarfe von zu Hause lebenden Senioren ausgerichtet ist und im Anhang (A.2) dargestellt wird. Ziel des Assessments ist es, dass es „... die relevanten Zielbereiche präventiver Hausbesuche umfassend und inhaltlich konsistent abdeckt und eine unmittelbare Ableitung von Bedarfen für präventive Maßnahmen ermöglicht“ (IGES, 2013, S. 18).

Es werden sowohl Fragen zum allgemeinen und pflegerischen Unterstützungsbedarf, zu gesundheitlichen Problemen und Risiken und zum Umfeld einbezogen als auch präventive Maßnahmen vorgeschlagen, welche in Abstimmung mit dem Betroffenen umgesetzt werden sollen. Konkret erhebt das Assessment die Ist-Situation in den Bereichen Alltagsaktivitäten, Mobilität, soziale Beziehungen, Sozialleistungen, Wohnen und Umfeld, spezifische gesundheitliche Probleme und Gesundheitsförderung/ Prävention. Zunächst soll ein erster Überblick verschaffen werden. Dann folgen vertiefende Befragung in den Bereichen, wo ein Bedarf ermittelt werden kann. (ebd.).

4.6 Interventionen und Maßnahmen beim PHB

Die konkreten präventiven Maßnahmen orientieren sich an den Bedarfen, welche mithilfe des Pflegeberatungsinventars ermittelt wurden. Sie kategorisieren sich nach Informationsgaben, Empfehlungen und Anleitungen.

Informationsvermittlung soll den Betroffenen befähigen, die für ihn ermittelten Problembereiche besser zu verstehen und auf dieser Basis bessere Entscheidungen zu treffen.

Empfehlungen beziehen sich auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten oder eine Verbreiterung des Hilfespektrums. Dies kann beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst oder ein therapeutisches Angebot sein, aber auch die Empfehlung zu mobilen Essensdiensten. Falls nötig ist das PHB-Team angehalten, bei der Akquise solcher Dienste oder der Leistungsbeantragung bei Kostenträgern behilflich zu sein. Anleitungen, Hinweise oder kurze Schulungen können vom PHB Team durchgeführt werden, um dem Betroffenen oder dessen Angehörigen anzustrebende Verhaltensweisen praktisch zu veranschaulichen.

Abb. 2: Übersicht über die präventiven Maßnahmen des Praxiskonzeptes

Bereich	Ansatzpunkte der Maßnahmen	Inhalte		
		Inform.	Empfehl.	Anleit.
<i>A – Alltagsaktivitäten</i>	A.1 Hilfebedarf bei Alltagsaktivitäten	X	X	
	A.2 Probleme mit der pflegerischen Versorgung	X	X	
<i>B – Mobilität</i>	B.1 Mobilitätsprobleme	X	X	X
	B.2 Sturzgefährdung	X	X	X
<i>C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten</i>	C.1 Soziale Isolation	X	X	X
	C.2 Betreuungs- und Vollmachtsfragen		X	
<i>D - Sozialleistungen</i>	D.1 Beratungsbedarf zu Sozialleistungen		X	
<i>E - Wohnen und Umfeld</i>	E.1 Bedarf zur Anpassung des Wohnumfeldes	X	X	X
<i>F - Spezifische gesundheitliche Probleme</i>	F.1 Eingeschränktes Hörvermögen	X	X	
	F.2 Eingeschränkte Sehfähigkeit	X	X	
	F.3 Probleme beim Sprechen oder mit der Stimme	X	X	
	F.4 Probleme beim Trinken, Essen oder Schlucken	X	X	
	F.5 Inappetenz	X	X	X
	F.6 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	X	X	X
	F.7 Probleme beim Einhalten von Diätvorschriften		X	
	F.8 Probleme mit den Zähnen oder im Mund		X	
	F.9 Probleme mit der Blase oder mit dem Darm	X	X	X
	F.10 Schmerzen		X	
	F.11 Hautbeschwerden		X	
	F.12 Beschwerden im Bereich der Extremitäten		X	
	F.13 Atemprobleme		X	
	F.14 Schlafprobleme		X	
	F.15 Ängstliche und niedergeschl. Stimmungslage	X	X	
	F.16 Gedächtnisprobleme	X	X	X
	F.17 Polypharmazie / Multimedikation	X	X	X
<i>G - Gesundheitsförderung und Prävention</i>	G.1 Rauchen	X	X	
	G.2 Alkoholmißbrauch	X	X	
	G.3 Medikamentenabhängigkeit	X	X	
	G.4 Schwerwiegende Lebensereignisse	X	X	
	G.5 Vervollständigung des Impfschutzes	X	X	
	G.6 Körperliche Aktivität	X	X	X
	G.7 Krebsvorsorge	X	X	

(IGES, 2013, S. 22)

Im Wesentlichen entspricht dieses Vorgehen den Überlegungen zur Gestaltung des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier, demzufolge die Pflegeplanung in sechs aufeinander folgenden Schritten erfolgen soll. Auf der Basis einer Informationssammlung werden Pflegeprobleme und Ressourcen erkannt. Nach

diesem Prozess können Pflegeziele festgelegt und Pflegemaßnahmen geplant und durchgeführt werden. Diese werden anschließend evaluiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Wenn diese nicht positiv bewertet werden kann, soll dieser Prozess nochmals durchlaufen werden, bis es gelingt, wirksame Maßnahmen zu initialisieren (Baumgärtel et al., 2015).

4.7 Umsetzungshindernisse

In einer qualitativen Studie von Theile et al (2008) wurde das Teilnahmeverhalten bei präventiven Hausbesuchen auf Basis des Präventionsprojekts „Gesund Älter Werden“ der AOK Niedersachsen (Fischer et al., 2009) untersucht. Es sollte ermittelt werden, welche Begründungen die der Interventionsgruppe zugewiesenen Personen angaben, die Maßnahme nach dem Erstbesuch nicht mehr weiterführen wollten, und welche Gründe Personen hatten, die die Teilnahme von vorne herein ablehnten. Diese Begründungen wurden anhand von telefonischen Leitfadenterviews ermittelt.

Die Gruppe der Teilnehmer wird beschrieben als sozial eingebunden und über Copingstrategien verfügend. Sie umfasst Personen, die an Neuem interessiert und kontaktfreudig sind. Ein weiteres Charakteristikum bei den Teilnehmern, welche größere gesundheitliche Einschränkungen haben, ist der Wunsch nach Unterstützung. Beiden Personengruppen, den stärker als auch den weniger stark eingeschränkten Menschen, ist die Überzeugung eigen, selbst für die eigene Gesundheit verantwortlich zu sein.

Bei der Gruppe der Abbrecher, welche die Maßnahme nicht weiterführen wollten, missfiel zumeist die mit der Teilnahme verbundenen Festlegungen und Verpflichtungen. Zudem wurde sie als Einmischung empfunden. Diese Gruppe wird als weniger kontaktfreudig charakterisiert. „Insgesamt zeigten sich die Abbrecher weniger aktiv in ihrer aktuellen Lebensgestaltung als die Teilnehmer, auch in Belangen der Gesundheitsfürsorge und Prävention“ (Theile, 2008, S. 284). Die eigene gesundheitliche Situation sei schicksalhaft. Diese Gruppe umfasste sowohl fitte Senioren, die weniger auf proaktive Gesundheitsförderung setzten als auf die Hoffnung, von negativen Ereignissen verschont zu bleiben, als auch Personen, deren gesundheitliche Situation nach eigener Aussage die Teilnahme und die daraus folgenden notwendigen Verhaltensänderungen nicht zuließen.

Die Nichtteilnehmer sind in die Untergruppen „fit“, „passiv“ und „krank“ eingeteilt worden. Bei der ersten Untergruppe handelte es sich um Personen, die sich subjektiv als gesund empfanden und für die kein Zusatznutzen erkennbar war. Die Passiven schreckte der zusätzliche Aufwand und die Anstrengungen, da sie sich in ihrer Situation eingerichtet hätten. „Es schien im Wesentlichen eine innere Haltung, die sich durch ein duldsames Annehmen der gegebenen Umstände auszeichnete“ (Theile, 2008, S. 286). Die als „krank“ charakterisierten Personen lehnten eine Teilnahme grundsätzlich ab, weil sich jede Form der Aktivität als Überforderung ansahen.

Die Studie von Theile et al (2008) stellt heraus, dass ein großer Personenkreis an Maßnahmen in einer „Bringstruktur“ nicht interessiert ist. Die Gruppe der Abbrecher und Nichtteilnehmer wirkte gleichgültig und interessenlos, „Man kann vermuten, dass sich unter ihnen diejenigen Personen finden, bei denen die Effektivität der präventiven Hausbesuche am größten wäre, da [...] konkretes Präventionspotential noch vorhanden ist, dieses aber [...] bisher nicht ausgeschöpft wird“ (Theile, 2008, S. 286).

Die wesentlichste Einschränkung bei der Umsetzung scheint zu sein, dass vordringlich diejenigen Senioren, welche ihre Ressourcen sinnvoll und konstruktiv einsetzen, gut von der Maßnahme erreichbar sind. Allerdings ist der Personenkreis, welcher mutmaßlich den größten Benefit zu haben scheint, für derartige Angebote schwer motivierbar. Das führt zu der Annahme, dass durch die Freiwilligkeit der Teilnahme nicht das Klientel erreicht wird, welches am stärksten von Unselbstständigkeit bedroht ist.

5 Das Konzept der Telepflege

Nachdem im vorigen Kapitel der Präventive Hausbesuch im Fokus stand, geht es im kommenden Kapitel um die Telepflege. Zunächst soll, wie im vorangegangenen Kapitel, der Begriff erläutert werden, um darauf aufbauend Ziel sowie Zielgruppe darzustellen. Folgend werden inhaltliche Umsetzungen des Konzeptes erklärt, um abschließend noch auf Umsetzungshindernisse hinzuweisen. Ziel dieses Kapitels ist das Darstellen und Hervorheben der Einsatzmöglichkeiten von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Versorgung älterer Menschen. Es soll

beleuchtet werden, in welchen Feldern die Telepflege wirkt und in welchen Bereichen des PHB sie unterstützend einsetzbar wäre.

5.1 Definition

Da es sich bei dem Einsatz von digitalen Technologien im Bereich des Gesundheitssektors um eine vergleichsweise junge Disziplin handelt, bei der erst Mitte der 90er Jahre die ersten wissenschaftlichen Arbeiten publiziert wurden (Blachetta et al., 2016), besteht noch eine begriffliche Unschärfe. In einer Broschüre des Bundesverbandes Pflegemanagement heißt es: „Pflege und eHealth, Telemedizin oder Telepflege, Telecare, Telenursing oder doch Telehealth? Die Vielfalt von Bezeichnungen für die Nutzung von IT im Bereich der Patientenversorgung ist groß“ (Bundesverband Pflegemanagement, 2015, S. 4).

In einem übergeordneten Kontext bezeichnet man dieses als Gesundheitstelematik, welche nach der WHO folgendermaßen definiert wird:

„Health telematics is a composite term for health-related activities, services and systems, carried out over a distance by means of information and communications technologies, for the purposes of global health promotion, disease control and health care, as well as education, management and research for health“ (WHO, 1997, S. 10).

Diese Definition bezieht sich auf den gesamten Bereich des Gesundheitswesens. Sie umschließt Einsatzfelder für alle Professionen, welche diesem Sektor zuzuordnen sind. Der Bereich der Krankenpflege wird anhand der Begriffe „Telepflege“, „Telenursing“ oder „Telecare“ subsumiert. An dieser Stelle soll auf eine Unterscheidung verzichtet werden. Es wird im Folgenden der Begriff „Telepflege“ verwendet. Die definatorische Basis liefert Blachetta et al. (2016):

„Telepflege umfasst Einzelanwendungen, die räumlich überwindende Pfl egetätigkeiten mittels virtueller Präsenz oder Supervision ermöglichen. Die Telepflege ist charakterisiert durch die Langfristigkeit von Pflegeleistungen und Einzelanwendungen mit nicht explizitem telemedizinischem Fokus, wie beispielsweise Alarmierungssysteme im häuslichen Umfeld (z.B. Sturzprävention). Des Weiteren können durch Telepflege-Anwendungen Dienstleister vor Ort durch räumlich entfernte Spezialisten angeleitet werden“ (Blachetta et al., 2016, S. 29).

Auf die Einzelanwendungen wird nach der Darstellung der Zielsetzung detaillierter eingegangen.

5.2 Zielsetzung

Einen Katalog an allgemeinen Zielen und Potentialen, die mit der Einführung von Gesundheitstelematik verbunden sind, beschreibt die WHO (1997). *Reduzieren* lassen sich Krankenhausaufenthalte und Wartezeiten, da z.B. Vitalparameter aus der Ferne und nicht mehr ausschließlich stationär überwacht werden können und der gesamte Versorgungsprozess effizienter gestaltet werden kann. *Überwinden* lassen sich Isolation und vielerlei Barrieren, da IKT Vernetzungsmöglichkeiten sowie Zugänge schafft, die mithilfe didaktisch aufbereiteter Medien jedes Bildungsniveau auch über räumliche Distanzen hinweg erreichen kann. *Unterstützen* lässt sich die Selbstbefähigung und Teilhabe durch gezielte Informationsgaben und Edukation, damit Menschen ihre vorhandenen Ressourcen erhalten, stärken oder ausbauen können, was soziale Teilhabe begünstigt. *Ermöglicht* wird ein verbesserter Informationserwerb und Informationsaustausch durch Wissenstransfer und fachliche Unterstützung. Das beinhaltet die Kommunikation seitens der Betroffenen als auch die innerhalb und zwischen den Berufsgruppen. *Steigerungspotentiale* identifiziert die WHO in den Bereichen Effizienz, Pflegequalität, der Managementfähigkeit und der Zufriedenheit, da sich Prozesse optimieren lassen zum Wohle der Patientenversorgung und des organisatorischen Ablaufs von Pflegetätigkeiten.

Hübner und Egbert. (2017) bezeichnet als Ziel der Telepflege, dass sich Pflegekräfte mit der eigenen als auch anderen Berufsgruppen sowie mit Patienten und deren Angehörigen auch über räumliche Grenzen hinweg in Verbindung setzen und somit „Menschen in das eigene professionelle Handeln einzubeziehen, die anderweitig nicht erreichbar sind“ (Hübner & Egbert, 2017, S. 212). Maßgeblich für das Konzept der Telepflege ist, dass nicht der Patient, sondern die Information bewegt werden soll (ebd.).

Als Zielgruppe für die Versorgung mittels Telepflege gelten nach dieser Definition Menschen, die erschwerten Zugang zu medizinischer und pflegerischer Versorgung haben. Diese Problematik ist besonders in ländlichen Regionen mit unzureichender Gesundheitsversorgung zu beobachten (ebd.). Häcker et al. (2008) erweitern das

Zielgruppenspektrum um gesundheitliche Einschränkungen bei Menschen, die an der koronaren Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, chronischer Herzinsuffizienz, Atemwegserkrankungen oder Diabetes Mellitus Typ 1 und 2 leiden. Außerdem werden Patienten eingeschlossen mit kardio-vaskulärem Risikoprofil, Menschen die sich in der Rehabilitation oder der postoperativen Kontrolle beispielsweise nach Herzklappen- oder Bypassoperationen befinden. Es handelt sich dabei um Krankheitsbilder, welche ambulant gut zu versorgen sind, so dass der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gesichert werden kann.

5.3 Anwendungsfelder

Telekonsultation:

Ein sehr konkretes Anwendungsfeld bei der Telepflege ist die Konsultationsmöglichkeit über räumliche Distanz. Hübner und Egbert (2017) beschreiben die Telekonsultation als Verbindung von zwei oder mehreren Personen. Konsultationen können interprofessionell oder interdisziplinär nützlich sein zur „gegenseitigen Abstimmung, Beratung, Supervision und Weiterbildung (Hübner & Egbert, 2017, S. 212), gestützt auf entsprechende Informationssysteme und Bild- und Tonkommunikationsanlagen. Beispielhaft ist hier die Beurteilung von Wunden zu nennen, bei der ein Wundexperte via Video Expertise liefert und damit den Versorgungsprozess befördern kann. Des Weiteren können Konsultationen zwischen Pflegekräften und Patienten und deren Angehörigen stattfinden. Auf diese Weise lassen sich schnell Informationen entweder mit oder ohne Videounterstützung übermitteln. Beispielsweise lässt sich die Medikamenteneinnahme bei Patienten mit unzureichender Compliance besser überwachen, ohne dass eine Fachkraft dabei vor Ort sein müsste. Auch in Notfallsituationen oder bei Fragen rund um Patienten mit erhöhtem Versorgungsaufwand kann die Situation präzise eingeschätzt und gelöst werden.

Telemonitoring:

Das Telemonitoring ist ein Anwendungsfeld, in welchem nach Hübner und Egbert (2017) entweder elektrophysiologische Signale (z.B. EKG) oder Vitalwerte (RR, Puls, Gewicht, BZ) online überwacht und übertragen werden können. Einsatzmöglichkeiten sind gegeben beispielsweise bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen, wo über Gewichtszunahmen auf

Wassereinlagerungen geschlossen werden kann, welche dann gezielt behandelt werden können. Die Übertragung geschieht beim Patienten mittels spezieller Aufnahmegeräte, neuerdings auch über sog. Wearables wie Smartwatches, via Internet. Diese Daten können von Ärzten oder Pflegekräften ausgelesen und zur weiteren Behandlungssteuerung genutzt werden. Vermeintlich kritische Situationen lassen sich aufgrund verbesserter Datenlage besser einschätzen und bewerten.

Telesteuerung:

Telesteuerung bezeichnet die „ferngesteuerte Bedienung von Geräten im Lebensbereich von Patienten“ (Hübner & Egbert 2017, S. 212). Als fester Begriff hat sich das Ambient Assisted Living (AAL) durchgesetzt. Andelfinger (2016) definiert AAL:

„Exemplarisch umfasst AAL Gesundheitsmonitoring und Ferntherapie, Fallsensoren, Mobilitätsdienste, intelligente Medikamentenspender, Sensoren, die die Aktivität oder Inaktivität der Bewohner überwachen und Notfallhilfe ebenso, wie etwa häusliche Assistenzsysteme, die Koordination von Haushaltshilfen oder breite Angebote rund um Kommunikation und Entertainment“ (Andelfinger, 2016, S. 241).

Konkret kann über Sensoren z.B. ein Sturz erfasst werden und vergleichbar zum System des Hausnotrufs ein Kontakt zur Abklärung hergestellt werden oder die Beleuchtung in den Räumen zur Sturzprävention gesteuert werden.

Prävention:

Ein weiteres Anwendungsfeld, welches Bezug zu präventiven Möglichkeiten aufzeigt, wird von Blachetta et al. (2016) als ePrävention bezeichnet. Es handelt sich dabei um Anwendungen, die „Informationen übertragen, um beim Empfänger eine mittelbare oder unmittelbare gesundheitsfördernde Verhaltensänderung zu erreichen“ (Blachetta, 2016, S. 36). Durch zielgruppenspezifische Kommunikation können benötigte Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich aufbereitet übermittelt werden. Zudem verlagert sich die Informationsgabe zunehmend von Pull-Nachrichten, bei denen der Nutzer diese gezielt abrufen zu Push-Nachrichten, bei denen der Nutzer diese passiv vom Gesundheitsdienstleister erhält. Umfassende und effektive Informationen unterstützen und stärken dadurch das Selbstmanagement der Patienten hinsichtlich ihrer Gesundheit (ebd.).

5.4 Umsetzungshindernisse

Im folgenden Abschnitt wird auf Umsetzungshindernisse eingegangen. Die bestehen sowohl auf personaler als auch auf struktureller Ebene. Es sollen zunächst die Herausforderungen auf personaler Ebene aufgezeigt werden. Anschließend wird auf strukturelle Anforderungen eingegangen.

Als grundlegende Begriffe sollen, definiert nach Wewer (2012), die Adoption und die Akzeptanz von technischen Innovationen eingeführt werden. Als Adoption wird die Einstellungsbildung bis zum ersten Anwendungszeitpunkt und als Akzeptanz die Betrachtung des Prozesses der anschließenden Nutzung und der daran anknüpfenden positiven Annahmeentscheidung bezeichnet (Wewer, 2012, S. 217). Während der Adoption wird der Nutzen erkannt, der sich dann in der Akzeptanz zeigt und bewahrheitet. Diesen Initialisierungsprozess bei möglichst vielen Menschen des von dieser Arbeit angesprochenen Spektrums an Senioren, die von Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit bedroht sind, scheint essentiell. Weiß et al. (2017) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Schlüsselrolle, welche der Technikkompetenz als Voraussetzung zum Erhalt und Ausbau der Interaktionsmöglichkeiten zugeschrieben werden müsse. Blachetta et al. (2016) weisen ebenfalls darauf hin. „Da neue digitale Anwendungen ihr Potential meist erst durch eine große Verbreitung realisieren, ist die Technologieadoption und-akzeptanz der Endanwender häufig grundlegend für den Erfolg der Einführung solcher Anwendungen“ (Blachetta, 2016, S. 126). Die Aussage zielt darauf ab, dass z.B. große Nutzergruppen zum einen die Vernetzungspotentiale verbessern und zum anderen Investitionsentscheidungen begünstigen.

Es wird darauf hingewiesen, dass den Prozessen der Adoption und Akzeptanz zwei grundsätzliche Einflussfaktoren vorgeschaltet sind. Zum einen die Aufwands- und Leistungserwartung, zum anderen die individuellen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Erfahrung, Kultur und Freiwilligkeit (ebd.).

Analog zu den Hindernissen beim präventiven Hausbesuch sind auch bei der Nutzung telematischer Dienstleistungen diejenigen bevorteilt, die offen und interessiert sind und in deren Vorstellungskraft die innewohnenden Chancen mit den aufzuwendenden Anstrengungen abgewogen werden können. Was allerdings im Umkehrschluss bedeutet, dass diejenigen, die nicht über ein derart technikaffines Wesen verfügen, nicht so leicht einzubinden sind und damit als profitierender Nutzer wegfallen. Als wesentlich für die Akzeptanz beschreiben Hübner und Egbert (2017),

dass technische Veränderungen als einfach bedienbar, integriert und sicher sowie vertrauenswürdig sein müssen, flankiert von ausführlichem Training und guter Unterstützung und Steuerung seitens der Schlüsselanwender und treibender Akteure.

Als weiteres Hindernis werden der Datenschutz und das Vertrauen darauf, die Kontrolle über die eigenen Daten zu behalten, gesehen. Der in der aktuellen Berichterstattung (Heuser & Hamann, 2018) diskutierte Datenmissbrauch bei Facebook erschüttert dieses Vertrauen. Blachetta et al. (2016) weisen darauf hin, dass die meistdiskutierte Bedrohung durch den Einsatz von IKT im Gesundheitswesen durch Mängel im Datenschutz, bei der IT-Sicherheit und der Gleichbehandlung aus ethischen Gesichtspunkten bestünden. Vorleistung für Vertrauen ist demnach der Schutz der Privatsphäre im Internet, ein wirksamer Schutz vor Hackerangriffen sowie die Sicherheit, dass Menschen aufgrund bereit gestellter Daten keine Nachteile beispielsweise beim Versicherungsschutz befürchten müssen.

Als weiteres strukturelles Hindernis wird im Bereich der Infrastruktur der flächendeckende Ausbau von schnellem Internet als auch die Interoperabilität zwischen eHealth Anwendungen beschrieben (ebd.).

6 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse soll anhand der Konzepte PHB und Telepflege erfolgen, da der konkrete Einsatz telepflegerischer Unterstützung beim präventiven Hausbesuchen in Deutschland bisher nicht untersucht wurde. Die für diese Arbeit identifizierten Studien werden nachfolgend kurz vorgestellt und im Hinblick auf die Aussagen zu den in der Frage aufgeworfen Themen analysiert.

Beim PHB liegt das Interesse in der Beschreibung der Zielgruppe, den Aussagen zu den Assessments und Interventionen, der Akzeptanz der Maßnahme und dem Einfluss auf die Selbstpflegekompetenz.

Als Grundlage sind zwei randomisiert kontrollierte und eine Kontrollstudie in die Betrachtung eingeflossen, bei denen die Evaluation abgeschlossen ist. Behrens und Langer bezeichnen RCTs als „Goldstandard für Interventionsstudien“ (Behrens & Langer, 2016, S. 156).

6.1 Vorstellung der Studien zum PHB anhand von Fragestellung und Fazit

1. „Gesund älter werden“

Diese randomisiert kontrollierte Studie wurde von der AOK Niedersachsen vom 23.03.2004 bis zum 31.10.2007 im Raum Hannover durchgeführt und finanziert. Die Evaluation wurde von Fischer et al. (2009) durchgeführt. In diesem Forschungsprojekt wird nicht explizit auf eine zugrunde liegende Forschungsfrage verwiesen. Allgemeine Projektziele sind die Verbesserung des Gesundheitsstatus und der Lebensqualität, der Erhalt der Selbstständigkeit, Vermeidung einer Verschlechterung von Erkrankungen, die Reduktion von Leistungsausgaben und eine Vernetzung regionaler Angebote. Im Ergebnis kommt die Studie zu der Aussage, dass keine signifikanten Verbesserungen durch den präventiven Hausbesuch im Bereich der vorgegebenen Zielkriterien gemessen werden konnten und schließt mit der Forderung, dass es sinnvoll sei, auf Targeting, also einer „Fokussierung auf Zielgruppen mit psychischer, physischer oder sozialer Beeinträchtigung“ (Fischer et al., 2009, S. 68) statt auf die Aufnahme in die Regelversorgung zu setzen.

2. „mobil – Präventive Hausbesuche bei Senioren“

Das Projekt „mobil“ wurde als Kontrollgruppenstudie im Zeitraum von 2004 – 2007 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), welches auch für die Evaluation zuständig war, und der Bosch BKK durchgeführt. Als Basis für das Projekt dient die Frage, ob die Umsetzung des PHB nach dem für „mobil“ entwickelten Konzept signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Ergebnisindikatoren Einstufung in die Pflegeversicherung, Einzug ins Pflegeheim, Anzahl der Krankenhaustage und -kosten, Gesundheitskosten, Funktioneller Status und subjektiver Gesundheitsstatus erbringt (DIP, 2008). Außerdem wurde auf Basis der Ergebnisse ein Beraterhandbuch für Präventive Hausbesuche bei Senioren entwickelt (DIP, 2009). Auch in diesem Projekt konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Ergebnisindikatoren festgestellt werden.

3. „Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“

In der vom Februar 2007 bis Januar 2010 von der Universität Leipzig und des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg randomisiert und kontrolliert durchgeführten Interventionsstudie geht es um die Frage, ob PHB geeignet sind, Heimeinzüge zu verhindern oder

aufzuschieben, und ob sie beim frühzeitigen Identifizieren von Selbstpflegedefiziten, bei der Verhinderung von Stürzen und bei der Verbesserung von Selbstpflegekompetenz und Lebensqualität hilfreich sind (Luck et al., 2011). Wie in den zwei zuvor beschriebenen Studien konnte auch hier keine statistische Signifikanz im Bereich der Heimeinweisungen festgestellt werden. Allerdings konnten Verbesserungen bei Sturzereignissen und der Lebensqualität ermittelt werden (ebd.).

6.2 Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse PHB

6.2.1 Zielgruppe und Teilnahmebereitschaft

Im Projekt „Gesund älter werden“ ist die Zielgruppe zwischen 68 und 79 Jahre alt, nicht pflegebedürftig, in drei Stadtteilen Hannovers lebend und deutschsprachig. Als sehr schwierig erwies sich die Teilnahmebereitschaft. Es wurden 4224 AOK-Versicherte angesprochen, von denen 1300 der Interventionsgruppe zugeteilt wurden. Aus dieser Gruppe verweigerten 714 den Hausbesuch. Von den übrigen 586 Probanden lehnten wiederum 52% die Interventionsumsetzung ab, so dass nur eine Gruppe von 283 Personen die für ein Care Management erforderliche Anzahl an Hausbesuchen durchliefen (Fischer et al., 2009). Beim Projekt „mobil“ ist die Zielgruppe 75 Jahre oder älter, nicht in der Pflegeversicherung eingestuft und ohne kognitive Einschränkungen. Auch in dieser Studie umfasst die Interventionsgruppe, die für die Maßnahme angesprochen wurde, 1300 Personen. Die Kontrollgruppe umfasst 2000 Personen. In der Interventionsgruppe bekundeten 196 Personen Interesse. Davon konnten nach Rücksendung eines Fragebogens 180 eingeschlossen werden. In der Kontrollgruppe füllten 1273 Personen den Fragebogen aus. Eingeschlossen werden konnten 1172 Personen, die die festgelegten Kriterien erfüllten (DIP, 2008). Die Studie „Altern zu Hause“, die im Gegensatz zu den beiden anderen Studien nicht auf die Datenbasis von Krankenkassen zurückgreifen konnte, sondern mithilfe von Hausärzten, Krankenhäusern und Melderegistern rekrutierte, wählte eine Zielgruppe, die 80 Jahre oder älter ist. Der Personenkreis war entweder in der damaligen Pflegestufe 1 eingruppiert oder wies Einschränkungen in mindestens drei Aktivitäten des täglichen Lebens (AEDL) auf. Weiterhin war das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit, das Fehlen von kognitiven Einschränkungen sowie ausreichende

Deutschkenntnisse Bedingungen für die Teilnahme (Luck et al., 2011). Von 336 Personen, die rekrutiert wurden, mussten 31 Personen aufgrund von Rücknahme der Einverständniserklärung oder Verschlechterung des Allgemeinzustands ausgeschlossen werden. Nach 18 Monaten konnten bei 232 Probanden eine Follow-up-Erhebung durchgeführt werden.

6.2.2 Assessment und Intervention

Das Vorgehen war im Wesentlichen bei den verschiedenen Studien vergleichbar. Es gab jeweils einen Erstbesuch, bei dem grundsätzliche Erklärungen und Erhebungen durchgeführt wurden. In den Folgebesuchen wurden dann auf Basis der individuell ermittelten Bedarfe Interventionen geplant und bei Einverständnis durchgeführt. In der Studie „Gesund älter werden“ wurden beim Erstbesuch „Schlüssel Fragen“ zur Klärung möglicher Handlungsnotwendigkeiten bezüglich Alltagskompetenz und Lebensqualität gestellt. Des Weiteren wurde ein Fragebogen zur Lebensqualität (WHOQOL-BREF) zum Ausfüllen überreicht. Sofern Handlungsbedarf bestand, wurde im zweiten Besuch ein geriatrisches Assessment (STEP) mit Fragen zur körperlichen Leistungsfähigkeit, der Mobilität, der Alltagskompetenz und dem Hilfebedarf gestellt. Außerdem wurden ein Mobilitätstest und ein Orientierungstest durchgeführt (Fischer et al., 2009). Die Intervention bestand in einer beratenden Tätigkeit. Der Berater fungiert als Advokat, der sich die Perspektive des Patienten zu eigen macht und ihn unterstützt, dessen Ziele zu erkennen und zu artikulieren und dann bei der Umsetzung behilflich ist. (ebd.). Das gelang beispielsweise, indem geschaut wurde, zu welchen Hobbies Angebote in der Region gemacht werden konnten (Seniorenstach, Stadtteiltreffen) oder dadurch, dass bei gesundheitlichen Problemen ein Gespräch mit dem Hausarzt zu alternativen Therapieansätzen angeregt wurde.

Beim Projekt „mobil“ wurde ebenfalls mit dem STEP-Assessment gearbeitet, dieses allerdings an die Anforderungen angepasst und modifiziert. Das Instrument ist im Anhang (A.3) abgebildet. Auf Basis des Assessments wurden auch hier Themen mit Beratungsbedarf identifiziert, zu denen dann standardisierte Empfehlungen gegeben werden konnten in Form von Informationsblättern, allgemeinen Informationen und Informationsbroschüren (DIP, 2008).

Beim Projekt „Altern zu Hause“ wurde ein multidimensionales geriatrisches Assessment durchgeführt, welches die Bereiche Sturz, kognitiver, sozialer und ökonomischer Status, Lebensqualität, Aktivitäten, Depressivität, Versorgungsleistungen, Ernährung, Sinneswahrnehmung, Inkontinenz, Wohnsituation und Medikamenteneinnahme umfasste (Luck et al., 2011). In multiprofessionellen Fallkonferenzen wurde der Hilfe- und Beratungsbedarf und die jeweiligen Unterstützungsmöglichkeiten ermittelt. Diese wurden mit den Klienten besprochen. Konkrete Anleitungen, Informationsmaterialien oder die Vorstellung und Vermittlung wohnortnaher Angebote ergänzten die Beratung.

6.2.3 Akzeptanz der Maßnahmen

Trotz der schon angesprochenen Schwierigkeiten in der Rekrutierung der Teilnehmer konnten in allen drei Projekten von einer hohen Zufriedenheit mit der Maßnahme berichtet werden. Im Projekt „Gesund älter werden“ heißt es in der Schlussbetrachtung: „Die Personen, die das Angebot in Anspruch genommen haben, äußern sich hoch zufrieden“ (Fischer et al., 2009, S. 68). Beim Projekt „mobil“ beurteilten 53% der Teilnehmer den präventiven Hausbesuch als sehr gut, 44% urteilten mit gut (DIP, 2008). Luck et al. stellen heraus:

„Aus Sicht des überwiegenden Anteils der Studienteilnehmer wurden die Hausbesuche zudem sehr positiv bewertet. Dies zeigte sich unter anderem auch in der niedrigen Rate der Studienabbrecher in der Teilnehmergruppe mit einem ersten Hausbesuch“ (Luck et al, 2011, S. 25).

6.2.4 Einfluss auf die Selbstpflegekompetenz

In der Studie „Gesund älter werden“ wird nicht konkret auf Selbstpflegekompetenzen eingegangen. In der On-Treatment-Analyse wird aber darauf verwiesen, dass eine positive Wirkung im statistisch signifikanten Bereich in Bezug auf den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit festgestellt werden konnte (Fischer et al., 2009). Auch im Projekt „mobil“ wurde nicht ausdrücklich die Selbstpflegekompetenz thematisiert. Allerdings trafen 93% der Probanden die Aussage, besser über Fragen der Gesundheit informiert zu sein und 72% waren der Überzeugung, durch die Maßnahme besser der Pflegebedürftigkeit vorbeugen zu

können (DIP, 2008). Das Konzept „Altern zu Hause“ bezieht sich konkret auf Selbstpflegekompetenzen und kann diesbezüglich keine signifikanten Verbesserungen durch PHB auf die Selbstpflegekompetenz beobachten. Allerdings wird einschränkend festgestellt, dass es sich bei den beratenden Interventionen nur um einen minimalen Eingriff in das Leben der Teilnehmer handele. Der Erfolg sei mutmaßlich größer bei einer routinemäßigen Begleitung beispielsweise „durch eine Gemeindeschwester im Rahmen der Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems, wie es in einigen skandinavischen Ländern praktiziert wird, könnten die Effekte präventiver Hausbesuche im Bereich der Selbstpflegekompetenz möglicherweise stärker ausfallen“ (Luck et al., 2011, S. 22).

6.3 Vorstellung der Studien zur Telepflege

Nachfolgend sollen die Ergebnisse dargestellt werden, die sich aus der Literaturrecherche bei Pubmed für das Konzept der Telepflege ergeben haben. Es werden sechs Studien vorgestellt, die den Einbezug telematischer Potentiale nutzt, um älteren Personen trotz gesundheitlicher Einschränkungen bei sichergestellter medizinischer und pflegerischer Versorgung ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Auch hier werden zunächst die Studien kurz vorgestellt anhand der Fragestellung, der Zielgruppe, der angewandten Intervention und des Fazits, um im nächsten Schritt die für die Frage relevanten Aspekte der Akzeptanz und des Outcome- Parameters Selbstpflegekompetenz darzustellen.

1. Hale et al. (2016) wollen herausfinden, ob mittels Fernüberwachung der Medikation ungeplante Krankenhausaufenthalte und medizinische Notfälle verringert und mit einer erhöhten Medikamentenadhärenz und einer verbesserten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) im Vergleich zur üblichen Versorgung einhergehen. Als Studiendesign wird eine randomisiert kontrollierte Pilotstudie gewählt. Es werden kognitiv, visuell und auditiv nicht eingeschränkte ältere Personen, die schon über Erfahrungen im Umgang mit Ihrer Herzinsuffizienz (HI) verfügen, randomisiert eingeteilt in eine Interventionsgruppe, bei der mittels Fernmedikationsüberwachungssysteme die Medikationseinnahme gesteuert wird und eine Kontrollgruppe mit üblicher Pflege. Das System funktioniert über optische und akustische Signale und wird von einem Kontrollcenter per Kamera überwacht. Bei fehlender oder falscher Einnahme gibt es einen Kontrollanruf. Hale et al.

bewerten ihre Untersuchung als vielversprechende Methode zur Steigerung der Adhärenz und Reduktion ungeplanter Krankenhausaufenthalte.

2. Boyne et al. (2014) untersuchen in einer kontrolliert randomisierten Studie, ob ein auf die Bedürfnisse von HI-Patienten zugeschnittenes Telemonitoring sich positiv auswirkt auf das Wissen, die Selbstversorgung, die Effizienz und Adhärenz von älteren Patienten. Es werden 382 Personen in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Bei jeder Gruppe werden anhand von vier Fragebögen Bewertungen zum Niveau an erworbenem Wissen, Selbstversorgung, Selbstwirksamkeit und Adhärenz bewertet. Während bei der Kontrollgruppe die Informationen auf dem üblichen mündlichen und schriftlichen Weg zur Verfügung gestellt werden, erhalten die Patienten in der Interventionsgruppe mittels vier Tasten Monitor mit Festnetzanschluss einen täglichen Fragekatalog zu Symptomen, Wissen und Verhalten. Aufgrund der Antworten werden sie in Risikoprofile eingeteilt. Bei hohem Risiko wird eine Krankenschwester informiert. Boyne et al. bilanzieren statistisch signifikante Unterschiede für die Verbesserung des Krankheitswissens, der Selbstpflegekompetenz und der Selbstwirksamkeit, konstatieren allerdings auch, dass eine Beeinflussung der Adhärenz schwierig sei und schließen daraus die Empfehlung, dass maßgeschneidertes Telemonitoring entwickelt werden solle, um ein Optimum für Patient und Pflgeteam zu entfalten.

3. Jongstra et al. (2017) befassen sich in einer Test- und Pilotstudie mit der Entwicklung einer Internetplattform für Senioren mit kardiovaskulären Erkrankungen. Die dahinterstehende Frage lautet, ob eine Internetplattform hilfreich ist, das Risikoprofil effizient zu verbessern. Die Entwicklung der Plattform erfolgte in fünf Phasen. Zunächst wurde der konzeptionelle Rahmen festgelegt. Dann folgten Entscheidungen zum Plattformkonzept und zum funktionalen Design. Der nächste Schritt beinhaltete den Plattformaufbau bezüglich Software und Inhalt. Diese wurden in einer Pilotstudie an 41 Personen ≥ 65 Jahren für acht Wochen getestet. Alle Erkenntnisse flossen danach in das Endprodukt, eine interaktive und personalisierte Plattform für ältere Menschen mit grundlegenden Computerkenntnissen zur kardiovaskulären Mehrkomponentenprävention, ein. Es entstand eine seniorenfreundliche webbasierte Anwendung, die auch den Aspekt der persönlichen Unterstützung durch einen Coach einschließt. Als Erkenntnis dieser Studie wird beschrieben, dass Adhärenz und Motivation bei älteren Menschen durch eine Internetplattform gesteigert werden können, wenn bekannte

Barrieren zur Nutzung solcher Plattformen besser verstanden und somit überwindbar gemacht werden durch maßgeschneiderte Lösungen, den Einbezug der Endnutzer in den Entwicklungsprozess und in Kombination mit menschlicher Unterstützung.

4. Evangelista et al. (2015) untersuchen in einer kleinen randomisiert kontrollierten Frühinterventionsstudie, ob bei kürzlich hospitalisierten HI-Patienten durch ein Remote-Monitoring-System (RMS) die Aktivierung und Selbstpflegekompetenz gesteigert und die Lebensqualität verbessert werden können. Dafür wurden 42 Senioren in einem durchschnittlichen Alter von 72 Jahren (+- 9) in Interventions- und Kontrollgruppen eingeteilt. Während die Kontrollgruppe die übliche poststationäre Pflege erhält, wird bei der Interventionsgruppe nach Zustimmung und Einweisung zur Nutzung des RMS-Gerätes die Temperatur, die Bewegungsdaten, der Blutdruck, die Herzfrequenz und das Gewicht zuhause gemessen. Über einen Zeitraum von drei Monaten werden die Daten täglich übertragen. Evangelista et al. kommen zu dem Ergebnis, dass Patienten nachweislich von der Fernüberwachung profitieren und sich Verbesserungen in der Selbstpflegekompetenz, dem Wissen, der Effektivität und einem erhöhten Aktivierungslevel nachweisen lassen.

5. Hansen et al. (2017) widmen sich in einer randomisiert kontrollierten Studie mit 165 Probanden in einem durchschnittlichen Alter von 58 Jahren (+-9) dem Einsatz von Videokonsultationen bei älteren, schlecht eingestellten Diabetes Typ II-Patienten als Erweiterung zur Standardversorgung. Die Studie soll die Frage klären, ob eine verbesserte Diabeteskontrolle erreicht werden könne. Konkret wird, als Ergänzung zur klinikbasierten Versorgung, bei der Interventionsgruppe einmal monatlich telemedizinische Konsultationen (Videokonferenz mit Krankenschwester) via Tablet für 32 Wochen durchgeführt. Regelmäßig werden selbstüberwachte Messungen von Blutzucker, Blutdruck und Gewicht hochgeladen und sind für Patient und Krankenschwester sichtbar. Die Kontrollgruppe erhält die übliche Versorgung. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass es zu einer signifikanten Reduktion des HbA1c-Wertes bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Standardversorgung kommt. Allerdings war sechs Monate nach Ende der Intervention der Unterschied nicht mehr signifikant, was zu der Erkenntnis führt, dass fortlaufende Bemühungen und Aufmerksamkeit unerlässlich sind, da der Effekt nicht anhält, wenn die Intervention endet. Des Weiteren konstatiert die Studie, dass

die am stärksten gefährdeten Patienten ein größeres Risiko der Nichteinhaltung haben.

6. Kim et al. (2016) untersuchen in einer randomisiert kontrollierten Studie mit 95 Teilnehmern die Frage, ob drahtlose Selbstüberwachungsprogramme und Aktivierungsmaßnahmen einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten, die Medikamentenadhärenz und die Kontrolle des Blutdrucks bei Patienten mit Hypertonus haben. Die Probanden sind im Schnitt 58 Jahre alt (+8). 52 Personen werden der Interventionsgruppe zugeteilt, welche ein drahtloses Selbstüberwachungsprogramm nutzen. Es wird per Mobiltelefon der Blutdruck überwacht bzw. an die Selbstüberwachung erinnert. Zusätzlich wird ein webbasiertes Disease-Management-Programm mit Maßnahmen und Schulungen zur Patientenaktivierung und zum Gesundheitsverhalten bezüglich Rauchen, Trinken und Bewegung, zur Einhaltung der Medikation und zum Blutdruckniveau zur Verfügung gestellt. Die Kontrollgruppe erhält ein Standard-Disease-Management-Programm. Kim et al. ermitteln eine Verbesserung der Patientenaktivierung, eine Reduktion beim Zigarettenrauchen und eine bessere Blutdruckkontrolle, allerdings keine Unterschiede bei Medikamentenadhärenz. Es wird empfohlen, dass es sinnvoll sei, gezielt Personengruppen zu identifizieren, die den größten Nutzen aus dieser Form der Selbstüberwachung ziehen.

6.3.1 Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft

Von den dargestellten sechs Studien untersuchen vier den Nutzen von Telemonitoring (Hale et al., Boyne et al., Kim et al., Evangelista et al.), eine befasst sich mit der Beschaffenheit von Internetportalen (Jongstra et al.) und eine Studie forscht zum Einsatz von Videokonsultationen (Hansen et al.). Obgleich nicht alle Studien den Aspekt der Akzeptanz als Endpunkt festlegen, machen dennoch alle Arbeiten zumindest indirekt Aussagen zur Akzeptanz anhand der Teilnahmebereitschaft an der Intervention.

Hale et al. (2016) geben an, dass 50% der Interventionsgruppe die Nutzung eines fernüberwachten Medikationssystems als nützlich einstufen und es weiterhin nutzen würden. 70% würden es weiterempfehlen. Boyne et al. (2014) beschreiben, dass 90% der Teilnehmer die Intervention täglich nutzen. Jongstra et al. (2017) geben an, dass 66% der an der Pilotphase der Internetplattform teilnehmenden Personen

diese mochten, aber unsicher bezüglich des erwartbaren Nutzens seien. Evangelista et al. (2015) stellen heraus, dass 87,5% der Teilnehmer, die ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gaben, diese auch beendeten. Bei Hansen et al. (2017) führten 84% der Probanden, die die Teilnahme zusagten, diese bis zum Ende durch. Kim et al. (2016) registrieren eine regelmäßige Teilnahme von über 50% an der 24-wöchigen Studiendauer.

6.3.2 Aussagen zur Selbstpflege

Hale et al. (2016) haben den Einsatz eines Medikationsüberwachungssystems als eine viel versprechende Methode zur Verbesserung des Selbstmanagements und der Qualität der Patientenversorgung bei Patienten mit HI und anderen chronischen Krankheiten, die komplexe Medikation erfordern, beschrieben. Boyne et al. (2014) untersuchen die Auswirkungen von Telemonitoring und Tele-Edukation und stellen signifikante Verbesserungen im Bereich der Wissensvermittlung, der Selbsthilfefähigkeit und der Selbstwirksamkeit fest. In einer Empfehlung für die Praxis heißt es: „Telemonitoring can be used to substitute educational nursing tasks, and to support patients in their HF related self-care abilities“ (Boyne et al, 2014, S. 251). Während Jongstra et al. (2017) keine Aussagen zu erwartbaren Veränderungen bei der Selbstpflege machen, berichten Evangelista et al. (2015) von einem höheren Level an Selbstpflegewissen, Selbstpflegefähigkeiten, Selbstwirksamkeit und in der Aktivierung bei der Interventionsgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe.

„Participants in the RMS group also reported greater improvements in self-care maintenance, or their ability to adhere to healthier behaviors known to prevent HF decompensation, and self-care confidence, or better perceptions related to their ability to engage in self-care behaviors“ (Evangelista et al., 2015, S. 7).

Auch Hansen et al. (2017) konstatieren einen Anstieg der Selbstpflegekompetenz und einer Verbesserung des Krankheitsmanagements, stellen allerdings auch heraus, dass es eher die gut ausgebildeten und interessierten Personen betrifft.

„...we found that participants dropping out had higher HbA1c levels and a lower degree of education than those completing. Moreover, no

participants with high education dropped out“ (Hansen et al., 2017, S. 735).

Indirekte Aussagen zur Selbstpflege treffen auch Kim et al., indem festgestellt wird, dass sich das Gesundheitsverhalten und Blutdruckkontrolle in der Interventionsgruppe verbessern lässt.

7 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht, ob der Einbezug von IKT pflegerische Tätigkeiten entlasten und effizienter machen kann und sich daraus eine Steigerung der Selbstpflegekompetenz auf Seiten der Patienten ergibt. Das geschieht beispielhaft anhand der Frage, inwiefern der präventive Hausbesuch durch die Möglichkeiten telepflegerischer Interventionen unterstützt werden kann. Nach der Vorstellung und Ergebnissicherung der einzelnen Konzepte wird folgend in der Analyse die Forschungsfrage beantwortet.

Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnahmebereitschaft am PHB nicht sehr stark ausgeprägt ist. Die Erreichbarkeit derjenigen Senioren, welche ein größeres Risikopotential haben, ist eher gering (Theile, 2008). Die Aussage wird auch durch die Untersuchungen von Luck et al. (2011), Fischer et al. (2009) und DIP (2008) gestützt, obgleich die angewandten Maßnahmen von den Probanden positiv bewertet werden. Fischer et al. (2009) schlussfolgert daraus, dass es eines zielgruppenspezifischen Targetings bedarf, um einen größeren Nutzen zu erzielen. Auch die Auswirkungen auf die Selbstpflegekompetenz beim PHB sind in den oben angeführten Studien als gering beschrieben worden.

Im Bereich der telepflegerischen Interventionen sind die Ergebnisse allerdings vielversprechend. Der Einsatz von Telemonitoring, Videokonsultation, seniorenfreundlichen Internet- und Lernplattformen wird bei der Zielgruppe der zuhause lebenden Senioren gut adaptiert und akzeptiert. (Hale et al., 2016; Boyne et al., 2014; Kim et al., 2016). Offenbar lässt sich der Nutzen der Maßnahmen besser darstellen, als es beim PHB der Fall ist. Auch die Auswirkungen auf die Selbstpflegekompetenz wird in fünf von sechs dargestellten Studien positiv bewertet (Hale et al., 2016; Boyne et al., 2014; Hansen et al., 2017; Evangelista et al., 2015; Kim et al., 2016).

Vor diesem Hintergrund scheint es lohnend, über eine Kopplung der beiden Konzepte nachzudenken, um die positiv beschriebenen Wirkungen beim Einsatz von telepflegerischen Maßnahmen auch im Bereich des präventiven Hausbesuchs zu nutzen. Bei dem vom IGES Institut entwickelten Dienstleistungskonzept zum präventiven Hausbesuch werden als Interventionsmaßnahmen Informationsgaben, Empfehlungen und Anleitungen vorgeschlagen. In diesen Bereichen haben die sich Ergebnisse für telepflegerische Interventionen als vorteilhaft gezeigt. Boyne et al. (2014) beschreiben signifikante Verbesserungen in der Wissensvermittlung durch den Einsatz von individuell aufbereiteten Informationsgaben. Dasselbe gilt auch für Empfehlungen zu Dienstleistungsangeboten in der Region oder zu Anleitungen, die als vorproduzierten Videos oder als Begleitung via Skype webbasiert abrufbar wären. Dieser Zusammenhang wird in der Fragestellung intendiert. Somit kann sie positiv beantwortet werden. Der assistierende Einsatz von telepflegerischen Maßnahmen beim präventiven Hausbesuch kann vorteilhaft für Patienten im Bezug zur Selbstpflegekompetenz sein, wenn er als Flankierung zum persönlichen Kontakt mit Pflegepersonen verstanden wird. Einschränkend muss festgehalten werden, dass die Beweisführung schwierig und nur aufgrund von Indizien durchführbar ist. Da es keine Untersuchungen gibt, die konkret den Einfluss von telepflegerischen Maßnahmen beim PHB untersuchen, muss konstatiert werden, dass die vorgenommene Untersuchung als Literaturrecherche falsch gewählt wurde. Besser wäre eine empirische Untersuchung gewesen, um Aussagen zum Mehrwert so gearteter Intervention treffen und den Ergebnissen zum üblichen Vorgehen beim PHB gegenübergestellt werden könnte. Eine weitere Schwäche der Arbeit ist in dem wissenschaftlichen Prozess zu finden. Sicher wäre es besser gewesen, bei der Literaturrecherche auf mehr als nur eine Datenbank zurück zu greifen und die eingebrachten Studien nach ihrer Qualität einzeln zu bewerten. Die Stärke liegt in der thematischen Setzung. Es wird für das existierende und sich ausweitende Problem der demographischen Herausforderungen im Bereich der Pflege älterer Menschen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel ein innovativer Lösungsansatz beschrieben, der die Selbsthilfefähigkeiten unter Schonung personaler Ressourcen verbessern helfen soll. Dieser Ansatz fokussiert den Einsatz einzelner individuell zugeschnittener Maßnahmen um Personen selbstbestimmter und autonomer zu machen. Die Ergebnisse zeigen, dass durchaus Potentiale vorhanden sind.

Die Tatsache, dass die Akzeptanz für die Teilnahme am PHB so gering war, könnte auch damit zusammenhängen, dass eine enge thematische Festlegung auf gesundheitsrelevante Themen für viele nicht attraktiv ist. Die von Jongstra et al. (2017) beschriebene Idee eines seniorengerechten Internetportals böte die Chance, das Anwendungsspektrum zu weiten auf Aspekte, die neben den gesundheitsfördernden auch weitere, das Leben von Senioren beeinflussende, Themen in den Fokus nehmen. In der vorliegenden Arbeit wurde bisher Digitalisierung als Möglichkeit der besseren Vernetzung nur am Rande thematisiert. Aber ein umfassendes Case Management sollte den Menschen als Ganzes in den Blick nehmen und nicht nur dessen gesundheitliche Gebrechen. Denkbar wäre ein Internetportal, welches den Menschen viele Angebote macht. Der Bezug zu pflegerelevanten Themen wurde bereits hinlänglich dargestellt. Daneben existieren jedoch weitere Aspekte, die sich positiv auf die Lebensqualität und Gesundheit auswirken. Verbesserungen in der Wohnsituation, der finanziellen Situation oder des Aufbrechens von Einsamkeit ließen sich mithilfe von Internetangeboten befördern. Der schon in dieser Arbeit thematisierte aktuell von Facebook ausgelöste Skandal hat eindrücklich gezeigt, welche Gefahren Big Data beinhaltet. Allerdings wird weniger darauf geschaut, welches Potential dem innewohnt. Das Sammeln und Zusammenführen von Daten macht ein sogenanntes Matching möglich. Der Begriff wird in vielen Zusammenhängen wie z.B. der Statistik angewandt und soll hier das Zusammenbringen von gleichen oder ähnlichen Interessen beschreiben. So könnten sich über Wohnungsbörsen Interessenten für Seniorenwohngemeinschaften zusammenführen lassen und den Ausbau von neuen Wohnformen für Ältere beschleunigen. Somit könnten neue, familienunabhängige informelle Netzwerke geknüpft werden, in denen nicht nur miteinander gelebt wird, sondern auch aufeinander aufgepasst und in Notfällen schneller reagiert werden. Das wäre vorteilhaft bei auftretenden Schlaganfällen oder Stürzen und könnte die Komplikationsraten und Folgeschäden reduzieren. Außerdem böte gemeinschaftliches Wohnen oftmals einen Zugewinn an Lebensqualität und könnte Kosten für Miete reduzieren helfen.

Eine Antwort auf drohende Altersarmut wäre gegeben, wenn sich ein zweiter, sozialer Arbeitsmarkt entwickeln könnte, auf dem sich Senioren mit ihren spezifischen Ressourcen einbringen könnten. Für eine kleine Aufstockung der Rente durch Tätigkeiten in der Betreuung von Kindern oder Senioren, der

Integration von Flüchtlingen, dem Umweltschutz oder dem Recycling wären vielleicht rüstige Senioren zu akquirieren. Menschen, die eine Einschränkung haben, diese jedoch durch eine gute Copingstrategie kompensieren, könnten nach einer entsprechenden Schulung als Peer Consulter anderen Menschen mit einer ähnlichen Einschränkung beratend helfen und somit die professionelle Pflege entlasten. Das brächte sowohl dem Einzelnen neben dem Geld eine sinnstiftende Beschäftigung als auch der Gesellschaft einen Nutzen. Diese Form des sozialen Arbeitsmarktes ließe sich ebenfalls über ein Internetportal breit verfügbar machen. Des Weiteren lassen sich Barrieren in der Kommunikation überwinden. Per Videotelefonie oder Messenger Dienste können Menschen miteinander in Kontakt treten, Freizeitangebote sind leichter vermittelbar, Isolation könnte besser durchbrochen werden durch gezielte Angebote zur Eingliederung in soziale Bezüge. Dem einzelnen kann ein Strauß an Möglichkeiten geboten werden, aus dem er das für sich Passende raussuchen kann, wenn es sich nicht nur monothematisch auf Fragen der Gesundheit und Pflege bezöge. Auf einem solchen Portal, welches auch valide und erkennbar nutzbringende Informationen und Dienste zur Gesundheitsberatung und Pflege bereitstellen würde, wäre die Chance vermutlich größer, diejenigen zu erreichen, welche sonst für gesundheitsberatende Themen schwer kontaktierbar sind.

Ein solches Portal könnte als Türöffner für ein digitales Case Management dienen. Dem Fallbetreuer, der aufgrund von Datenanalysen besser überblicken kann, welche Interessen und Bedarfe gut zusammenpassen, fiel es leichter, funktionierende Netzwerke zu schaffen, zu erhalten und zu betreuen. Er könne individuell passgenauere Angebote machen. Das führt zu höherer Zufriedenheit auf allen Seiten. Der Klient profitiert von besserer Vernetzung, der Case Manager reduziert seinen Aufwand bei größerer Effizienz und die Pflege kann sich damit auf die Fälle fokussieren, die aufgrund größerer Einschränkungen einen höheren Pflegebedarf haben und bräuchten für gut abgedeckte Fälle weniger Ressourcen aufwenden.

Ein derart gestaltetes Portal sollte möglichst nicht privatwirtschaftlich organisiert werden, weil diese Unternehmen ein auf Gewinne ausgerichtetes Geschäftsmodell entwickeln müssen. Der Staat als Betreiber eines solchen Portals, welches beispielsweise als digitale Angebotserweiterung von Pflegestützpunkten für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen denkbar wäre,

könnte Einnahmen in Form von Einsparungspotentialen generieren, die eine bessere und effektivere Vernetzung und Informationsvermittlung mit sich brächte. Außerdem sind staatliche Institutionen eher vertrauenswürdig in Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes.

Der Zauber, der dem Anfang der Digitalisierung im Gesundheitswesen innewohnt, besteht in den neuen Möglichkeiten der Kommunikation und Vernetzung. Selbstbestimmtes und autonomes Leben ist zukünftig hoffentlich für mehr Menschen länger möglich.

8 Literaturverzeichnis

Andelfinger, Volker P. (2016): Ambient Assisted Living – mit modernen

Technologien die Herausforderungen der alternden Gesellschaft meistern. In: Andelfinger, Volker P.; Hänisch, Till (Hrsg): eHealth. Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden. Wiesbaden: Springer. S. 239 – 246.

Online: DOI 10.1007/978-3-658-12239-3 [Zugriff am: 16.05.2018]

Baumgärtel, Friederike; Eißing, Eva; Fleischmann, Gabi (Hrsg.) (2015): Pflege (2. korrigierter Nachdruck). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Behrens, Johann; Langer, Gero (2016): Evidence based Nursing and Caring. 4. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport Pflege 2030 Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Online:

http://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Zugriff am: 14.02.2018]

Blachetta, Frederik; Bauer, Marcus; Poerschke, Karl; Bieber, Nicolai; Solbach, Thomas; Leppert, Florian; Greiner, Wolfgang; Bernnat, Rainer (2016): Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG. Online:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/eHealth/BMG-Weiterentwicklung_der_eHealth-Strategie-Abschlussfassung.pdf [Zugriff am: 12.05.2018]

Boyne, Josiane; Vrijhoef, Hubertus; Spreeuwenberg, Marieke; De Weerd, Gerjan; Kragten, Johannes; Gorgels, Anton (2014). Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: a randomized controlled trial. In: European Journal of Cardiovascular Nursing 2014 Vol. 13(3). S. 243–252. Online:
<https://doi.org/10.1177/1474515113487464> [Zugriff am: 12.05.2018]

Bundesagentur für Arbeit (2015): Der Arbeitsmarkt in Deutschland –

Fachkräfteengpassanalyse. Online:

<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-12.pdf> [Zugriff am: 16.02.2018]

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2017): Zunehmende Belastung der Beitragszahler in der gesetzlichen Rentenversicherung. Online:

https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Beitragszahler_Altersrentner.html [Zugriff am: 14.02.2018]

Bundesverband Pflegemanagement (2015) IT in der Pflege. Moderne Kommunikationstechnologien für eine flächendeckende, sektorenübergreifende Pflege. Online:

http://www.bv-pflegemanagement.de/arbeitsgruppen.html?file=files/bvpm/sonstiges/arbeitsgruppen/IT%20in%20der%20Pflege_Mai%202015.pdf.&file=files/bvpm/sonstiges/arbeitsgruppen/IT%20in%20der%20Pflege_Mai%202015.pdf [Zugriff am: 08.05.2018]

DeMers, Stephen T.; Turner, Samuel M.; Andberg, Marcia; Foote, William; Hough, Leaetta; Ivnik, Robert; Meier, Scott; Moreland, Kevin; Rey-Casserly, Celiane M. (2000): Report of the Task Force on Test User Qualifications. Approved by the APA Council of Representatives. Online:
<http://www.apa.org/science/programs/testing/qualifications.pdf> [Zugriff am: 15.05.2018]

- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt *mobil* – der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) (2009): Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Evangelista, Lorraine; Lee, Jung-Ah; Moore, Alison; Motie, Marjan; Ghasemzadeh, Hassan; Sarrafzadeh, Majid; Mangione, Carol (2015): Examining the effects of remote monitoring systems on activation, self-care, and quality of life in older patients with chronic heart failure. In: The Journal of Cardiovascular Nursing 30(1). S. 51–57. Online: <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000110> [Zugriff am: 12.05.2018]
- Ewers, Michael; Schaeffler, Doris (2010): Case Management in Theorie und Praxis. 1. Auflage. Bern: Huber.
- Fischer Gisela; Sandholzer, Hagen; Perschke-Hartmann, Christiane (2009). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von "Gesund Älter Werden (GÄW)" Ein Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen.
- Häcker, Joachim; Reichwein, Barbara; Turad, Nicole (2008): Telemedizin: Markt, Strategien, Unternehmensbewertung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag
- Hale, Timothy; Jethwani, Kamal; Kandola, Manjinder Singh; Saldana, Fidencio; Kvedar, Joseph (2016): A Remote Medication Monitoring System for Chronic Heart Failure Patients to Reduce Readmissions. A Two-Arm Randomized Pilot Study. Journal of Medical Internet Research 18(5). S. 1 – 14. Online: <https://doi.org/10.2196/jmir.5256> [Zugriff am: 12.05.2018]
- Hansen, Caroline; Perrild, Hans; Koefoed, Birgitte; Zander, Mette (2017): Video consultations as add-on to standard care among patients with type 2 diabetes not responding to standard regimens: a randomized controlled trial. European Journal of Endocrinology 176(6). S. 727–736. Online: <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0811> [Zugriff am: 12.05.2018]
- Havighurst, Robert James (1963): Successful aging. In: Tibbits, Clark & Donahue, Wilma (Hrsg.): Processes of aging. New York: Williams. S. 299-320.

- Hesse, Hermann (1961): *Stufen. Alte und neue Gedichte in Auswahl*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Heuser, Uwe J.; Hamann, Götz (2018): Facebook schadet sich selbst. In: *Zeit online*. 21. März 2018. Online: <https://www.zeit.de/2018/13/facebook-datenskandal-cambridge-analytica/komplettansicht> [Zugriff am: 22.05.2018]
- Himmelsbach, Ines (2009): *Altern zwischen Kompetenz und Defizit: der Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hübner, Ursula; Egbert, Nicole (2017): Telepflege. In: Bechtel, Peter; Smerdka-Arhelger, Ingrid; Lipp, Kathrin (Hrsg): *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag. S. 211 – 224. Online: DOI 10.1007/978-3-662-54166-1 [Zugriff am: 18.05.2018]
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) (2013): *Präventive Hausbesuche: Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. Online: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf [Zugriff am: 10.05.2018]
- Jongstra, Susan; Beishuizen, Cathrin; Andrieu, Sandrine; Barbera, Mariagnese; van Dorp, Matthijs.; van de Groep, Bram; Guillemont, Juliette; Mangialasche, Francesca; van Middelaar, Tessa; van Charante, Eric Moll; Soininen, Hilikka; Kivipelto, Miia; Richard, Edo (2017): Development and Validation of an Interactive Internet Platform for Older People. *The Healthy Ageing Through Internet Counselling in the Elderly Study*. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association* 23(2). S. 96–104. Online: <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0066> [Zugriff am: 12.05.2018]
- Kim, Ju Young; Wineinger, Nathan; Steinhubl, Steven (2016): The Influence of Wireless Self-Monitoring Program on the Relationship Between Patient Activation and Health Behaviors, Medication Adherence, and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients. A Substudy of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 18(6). S. 1 – 14. Online: <https://doi.org/10.2196/jmir.5429> [Zugriff am: 12.05.2018]

- Kuhlmeiy, Adelheid (2009): Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention. In: Pflege & Gesellschaft 14. Jahrgang (4). S. 293 – 305
- Luck, Tobias; Roling, Gudrun; Heinrich, Sven; Lupp, Melanie; Matschinger, Herbert; Fleischer, Steffen; Sesselmann, Yves; Beutner, Katrin; Rothgang, Heinz; König, Hans-Helmut; Riedel-Heller, Steffi G.; Behrens, Johann (2011): Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Abschlusspublikationen PFV Mitte-Süd. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Online:
<https://doi.org/10.2314/GBV:728654768> [Zugriff am: 03.05.2018]
- Orem, Dorothea E. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Schäufele, Martina; Hendlmeier, Ingrid; Höll, Andreas (2012): Entwicklung und Erprobung eines Assessment-Instruments für die Pflegeberatung. Kurzfassung des Abschlussberichts. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. Online: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Kurzbericht_Entwicklung_Beratungsleitfaden_Pflege.pdf [Zugriff am: 06.05.2018]
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2015. Online:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html> [Zugriff am: 16.02.2018]
- Statistisches Bundesamt (2016): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Online
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BroschuereAeltereMenschen0010020169004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am: 14.02.2018]
- Statistisches Bundesamt (2017): Erwerbstätigkeit von Frauen: Deutschland mit zweithöchster Quote in der EU. Online:
<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Arbeitsm>

[arkt/ArbeitsmarktFrauen.html](#) [Zugriff am: 14.02.2018]

Theile, Gudrun; G. Hummers-Pradier, Eva; Junius-Walker, Ulrike (2008): Studie zu präventiven Hausbesuchen. Teilnehmer und Nichtmotivierbare eines Projekts der AOK Niedersachsen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2008 (3). S. 281 – 288. Online: <https://doi.org/10.1007/s11553-008-0141-1> [Zugriff am: 25.05.2018]

Weiß, Christine; Stubbe, Julian; Naujoks, Catherine; Weide, Sebastian (2017): Digitalisierung für mehr Optionen und Teilhabe im Alter. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung. Online: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Smart_Country/DigitaleTeilhabe_2017_fin_al.pdf [Zugriff am: 13.05.2018]

Wewer, Anne; Beckers, Rainer; Dockweiler, Christoph; Hornberg, Claudia (2012): Alter und Geschlecht als wesentliche Einflussfaktoren für die Akzeptanz telemedizinischer Verfahren bei Patientinnen und Patienten. In: Duesberg, Frank (Hrsg): e-Health 2013: Informationstechnologien und Telematik im Gesundheitswesen. Solingen: medical future Verlag. S. 216 – 221.

WHO (1997): A Health Telematics Policy in support of WHO's Health-for-All Strategy for Global Health Development. Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics. Geneva: World Health Organisation. Online: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO_DGO_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Zugriff am:21.05.2018]

9 Anhang

A.1 Anhang Literaturrecherche.....	I
A.2 Anhang Assessmentinstrument PBI.....	II
A.3 Anhang Assessmentinstrument STEP m	XVIII

A.1 Anhang Literaturrecherche

P		I		E
Aged OR seniors OR elderly		Integrated Advanced Information Management Systems OR Health Information Management OR Electronic Health Records OR Patient Self-Determination Act OR Communications Media OR Nursing Informatics OR Telecommunications OR Computer Communication Networks		Self Care OR Models, Nursing OR Self-Management
AND		AND		
Home living OR Home care services AND threatened by long- term care OR risk of dependenc		Telerehabilitation OR Telemedicine OR Telenursing OR Videoconferencing OR Education, Distance		
#1	AND	#2	AND	#3

A.2 Anhang Assessmentinstrument PBI

A – Alltagsaktivitäten

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	A – Alltagsaktivitäten A.1 Hilfebedarf bei Alltagsaktivitäten
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment einen nicht gedeckten Hilfebedarf ergibt, d. h. dass bei vorhandenem Hilfebedarf weder eine ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln noch Hilfspersonen zur Verfügung stehen. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über den im Assessment ermittelten individuellen Unterstützungsbedarf und zu grundsätzlich zur Verfügung stehenden Unterstützungsangeboten bei Alltagsaktivitäten. <i>Empfehlung</i> von pflegerischen Leistungen und weiteren Leistungen und Diensten zur Unterstützung bei Alltagsaktivitäten (siehe "Relevante Akteure"). Bei Bedarf: Unterstützung bei der Erlangung der empfohlenen Unterstützungsleistungen.
Relevante Akteure	Pflegeberatung Pflegerische Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> • Amb. Pflegedienste • Stationäre Pflegeeinrichtungen • Kurzzeitpflege • Verhinderungspflege • Teilstationäre Pflege Hauswirtschaftliche Unterstützung: <ul style="list-style-type: none"> • Hauswirtschaftliche Dienste • Essen auf Rädern / Mobiler Mittagstisch • sonstiger Lieferservice (Getränke, Lebensmittel, Wäsche usw.) • Hausnotruf Ehrenamtliche Dienste
Quellen	Roling 2012 DIP 2008 LAG Baden-Württemberg 2012

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	A – Alltagsaktivitäten A.2 Probleme mit der pflegerischen Versorgung
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: Der Klient ist unzufrieden mit den Pflegeperson(en). Die Pflegepersonen sind überlastet. Es gibt Hinweise auf Beziehungsprobleme zwischen Klient und Pflegepersonen.

	Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> des Klienten und seiner Angehörigen über die durch das Assessment ermittelten Problembereiche in der pflegerischen Versorgung und über hierfür allgemein zur Verfügung stehende Beratungs-, Entlastungs- und Unterstützungsangebote.</p> <p><i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Beratung des Klienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten des Erhalts der empfohlenen Leistungen und Dienste sowie, bei Bedarf, Unterstützung bei deren Beantragung</p>
Relevante Akteure	<p>Pflegeberatung</p> <p>Pflegerische Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amb. Pflegedienste • Stationäre Pflegeeinrichtungen • Kurzzeitpflege • Verhinderungspflege • Teilstationäre Pflege <p>Hauswirtschaftliche Unterstützung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauswirtschaftliche Dienste • Essen auf Rädern / Mobiler Mittagstisch • sonstiger Lieferservice (Getränke, Lebensmittel, Wäsche usw.) • Hausnotruf <p>Ehrenamtliche Dienste</p>
Quellen	Keine

B – Mobilität

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	B – Mobilität B.1 Mobilitätsprobleme
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <p>Klient ist in seiner Mobilität im häuslichen und/oder außerhäuslichen Bereich eingeschränkt.</p> <p>Klient wünscht ein Mobilitätshilfsmittel.</p> <p>Klient wünscht weitergehende Informationen/Empfehlungen zu diesem Thema</p>

<p>Inhalt der Maßnahme</p>	<p><i>Information</i> des Klienten über seine individuellen Mobilitätsprobleme und die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Unterstützung bzw. Verbesserung seiner Mobilitätssituation.</p> <p><i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei neu aufgetretenen Mobilitätseinschränkungen zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden. Bei Beratung des Klienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten des Erhalts der empfohlenen Leistungen und Dienste sowie, bei Bedarf Unterstützung bei deren Beantragung.</p> <p><i>Anleitungen und Hinweise</i> zu durch den Klienten oder seinen Angehörigen selbst durchführbare Anpassungen des Wohnumfeldes (z. B. Verbesserung der Beleuchtung) sowie bezüglich persönlicher Verhaltensweisen zu Verbesserung der Mobilität (z. B. Nutzung von Brille, Hörgerät und vorhandener Mobilitätshilfsmittel).</p>
<p>Relevante Akteure</p>	<p>Haus- oder Facharzt Physiotherapie / Bewegungstherapie Sportvereine Orthopädietechniker / Hilfsmittellieferant Ehrenamtliche Mobilitätsdienste Hauswirtschaftliche Dienstleister Essen auf Rädern / Mobiler Mittagstisch sonstige Lieferservices (Getränke, Lebensmittel, Wäsche usw.) Hausnotruf</p>
<p>Quellen</p>	<p>Roling 2012 DIP 2008 Weidner 2009 Tinetti 1994</p>

<p>Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme</p>	<p>B – Mobilität B.2 Sturzgefährdung</p>
<p>Zielgruppe für die Maßnahme</p>	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: Sturz innerhalb der letzten 12 Monate.</p>

	<p>Klient hat Angst zu stürzen. Hinweise auf Sturzgefährdung mittels standardisierter Tests. Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> des Klienten zu seinen individuellen Risikofaktoren für Stürze (unter Nutzung der Assessmentergebnisse), insbesondere bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sturzanamnese, Angst vor Stürzen • Kraftminderung, Gangunsicherheit, Schwindel • Sehschwäche, kognitive und affektive Störungen • Dranginkontinenz, Medikation • Stolperfallen im Wohnumfeld, inadäquate Versorgung mit Mobilitätshilfsmitteln <p>In jedem Fall <i>sollte eine Empfehlung</i> zur ärztlichen Abklärung medizinischer Sturzursachen und für die Inanspruchnahme von Diensten bzw. Leistungen weiterer Akteure (siehe "Relevante Akteure") erfolgen.</p> <p><i>Hinweise und Anleitungen</i> durch das PHB-Team bezüglich persönlicher Maßnahmen und Verhaltensweisen zur Vermeidung von Stürzen, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • häusliche und außerhäusliche Übungs- und Trainingsprogramme zur Sturzprophylaxe • vom Klienten oder seinen Angehörigen selbst durchführbare Anpassungen des Wohnumfeldes (z. B. Beseitigung von Stolperfallen, Verbesserung der Beleuchtung) • Verhaltensweisen nach einem Sturzereignis
Relevante Akteure	<p>Haus- oder Facharzt Physiotherapie / Bewegungstherapie Sportvereine Orthopädietechniker / Hilfsmittellieferant Mobilitätsdienste Hauswirtschaftliche Dienstleister Hausnotruf Wohnraumberatung / Beratung zu Wohnformen / Wohnen im Alter</p>
Quellen	<p>Tinetti 1994 Mahoney 2007 DIP 2008 DNQP 2006</p>

C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten

Bereich	C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten
Ansatzpunkt der Maßnahme	C.1 Soziale Isolation
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens ergab, dass der Klient</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Kontakt-, Vertrauens- oder Bezugspersonen hat und / oder • diese Person nicht mindestens 1x pro Woche kontaktiert werden kann

	<ul style="list-style-type: none"> • diese Person nicht verlässlich ist und / oder • diese Person bei Bedarf nicht regelmäßig helfen kann. <p>Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Informationsvermittlung zu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • sozialen Angeboten • Freizeitangeboten • Hausnotrufsystemen • Verbesserung des Hör- und Sehvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung • Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter. <p><i>Empfehlung, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen.</i></p> <p><i>Anleitungen und Hinweise zur Aufnahme eigener Aktivitäten wie Freizeitgestaltungen, sportliche Aktivitäten, soziale Kontakte, Gesprächskreise</i></p>
Relevante Akteure	<p>Sozialleistungsträger (Ämter, Behörden) Anbieter von Hausnotrufsystemen Facharzt für Augenheilkunde und HNO Anbieter von Freizeitangeboten Anbieter von Sportangeboten Anbieter von Selbsthilfegruppen Besuchsdienst Seniorenhilfe und -beratung Anbieter von Begegnungsstätten Blinden- und Sehbehindertenverband Sozialpsychiatrischer Dienst</p>
Quellen	<p>Roling 2012 DIP 2008 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010 LAG Baden-Württemberg 2012</p>

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	<p>C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten C.2 Informations- und Beratungsbedarf zu Betreuungs- und Vollmachtsfragen</p>
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Der Klient äußert Informations- und Beratungsbedarf zu Betreuungs- und Vollmachtsfragen. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information zu allgemeinen Ausgestaltungsmöglichkeiten der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.</i> (Es darf einer Rechtsberatung, insbesondere im Sinne der Erstellung einer rechtlich wirksamen, im Rechtsverkehr verbindlichen Patientenverfügung) <i>Empfehlung von speziellen (Rechts-)Beratungsangeboten (siehe "Relevante Akteure")</i></p>
Relevante Akteure	<p>Bürgerämter (Sonderberatungstermine) Notare</p>

	Rechtsanwälte Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD)
Quellen	Keine

D – Sozialleistungen Bereich

Ansatzpunkt der Maßnahme	D – Sozialleistungen D.1 Informations- und Beratungsbedarf zu Sozialleistungen
Zielgruppe für die Maßnahme	Der Klient äußert Informations- und Beratungsbedarf zu Sozialleistungen. Klient wünscht weitergehende Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> von speziellen (Rechts-)Beratungsangeboten (siehe "Relevante Akteure")
Relevante Akteure	Bürgerämter (Sonderberatungstermine) Pflegerberatung Unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD)
Quellen	Weidner 2009

E – Wohnen und Wohnumfeld Bereich

Ansatzpunkt der Maßnahme	E – Wohnen und Wohnumfeld E.1 Bedarf zur Anpassung des Wohnumfeldes
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: Klient ist in seiner Mobilität im häuslichen und außerhäuslichen Bereich eingeschränkt. Klient wünscht ein Mobilitätshilfsmittel. Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> des Klienten über erforderliche Anpassungen seines Wohnumfeldes hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit • Mobilitätsverbesserung • Alltagsbewältigung <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Bei Beratung des Klienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten des Erhalts der empfohlenen Leistungen und Dienste sowie, bei Bedarf Unterstützung bei deren Beantragung. <i>Anleitungen und Hinweise</i> zu Möglichkeiten der Umgestaltung der vorhandenen Wohnung bzw. zu alternativen Wohnformen (z. B. altengerechtes bzw. betreutes Wohnen, Mehrgenerationenhäuser usw.)
Relevante Akteure	Kostenträger von Wohnraumanpassungen (Pflegerkasse oder Versicherer) Dienstleister für Wohnraumanpassungen

	Seniorenhilfe und -beratung Fachverbände Behindertenbeauftragter und Versorgungsamt Bürgeramt / Wohngeldstelle
Quellen	SOVD Niedersachsen 2008b DIP 2008 Weidner 2009 Tinetti 1994 Mahoney 2007 Röling 2012

F – Spezifische gesundheitliche Probleme

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.1 Eingeschränktes Hörvermögen
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab, dass der Klient eine Hörstörung aufweist und bisher keine fachärztliche Kontrolluntersuchung erfolgte. Klient wünscht eine Behandlung oder Maßnahme.
Inhalt der Maßnahme	<i>Informationsvermittlung</i> zu Risiken und Folgen eingeschränkten Hörvermögens und zu allgemeinen Möglichkeiten der Verbesserung des Hörvermögens. <i>Empfehlung</i> zur fachärztlichen Abklärung eingeschränkten Hörvermögens.
Relevante Akteure	Facharzt – HNO
Quellen	DIP 2008

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.2 Eingeschränkte Sehfähigkeit
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: • Der Patient weist eine Sehstörung auf und es erfolgte keine fachärztliche Kontrolluntersuchung der Augen in den letzten zwei Jahren. Klient wünscht eine Behandlung oder Maßnahme.
Inhalt der Maßnahme	<i>Informationsvermittlung</i> zu Risiken und Folgen eingeschränkten Sehvermögens. <i>Empfehlung</i> zur fachärztlichen Abklärung bei Verdacht auf eine noch nicht abgeklärte eingeschränkte Sehfähigkeit. Verweis auf Beratungsangebote durch den Blinden- und Sehbehindertenverband
Relevante Akteure	Facharzt für Augenheilkunde Blinden- und Sehbehindertenverband
Quellen	DIP 2008

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.3 Probleme beim Sprechen oder mit der Stimme

Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleme beim Sprechen oder mit der Stimme • Bisher keine oder erfolglose Behandlung <p>Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei neu aufgetretenen Stimm- und Sprechproblemen zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden.</p>
Weitere Akteure	<p>Hausarzt Facharzt – HNO Logopädie (nach ärztlicher Überweisung)</p>
Quellen	Keine

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	<p>F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.4 Schwierigkeiten beim Trinken, Essen oder Schlucken</p>
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten beim Trinken, Essen oder Schlucken (z. B. Husten) • Bisher keine oder erfolglose Behandlung <p>Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei neu aufgetretener Schwierigkeiten beim Trinken, Essen oder Schlucken zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden.</p>
Relevante Akteure	<p>Hausarzt Facharzt – HNO Zahnarzt Logopädie (nach ärztlicher Überweisung) Ernährungsberatung (nach ärztlicher Überweisung)</p>
Quellen	Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	<p>F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.5 Inappetenz</p>
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die angaben, die Freude am Essen oder den Appetit verloren zu haben.

	Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei anhaltender Inappetenz zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden. <i>Anleitungen und Hinweise</i> zur altersgemäßen Ernährung, zu Möglichkeiten der Ernährungsumstellung. Hinweise und Rezepte für schmackhafte und bekömmliche Gerichte und Nahrungsmittel.
Relevante Akteure	Hausarzt Ernährungsberatung (nach ärztlicher Überweisung)
Quellen	Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.6 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die angaben, in den letzten sechs Monaten unabsichtlich an Gewicht verloren zu haben. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei anhaltender Gewichtsverlust zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden. <i>Anleitungen und Hinweise</i> zur altersgemäßen Ernährung, zu Möglichkeiten der Ernährungsumstellung. Hinweise und Rezepte für schmackhafte und bekömmliche Gerichte und Nahrungsmittel.
Relevante Akteure	Hausarzt Ernährungsberatung (Nach ärztlicher Überweisung)
Quellen	Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.7 Probleme beim Einhalten von Diätvorschriften
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die im Rahmen des Assessments Probleme mit dem Einhalten von Diätvorschriften angaben. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur Rücksprache mit dem Hausarzt bzw. der Ernährungsberatung
Relevante Akteure	Hausarzt Ernährungsberatung

Quellen	DIP 2008 Weidner 2009
---------	--------------------------

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.8 Probleme mit den Zähnen oder im Mund
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen beim Kauen • schlecht angepasste Prothese • geringe Kraft beim Zubeißen • Probleme bei fester Nahrung. <p>Der Patient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema</p>
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> , eine zahnmedizinische Dienstleistung (Kontrolle der Mundsituation, Reparatur der Prothese etc.) in Anspruch zu nehmen.
Relevante Akteure	Zahnarzt
Quellen	DIP 2008 Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.9 Probleme mit der Blase oder mit dem Darm
Zielgruppe für die Maßnahme	Im Rahmen des Assessments gab der Klient Probleme mit der Blase oder dem Darm an. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung, insbesondere bei Vorliegen bzw. Anzeichen von Inkontinenz. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei Inkontinenz oder anderen, anhaltenden Problemen mit der Blase oder mit dem Darm zur Abklärung medizinischer Ursachen bzw. zur Einleitung einer Behandlung empfohlen werden. <i>Anleitungen</i> und Hinweise zum alltagspraktischen Umgang mit Inkontinenz, zu gezielten Übungen zur Erhaltung und Förderung der Blasenkontrolle. Hinweise zum optimalen Einsatz von Kontinenzhilfsmitteln.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Gynäkologie oder Urologie Hilfsmittelanbieter / Sanitätshaus Kostenträger
Quellen	DIP 2008 DNQP 2007 Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.10 Schmerzen
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die zum Zeitpunkt des Assessments über anhaltende Schmerzen klagten. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur ärztlichen Abklärung der Schmerzsymptomatik
Relevante Akteure	Hausarzt
Quellen	DIP 2008 Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.11 Hautbeschwerden
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die im Rahmen des Assessments Hautbeschwerden angaben. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur ärztlichen Abklärung der Hautprobleme.
Relevante Akteure	Hausarzt Dermatologe
Quellen	Keine

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.12 Beschwerden im Bereich der Extremitäten
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die im Rahmen des Assessments Beschwerden im Bereich der Extremitäten angaben. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur ärztlichen Abklärung der Beschwerden.
Relevante Akteure	Hausarzt Orthopäde Neurologe
Quellen	Keine

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.13 Atemprobleme
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die im Rahmen des Assessments Atembeschwerden angaben Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur ärztlichen Abklärung der Atembeschwerden.
Relevante Akteure	Hausarzt
Quellen	Keine

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.14 Schlafprobleme
Zielgruppe für die Maßnahme	Klient berichtet über anhaltende Ein- oder Durchschlafstörungen. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur ärztlichen Abklärung der Ein- oder Durchschlafstörungen.
Relevante Akteure	Hausarzt
Quellen	Keine

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.15 Ängstliche und niedergeschlagene Stimmungslage
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: <ul style="list-style-type: none"> • Klient fühlt sich ängstlich und niedergeschlagen • vertiefende Tests ergeben Hinweise auf eine Depression Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung <i>Empfehlung</i> zur weiteren ärztlichen Abklärung.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling 2012 DIP 2008 Weidner 2009

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	F – Spezifische gesundheitliche Probleme F.16 Gedächtnisprobleme
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: <ul style="list-style-type: none"> • Klient gibt Verschlechterung der Gedächtnisleistung an • vertiefende Tests ergeben Hinweise auf kognitive Beeinträchtigung. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Facharztes zur weiteren Abklärung und Behandlung vorgeschlagen werden. Empfehlung von externen Angeboten zum Gedächtnistraining. <i>Anleitung und Hinweise</i> zum individuellen Gedächtnistraining.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie

	Memory Clinic (auf Zuweisung)
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling 2012 DIP 2008 Weidner 2009 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.17 Polypharmazie / Multimedikation
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab, dass der Klient sechs oder mehr verordnete Medikamente einnimmt und/oder verordnete Medikamente nicht bzw. in anderer Dosierung als verordnet einnimmt. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur Konsultation der verordnenden Ärzte bei Unklarheiten über die Indikation, Dosierung und Unverträglichkeiten. <i>Anleitung und Hinweise</i> zur Sicherstellung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme wie ärztlich verordnet.
Relevante Akteure	Haus- oder Facharzt
Quellen	Keine

G – Gesundheitsförderung und Prävention

Bereich	G – Gesundheitsförderung und Prävention
Ansatzpunkt der Maßnahme	G.1 Rauchen
Zielgruppe für die Maßnahme	Der Klient raucht und wünscht Unterstützung bei der Nikotinentwöhnung.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> zu Risiken des Rauchens und zu Möglichkeiten der Nikotinentwöhnung. <i>Empfehlung</i> von Raucherentwöhnungsprogrammen (z. B. der gesetzlichen Krankenkassen). Bei neu aufgetretenen Beschwerden, die auf eine kardiovaskuläre Erkrankung hindeuten, sollte ein Hausarztbesuch empfohlen werden.
Relevante Akteure	Hausarzt Anbieter von Raucherentwöhnungsprogrammen
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling 2012 DIP 2008 Weidner 2009 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010 Meier-Baumgartner 2006

Bereich	G – Gesundheitsförderung und Prävention
Ansatzpunkt der Maßnahme	G.2 Alkoholmißbrauch

Zielgruppe für die Maßnahme	Klient überschreitet die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen empfohlene max. Trinkmenge und wünscht Unterstützung bei der Reduktion seines Alkoholkonsums.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> zu Risiken des Alkoholkonsums und Möglichkeiten der Alkoholentwöhnung. <i>Empfehlung</i> eines Haus- oder Facharztbesuches zur weiteren Abklärung und ggf. Einleitung ein Alkoholtherapie. Empfehlung von regionalen Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker) und Suchtberatungsstellen.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen Suchtberatungsstellen
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling G 2012 DIP 2008 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010 Meier-Baumgartner 2006

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	G – Gesundheitsförderung und Prävention G.3 Medikamentenabhängigkeit
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, bei denen das Assessment Hinweise auf eine Medikamentenabhängigkeit ergab. Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen, oder sonstige Unterstützung und Beratung.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> zur Problematik und den Risiken einer Medikamentenabhängigkeit und Möglichkeiten der Therapie. <i>Empfehlung</i> eines Haus- oder Facharztbesuches zur weiteren Abklärung und ggf. Einleitung einer Therapie. Empfehlung von regionalen Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen Suchtberatungsstellen
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling. 2012 DIP 2008 Weidner 2009 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010 Meier-Baumgartner 2006

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	G – Gesundheitsförderung und Prävention G.4 Schwerwiegende Lebensereignisse
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab, das der Klient kürzlich einen Trauerfall, einen schwerwiegenden Verlust oder ein anderes folgenreiches Lebensereignis erlitten hat. Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen, oder sonstige Unterstützung und Beratung.

Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über Beratungs- und Unterstützungsangebote bei schwerwiegenden und belastenden Lebensereignissen. <i>Empfehlung</i> von Beratungsangeboten und Selbsthilfegruppen. Empfehlung eines Haus- und Facharztbesuches zur Abklärung der Indikation für weitergehende therapeutische Versorgung.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Lebensberatungsstellen Selbsthilfegruppen
Quellen	Keine

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	G – Gesundheitsförderung und Prävention G.5 Vervollständigung des Impfschutzes
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab, dass kein vollständiger Impfschutz gemäß STIKO-Empfehlungen vorlag und der Klient wünscht die Vervollständigung seines Impfschutzes.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> zum Thema Impfschutz auf der Grundlage der aktuellen Empfehlungen der STIKO mit Schwerpunkt auf Tetanus- und Grippeimpfung. Pneumokokkenimpfung bei Personen mit bekannten Risikofaktoren (vorangegangene Lungenentzündung, chronische Atemwegserkrankung). <i>Empfehlung</i> zur Vervollständigung des Impfschutzes den Hausarzt aufzusuchen.
Relevante Akteure	Hausarzt
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling 2012 DIP 2008 Weidner 2009 Meier-Baumgartner 2006

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	G – Gesundheitsförderung und Prävention G.6 Körperliche Aktivität
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab eine nicht ausreichende körperliche Aktivität des Klienten. Der Klient wünscht Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über die präventive Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität, über das empfohlene Mindestmaß an körperlicher Aktivität und Möglichkeiten sportlicher Aktivitäten. <i>Empfehlung</i> altersgerechter sportlicher Angebote in der Region. Empfehlung ärztlicher Abklärung, insbesondere bei (Wieder-)Aufnahme sportlicher Aktivitäten nach längeren Phasen der Inaktivität. <i>Anleitungen und Hinweise</i> zu Möglichkeiten des Ausdauer-, Kraft-, und Koordinationstrainings im Alltag unter Beachtung der individuellen Motive und Voraussetzungen.
Relevante Akteure	Hausarzt Sportvereine mit seniorenpezifischen Angeboten Senioren-sportgruppen anderer Träger

Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 DIP 2008 Weidner 2009 Meier-Baumgartner 2006
---------	--

Bereich Ansatzpunkt der Maßnahme	G – Gesundheitsförderung und Prävention G.7 Krebsvorsorge
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab, dass empfohlene Krebsvorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt worden sind. Der Klient wünscht Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über die empfohlenen Krebsvorsorgeuntersuchungen. <i>Empfehlung</i> von Haus- und Fachärzten, welche Krebsvorsorgeuntersuchungen durchführen.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Gastroenterologie Facharzt für Urologie Facharzt für Gynäkologie Facharzt für Dermatologie
Quellen	Keine

A.3 Anhang Assessmentinstrument STEP-m

mobil-Assessment und Prozessbegleitung		Entwicklung des Projektassessments	
3.1.4 Fragenkatalog des STEP-m⁶⁶			
1) Persönliche Daten		Instrumente, Anmerkungen	
1. Datum:		Eigene Fragen in Anlehnung an STEP	
2. Name:			
3. Alter:			
4. Geschlecht:			
5. Aktuelle Lebenssituation: 1. allein lebend 2. mit Partner 3. bei Kindern 4. sonstiges ⁶⁷			
6. Weitere Personen anwesend? Ja/Nein ⁶⁸			
7. Welchen Beruf haben Sie früher ausgeübt? 1. Arbeiter 2. Angestellter (Büro) 3. Techniker 4. Leitender Angestellter/Ingenieur			
8. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? 1. deutsch 2. andere			
9. Welchen Schulabschluss haben Sie? 1. Volksschule/Volksschulabschluss 2. Mittelschule/Mittlere Reife 3. Oberschule/Abitur/Fachabitur 4. Hochschule/Universität			
2) Diagnosen			
10. Welche Diagnosen sind bei Ihnen bekannt? Freier Eintrag: Namen der Diagnosen		Diagnosen sind in Arztpraxen meist bekannt, im Hausbesuchs-Setting mussten sie zusätzlich erfasst werden.	
11. Behandelnde Ärzte: Freier Eintrag: Namen, Adressen, Tel.-Nr. zweier Ärzte		Eigene Frage; eingefügt nach dem ersten Durchgang	
<p>⁶⁶ Die Reihenfolge der Items wurde zugunsten der besseren Übersicht außerhalb der Datenbank geringfügig verändert.</p> <p>⁶⁷ Numerische Antwortmöglichkeiten stehen in der Datenbank im Auswahlfeld zur Verfügung.</p> <p>⁶⁸ Antwortmöglichkeiten Ja/Nein/Manchmal stehen in der Datenbank im Auswahlfeld zur Verfügung.</p>			
3) Leistungsfähigkeit/Atmung			
12. Welche Belastung könnten Sie mindestens zwei Minuten durchhalten? 1. sehr leichte Belastung 2. leichte Belastung 3. mäßige Belastung 4. starke Belastung 5. sehr starke Belastung		Vgl. STEP	
13. Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem? Ja/Nein		Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung	
14/1. Geraten Sie leicht in Atemnot? Ja/Nein 14/2. Wenn ja, in welcher Situation? 1. beim Spazierengehen 2. in Ruhe 3. nachts		Vgl. STEP	
4) Mobilität			
15. Haben Sie Schwierigkeiten mit einer der folgenden Verrichtungen, wenn Sie ohne Hilfe einer Person (evtl. Hilfsmittel) ... <input type="checkbox"/> aus dem Bett/vom Stuhl aufstehen wollen? <input type="checkbox"/> zu Fuß gehen? <input type="checkbox"/> das Haus verlassen? <input type="checkbox"/> die Straße überqueren? <input type="checkbox"/> sich bücken oder bücken? <input type="checkbox"/> Nein, keine Schwierigkeiten ⁶⁹		Vgl. STEP	
16. Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem? Ja/Nein		Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung	
17. Benutzen Sie zur Fortbewegung ein Hilfsmittel? Ja/Nein		Eigene Frage	
18. Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung/Haus? 1. täglich 2. Mindestens ein- bis zweimal pro Woche 3. Seltener als einmal pro Woche 4. (fast) nie		Vgl. Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS) ⁷⁰	
19. Wie oft sind sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? Freier Eintrag: Anzahl der Stürze		Vgl. STEP	
20. Ist es Ihnen häufig schwindelig? Ja/Nein		Eigene Fragen zur Erfassung von Sturzrisiken	
21. Denken Sie, dass Sie sturzgefährdet sind? Ja/Nein			
<p>⁶⁹ Diese Art der Auflistung dient zum Ankreuzen der jeweils zutreffenden Antwort. Es waren so auch Mehrfachnennungen möglich.</p> <p>⁷⁰ Vgl. Nikolaus T., Fiedka L.: Funktionelle Diagnostik. Assessment bei älteren Menschen. Quelle & Meyer 1999, Anlage 26-27</p>			

36

37

mobil-Assessment und Prozessbegleitung		Entwicklung des Projektassessments	
22. Haben Sie Probleme mit den Füßen? Ja/Nein		Vgl. ärztliche Begutachtung der Füße im STEP	
23. Hatten Sie seit Ihrem 60. Lebensjahr einen Knochenbruch? Ja/Nein		Vgl. STEP	
24. Gibt es Anzeichen für Morbus Parkinson? Ja/Nein			
Optional: Vertiefendes Assessment zu Morbus Parkinson Es wurde in drei Projektjahren nur einmal genutzt.		Vgl. Parkinson Screening Questionnaire ⁷¹	
5) Persönliche Pflege			
25. Haben Sie Schwierigkeiten mit einer der folgenden Verrichtungen, wenn Sie ohne Hilfe einer Person (evtl. Hilfsmittel) <input type="checkbox"/> etwas halten oder greifen? <input type="checkbox"/> ein Bad nehmen oder den ganzen Körper waschen? <input type="checkbox"/> sich an- und ausziehen? <input type="checkbox"/> zur Toilette gehen und sie ohne Hilfe nutzen? <input type="checkbox"/> nein, keine Schwierigkeiten		Vgl. STEP	
26. Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem? Ja/Nein		Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung	
27. Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt? Ja/Nein		Eigene Frage	
6) Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens			
28. Telefon: <input type="checkbox"/> Benutzt das Telefon aus eigener Initiative/wählt selbstständig Nummern <input type="checkbox"/> Wählt einige bekannte Nummern/hat die wichtigsten Nummern eingepiechert <input type="checkbox"/> Nimmt selbst den Hörer ab, wählt aber nicht selbstständig <input type="checkbox"/> Benutzt das Telefon überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Hat kein Telefon <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?		Vgl. Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) (Lawton/Brody) ⁷² , Hinzugefügt wurden bei Frage 28 -hat die wichtigsten Nummern eingepiechert- und -hat kein Telefon-.	
29. Einkaufen: <input type="checkbox"/> Kauft selbstständig die meisten benötigten Sachen ein <input type="checkbox"/> Tätig wenig Einkäufe selbst <input type="checkbox"/> Benötigt bei jedem Einkauf Begleitung <input type="checkbox"/> Kann nicht einkaufen <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?		Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung, sie wurde allen übergeordneten Items dieses Fragenkomplexes hinzugefügt.	
<p>⁷¹ Vgl. Duarte J., Claviera LE, De Pedro-Cuesta J., Sempere AP, Coria F., Calne DB: Screening Parkinson's disease: A validated questionnaire of high specificity and sensitivity. In: Movement Disorders 1995, 10, 643-649</p> <p>⁷² Vgl. ebd., 4, 2, 2(5-6)</p>			
30. Kochen: <input type="checkbox"/> Plant und kocht erforderliche Mahlzeiten selbstständig <input type="checkbox"/> Kocht vorbereitete Mahlzeiten nur nach Vorbereitung durch Dritte <input type="checkbox"/> Kocht selbstständig, hält aber notwendige Diät nicht ein <input type="checkbox"/> Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?			
31. Haushalt: <input type="checkbox"/> Hält Haushalt instand oder benötigt zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten <input type="checkbox"/> Führt selbstständig kleine Hausarbeiten aus <input type="checkbox"/> Führt selbstständig kleine Hausarbeiten aus, kann aber die Wohnung nicht reinhalten <input type="checkbox"/> Benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?			
32. Wäsche: <input type="checkbox"/> Wäscht sämtliche Wäsche <input type="checkbox"/> Wäscht kleine Sachen <input type="checkbox"/> Gesamte Wäsche muss auswärts versorgt werden <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?			
33. Transportmittel: <input type="checkbox"/> Benutzt unabhängig öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Benutzt eigenes Auto <input type="checkbox"/> Führt Fahrrad <input type="checkbox"/> Bestellt und benutzt selbstständig Taxi, jedoch keine öffentlichen Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Benutzt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?		Hinzugefügt wurde bei Frage 33 -fährt Fahrrad-	
34. Welche außerhäuslichen Ziele können Sie erreichen? 1. notwendige und andere Ziele 2. nur notwendige Ziele 3. keine Ziele <input type="checkbox"/> Nur in geringer Entfernung <input type="checkbox"/> Nur in Begleitung		Eigene Fragen; eingefügt nach dem ersten Durchgang zur Erfassung des Bewegungsradius der Senioren.	
35. Geldgeschäfte: <input type="checkbox"/> Regelt finanzielle Geschäfte selbstständig <input type="checkbox"/> Erledigt täglich kleinere Ausgaben, benötigt jedoch Hilfe bei Einzahlungen/Bankgeschäften <input type="checkbox"/> Ist nicht mehr fähig zum Umgang mit Geld <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?		Vgl. IADL (Lawton/Brody)	

38

39

36. Handwärtliche Arbeiten: <input type="checkbox"/> Kann alle anfallenden Arbeiten noch selbstständig ausführen <input type="checkbox"/> Kann leichte Tätigkeiten ohne Rücken, schwer tragen etc., selbst ausführen <input type="checkbox"/> Kann diese Tätigkeiten nicht mehr ausführen <input type="checkbox"/> Hat keinen Garten <input type="checkbox"/> Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem?	Eigene Frage; Würde vor dem Hintergrund des hohen Anteils an Teilnehmern, die in Eigenheimen leben, eingefügt.
7) Finanzen/ Soziales Umfeld	
37. Können Sie mit Ihrem Geld gut über die Runden? 1. Ja, gut 2. Es geht so 3. Nein, schlecht	Vgl. STEP
38. Gibt es jemanden, der Ihnen hilft, wenn Sie akut krank sind? Ja/Nein	
39. Gibt es jemanden, der Ihnen helfen würde, wenn Sie über längere Zeit pflegebedürftig wären? Ja/Nein	Eigene Frage
40. Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen können und dem Sie sich anvertrauen können? Ja/Nein	Vgl. STEP
41. Wie ist Ihr Verhältnis zu oben genannter/ genannten Person(en)? 1. Harmonisch und vertrauensvoll 2. Teilweise konfliktgeladen und gespannt	Vgl. Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
42. Wie sind Sie mit diesem Zustand zufrieden? 1. Ich fühle mich rundum gut 2. Es geht so, man muss zufrieden sein 3. Fühle mich einsam und im Stich gelassen	
8) Ressourcen	
43. Wie haben sich Ihre Kontakte entwickelt? 1. Habe neue Bekannte gewonnen 2. Keine Veränderung 3. Einige Kontakte habe ich aufgeben müssen 4. Habe nahezu alle wichtigen Kontakte verloren	Vgl. Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
44. Wünschen Sie mehr Kontakte? Ja/Nein	Eigene Fragen zur Erfassung des sozialen Umfeldes in Anlehnung an Kruse (2002) ⁷⁵
45. Wann würde es bemerkt werden, wenn Sie zu Hause einen Unfall hätten und nicht telefonieren könnten? Freier Eintrag: Anzahl Stunden, Anzahl Tage	

⁷⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Kruse A: Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 146. Nomos Verlagsgesellschaft 2002, 44-46

46. Nehmen Sie regelmäßig an Gruppenaktivitäten teil? Ja/Nein	Eigene Fragen zur Erfassung des sozialen Umfeldes in Anlehnung an Kruse (2002)
47. Wie oft nehmen Sie an Gruppenaktivitäten teil? Freier Eintrag: Anzahl Wochen, Anzahl Monate	
48. Woraus können Sie Kraft schöpfen? Freier Eintrag	
49. Haben Sie Aktivitäten/Hobbys, die Ihnen besondere Freude machen? Ja/Nein	Vgl. Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
50. Haben Sie Wünsche/Ziele für das nächste Jahr? Ja/Nein	Eigene Frage
51. Sind Sie mit Ihrer jetzigen Lebenssituation zufrieden? Ja/Nein	Vgl. Erhebungsbogen Soziale Situation (SoS)
52. Wie beurteilen Sie selbst Ihren Gesundheitszustand im Vergleich mit Gleichaltrigen? 1. besser 2. gleich gut 3. weiß nicht 4. schlechter	Vgl. Mini Nutritional Assessment (MNA) ⁷⁶
9) Pflegender Angehöriger	
53. Kümmern Sie sich um jemanden, der regelmäßig Ihre Hilfe benötigt? Ja/Nein	Vgl. STEP
54. Wenn ja: In welcher Beziehung stehen Sie zu dieser Person? 1. Lebenspartner, 2. Vater/Mutter, 3. Schwester/Bruder, 4. Schwiegervater/-mutter, 5. Nachbar, 6. Bekannter, 7. Sonstige	Eigene Fragen zur weiteren Differenzierung der Situation
55. Wie viele Stunden verbringen Sie täglich mit der Betreuung? Freier Eintrag: Anzahl Stunden pro Woche	
56. Empfinden Sie die Betreuung als ... 1. eine Bereicherung/ Ressource? 2. eine geringe Belastung? 3. eine starke Belastung?	
Optional: Vertiefendes Assessment zur Einschätzung der Situation pflegender Angehöriger	Vgl. Carers of older people in Europe (COPE) ⁷⁷

⁷⁶ Vgl. Nikolaus T, Pientka L: Funktionelle Diagnostik. Assessments bei älteren Menschen. Quelle & Meyer 1999, 5.1, 118-9
⁷⁷ Vgl. McKee KJ, Phipp I, Lapura G et al.: The COPE index - a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. In: Aging & Mental Health 2003, 7/1, 39-52; Institut für Medizin-Soziologie (Hrsg.): COPE. Carers of older people in Europe. Einschätzung der Situation pflegender Angehöriger. Deutsche Version 2000 unter: www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/index.de.html

10) Stimmung	
57. Sind depressive Symptome vorhanden? (Beantwortung aufgrund entsprechender Reflexion der Beraterin: z. B. im Gespräch überwiegend klagend, unzufrieden oder mutlos, unter Umständen in Verbindung mit Gewichtsverlust, Schmerzen oder anderen körperlichen Symptomen, Schlafstörungen, geringer körperlicher Belastung, Medikamentenabusus etc.) Ja/Nein	Vgl. ärztliche Einschätzung im STEP
58. Macht Ihnen der Verlust eines Ihnen nahe stehenden Menschen noch Kummer? Ja/Nein	Vgl. STEP
59. Haben Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt? Ja/Nein	
60. Hatten Sie im letzten Monat weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen? Ja/Nein	
61. Sind Sie wegen gedrückter Stimmung in ärztlicher Behandlung? Ja/Nein	Eigene Frage
Optional: Vertiefendes Assessment zur Depression	Vgl. Geriatric Depression Scale (GDS) ⁷⁸
11) Schmerz	
62. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Schmerzen? Ja/Nein	Vgl. STEP
63. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? 1. leichte Schmerzen 2. mäßige Schmerzen 3. starke Schmerzen	
Optional: Vertiefendes Assessment zur Schmerzsituation	Vgl. Anamnesebogen bei chronischen Schmerzzuständen ⁷⁹
12) Schlaf	
64. Hatten Sie im vergangenen Monat Schlafstörungen? Ja/Nein	Vgl. STEP

⁷⁸ Vgl. Nikolaus T, Pientka L: Funktionelle Diagnostik. Assessment bei älteren Menschen. Quelle & Meyer 1999, 4.4, Handlungsanleitung 11
⁷⁹ Vgl. Nikolaus T, Pientka L: Funktionelle Diagnostik. Assessment bei älteren Menschen. Quelle & Meyer 1999, 5.3.3(2)

65. Wenn ja: Empfinden Sie die Schlafstörung als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
Optional: Vertiefendes Assessment zu Schlafstörungen	Eigene Fragen in Anlehnung an Glaus Hartmann (1999) ⁸⁰
13) Wohnsituation	
66. Gibt es etwas, das Ihnen das Leben in Ihrer Wohnung erschwert? <input type="checkbox"/> Treppen <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Toilette (z. B. ungünstige Sitzhöhe) <input type="checkbox"/> Unfallquellen (z. B. fehlende Beleuchtung, hohe Tüschwellen, defekte elektrische Geräte) <input type="checkbox"/> mangelndes Sicherheitsgefühl (z. B. Einbruchgefahr) <input type="checkbox"/> schwere Begeh-/ Befahrbarkeit von Räumen <input type="checkbox"/> Heizung <input type="checkbox"/> ausstehende Reparaturen <input type="checkbox"/> Wasser (z. B. kein warmes Wasser in Bad und/oder Küche) <input type="checkbox"/> schlechte Einkaufsmöglichkeiten <input type="checkbox"/> Nahverkehr (Haltestelle > 1 km entfernt) <input type="checkbox"/> Sonstiges	Vgl. STEP
67. Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
68. Haben Sie Hilfsmittel? Ja/Nein	Eigene Fragen
69. Wenn ja: Namen des Hilfsmittels nach genutzt/nicht genutzt	
14) Hilfsdienste	
70. Erhalten Sie zurzeit Hilfsdienste? Ja/Nein	Vgl. STEP
71. Wenn ja: welche? <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Pflege von der Sozialstation/vom Pflegedienst <input type="checkbox"/> Bezahlte Hilfe im Haushalt (evtl. auch von der Sozialstation) <input type="checkbox"/> unentgeltliche Hilfen durch Angehörige oder Freunde <input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> Regelmäßige Krankengymnastik und/oder Massage <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Sonstiges	
72. Empfinden Sie die Inanspruchnahme der Hilfe als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung

⁸⁰ Vgl. Glaus Hartmann M: Schlafstörungen. In: Käppel S. Pflegekonzepte. Verlag Hans Huber 1999, Band 2, 97-113

15) Herz-Kreislauf	
73. Hatten Sie schon einmal ... <input type="checkbox"/> einen Herzinfarkt? <input type="checkbox"/> einen Schlaganfall oder eine kurze Bewusstlosigkeit? (auch ohne bleibende Folgen) <input type="checkbox"/> Schmerzen oder ein Gefühl der Enge in der Brust? <input type="checkbox"/> beim Laufen Schmerzen oder Krämpfe in den Waden, die sich bessern, wenn Sie stehen bleiben? <input type="checkbox"/> weder noch	Vgl. STEP
74. Sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung/ist Ihr Hausarzt informiert? Ja/Nein	Eigene Frage
75. Kennen Sie die Anzeichen eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls? Ja/Nein	Eigene Fragen; eingefügt nach dem ersten Durchgang aufgrund eines identifizierten Wissensdefizits.
76. Wissen Sie, was Sie zur Vorbeugung tun können? Ja/Nein	
77. Wenn ja: Haben Sie davon schon etwas umgesetzt? Ja/Nein	
78. Empfinden Sie Ihre Situation als belastend? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
79. Müssen Sie nachts mehrmals zur Toilette? Ja/Nein	Eigene Fragen
80. Wenn ja: Wie oft? Anzahl/Nacht	
81. Empfinden Sie das nächtliche Wasserlassen als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
16) Untersuchungen	
82. Systolischer und diastolischer Blutdruck in mmHg Freier Eintrag	Vgl. STEP
83. Puls in Schlägen/Minute Freier Eintrag	
84. Oberarmumfang: 1. weniger als 21 cm 2. 21-22 cm 3. mehr als 22 cm	Vgl. Mini Nutritional Assessment (MNA)/Items fanden keine Akzeptanz und blieben weitgehend ungenutzt (vgl. auch Kap. 4.1.7)
85. Wadenumfang: 1. weniger als 31 cm 2. 31 cm oder mehr	

17) Gedächtnis und Konzentration	
78. Glauben Sie, dass Ihr Gedächtnis oder Ihre Konzentration nachgelassen hat? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Einschätzung
87. Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
88. Bitte wiederholen Sie die Adresse «Weststraße 42». Behalten Sie sie gut! Richtig/Falsch	Vgl. STEP
89. Welches Datum haben wir heute? Richtig/Falsch	
90. Bitte zeichnen Sie auf diesem vorbereiteten Blatt das Zifferblatt einer Uhr mit der Uhrzeit «10 vor 11» hinein. <input type="checkbox"/> keine Fehler 1. Anzahl der Fehler im 1.-3. Quadranten 2. Anzahl der Fehler im 4. Quadranten <input type="checkbox"/> Bestanden <input type="checkbox"/> Nicht bestanden Eintrag von bestanden/nicht bestanden wird in der Datenbank automatisch errechnet.	Vgl. STEP, Clock Completion (CC) ⁸¹
91. Bitte wiederholen Sie die Adresse von eben. Richtig/Falsch	Vgl. STEP
Optional nach dem ersten Assessmentdurchgang: Brief Alzheimer Screen (BAS). Fragenkatalog stand nur als Papierversion zur Verfügung.	Vgl. Mendiondo et al. (2003) ⁸² / Einführung aufgrund der in Kapitel 4.2.9 beschriebenen Problematik, die sich jedoch auch hier zeigte.
18) Mobilitätstest	
92. Bitte stehen Sie ohne Zuhilfenahme der Arme auf. Gehen Sie ca. 3 Meter so schnell, wie Sie immer gehen, drehen Sie sich dann um, kommen zurück und setzen sich wieder hin. Aufstehen vom Stuhl 1. mehrmalige Versuche, unsicher 2. keine Auffälligkeiten Balance 1. unsicher 2. sicher	Vgl. u. a. STEP, Timed Up & Go ⁸³

⁸¹ Vgl. Nikolaus T, Pientka L: Funktionelle Diagnostik. Assessments bei älteren Menschen. Quelle & Meyer 1999, A 14-15
⁸² Vgl. Mendiondo MS, Wilson Ashford J, Kryscio RJ, Schmitt FA: Designing a Brief Alzheimer Screen (BAS). In: Journal of Alzheimer's Disease 2003, 5, 391-398
⁸³ Vgl. Runge M, Rehfeld G: Mobil bleiben - Pflege bei Gehstörungen und Sturzgefahr. Vorsorge, Schulung, Rehabilitation. Schlütersche 2001, 102, 105

Gangrhythmus 1. verzögert/asymmetrisch 2. keine Auffälligkeiten Schrittlänge/-höhe 1. geringe Schrittlänge/-höhe 2. keine Auffälligkeiten Drehung 1. unsicher, Schrittausfälle, mehr als 6 Schritte 2. keine Auffälligkeiten Ganggeschwindigkeit 1. weniger als 0,6 m/sec 2. 0,6 m/sec oder mehr	
93. Bitte heben Sie den Stift vom Boden auf. 1. Unmöglich/unsicher 2. keine Auffälligkeiten	Vgl. STEP
94. Bitte stellen Sie sich hin, einen Fuß in einer Linie vor dem anderen und bleiben 10 Sekunden stehen (Tandemstand). <input type="checkbox"/> Tandemstand nicht möglich Freier Eintrag: Max. Dauer in Sekunden	Vgl. Romberg-Test, Tandem-Stand ⁸⁴
95. Bitte gehen Sie 8 Schritte in einer Linie, indem Sie mit der Ferse des einen Fußes jeweils die Spitze des anderen berühren (Tandemgang). <input type="checkbox"/> Tandemgang nicht möglich Freier Eintrag: Anzahl der Schritte	Vgl. modif. Romberg-Test ⁸⁵
96. Bitte stehen Sie 5-mal hintereinander so schnell Sie können und ohne Armeinsatz auf (Aufstehetest). Aufstehetest kann nicht korrekt ausgeführt werden. Freier Eintrag: Anzahl in Sekunden	Vgl. Chair-Rising Test ⁸⁶
97. Empfinden Sie die Einbuße der Mobilität als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
98. Bitte führen Sie die Hände im Nacken zusammen (Nackengriff). <input type="checkbox"/> Hände greifen übereinander <input type="checkbox"/> Fingerspitzen berühren sich Der Abstand beträgt ca. in cm: Freier Eintrag: Anzahl cm	In Anlehnung an AGAST (1997) ⁸⁷ / Die Tests fanden keine Akzeptanz und blieben weitgehend ungenutzt.
99. Bitte führen Sie die Hände hinter dem Rücken zusammen. <input type="checkbox"/> Hände greifen übereinander <input type="checkbox"/> Fingerspitzen berühren sich Der Abstand beträgt ca. in cm: Freier Eintrag: Anzahl cm	

⁸⁴ Vgl. ebd., 102-103
⁸⁵ Vgl. ebd.

⁸⁶ Vgl. ebd., 102, 104

⁸⁷ Vgl. Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) (Hrsg.): Geriatrisches Basisassessment. MMV Medizin Verlag GmbH 1995, Anlage 1

19) Zahnstatus	
100. Sind Sie zufrieden mit Aussehen und Funktion Ihrer Zähne/Prothese? Ja/Nein	Vgl. STEP
101. Haben Sie Schmerzen im Mundbereich? Ja/Nein	
102. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten beim Kauen und Abbeißen bestimmter Lebensmittel? Ja/Nein	
103. Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? Ja/Nein	Eigene Frage
104. Empfinden Sie dies als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
20) Verdauung	
105. Haben Sie Probleme mit der Verdauung? Ja/Nein	Vgl. STEP
106. Wenn ja: Inwiefern? <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Sonstiges	Eigene Frage zur weiteren Konkretisierung
107. Empfinden Sie das Verdauungsproblem als wesentlich? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
108. Wie gehen Sie aktuell damit um? <input type="checkbox"/> Medikament <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Training	Eigene Frage
21) Urinkontinenz	
109. Sind beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen und Bücken schon mal Tropfen aus der Blase abgegangen? 1. Nie 2. Selten 3. Manchmal 4. Immer	Vgl. STEP
110. Kommt es vor, dass Sie die Toilette nicht mehr rechtzeitig oder nur ganz knapp erreichen? 1. Nie 2. Manchmal 3. Selten 4. Immer	

111. Müssen Sie in Abständen von weniger als 3 Std. zur Toilette (mehr als 7-mal/Tag)? 1. Nie 2. Selten 3. Manchmal 4. Immer	Eigene Frage in Anlehnung an Norton (1999) ⁸⁸
112. Sind Sie wegen der Inkontinenz in ärztlicher Behandlung? Ja/Nein	Eigene Frage
113. Empfinden Sie die Inkontinenz als wesentliches Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
Optional: Vertiefendes Assessment zu Inkontinenz	Eigene Frage in Anlehnung an Norton (1999)
22) Medikamente	
114. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja/Nein	Vgl. STEP
115. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein, die Ihnen vom Arzt verschrieben/empfohlen wurden? Freier Eintrag: Name und Anzahl der Medikamente	
116. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein, die Ihnen nicht vom Arzt verschrieben/empfohlen wurden? Freier Eintrag: Name der Medikamente	
117. Folgende Medikamente werden eingenommen (Auswertung nach dem Interview): <input type="checkbox"/> Neuroleptika <input type="checkbox"/> Benzodiazepine (Halbwertszeit > 24 Std.) <input type="checkbox"/> Antikonvulsiva <input type="checkbox"/> tricyclische Antidepressiva <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Laxantien <input type="checkbox"/> keine der aufgeführten Medikamentengruppe	Vgl. Runge und Rehfeld (2001); eingefügt wurden zudem Medikamentengruppen die Hinweise auf Inkontinenz und Obstipation geben können.
118. Medikamenteneinnahme: <input type="checkbox"/> Die Medikamente werden in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt eigenverantwortlich eingenommen. <input type="checkbox"/> Vorbereitete Medikamente werden korrekt eingenommen. <input type="checkbox"/> Die korrekte Einnahme von Medikamenten ist nicht gewährleistet.	Vgl. IADL (Lawton/Brody)

⁸⁸ Vgl. Norton C: Praxishandbuch – Pflege bei Inkontinenz. Urban Fischer Verlag 1999

119. Empfinden Sie die Medikamenteneinnahme als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
Optional: Dokumentation einer Beobachtung beim Stellen der Medikamente Würde von den Beraterinnen aufgrund seines Testcharakters nicht genutzt.	Eigene Fragen
23) Sehen	
120. Haben Sie Probleme mit dem Sehen? Ja/Nein	Vgl. STEP
121. Haben Sie Probleme mit dem Sehen <input type="checkbox"/> mit dem Sehen von Zeitungsschrift auch mit Brille? <input type="checkbox"/> beim Erkennen von Personen auf der anderen Straßenseite, auch mit Brille?	
122. Wenn ja: Wie gehen Sie aktuell mit Ihrer Sehschwäche um? <input type="checkbox"/> Brille vorhanden <input type="checkbox"/> Brille genutzt <input type="checkbox"/> Medikament/Augentropfen <input type="checkbox"/> Sonstiges	Eigene Frage zur weiteren Konkretisierung
123. Empfinden Sie die Sehschwäche als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
24) Hören	
124. Haben Sie Probleme beim Hören? Ja/Nein	Eigene Fragen
125. Besitzen Sie ein Hörgerät? Ja/Nein	
126. Wenn ja: Benutzen Sie das Hörgerät? Ja/Nein/Manchmal	Vgl. STEP
127. Fällt es Ihnen schwer, Gespräche zu verstehen, auch mit Hörgerät? Ja/Nein/Manchmal	
128. Empfinden Sie die Hörschwäche als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
25) Impfschutz und Krankenhaus	
129. Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gegen Grippe (Influenza) geimpft worden? Ja/Nein	Vgl. STEP
130. Sind Sie in den vergangenen 6 Jahren gegen Lungenentzündung (Pneumonie) geimpft worden? Ja/Nein	
131. Sind Sie in den letzten 10 Jahren gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? Ja/Nein	

132. Sind Sie gegen FSME geimpft? Ja/Nein	Eigene Frage; Teile der Projektregion gelten als FSME-Risikogebiet. ⁸⁹
133. Wünschens Sie eine entsprechende Impfung? Ja/Nein	Eigene Frage
134. Waren Sie innerhalb des letzten Jahres im Krankenhaus? Ja/Nein Wenn ja: Freier Eintrag: Anzahl der Aufenthalte stationär/ambulant	Vgl. STEP
26) Ernährung	
135. Haben Sie Schwierigkeiten beim Abbeißen und Kauen bestimmter Lebensmittel? Ja/Nein	Vgl. STEP
136. Wenn ja: Empfinden Sie die Beeinträchtigung als belastendes Problem? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
137. Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren? 1. mehr als 3 kg 2. weiß nicht 3. zwischen 1 und 3 kg 4. keine Gewichtsverlust	Vgl. Mini Nutritional Assessment (MNA)
138. Haben Sie verminderten Appetit oder während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen? 1. schweren Appetitverlust 2. leichten Appetitverlust 3. keinen Appetitverlust	
139. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten psychischen Stress oder waren Sie akut krank? Ja/Nein	
140. Wie viel wiegen Sie? Freier Eintrag: Anzahl kg	
141. Wie groß sind Sie? Freier Eintrag: Anzahl m	
142. Ihr BMI ist: Angabe wird in der Datenbank nach Eintrag von Gewicht und Größe automatisch errechnet.	
143. Wie viele Hauptmahlzeiten essen Sie pro Tag? 1/2/3 Mahlzeiten	

⁸⁹ Vgl. Robert Koch Institut – RKI (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin. 2005, 30

144. Wie viel Milchprodukte essen pro Tag? 1/2/3 Portionen	
145. Wie viele Portionen Getreideprodukte und Kartoffeln essen Sie pro Tag? 1. 0 bis 2 Portionen 2. 3 bis 4 Portionen 3. 4 bis 5 Portionen	Eigene Fragen in Anlehnung an Küpper (2003) ⁹⁰ Diese wurden nach dem ersten Durchgang eingefügt, um weitergehende Informationen zum Ernährungsverhalten zu bekommen.
146. Wie häufig essen Sie Fleisch, Wurstwaren und Eier pro Woche? 1. täglich 2. 5 Tage/Woche 3. 3 Tage/Woche	
147. Wie viele Portionen Obst und Gemüse essen Sie pro Tag? 1. 0 bis 2 Portionen 2. 3 bis 4 Portionen 3. 5 Portionen	Vgl. Mini Nutritional Assessment (MNA)
148. Wie viel trinken Sie pro Tag (incl. Kaffee, Tee, Alkohol)? 1. bis zu 1 Liter 2. 1 bis 1,5 Liter 3. 1,5 bis 2 Liter	
149. Glauben Sie, dass Sie gut ernährt sind? 1. schwerwiegende Unter-/Mangelernährung 2. weiß es nicht bzw. leichte Unter-/Mangelernährung 3. gut ernährt 4. übergewichtig	
27) Sonstige Lebensgewohnheiten	
150. Rauchen Sie zurzeit Zigarette, Zigarre oder Pfeife? Ja/Nein	Vgl. STEP
151. Machen Sie mehr als einmal in der Woche sportliche Übungen? Ja/Nein	
152. Ernähren Sie sich bewusst? Ja/Nein	
153. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja/Nein	Eigene Fragen in Anlehnung an STEP; weitere Fragen zum Alkoholkonsum wurden nicht aufgenommen.
154. Glauben Sie, dass Ihnen diese Lebensweise schadet? Ja/Nein	Eigene Frage zur Erfassung der subjektiven Bewertung
155. Möchten Sie diese Lebensgewohnheiten ändern? Ja/Nein	Eigene Frage

⁹⁰ Vgl. Küpper C: Ernährung älterer Menschen. Umschau Zeitschriftenverlag Breidenstein GmbH 2003, 2. Auflage

28) Sonstige Beobachtungen der Beraterin	
156. Ist der Allgemeinzustand reduziert? Ja/Nein	Vgl. STEP
157. Kann sich der/die Beratene wahrscheinlich gut neuen Situationen anpassen? Ja/Nein	Eigene Fragen (Beantwortung aufgrund entsprechender Reflexion der Beraterin)
158. Hat der/die Beratene wahrscheinlich das Gefühl, sein Leben gut meistern zu können? Ja/Nein	
159. Hat der/die Beratene wahrscheinlich das Gefühl, seine Situationen beeinflussen zu können? Ja/Nein	

3.1.5 Methodische und technische Anpassungen

In den methodischen und technischen Anpassungen des STEP-m standen folgende Anforderungen im Vordergrund:

- Möglichst störungsfreie Gesprächsgestaltung bei Durchführung des Assessments im Interview während des ersten Hausbesuchs
- Dokumentationsicherheit
- Ökonomie in Dokumentation und Datenauswertung

Ihre Umsetzung erfolgte durch die Entwicklung einer Access-Datenbank, die sowohl das Assessment STEP-m als auch standardisierte Formulare zur Beratungsdokumentation enthielt. Bezüglich der Gestaltung der Eingabemasken lag der Fokus auf einem soweit wie möglich selbsterklärenden und übersichtlichen Aufbau der nach Themenbereichen benannten und geordneten Datenblätter sowie ihren Verknüpfungen. Um den Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten, wurde zu den meisten Items eine standardisierte Auswahl an Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen oder als Auswahllisten angeboten. Das Vorgehen entsprach den Antwortkonstruktionen der verwendeten Instrumente. Darüber hinausgehende Informationen konnten in sogenannten Kommentarfeldern auf jeder Assessmentseite notiert werden.

Hinsichtlich der Datenauswertung erfolgte eine Benutzerführung, die zum einen nach Beraterin unterscheiden ließ, zum anderen der wissenschaftlichen Begleitung den Zugriff auf den kompletten Datensatz ermöglichte. Letztlich konnte die vollständige Auswertung des entsprechend den drei Projektjahre umfangreichen Datensatzes datenbankgestützt und unter Rückgriff auf die Abfragen und Ergebnisse der Vorjahre erfolgen.

10 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.

Hamburg, den 21.06.2018

Christian Wittkötter