

Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt



Dokumentation
Impulskonferenz Baden-Württemberg



Stuttgart, 21. November 2011



Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Herausgeber

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
im Regierungspräsidium Stuttgart
Nordbahnhofstr. 135 · 70191 Stuttgart
Tel. 0711 904-35000 · Fax 0711 904-35010 · abteilung9@rps.bwl.de
www.rp-stuttgart.de · www.gesundheitsamt-bw.de

Ansprechpartnerin:

Barbara Leykamm
Tel. 0711 904-39410 · barbara.leykamm@rps.bwl.de

März 2012



Gefördert von der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit
Postfach 91 01 52
51071 Köln
www.bzga.de

Redaktion

Bettina Huesmann
Katrín Eitel
Barbara Leykamm

Satz und Layout

DECK 16
Theodor-Heuss-Str. 16 · 70174 Stuttgart
www.deck-16.de

Bestellnummer 61 41 20 12

Bildernachweise

Peter Maszlen-Fotolia
LGA, eigene Bilder

Thematische Einleitung

Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt	2
<i>Prof. Dr. Günter Schmolz, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart</i>	

Grußworte

<i>Ministerin Katrin Altpeter MdL, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg</i>	6
<i>Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i>	8

Fachvorträge

Neue Altersbilder oder alte Klischees? Lebenslagen, Hilfebedarfe und Präventionspotenziale älterer Menschen	10
--	-----------

Roland Sing, Landesseniorenrat Baden-Württemberg

Was wirkt? Wissenschaftliche Grundlagen, Erfolgsfaktoren und Handlungsbedarfe in der Umsetzung erfolgreicher Programme zum Präventiven Hausbesuch	20
--	-----------

Dr. Matthias Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ältere gezielt erreichen?! Erfolgreiche Zugangswege und zielgruppengerechte Ansprache älterer Menschen	29
---	-----------

Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover

Altern zuhause - Unterstützung durch Präventive Hausbesuche	44
--	-----------

Prof. Dr. Johann Behrens, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Der Präventive Hausbesuch konkret	54
--	-----------

Einführung

Gesund Älter Werden Das AOK Programm für aktiv älter werdende Menschen	55
---	-----------

Jeanette Thiemann, Präventionsberaterin AOK Braunschweig

Themeninseln

Themeninsel 1: Zielgruppe und Zugangswege	58
--	-----------

*Aktivierender Hausbesuch bei Seniorinnen und Senioren, DRK Kreisverband Tübingen
Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner, Landeshauptstadt München*

Themeninsel 2: Beratung und Aktivierung	61
--	-----------

*Fachstelle für präventive Beratung, Spitex Zürich
Betreutes Wohnen zu Hause, Lenninger Netz*

Themeninsel 3: Erforderliche Kooperationspartner und Netzwerke	64
---	-----------

*Begleitung im Alltag, Stadt Reutlingen
Präventive Hausbesuche - Gesundheitsberatung für Senioren, Caritasverband Frankfurt e.V.*

Themeninsel 4: Spannungsfeld Haupt- und Ehrenamt	67
---	-----------

*Gesund Älter Werden, AOK Niedersachsen
Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter, Stadt-Seniorenrat Aalen e.V.*

Themeninsel 5: Qualitätsentwicklung	70
--	-----------

*Optimierung aufnehmender und zugehender Konzepte pflegerelevanter Nachfragen (PON) sowie Systematisierung und Vernetzung pflegebezogener Angebote (POA) im Kreis Siegen-Wittgenstein
Miteinander gesund älter werden im Stadtteil, Der Paritätische Baden-Württemberg*

Präventive Hausbesuche - ein Zukunftshandlungsfeld?

Einsichten und Aussichten	73
--	-----------

Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart

Anhang

1.	
Präventive Hausbesuche für ältere Menschen - eine exemplarische Literaturübersicht zu Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der Präventiven Hausbesuche	75
Vorbemerkung	75
Definition Präventiver Hausbesuch	75
Zielsetzung	76
Zielgruppe	76
Auswahl der Zielgruppe	76
Wirkungsvolle Altersspanne	77
Zugang	77
Umsetzung des Präventiven Hausbesuchs	78
Erster Hausbesuch und multidimensionales Assessment	78
Folgebesuche und Dauer	78
Beratungsinhalte	79
Durchführung interdisziplinärer Fallbesprechungen	80
Datenschutz	80
Qualifikation und Qualifizierung der durchführenden Fachpersonen	80
Vernetzung/ Kooperationen	81
Regionale Vernetzung und Kooperation	81
Hausarztanbindung	82
Finanzierung	82
Finanzierungsmöglichkeiten	82
Gesetzliche Rahmenbedingungen	83
Qualitätsentwicklung	84
Zitierte Literatur	85
2.	
Steckbriefe der Praxisbeispiele	86
3.	
Verzeichnis der Referenten/-innen	104

Thematische Einleitung

Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt

Prof. Dr. Günter Schmolz, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart

Der demographische Wandel fordert eine veränderte Perspektive auf gesundes und aktives Älterwerden. Gefragt sind differenzierte Altersbilder, die die präventiven Potentiale zur Verbesserung der Gesundheit Älterer in den Mittelpunkt stellen. Prävention und Gesundheitsförderung, die sich am konkreten Bedarf der Älteren orientieren, soziale Teilhabe fördern und besondere Lebenslagen mit und ohne sozialer Benachteiligung und Migrationshintergrund einschließen, verbessern die Chance auf möglichst viele Jahre in guter Gesundheit.

Im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg wird eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung gefordert, um die Entstehung chronischer Erkrankungen zu vermeiden oder hinauszuzögern und die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern. Ein Ziel dabei ist, ältere Menschen bei der Erhaltung bzw. Förderung ihrer Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter möglichst lange zu unterstützen. Verbesserte Rahmenbedingungen im kommunalen Umfeld tragen entscheidend zu einem gesunden Lebensstil im Alter bei. Einen wichtigen Beitrag für ein gutes Miteinander der Generationen in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens in der Kommune leistet das bürgerschaftliche Engagement, welches in Baden-Württemberg eine lange Tradition hat.

Anlässlich der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde erstmalig in Baden-Württemberg das Handlungsfeld Präventive Hausbesuche im Rahmen einer Impulskonferenz näher beleuchtet. Unter Präventiven Hausbesuchen werden in der Regel Angebote verstanden, die ältere Menschen in der häuslichen Umgebung bedarfsorientiert zu Themen rund um die Gesundheit, selbstständige Lebensführung und Krankheitsvermeidung informieren und beraten. Ziel ist es, ältere Menschen dabei zu unterstützen, ein langes und selbstständiges Leben zu führen.

Zur Vorbereitung der Konferenz hat das Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg die Erstellung einer Literaturübersicht zu Theorie und Praxis Präventiver Hausbesuche in Auftrag gegeben. Sie beinhaltet exemplarische Erkenntnisse zu Umsetzbarkeit und Wirksamkeit aus Mo-

dellprojekten, Studien, Metaanalysen und Handbüchern.

Ziel der Impulskonferenz war, dieses Handlungsfeld intensiv zu beleuchten und dabei sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen als auch die konkrete Praxis der Präventiven Hausbesuche vorzustellen. Mit der Darstellung Erfolg versprechender Praxisbeispiele aus Baden-Württemberg, anderen Bundesländern und der Schweiz sowie möglicher Schwierigkeiten bei der Implementierung und Verstetigung wurde eine Plattform geboten, eigene Erfahrungen weiterzugeben, von anderen zu lernen sowie Kooperationen und Vernetzung anzuregen. Unter anderem wurden in Themeninseln Eckpunkte für Qualitätskriterien zu folgenden Schwerpunktthemen näher beleuchtet: Zielgruppen und Zugangswege der Präventiven Hausbesuche, die Umsetzung der Präventiven Hausbesuchspro-



gramme, Vernetzung und Kooperationen, die Qualifikation und Qualifizierung der Besucher/-innen, die Finanzierung, sowie die Qualitätsentwicklung für die Präventiven Hausbesuche.

Die vorliegende Dokumentation enthält Grußworte, Fachvorträge, die Vorstellung der einzelnen Praxisbeispiele, die Ergebnisse der Themeninseln sowie einen Ausblick. Die Literaturrecherche und die Steckbriefe der einzelnen Praxisbeispiele sind im Anhang aufgeführt.

Grußworte

Grußwort Katrin Altpeter, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

Es ist der Wunsch vieler älterer Menschen, Gesundheit, Selbstbestimmung und Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten und im vertrauten sozialen Umfeld zu leben. Ich freue mich daher, dass diese Konferenz dieses politisch bedeutsame Handlungsfeld aufgreift.

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg unterstützt im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen - die Gesundheitsförderung älterer Menschen mit dem Ziel, das Eintreten funktioneller Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Gesundheitsförderung setzt im kommunalen Umfeld an und unterstützt die Älteren dabei, Gesundheit und Selbständigkeit im Alter möglichst lange zu erhalten und zu fördern. Wesentlich ist, dass es uns gelingt, die Rahmenbedingungen für gesunde Lebensstile und gesundes Altern zu verbessern und die Älteren an der Gestaltung von Angeboten zu beteiligen.

Dabei sind niedrigschwellige, aufsuchende Ansätze wie der Präventive Hausbesuch wichtig, um insbesondere sozial benachteiligte ältere Menschen mit und ohne Migrationshintergrund und von Isolation bedrohte Männer und Frauen im Wohnumfeld zu erreichen. Leider werden die Möglichkeiten der Prävention von älteren Menschen – wie auch bei anderen Altersgruppen – bislang nur unzureichend genutzt.

Eine zentrale Herausforderung ist daher, Strukturen in Städten und Gemeinden zu schaffen, um Unterstützungsbedarfe im Bereich Gesundheitsförderung rechtzeitig zu erkennen und die Menschen gezielt anzusprechen.

Es gilt das Vernetzungspotential in den Kommunen unter Einbindung des Bürgerschaftlichen Engagements zu nutzen, damit eine „Kultur des sich umeinander Kümmerens“ gelingen kann.

Bürgerschaftliches Engagement gewinnt in unserer Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Dabei steht das Leitbild Bürgergesellschaft für die aktive Teilhabe der Bür-

gerinnen und Bürger bei der Gestaltung unseres Gemeinwesens. Die Stärkung der Bürgergesellschaft, in welcher auch Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle einnehmen können, bedeutet für mich allerdings nicht einen Rückzug des Staates. Deshalb setze ich mich für die Förderung und Unterstützung bürgerschaftlicher Strukturen ein.

Einen weiteren Ansatz für Prävention und Gesundheitsförderung bieten die Pflegestützpunkte. In Baden-Württemberg gibt es inzwischen in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen insgesamt 48 Pflegestützpunkte. Diese bieten unabhängige, kompetente und kostenlose Beratung für Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen an. Das Sozialministerium setzt sich für einen weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte ebenso ein wie für die Übernahme von mehr präventiven Aufgaben.

Damit wollen wir wohnortnahe Strukturen und Dienste sowie die Vernetzung der Angebote und unterschiedlichen Initiativen vor Ort ausbauen und niedrigschwellige ambulante Angebote im Vor- und Umfeld der Pflege voranbringen. Um dies zu erreichen, strebt das Sozialministerium eine Erhöhung der Landesförderung in diesem Bereich an. Wir versprechen uns davon neue Impulse für den Auf- und Ausbau von Seniorennetzwerken und anderen Initiativen des Bürgerschaftlichen Engagements.

Das Sozialministerium sieht im Präventiven Hausbesuch ein fachlich fundiertes Instrument mit vielfältiger Funktion auch im Zusammenhang mit den Aufgaben der Pflegestützpunkte, insbesondere wenn diese künftig verstärkt einen präventiven Auftrag übernehmen sollen.

Mit der heutigen Impulskonferenz werden sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen als auch die konkrete Praxis der „Präventiven Hausbesuche“ vorgestellt. Mit der Darstellung erfolversprechender Praxisbeispiele



sowie der Betrachtung möglicher Verbesserungsansätze bietet diese Konferenz eine erste Plattform, eigene Erfahrungen weiterzugeben und von anderen zu lernen.

Wichtige Fragestellungen aus meiner Sicht sind beispielsweise, wie erreichen wir Zielgruppen mit besonderem Handlungsbedarf in schwierigen Lebenslagen, wie kann Haupt- und Ehrenamt effektiv zusammenarbeiten und welche Qualifikationen sind notwendig?

Ich verspreche mir von der heutigen Veranstaltung Impulse für neue Ideen, Kooperationen und Vernetzung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es derzeit zwar Belege für die grundsätzliche Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche gibt, aber keine hinreichenden Belege für spezifische Erfolgsdeterminanten. Erste Antworten auf diese Fragen werden die heutigen Beiträge aus dem wissenschaftlichen Blickwinkel geben.

Sicher gibt es noch wissenschaftlichen Klärungsbedarf bei der Umsetzung des Präventiven Hausbesuchs in die Praxis. Daher fördern wir die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen im Vor- und Umfeld der Pflege durch Modellvorhaben. Und eine Erprobung des Präventiven Hausbesuchs bei Pflegestützpunkten oder anderen Anbietern im Rahmen einer breit angelegten gesundheitsfördernden kommunalen Strategie in einem Modellvorhaben wäre sehr wohl denkbar.



Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren

Grußwort Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Sehr geehrte Frau Ministerin Altpeter,
sehr geehrter Herr Prof. Schmolz,

meine sehr geehrten Damen und Herren,
ich freue mich sehr, Sie heute hier in Stuttgart zur Impulskonferenz zum Thema „Präventive Hausbesuche“ begrüßen zu können.

Die heutige Tagung findet im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ statt. Diese Tagungen führen wir derzeit in allen Bundesländern gemeinsam mit den in den Ländern zuständigen Akteuren durch. Hier geht ein besonderer Dank an Frau Ministerin Altpeter für die gute Kooperation und ein herzlicher Dank auch an das Landesgesundheitsamt, an Frau Leykamm, für die konstruktive Zusammenarbeit in der Vorbereitung der heutigen Tagung. Wir können ja bereits auf eine langjährige sehr gute Zusammenarbeit zurückblicken, so z.B. im Zusammenhang des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Der Regionale Knoten hier in Baden-Württemberg ist bereits von Beginn an, seit 2004, aktiv und hat seit 4 Jahren das Thema „Gesundheitsförderung mit älteren Menschen in der Stadt und auf dem Land“ zu einem Schwerpunkt gemacht. Im Zusammenhang der Auszeichnung guter Praxis wurde dann auch das Projekt „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS in Bruchsal) prämiert.

Gerade das Zusammenwirken von Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist wichtig, wenn wir etwas erreichen wollen, ebenso die zielgerichtete sektorübergreifende Zusammenarbeit.

Meine Damen und Herren,
die Menschen werden älter- das ist eine gute Nachricht. Die Zusammensetzung der Bevölkerung ändert sich. Bis zum Jahr 2050 werden ca. 28 Millionen Menschen über 60 Jahre in Deutschland leben. Wir reden von einer Gesellschaft mit immer mehr älteren Menschen. Die Menschen wünschen sich, bis ins hohe Alter selbständig und selbstbestimmt zu bleiben. Die meisten möchten möglichst am Wohnort, im Viertel, in der gewohnten Umgebung bleiben, in der eigenen Wohnung leben. Es stellt sich die Frage, auf welche Weise wir dies aus unseren Arbeitsbereichen heraus unterstützen können.

Und da heute hier zahlreiche Akteure mit sehr viel Know-How versammelt sind, haben wir eine gute Chance, diese Fragen auch gemeinsam anzugehen. Es geht in der heutigen Veranstaltung – kurz vor dem Start des Europäischen Jahres 2012 des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen - um Fragen der Zusammenarbeit und Vernetzung verschiedener Bereiche und Sektoren. Es

geht um ein Miteinander auch von Professionalität und Ehrenamt, um kommunale Strategien und Ansätze in der Gesundheitsförderung für Ältere. Ganz gezielt wollen wir uns mit der Frage beschäftigen: Was können wir über das Instrument des „Präventiven Hausbesuchs“ erreichen?



Es geht darum, Gesundheitsprobleme und Krankheiten sowie Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuschieben. Ziel ist es, die gewonnenen Lebensjahre in einer möglichst hohen Lebensqualität zu erleben. Hierzu gehört es, dass wir unser Leben so lange wie möglich aktiv gestalten und unsere Ressourcen ausschöpfen können. Ein ganz besonders wichtiger Aspekt gerade auch im Zusammenhang der Gesundheitsförderung ist die Teilhabe älterer Menschen. Es geht hierbei um Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, es geht um die Teilhabe an gesundheitsfördernden Angeboten und Möglichkeiten vor Ort; es geht um soziale Kontakte, um Austausch, auch zwischen den Generationen, es geht um ein Mitreden und Mitgestalten, um größtmögliche Selbständigkeit.

Im Zusammenhang der demografischen Entwicklung geht es hierbei auch um das Altersbild in der Gesellschaft. Es ist wichtig, dass wir bei den Themen „älter werden“ und „Alter“ nicht ausschließlich Belastungen, Probleme und Kosten sehen, sondern unseren Blick auch auf die Chancen und Möglichkeiten richten.

So können wir z.B. davon ausgehen, dass ältere Menschen sehr viel einbringen können und wollen und dies auch tun. Sie haben Lebenserfahrung, sie haben berufliche Erfahrung und sie sind auch bereit, ihre Fähigkeiten einzubringen, sich zu engagieren, z.B. in der Seniorenarbeit, in Vereinen und Initiativen. Dies sollten wir in unsere Überlegungen und Planungen einbeziehen.

Natürlich müssen wir uns auf der anderen Seite auch die Lebenssituationen und Lebenslagen älterer und alter Menschen realistisch vor Augen halten und fragen: Wo wird Unterstützung benötigt? Welche Art der Unterstützung wird gebraucht?

Wir müssen uns die Zielgruppen, um die es geht, sehr genau ansehen und diese mit ihren Vorstellungen, Interessen und Wünschen einbeziehen. Denn die Vorausset-

zungen, Biografien und Lebensverläufe der älteren Frauen und Männer sind sehr unterschiedlich. Wichtig sind die persönlichen Lebensumstände, z.B. die familiäre Einbindung, die Wohnsituation, soziale Kontakte, der Bildungs- und berufliche Hintergrund, die finanzielle Situation, der kulturelle Hintergrund, der Gesundheitszustand.

Wie steht es um die Gesundheit älterer Menschen? Über 60% der 55-65jährigen Männer und Frauen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit – eine sehr gute Nachricht. Viele Menschen fühlen sich gesund.

Die Prävalenz- und Inzidenzraten weisen allerdings gleichzeitig auf bestimmte behandlungsbedürftige Krankheitsgruppen, die bei älteren Menschen im Vordergrund stehen, u.a.

- Herz-Kreislaufkrankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates, hierdurch funktionale Einschränkungen, auch Einschränkungen der Mobilität, Einschränkungen der Teilhabe
- Sturzunfälle: Fast ein Drittel der 65jährigen und Älteren stürzt mindestens einmal jährlich
- Diabetes
- Krebserkrankungen
- Psychische Erkrankungen, vor allem auch die Themen Depression und Demenz: Ein Viertel der ab 65jährigen hat psychische Probleme oder Störungen.

Im fortgeschrittenen Alter nimmt zudem das Auftreten von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu, ebenso die entsprechende Einnahme zahlreicher Medikamente. Diese Aspekte und Problembereiche sollten wir im Blick haben, wenn unser Ziel die Information und Beratung zu Fragen der Gesundheitsförderung ist.

Unser heutiges Tagungsthema „Präventive Hausbesuche“ rückt verschiedene Aspekte in den Vordergrund: Zunächst einmal geht es um den Erhalt der Gesundheit und einer möglichst selbständigen Lebensführung im Alter, und zwar in den eigenen vier Wänden.

In diesem Zusammenhang stellen sich viele Fragen: Welche Programme gibt es? Welche Vorgehensweisen haben sich bewährt? Wie sieht es aus mit den Zugangswegen und einer geeigneten Ansprache der Zielgruppe? Zu welchen Themen besteht Beratungsbedarf? Welche Unterstützungsbedarfe haben ältere Menschen? Welche besonderen Bedarfe stellen sich bei sozial benachteiligten älteren Menschen? Welche Inhalte sind wichtig? Was muss wie vermittelt werden? Was wirkt wie?

Neben den individuellen Voraussetzungen und Lebensbedingungen müssen wir dann auch die regionalen Rahmenbedingungen und Besonderheiten in den Blick nehmen. Die Voraussetzungen vor Ort (z.B. Stadt-Land-Unterschiede) müssen wir sehr sorgfältig analysieren, denn hier gibt es große Unterschiede.

Wo stehen wir? Welche Strukturen und Netzwerke sind vorhanden? Welche Kooperationspartner müssen einbezogen werden? Gibt es neue Kooperationsideen und inno-

vative Möglichkeiten der Zusammenarbeit?

Welche Anstrengungen wurden bislang in der Region unternommen? Wie können sich die Akteure gegenseitig unterstützen? Wer zahlt was? Auf welche Weise können Haupt- und Ehrenamtliche sowie auch die Familie sinnvoll zusammen arbeiten? Wie können wir durch neue Formen der Zusammenarbeit Synergieeffekte erreichen?

So sind wir mitten in der kommunale Gesundheitsförderung. Wichtig ist es, das häusliche Umfeld, die Interessen und Lebensgewohnheiten der Menschen einzubeziehen.

Hier in Baden-Württemberg können Sie ja bereits auf systematischen Vorarbeiten aufbauen: Es gibt Strategien und zielgruppenspezifische Ansätze, zahlreiche Praxisprojekte und gezielte Kooperationen, die im Laufe des Tages präsentiert und diskutiert werden.

Zur weiteren Verbesserung geht es insbesondere auch um die gezielte Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Sektoren. Hier können gemeinsame Zielsetzungen und konkrete und verbindliche Absprachen unterstützend wirken. Wichtig ist die Berücksichtigung der jeweiligen Besonderheiten, Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der einzelnen Akteure, denn die Vorhaben müssen realistisch und umsetzbar sein.

Seitens BZgA versuchen wir, diesen Austausch der Akteure zu unterstützen, u.a. durch Fachtagungen wie die heutige, aber auch durch die Bereitstellung von Studien, Expertisen und Arbeitshilfen, die Sie in Ihren Unterlagen finden und die Sie auch bei der BZgA bestellen können. Wir werden zudem ein Internetportal „Gesund und aktiv älter werden“ aufbauen, das zentrale Gesundheitsinformationen bereit stellen wird und auch Ihnen, den Akteuren, eine Kommunikationsplattform bieten wird.

Meine Damen und Herren, ich bin gespannt auf die heutigen Fachvorträge und Praxisbeispiele und auf die Diskussion mit Ihnen. Wir werden die Tagung dokumentieren und zum Download sowie auch als Printversion zur Verfügung stellen.

Uns allen wünsche ich eine interessante Konferenz, neue Erkenntnisse und Impulse, vor allem zum Thema „Präventive Hausbesuche“, und einen guten umsetzungsbezogenen Austausch.

Vielen Dank!

Fachvorträge zum Thema Präventive Hausbesuche

Neue Altersbilder oder alte Klischees? Lebenslagen, Hilfebedarfe und Präventionspotenziale älterer Menschen

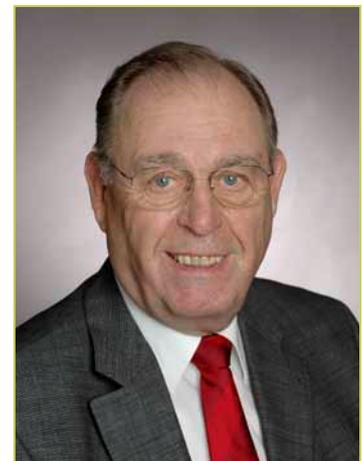
Roland Sing, Vorsitzender Landesseniorenrat Baden-Württemberg

Die demografische Entwicklung in ihren zahlenmäßigen Konsequenzen steht bis zum Jahre 2060 fest. Damit ist auch eindeutig, dass mehr als ein Drittel der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt 65 Jahre und älter sein wird. Derzeit ist dies mit 20 Prozent der Fall. Daraus ergeben sich Handlungskonsequenzen in vielfältiger Form. Die neue Landesregierung von Baden-Württemberg hat in ihrem Koalitionsvertrag vom Mai 2011 in Einzelbereichen durchaus die demografische Entwicklung im Blick. Was aber eindeutig fehlt, ist eine interministerielle Aufgabenstellung, sich wirklich zukunftsorientiert und gewissermaßen „aus einem Guss“ der demografischen Herausforderung zu stellen. Der Landesseniorenrat Baden-Württemberg jedenfalls fordert eine sog. „Roadmap“ für die demografische Entwicklung, die die Handlungsziele und Handlungsleitsätze der Landesregierung von Baden-Württemberg für die nächsten fünf Jahre aufzeigen sollte. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund wichtig, dass ein großer, individueller Spielraum besteht bei der Definition „Alter“. Fest steht, dass zwischen dem 60. Lebensjahr und dem 80. Lebensjahr eine Vielzahl von Menschen selbstständig, selbst bestimmt und aktiv ihr Leben gestalten können und insofern hier große Potenziale des Alters nicht nur bestehen, sondern vor allen Dingen auch nutzbar gemacht werden können.

Ältere Menschen und ihre erwachsenen Kinder leben zwar in der Regel in getrennten Haushalten und in einer gewissen räumlichen Nähe mit der Folge wechselseitiger Unterstützungsfähigkeit und Unterstützungsbereitschaft. Daraus ergeben sich Konsequenzen unter dem Aspekt des Ausbaus der ambulanten medizinisch-pflegerischen Strukturen. Hinzu kommt, und das ist ein ganz zentraler Pfeiler für die demografischen Handlungsnotwendigkeiten, dass der Wunsch älterer Menschen immer mehr sichtbar wird, so lange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung weiterleben zu können - auch dann, wenn bereits körperliche Defizite bestehen. Deshalb sind eine ganze Reihe von gesellschaftspolitischen Themenfeldern zu beleuchten und auch neu zu definieren, wie denn die konkrete Ausgestaltung unserer Lebensverhältnisse

durch gesellschaftliche Neuorientierung in die richtige Richtung gebracht werden können. Mobile Hilfs- und Pflegedienste, neue Formen von Wohnen, insbesondere Wohnanlagen mit Betreutem Wohnen, Mehrgenerationenhäuser, usw., sind wichtige Stichworte. Benötigt werden Hilfestellungen bei der Wohnberatung, der Sozialberatung, bei der Rechtsberatung und auch bei der Beratung über alltagsunterstützende Technologien. Insbesondere im Bereich der Hochaltrigkeit werden künftig immer mehr bei selbstständigem Wohnen zu Hause haushaltsnahe Dienstleistungen, Unterstützung beim Alltagsmanagement, mobile Fahrdienste und insgesamt Betreuungsdienste erforderlich werden.

Nicht zu vernachlässigen sind die kulturellen Belange. Dazu gehören Maßnahmen, gerade auch durch ehrenamtliche Strukturen, um der Vereinsamung von älteren Menschen zu begegnen. Besuchsdienste, Begegnungsstätten, seelsorgerliche Aufgaben von kirchlichen Organisationen nehmen an Bedeutung zu. Ergänzend sind Strukturen der Tagespflege, aber auch der Nachtpflege, neu und intensiver in den Blick zu nehmen und letztlich auch die Palliativversorgung, sei es ambulant oder stationär. Eine zentrale Rolle spielt die hausärztliche Versorgung, die noch viel stärker als bisher im Mittelpunkt der medizinischen Versorgungskette stehen wird. Verträge über die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg sind dafür beispielgebend.



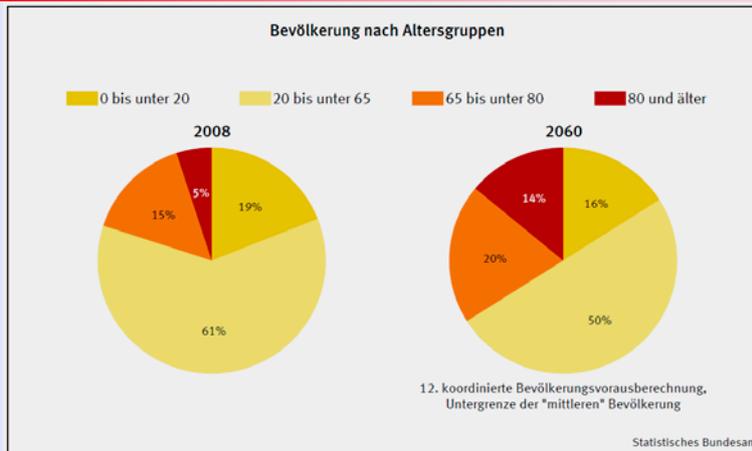


Neue Altersbilder oder alte Klischees?

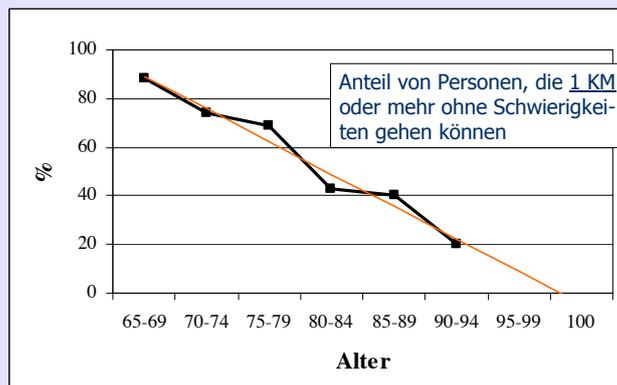
Lebenslagen, Hilfebedarfe und Präventionspotenziale älterer Menschen

Roland Sing
Vorsitzender des Landes Seniorenrats Baden-Württemberg e.V.

Aktiv für ein gesundes Altern



Aktiv für ein gesundes Altern



Definition von Alter

1. Anforderungen und Vorstellungen der neuen/jungen Alten zum Leben im höheren Alter.
2. Die Begrifflichkeit „Alter“ ist nicht gleichzusetzen mit der Begrifflichkeit „Rentenalter“. Letztere variiert z.B. durch gesetzgeberische Eingriffe - Stichwort: „Rente mit 67“.
3. Satzung des Landesseniorenrats Baden-Württemberg: Alter wird definiert mit dem Eintritt des 60. Lebensjahres.
4. Der 4. Altenbericht definiert den Begriff „Hochaltrigkeit“. Als vorläufige Definition kann eine Altersgrenze zwischen 80 und 85 Jahren als Beginn der Hochaltrigkeit gesehen werden.

Definition von Alter

5. Wichtig ist, die individuelle Unterschiedlichkeit älter werdender Menschen im Einzelfall zu beachten.
6. Die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und vor allen Dingen Demenz, steigt jenseits des 80. Bis 85. Lebensjahres deutlich an.
7. Großer individueller Spielraum besteht insoweit bei der Definition, als zwischen dem 60. Lebensjahr und dem 80. Lebensjahr größere Kohorten selbstständig, selbst bestimmt und aktiv ihr Leben gestalten können.

Selbstbestimmung im Alter

1. Die Menschen heute werden nicht nur im Durchschnitt älter, sie beginnen auch physisch und psychisch später zu altern als die Alten früherer Zeiten.
2. Ältere Menschen heute fühlen sich länger jung – und dies auch zu Recht. Sie haben im Allgemeinen ein besseres Selbstbewusstsein und nehmen mehr Anteil am sozialen Leben – gerade auch im ehrenamtlichen Bereich.
3. Individuelle Vielfalt und Pluralität der Lebensstile im Alter nehmen zu. Erst im Bereich der Hochaltrigkeit nähern sich die Verläufe wieder einander an, d. h. dann ist mehr Homogenität gegeben.

Selbstbestimmung im Alter

4. Die jungen Alten von heute sind im Allgemeinen gesünder, gesundheitsbewusster, körperlich fitter, besser gebildet und grundsätzlich betrachtet finanziell besser gestellt als vorangegangene Generationen.
5. Ehrenamtliches Engagement, sinnvolle Betätigung, sei es beruflich oder körperliche Aktivitäten wie Sport, sind dafür deutliche sichtbare Zeichen.
6. Familienbeziehungen zwischen den Generationen sind nicht abgeschwächt, sondern werden im Gegenteil intensiviert.

Selbstbestimmung im Alter

7. Ältere Menschen und ihre erwachsenen Kinder leben zwar in der Regel in getrennten Haushalten und zugleich in einer gewissen räumlichen Nähe mit der Folge wechselseitiger Unterstützungsfähigkeit und Unterstützungsbereitschaft. Dies ist bedeutsam unter dem Aspekt des Ausbaus der ambulanten Pflegestrukturen.
8. Generell wird der Wunsch älterer Menschen sichtbar, so lange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung weiterleben zu können - auch bei bestehenden körperlichen Defiziten. Deshalb geht die Entwicklung in die Umgestaltung bestehender in altersgerechte Wohnungen und dem Neubau altersgerechter Wohnungen.
9. Mobile Hilfs- und Pflegedienste und besondere Wohnanlagen mit betreutem Wohnen sind in diesem Zusammenhang wichtige Stichworte.

Prognosen

Prognosen für die Lebensgewohnheiten und Versorgungsanforderungen für die nächsten zehn Jahre

1. Generelle Hilfestellungen
 - 1.1. Wohnberatung
 - 1.2. Sozialberatung
 - 1.3. Rechtsberatung (z.B. Patientenverfügung)
 - 1.4. Technikberatung (im weitesten Sinne)

Prognosen

2. Wohnbereich
 - 2.1. Im Eigentum
 - 2.2. Betreutes Wohnen
 - 2.3. Zur Miete
 - 2.4. In Wohngemeinschaften
 - 2.5. Im Pflegeheim
 - 2.6. In anderen Wohnformen

Prognosen

3. Allgemeiner Service
 - 3.1. Haushaltsnahe Dienstleistungen
 - 3.2. Alltagsmanagement
 - 3.3. Fahrdienste
 - 3.4. Mahlzeiten- und Getränkeservice
 - 3.5. Notruf und andere „ Ambient Assisted Living“
-AAL-Dienstleistungen

Prognosen

4. Kultureller- und Begegnungsbereich
 - 4.1. Kulturelle Angebote generell
 - 4.2. Besuchsdienste
 - 4.3. Ehrenamtlichkeit
 - 4.4. Seelsorge
 - 4.5. Internetcafé
 - 4.6. Reiseangebote für Ältere
 - 4.7. Partnerschaftsvermittlung

Prognosen

5. Betreuung und Pflege
 - 5.1. Ambulante Pflege - Absoluter Schwerpunkt
 - 5.2. Stationäre Pflege
 - 5.3. Hospiz
 - 5.4. Tagespflege / teilstationäre Formen

Prognosen

6. Rehabilitation und medizinische Dienstleistungen
 - 6.1. Hausärztliche Versorgung
 - 6.2. Fachärztliche Versorgung
 - 6.3. Prävention / Wellness
 - 6.4. Integrierte Versorgung i.S. SGB V und XI
 - 6.5. Medizinische Geriatrie
 - 6.6. Ergo-/Logo-/Physiotherapie

Zielsetzung: (Lebens-)Qualität steigern

Sicherstellung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit im Alter

- Assistenz für Alltagsaktivitäten
- Gefahrenschutz/ Notfallhilfe
- Förderung von lebenslangem Lernen
- Integration im sozialen Umfeld



Entlastung der pflegenden Angehörigen

- Beratung und Assistenz für Pflege
- Austausch mit anderen Betroffenen
- Überwachung der Sicherheit der Gepflegten



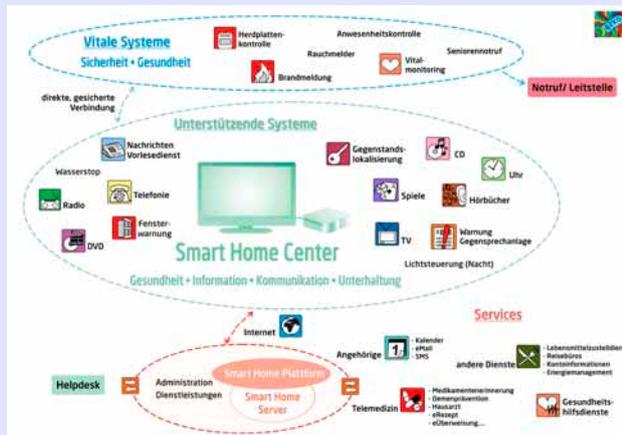
Verbesserung der Versorgungsinfrastruktur

- Bedarfsgerechte standardisierte Dienstleistungen
- Effizienz der Dokumentation/ Administration



Aktiv für ein gesundes Altern

Alltagsunterstützende Technik



Grün-rote Koalitionsvereinbarung

Prävention

Vorgesehen in
Kindergärten
Schulen
Betriebe

für
Ältere ??



Im konkreten
Regierungshandeln
sicherstellen!

Aktiv für ein gesundes Altern

Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg

Ziele

1. Entstehung chronischer Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern
2. Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten fördern
3. Prävention sichern bzw. ausbauen

Aktiv für ein gesundes Altern

Prävention für ein lebenswertes Altern

- tägliche Bewegung
- gesunde Ernährung
- vielfältige Kontakte und Interessen
- Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
- bürgerschaftliches Engagement

Aktiv für ein gesundes Altern

Themen der Arbeitsgruppe „Aktiv für ein gesundes Altern“ sind z.B.

- medizinische und pflegerische Versorgung
- alltagsunterstützende Technik in der eigenen Häuslichkeit
- soziale Dimension des Alterns
- Mobilität und körperliche Aktivitäten
- Lebensmanagementstrategien
- Wohnumfeldsituationen
- Prävention (insbesondere auch das Thema „Sturzprophylaxe“)

Aktiv für ein gesundes Altern

Geriatrische Versorgung

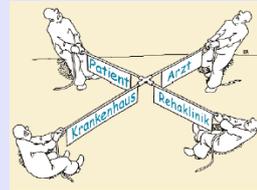


- Die Versorgungsangebote sollen älteren Menschen helfen, den Alltag möglichst lange selbstständig und selbst bestimmt bewältigen zu können.
- Ältere Menschen wollen durch eine entsprechende Versorgung Unterstützung finden, wenn sie lernen müssen, mit Einschränkungen und Behinderungen zu leben.
- Ältere Menschen erwarten, dass das Leben mit Hilfe einer medizinischen und pflegerischen Versorgung in Würde zu Ende gehen kann.

Aktiv für ein gesundes Altern

Integrierte Versorgung

Hilfe und Behandlung aus einer Hand



Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und andere Leistungserbringer müssen kooperieren und für den notwendigen Wissensaustausch sorgen.

Fallmanagement auf der Behandlerseite wichtig!

Selbst bestimmtes Leben

So lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit leben

Baden-Württemberg zum Musterland machen!



Aktiv für ein gesundes Altern

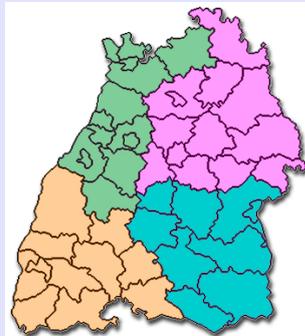
Bürgerschaftliches Engagement bedeutet

GEBEN
und
NEHMEN



Für andere sich einsetzen und gleichzeitig dadurch auch persönliche Lebenserfüllung haben.

Aktiv für ein gesundes Altern



Orts-, Stadt-,
Kreisseniorenräte und
der Landesseniorenrat
unterstützen qualifiziert
die Anliegen älterer
Menschen

www.lsr-bw.de



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**

Was wirkt? – Wissenschaftliche Grundlagen, Erfolgsfaktoren und Handlungsbedarfe in der Umsetzung erfolgreicher Programme zum Präventiven Hausbesuch

Dr. Matthias Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste der Gesetzlichen Krankenversicherung



Eine breit angelegte Präventionsstrategie für die Bevölkerungsgruppe älterer Menschen berücksichtigt neben settingbezogenen Ansätzen auch unterschiedliche Maßnahmen der Eigenvorsorge (z.B. Informationsangebote, häusliches Training) und „Komm-Angebote“ (z.B. Beratungs-, Sportangebote). Einzelne Teilgruppen älterer Menschen werden aus unterschiedlichen Gründen durch diese individuellen Präventionsangebote nicht oder nur unzureichend erreicht. Daher haben Überlegungen für zugehende, aufsuchende Präventionsangebote für Teilgruppen von älteren in der Häuslichkeit lebenden Menschen ihre unbestrittene Berechtigung.

Die mittlerweile langjährigen internationalen Erfahrungen zur Erprobung Präventiver Hausbesuche zeigen aber kein eindeutiges Erkenntnisbild. Die Studienlage ist durch große Unterschiede in den erprobten Präventiven Hausbesuchsprogrammen gekennzeichnet (z.B. Zielgruppen, Qualifikation der Hausbesucher, Häufigkeit und Dauer der Hausbesuche), ein Wirksamkeitsnachweis liegt nur für Teilgruppen von Studien vor. Da ein Wirksamkeits-

nachweis für klientenbezogene Zielkriterien unter deutschen Bedingungen bisher aber nicht vorliegt, können Präventive Hausbesuche nicht als regelhaft zu verankerndes Leistungsangebot von Kranken- oder Pflegekassen empfohlen werden. Empfehlungen verschiedener Institutionen und Experten zugunsten eines deutschen Forschungsprogramms zur systematischen Erprobung Präventiver Hausbesuche werden jedoch seit Jahren nicht aufgegriffen. Modellprojekte bieten die Möglichkeit Präventive Hausbesuche auf lokaler Ebene zu erproben. Diese Modellprojekte sollten in eine breit angelegte präventive Strategie vor Ort eingebunden sein, die vorliegenden Erfahrungen mit Präventiven Hausbesuchen kritisch reflektieren und initial wissenschaftlich begleitet werden.



**KOMPETENZ
CENTRUM
GERIATRIE**

*Impulskonferenz „gesund und aktiv älter werden“
„Präventive Hausbesuche“ im Spannungsfeld zwischen Ehrenamt und Hauptamt,
21.11.2011 Stuttgart*

Was wirkt? – Wissenschaftliche Grundlagen, Erfolgsfaktoren und Handlungsbedarfe in der Umsetzung erfolgreicher Programme zum Präventiven Hausbesuch

Matthias Meinck
Kompetenz-Centrum Geriatrie
des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste (MDK)



Dr. M. Meinck

GEV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Gliederung

- Prävention und Gesundheitsförderung im Alter
- Quellen für Evidenz in Prävention/Gesundheitsförderung
- Exkurs - komplexe Interventionen
- Wirksamkeit präventiver Hausbesuche
 - Metaebene
 - kontrollierte deutsche Interventionsstudien
- Handlungsbedarfe

Dr. M. Meinck 2

GEV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

- Voraussetzung = umfassende Kenntnis der Gesundheitssituation älterer Menschen (Ressourcen, Risiken, person-/umweltbezogene Kontextfaktoren)

Bund



Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002

Land



Gesundheitsbericht Kanton Zürich 2008

Stadt/Kreis



Altenbericht Hamburg 11/2011

Dr. M. Meinck 3

GEV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

- Voraussetzung = umfassende Kenntnis der Gesundheitssituation älterer Menschen
- **Eigenvorsorge** und Komm-Angebote sind vorrangig gegenüber Bring-Angeboten (Aufwand - Nutzen)

Beispiel 1

Selbsttest zur Sturzgefahr im Alter

(Anders J, Dapp U 2008)

BAUSTEINE für Ihre Mobilität:		
Sturzgefahr gebannt		22
Tipps für Radfahrer /-innen und Mobile		
S	wie Seh- und Hörstörung	24
T	wie Tabletten und Multimedikation	26
U	wie Ungewöhnliche Stimmung	28
R	wie Radfahren aufgeben	30
Z	wie Zittern bei Nervenerkrankungen	32
G	wie Gleichgewichtsstörung	34
E	wie Ernährung und Knochenfestigkeit	36
F	wie Furcht zu fallen, Gangunsicherheit	38
A	wie Aufstehen: Eine kleine Kraftprobe	40
H	wie Herz- und Kreislaufkrankungen	42
R	wie Ruhigeres Handeln	44
!	wie Achtung Sturz: Bereits hingefallen!	46
?	Gab es Sturzfolgen oder Verletzungen?	48
Aktiver Ausblick		50
Adressenübersicht		52

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg

Dr. M. Meinck


Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

- Voraussetzung = umfassende Kenntnis der Gesundheitssituation älterer Menschen
- **Eigenvorsorge** und Komm-Angebote sind vorrangig gegenüber Bring-Angeboten (Aufwand - Nutzen)

Beispiel 2

**Gleichgewichts-
/Krafttraining zu Hause**

(Becker C 2008)





Dr. M. Meinck 5


Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

- Voraussetzung = umfassende Kenntnis der Gesundheitssituation älterer Menschen
- **Eigenvorsorge** und **Komm-Angebote** sind vorrangig gegenüber Bring-Angeboten (Aufwand - Nutzen)

Beispiel 3

**Gesundheitsförderung
für interdisziplinär
arbeitende geriatrische
Teams**

(Anders J, Dapp)





- Gesundheit
- Ernährung
- Bewegung
- Soziale
Vorsorge

Dr. M. Meinck 6


Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

- Voraussetzung = umfassende Kenntnis der Gesundheitssituation älterer Menschen
- **Eigenvorsorge** und **Komm-Angebote** mit Vorrang gegenüber Bring-Angeboten (Aufwand - Nutzen)
- Grundsätze:
 - zielgruppenorientiert
 - kontextsensitiv
 - evidenzbasiert



Dr. M. Meinck 7


KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Woher kommt Evidenz in der Prävention im Alter ?


THE COCHRANE LIBRARY
 Independent high-quality evidence for health care decision making

TOP 20 Cochrane database of systematic reviews in 2010

Review Title	Author	First Published
Interventions for preventing falls in older people living in the community.	Gillespie LD et al.	1/2009
Interventions for preventing obesity in children.	Summerbell CD et al.	2/2005
Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals.	Cameron ID et al.	4/2009
Interventions for treating obesity in children.	Luttikhuis HO et al.	4/2008
Support surfaces for pressure ulcer prevention	McInnes E	2/2004
Discharge planning from hospital to home.	Shepperd S	4/2003

(IN RANK ORDER)


 Dr. M. Meinck 8


KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

- Voraussetzung = umfassende Kenntnis der Gesundheitssituation älterer Menschen
- Eigenvorsorge und Komm-Angebote mit Vorrang gegenüber Bring-Angeboten (Aufwand - Nutzen)
- Grundsätze:
 - muss zielgruppenorientiert sein
 - ist kontextsensitiv
 - muss evidenzbasiert sein
- Präventive Hausbesuche sind komplexe Interventionen


 Dr. M. Meinck 9


KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Exkurs: Problem komplexer Interventionen

... die berühmte „black box“



- Was wissen wir über die Wirkung präventiver Hausbesuchsprogramme?
- Was wissen wir über den differentiellen Beitrag einzelner Programmkomponenten?
 - Qualifikation der Besucher
 - Anzahl/Dauer der Besuche
 - Zielgruppenkriterien (z.B. Alter, funkt. Status)
 - ...


 Dr. M. Meinck 10

GKV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Metaebene

Meta-Analysen:	Systematic Reviews
Elkan et al. 2001	van Hastregt et al. 2000
Stuck et al. 2002	Meinck et al. 2004
Huss, Stuck et al. 2008	Ploeg et al. 2005

- studienübergreifend bewertbare **Ergebniskriterien:**
 - funktionaler Status (Surrogatparameter für Pflegebedürftigkeit)
 - Mortalität
 - Heimübertritt

Dr. M. Meinck 11

GKV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Methodik

Heterogenität (randomisiert) kontrollierter Interventionsstudien:

- Zielgruppen:**
 - unterschiedliche Altersgruppen (+ 65, + 70, + 75)
 - mit oder ohne zusätzliche Einschränkungen (z.B. Pflegebedarf, ADL-Defizite)
 - unterschiedliche Ausschlusskriterien (Kognition, Sprache)
- Follow up:** zwischen 6 - 48 Monaten
- Interventionsdauer:** 6 Monate bis zu 48 Monaten
- Anzahl der Folgebesuche:** 0 bis 24
- beteiligte Professionen:** 1 - 3 (Freiwillige, Pflegefachkräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte)
- Zusatzqualifikationen der Hausbesucher:** in ca. 50 % der Programme
- Fallzahlen:** 22 - 4.128 Studienteilnehmer
- Gesundheitssysteme:** Dänemark, Großbritannien, USA, Schweiz, Kanada, Niederlande, Schweden, Finnland, Australien und Japan
- Zeitraum:** Erprobung erstreckt sich über mehr als 20 Jahre

Dr. M. Meinck 12

GKV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Metaebene

Ergebnisse der Meta-Analysen (> 20 RCTs mit > 14.000 Teilnehmern):

Endpunkt	Stratum anhand von Studien:	Effekt-schätzer	Studie
Mortalität	- mit mittlerem Alter der Teilnehmer von unter 77,5 Jahren	0,76 (0,65-0,88) #	Stuck et al. 2002
	- mit mittlerem Alter der Teilnehmer von unter 77 Jahren	0,74 (0,58-0,94) *	Huss et al. 2008
	- mit Einschluss von nicht nur altersgebrechlichen Teilnehmern	0,76 (0,64-0,89) *	Elkan et al. 2001
Funkt. Status	- mit Durchführung eines multidimensionalen Assessments mit Follow-up	0,76 (0,64-0,91) #	Stuck et al. 2002
	- mit Durchführung einer klinischer Untersuchung im Rahmen des initialen multidimensionalen Assessments	0,64 (0,48-0,87) *	Huss et al. 2008
	- bei einer Mortalität in der Zielgruppe von unter 6%	0,78 (0,64-0,95) #	Stuck et al. 2002
Pflegeheim-übertritte	- mit Einschluss von nicht nur altersgebrechlichen Teilnehmern	0,65 (0,46-0,91) *	Elkan et al. 2001
	- mit einer mittl. Anzahl der Hausbesuche > 9	0,66 (0,48-0,92) #	Stuck et al. 2002

* Odds Ratio, # Relatives Risiko, Konfidenzintervall in Klammern

Dr. M. Meinck 13


Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Metaebene

Mortalität: Stuck et al. JAMA (2002)

Figure 4. Effect of Preventive Home Visits on All-Cause Mortality

Tertiles of Mean Age	Mean Age, y	Mortality Reduced	Mortality Increased
72.7 to 77.5 y			
Fabacher et al, ¹³ 1994	72.7		
Pathy et al, ³⁰ 1992	73.4		
Vetter et al, ²⁹ 1984 (Gwent)	76.8		
Vetter et al, ³¹ 1992	76.8		
van Haastregt et al, ¹⁴ 2000	77.2		
Vetter et al, ²⁹ 1984 (Powys)	77.5		
Overall		0.76 (0.65 to 0.88)	

• Stratum: Studienpopulation 72,7 - 77,5 Jahre


Dr. M. Meinck 14


Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Metaebene

Mortalität: Huss, Stuck et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2008)

≤77 y

Study	Mean Age (y)	Mortality Reduced	Mortality Increased
Bouman (2007)	~77		
Fabacher (1994)	72.7		
Pathy (1992)	73.4		
van Haastregt (2000)	77.2		
Vetter, Gwent (1984)	76.8		
Vetter (1992)	76.8		
Sjölén (2007)	~77		
Subtotal (I-squared = 21.7%, p = 0.264)		0.74 (0.58, 0.94)	

- erneut positiver Effekt auf Mortalität gestützt durch die „alten“ Studien von Vetter (1984 und 1992)
- eine „alte“ Arbeit von Vetter, Powys (1984) - ohne positiven Effekt - verschiebt sich durch Anpassung um 0,5 Jahre in ein anderes Stratum
- zwei neuere Studien aus 2007 ohne positiven Effekt auf Mortalität


Dr. M. Meinck 15


Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Deutschland

keine bundesweiten Initiativen - aber regionale Projekte:

- **BZPH:** Machbarkeitsstudie in München (2001-2002)
- **Albertinen-Haus:** Trinationale EU-Studie: „Disability prevention in the older population“ (2000-2003)
- **Bosch BKK:** Projekt „mobil“ (2004-2007)
- **AOK Niedersachsen:** Programm für aktive Senioren „Gesund Älter Werden“ (2003-2008)
- **Universitäten Halle und Leipzig:** „Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuche“ (2007-2010) (gefördert durch das BMBF - Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd)
- Weitere unkontrollierte Projekte (Bremen, Frankfurt, München)


Dr. M. Meinck 16

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Deutschland

(Randomisiert) kontrollierte Interventionsstudien

	Projekt „mobil“/BKK Bosch	Projekt „Gesund älter werden“ / AOK Nds.	Projekt „Altern zu Hause“ Unis Halle und Leipzig
Zielgruppe	- 75 Jahre und älter - ohne Pflegeeinstufung - keine bekannte kognitive Beeinträchtigung	- 68 - 79 Jahre - ohne Pflegeeinstufung - ausreichende Deutschkenntnisse	- 80 Jahre und älter - Pflegestufe ≤ 1 - zu Hause lebend - ausreichende Deutschkenntnisse - keine kognitive Beeinträchtigung
Zugangswege	- Routinedaten einer Krankenkasse	- Routinedaten einer Krankenkasse	- Arztpraxen - Pflegeliasondienst im Krankenhaus - Einwohnermelderegister

Dr. M. Meinck 17

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Deutschland

	Projekt „mobil“/BKK Bosch	Projekt „Gesund älter werden“ / AOK Nds.	Projekt „Altern zu Hause“ Unis Halle und Leipzig
Zielkriterien	- Einstufung in die Pflegeversicherung - Einzug ins Pflegeheim - Anzahl der Krankenhaustage/-kosten - Gesundheitskosten - Funktionale Fähigkeiten - Subjektiver Gesundheitszustand	- Mortalität - Pflegebedürftigkeit - Einweisung in das Pflegeheim - Häusl. Krankenpflege - Krankenhaustage/-kosten - Auftreten sturzbed. Fraktur, Schlaganfall - Inanspruchn. ambulanter und Vorsorgeleistg., Gesundheitsförderung - Arzneimittelverordnungen/-kosten	<i>Primär:</i> - Pflegeheimaufnahmerate <i>Sekundär:</i> - Inanspruchnahme mediz. Leistungen und Kosten - gesundheitsbezogene Funktionsfähigkeit - gesundheitsbezogene Lebensqualität - Sturzprävalenz - Zeit bis zur Pflegeheimaufnahme - inkrementelle Kosten-effektivität und Kosten-Nutzwert-Verhältnis
Ergebnisse	- keine gesicherten Effekte	- keine gesicherten Effekte	- keine gesicherten Effekte*

Dr. M. Meinck 18

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE Wirksamkeit präventiver Hausbesuche: Synopse

- weitgehend **unspezifisch positive Wirkung**
- bisher **keine gesicherten Effekte für definierte Zielkriterien unter kontrollierten Bedingungen in Deutschland** (Skepsis eher gestiegen)
- **keine hinreichende Evidenz** für die zielsichere Ausgestaltung von einzelnen Erfolgsdeterminanten
- nur selten **gesundheitsökonomische Analysen (Eiger-Projekt / Schweiz)**: im 3. Jahr präventiver Hausbesuche zeigte sich eine Kompensation der Mehrkosten
- präventive/gesundheitsfördernde **Empfehlungen erfordern ausdifferenziertes lokales Netzwerk zielgruppenspezifischer und qualitätsgesicherter Angebote** (z.B. spezielle Sport- und Beratungsangebote, soziale Angebote, geriatrisch geschulte Hausärzte/Teams, geriatrische Akut-/Reha-Einrichtungen)

Dr. M. Meinck 19

GKV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Handlungsbedarfe

- 1. Prävention für ältere Menschen breit angelegt ausbauen**
 - Eigenvorsorge, Komm- und Bring-Leistungen (z.B. jährlicher Gesundheitscheck 75^{plus})
 - bestehende Präventionsangebote einbinden und weiterentwickeln
-> zu Netzwerken der Prävention ausbauen
- 2. Erprobung präventiver Hausbesuche**
 - multizentr. Erprobungsvorhaben in Deutschland unwahrscheinlich daher regionale Modellvorhaben aufeinander abgestimmt durchführen
- 3. Zielgruppe für präventive Hausbesuche**
 - Gesundheitsstatus (=Zusatzkriterien) erscheint bedeutsamer als Altersgrenze (dennoch unteren Schwellenwert definieren, z.B. 75 Jahre)
 - Personen die durch Komm-Leistungen nicht erreicht werden (z.B. sozial Benachteiligte)
 - „prefrail“ und „frail“ benötigen evtl. spezifische geriatrische Versorgungsangebote (z.B. ambulante mediz. Versorgung, Reha)



Dr. M. Meinck 20

GKV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Handlungsbedarfe

- 4. in Frage kommende Institutionen für präventive Hausbesuche**
 - prioritär bestehende Strukturen (z.B. Praxen geriatrisch geschulter Ärzte / Hausarztpraxen / Pflegestützpunkte)
- 5. Qualifikation/Berufsgruppen**
 - Hausärzte mit Unterstützung von Medizinischen Fachangestellten (MFA)
 - Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation
- 6. Dauer, Intensität und Umfang („einmal ist keinmal“)**
 - durchschnittl. Erstbesuchsdauer von 60 Minuten
 - individuelle Anzahl an Folgebesuchen max. 3 - 4 pro Jahr und Teilnehmer
- 7. Assessment**
 - multidimensionales Assessment (Instrumente sollten anschlussfähig sein an Vor-Ort arbeitende Einrichtungen (Hausärzte, Akut- und Reha-Kliniken z.B. Selbstversorgungsfähigkeit - Barthel-Index)



Dr. M. Meinck 21

GKV | MDK | MDK

KOMPETENZ CENTRUM GERIATRIE

Handlungsbedarfe

- auf lokaler Ebene sollte man kritisch, ergebnisoffen und umfänglich diskutieren
- Zielgruppe initial eng definieren, einzelne Komponenten systematisch variieren
- messbare Ziele definieren, wissenschaftlich evaluieren
- Alternativen abwägen – z.B. begleitende Angebote mit primär sozialem Fokus



Dr. M. Meinck 22

GKV | MDK | MDK



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Matthias Meinck

Stellvertr. Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie
beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg
040-25169 -491 (Tel.) -499 (Fax)
E-Mail: matthias.meinck@kcgeriatrie.de
URL: www.kcgeriatrie.de



Dr. M. Meinck

23

Ältere gezielt erreichen?! Erfolgreiche Zugangswege und zielgruppengerechte Ansprache älterer Menschen

Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover



Ältere gezielt erreichen?! Erfolgreiche Zugangswege und zielgruppengerechte Ansprache älterer Menschen

Prof. Dr. Ulla Walter

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung



Medizinische Hochschule
Hannover

Impulskonferenz "gesund und aktiv älter werden"
Schwerpunkt „Präventive Hausbesuche“
- im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt

Was erwartet Sie?

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Zugangswege
- Projektbeispiele



Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

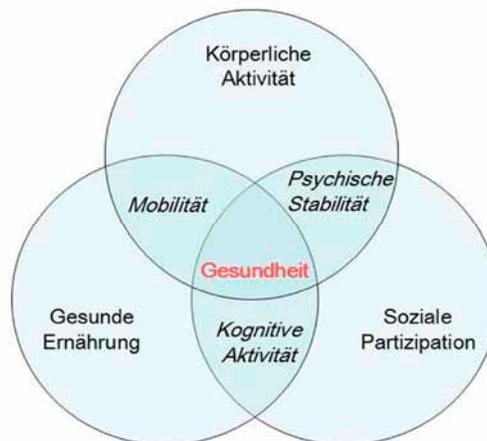
- Vermeidung von Erkrankungen und Funktionseinschränkungen
- Erhalt und Förderung der Gesundheit und Selbstständigkeit
- Erhalt einer aktiven Lebensgestaltung
- Förderung der Teilhabe
- Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems

Kruse A. Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. bildungsforschung, 3(2); 2006.



Ulla Walter
Medizinische Hochschule Hannover

Handlungs- und Zielfelder



Vgl. Dapp et al. Aktive Gesundheitsförderung im Alter; 2008.



Ulla Walter
Medizinische Hochschule Hannover

Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren

- | | |
|-------------------------------|--|
| • 50+ Arbeitnehmer | ➔ Betriebliche Gesundheitsförderung, work ability, Vorbereitung auf den Ruhestand |
| • 50+ Rehabilitanden | ➔ Präv. in Reha, Schulungen, Training |
| • 60+ Patienten | ➔ Prävention durch den Arzt, Krankheitsfrüherkennung, fallbezogenes Risikomanagement |
| • 60+ Pflegende Angehörige | ➔ Psychosoziale Unterstützung |
| • 65+ Bürger | ➔ Altersgerechtes Wohnen/ Wohnraumanpassung, Bildungs- und Kulturangebote, Seniorennetzwerke, Freiräume zur Kommunikation und Bewegung |
| • 70+ Nicht Pflegebedürftige | ➔ Präventive Hausbesuche |
| • 70+ Geriatr. Rehabilitanden | ➔ Funktionsverbess., Schulungen |
| • 80+ Pflegebedürftige | ➔ Prävention in der Pflege, Pflegehei: körperliche und geistige Mobilität, Ernährung |

Walter U. 2008
Prävention und Gesundheitsförderung im Alter



Ulla Walter
Medizinische Hochschule Hannover

Erreichbarkeit von Zielgruppen

erreichbare Zielgruppen:

- ✓ Frauen
- ✓ aktive und gesellige Personen
- ✓ Personen mit Einschränkungen, aber hoher Eigenverantwortlichkeit

„schwer erreichbare“ Zielgruppen:

- Männer
- nicht mobile Personen
- sozial benachteiligte/bildungsferne Personen
- Personen mit Einschränkungen, die sich zurückziehen
- Migranten

Hollbach-Grömig, Seidel-Schulze 2007

M_HH Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

- Zielpersonen haben das Recht eine Präventionsmaßnahme zu verweigern.

Aber:

- Wir erreichen möglicherweise Zielgruppen nur deshalb nicht, weil wir uns nicht hinreichend mit ihren Kontext befassen.

M_HH Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

Perspektivenwechsel



nach Soom Ammann, Salis Gross 2011

M_HH Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

Strukturelle Maßnahmen

- Gute Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten
- Barrierefreiheit
- Sicherheit











Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

Strukturelle Maßnahmen

- Gute Erreichbarkeit



Einwohner, deren Wohngegend eine hohe „Walkability“ aufweist, erreichen einen Tag mehr pro Woche die empfohlene 30-minütige körperliche Aktivität als Einwohner, die in einer Wohngegend mit geringer „Walkability“ leben.
(Sallis et al. 2009)

Komponenten der Verkehrsinfrastruktur, wie eine geringe Verkehrsgeschwindigkeit/-dichte, das Vorhandensein öffentlicher Verkehrsmittel und sicherer Bürgersteige sind mit einer höheren sportlichen Aktivität assoziiert.
(Davidson & Lawson 2006)



Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

Perspektivenwechsel: kleinräumig

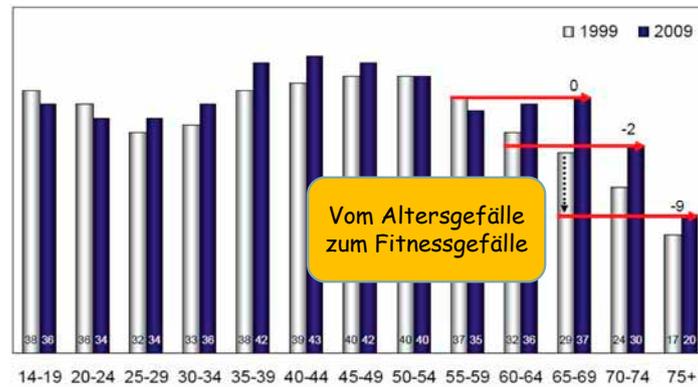


nach Soom Ammann, Salis Gross 2011



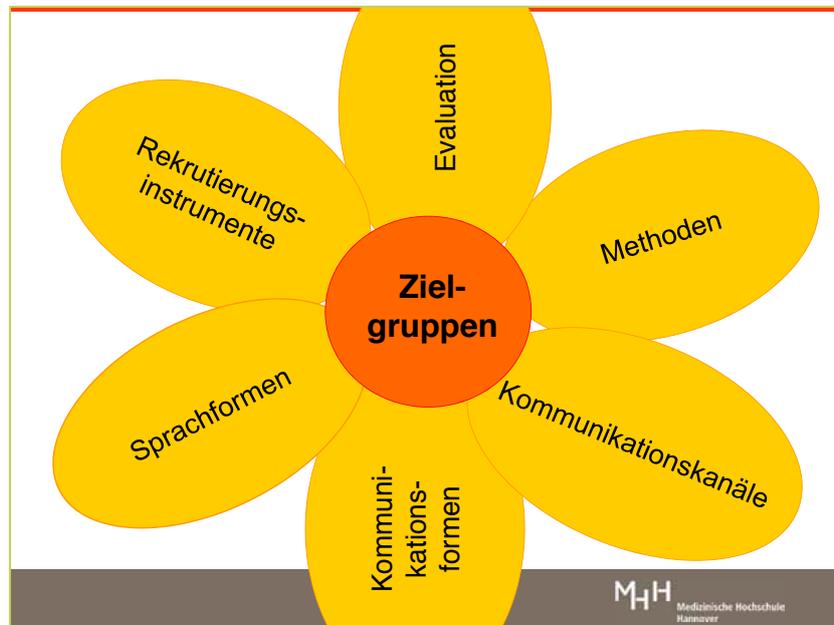
Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover

Freiwillig Engagierte nach Altersgruppen (Bevölkerung ab 14 Jahren, in %)



BMFSFJ: Hauptbericht des
Freiwilligensurveys, 2010

MHH Ulla Walter
Medizinische Hochschule
Hannover



Zugangswege in der Prävention

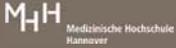
sind erst seit wenigen Jahren
Forschungsgegenstand



**Förderschwerpunkt
Präventionsforschung
2004-2012**

www.knp-forschung.de





Schwerpunkte

Bewegung	Ernährung	Stress	Sucht
Kita	Schule	Betrieb	Kommunen
Verhaltenspräventive Ansätze				
Information	Schulung	Beratung	Verhaltensbezogene Programme	
Verhältnispräventive Ansätze (Organisationsentwicklung)				
Zugehstruktur	Peers, Multiplikatoren		

I: Kinder, Jugendliche, Menschen mittleren Alters
n = 15

II: Kinder und Jugendliche
n = 17

III: Ältere Menschen (50+)
n = 14

IV: Menschen in schwierigen sozialen Lagen
n = 14

Gesundheitliche Ungleichheit

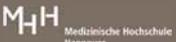
Methodenenwicklung und Qualitätssicherung
Wirksamkeit, Zugang, Intervention



Wer sind die Zielgruppen und wer findet Zugang zu Maßnahmen? Aktive Gesundheitsförderung im Alter

<p>Kommstruktur: Beratung in Kleingruppen, Empfehlung wohnortnaher Angebote</p> <p>Bringstruktur: Multidimensionale Einzelberatung (Präv. Hausbesuch)</p> <p>N=879/804 Patienten aus Hausarztpraxen Fragebogen Tel. Angebotsunterbreitung</p>	<p>Gesundheits-(Ressourcen)Förderer: 62,5% Komm-Angebot Zugang finden, aktive Tn, Integration in Alltag mobil, motiviert</p> <p>Gesundheits(Ressourcen)Verbraucher 27,9% Nicht-Teilnahme Wenig Selbstverantwortung, gesundheitsschädliches Verhalten Heterogen zusammengesetzt</p> <p>Gesundheits(Ressourcen)Verarmten 9,6% Bring-Angebot: Eingeschränkte Mobilität, viele RF Tnmotivation da Hilfebedarf und Verlust der Selbständigkeit</p>
---	--

Dapp et al. 2007



**Zielgruppenorientierte Adressierung
Ältere gezielt erreichen**



AOK Niedersachsen:

Programm „Gesund Älter Werden“ (GÄW)
seit 2004 in verschiedenen Regionen Niedersachsens modellhaft erprobt

Zielgruppe: nicht pflegebedürftige Versicherte über 65 Jahre

Beraterinnen: geschulte Präventionsfachkräfte der Krankenkasse (Krankenschwestern, Sozialpädagoginnen, Ernährungs- und Sozialwissenschaftlerinnen)

Deutscher Präventionspreis 2005



An der Zielgruppe ansetzen

Gruppendiskussionen

4 Gruppen in zwei Stadtteilen von Hannover (Frauen und Männer: 65 bis 75 Jahre; 76 plus)



Seniorenbüro

Interviews

12 persönliche Interviews in zwei Stadtteilen von Hannover (Frauen und Männer: 65 bis 75 Jahre; 76 plus)

zu Hause



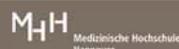
Ansprache von über 65-jährigen Frauen und Männern

Gesundheitsverständnis von Frauen und Männer im Alter			
Frauen (65-75 Jahre)	Frauen (76 plus)	Männer (65-75 Jahre)	Männer (76 plus)
Bewegung, Ernährung, Entspannung, Wohlbefinden, selbständige Lebensführung, soziales Engagement	geistige <u>und</u> körperliche Betätigung, Ernährung, familiäre Eingebundenheit	Bewegung, Mobilität und (körperlicher) Leistungsfähigkeit	geistige <u>und</u> körperliche Betätigung

Geschlechtsspezifische Ansprache

Ansprache für Frauen:
Betonung liegt auf Ernährung und gesellschaftliche Teilhabe

Ansprache für Männer:
Betonung liegt auf Aktivität und Bewegung



Einbindung der Zielgruppe: vermehrte Zielgruppenorientierung

Entwicklung eines geschlechtersensiblen Anschreibens

Optimierung des Flyers auf ein handliches Format, persönliche Ansprechpartner mit Bild

Eingrenzung der Zielgruppe des präventiven Hausbesuches

Umbenennung des Titels:

gesund älter werden -> unabhängig leben im Alter

1.228 Versicherte haben das persönliche Anschreiben und Flyer erhalten



1.239 Versicherte haben das persönliche Anschreiben und Flyer erhalten

Insgesamt haben 2.467 Versicherte Anprachematerial erhalten:

davon waren 62,5 % Frauen,
im Durchschnitt waren die Versicherten 73 Jahre alt.



1.228 Versicherte haben das persönliche Anschreiben und Flyer erhalten



1.239 Versicherte haben das persönliche Anschreiben und Flyer erhalten

Ältere Versicherte fühlen sich von dem überarbeiteten Material eher angesprochen (6,5%, zuvor 3,1%).
Tendenziell gibt es eine höhere aktive Rückmeldung auf die neue Ansprache.
Tendenziell reagieren Männer häufiger auf das neue Material.
(n = 2.467 Versicherte)





Wie sind die Versicherten mit dem Material umgegangen?

Haben Sie unseren Informationsbrief und Flyer erhalten?
(n=221)
=> 69% (n= 152) können sich erinnern!

2. Haben Sie diesen gelesen? (n=152)
=>Ja, gelesen sagen von diesen 2/3 der Versicherten

=> **Das heißt: Von 221 Befragten haben 49,8% das Ansprachematerial gelesen.**

=> **Wir verlieren somit bereits 50% der Zielgruppe, weil das Material nicht erinnert bzw. nicht gelesen wird.**




Wie sind die Versicherten mit dem Material umgegangen?

Haben Sie unseren Informationsbrief und Flyer erhalten?
(n=221)
=> 69% (n= 152) können sich erinnern!

2. Haben Sie diesen gelesen? (n=152)
=>Ja, gelesen sagen von diesen 2/3 der Versicherten

=> **Das heißt: Von 221 Befragten haben 49,8% das Ansprachematerial gelesen.**

=> **Wir verlieren somit bereits 50% der Zielgruppe, weil das Material nicht erinnert bzw. nicht gelesen wird.**

Postalische Versendung von Material nach dem Gießkannenprinzip erfordert ein hohes Input bei kleiner Erfolgsquote



BMBF „Überwinde deinen inneren Schweinehund“

Interventionsmodule der Bewegungskampagne



www.ueberwin.de
Gesundheit braucht auch Bewegung. Sprechen Sie mit unserem Praxisteams!

Ziel
Personen zur Teilnahme an LSB-Gesundheitssportangeboten motivieren

Zielgruppe
Personen ab 50 Jahren, Bewegungs- und Sportinaktive

Befragung
teilstrukturierte Interviews vor Plakatstandorten (n=60)

Wallmann et al. 2011



Zugangswege und Erreichbarkeit

Zugangswege

Hausarzt	5%
Einrichtung	16%
Zeitung	36%
Bekannte	29%
Krankenkasse	3%

Nur 6% der Hausärzte waren zu einer aktiven Beratung bereit
Hauptgrund: Zeitmangel

Plakate und websites sprechen bereits
Bewegungsaktive an

Direct mailing mit Terminvorgabe führt zu Steigerung der Trtrate

Wallmann et al. 2011



Vergleich von Zugangswegen



Krankenkasse (telefonisch)

Hausarztpraxis (persönlich)



Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
AOK – AöGE – Abschlussworkshop, 01.11.2011



Bildquellen: ddp.de, LWA/Getty Images

Zielgruppengerechte Ansprache

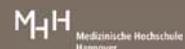
1. IboPräv - Identifikationsbogen
Präventiver Hausbesuch

2. Flyer

3. Anschreiben für Frauen und Männer



Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
AOK – AöGE – Abschlussworkshop, 01.11.2011



Zielgruppe

Einschlusskriterien:

- ✓ eingeschränkte Mobilität
- ✓ sozial isoliert
- ✓ depressive Verstimmungen
- ✓ chronische Erkrankungen/
Multimorbidität
- ✓ Schmerzen
- ✓ Krankenhausaufenthalt
- ✓ alleinlebend

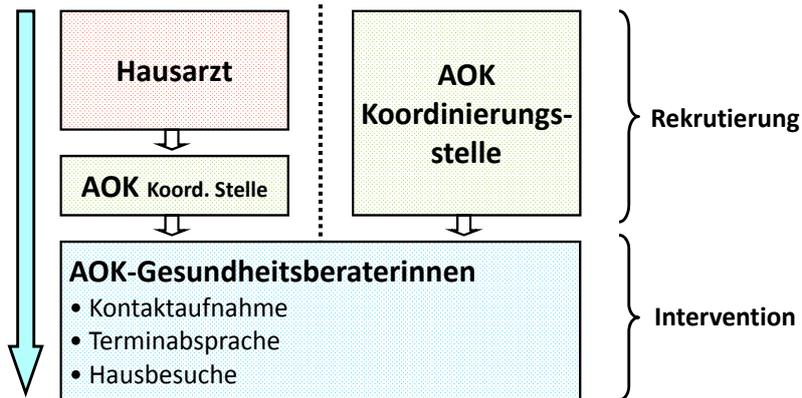
- ✓ pflegende Angehörige

Ausschlusskriterien:

- körperliche Aktivität
- aktuelle Teilnahme an
Präventionsangebote
- Pflegeeinstufung

- keine ausreichenden
Deutschkenntnisse

Zugangswege



Wen haben wir kontaktiert?

Grundgesamtheit
Hausarztpraxen: N=2477

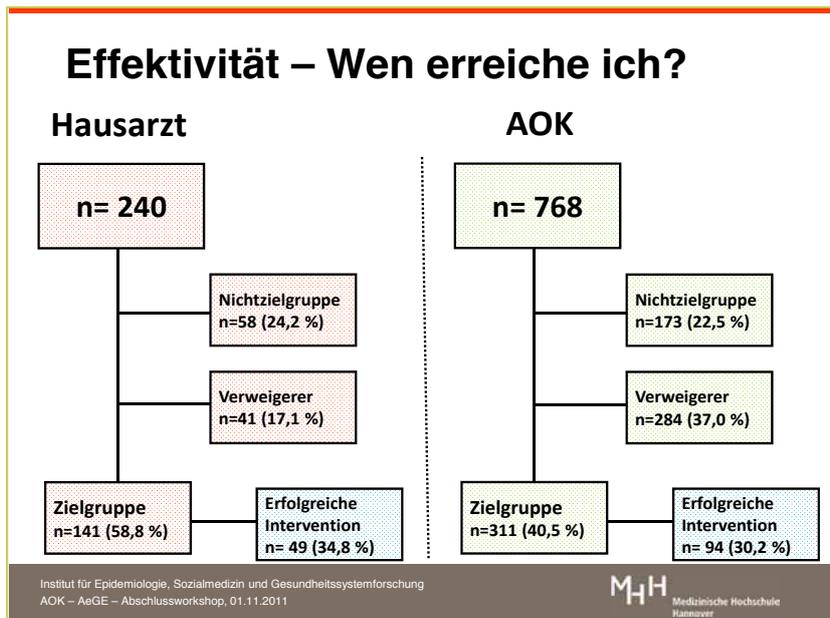
Es wurden davon **240**
(9,7%) Versicherte
kontaktiert

Rekrutierungszeitraum
01.12.2009 bis 01.12.2010

Grundgesamtheit
Krankenkasse: N=2614

Es wurden davon **768**
(29,4%) Versicherte
kontaktiert

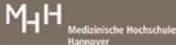
Rekrutierungszeitraum
01.12.2009 bis 01.12.2010

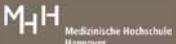


Profil Zugang: Zusammenfassung

<p>Krankenkasse:</p> <p>Die Zielgruppe umfasst ein etwas jüngeres Klientel, das eher allein lebt (62% vs. 41%) und den Verlust eines nahe stehenden Menschen noch bekümmert. Zweidrittel der Personen klagt über Schmerzen und über Bewegungseinschränkungen.</p>	<p>Hausarzt:</p> <p>Die Zielgruppe ist ein eher älteres Klientel, das scheinbar häufiger unter Schmerzen leidet und häufiger Medikamente einnimmt. Die Personengruppe leidet nach einigen Angaben häufiger unter Stimmungsschwankungen und fühlt sich in der Bewegung stark eingeschränkt.</p>
--	---

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
AOK – AeGE – Abschlussworkshop, 01.11.2011



- ### Zielsetzung – Analyse der Zugangswege
- **Effektivität**
 - ➔ Wie viele Personen erreiche ich?
 - ➔ Wie sind die Rekrutierungsquoten?
 - **Kosten(-Effektivität)**
 - ➔ Welche Aufgaben/Schritte sind für die Versichertenrekrutierung notwendig?
 - ➔ Wie sieht der Ablauf aus?
 - ➔ Wie groß ist der Zeitaufwand für die Durchführung der Intervention
- 
- Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
AOK – AeGE – Abschlussworkshop, 01.11.2011
- 

Projektaufwand

Rekrutierung von Arztpraxen

- Erstellung von Informationsmaterial (Praxisflyer und Anschreiben)
- Praxenrecherche
- Kontaktierung von Hausarztpraxen
 - Anschreiben
 - Telefonische Nachfrage

84 angeschriebene Arztpraxen (H:60; V:24)



21 Praxen mit Teilnahmebereitschaft



An der Rekrutierung beteiligt: 13 Praxen

≈ 7,2 Std./Praxis

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
AOK – AeGE – Abschlussworkshop, 01.11.2011

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Versichertenrekrutierung:

- Erheblicher Aufwand für die Rekrutierung und Betreuung der Arztpraxen
- Mehraufwand für die Rekrutierung beim Zugang Hausarzt (46 Min. vs. 29 Min./Versicherten)
- Zielgruppe wird über den Hausarzt besser erreicht.

Intervention – präventiver Hausbesuch

- Keine Unterschiede zwischen den beiden Zugängen

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
AOK – AeGE – Abschlussworkshop, 01.11.2011

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Gesundheitsförderung in einer ländlichen Region – gesundes Kinzigtal (60+) I

Intervention:

Etabliert in Hamburg
Halbtägige Beratung:
Ernährung, körperliche
Aktivität, soziale
Teilhabe
Interaktiv, wohnortnahe
Angebote

Bewertung:

Hohe Zufriedenheit

Zugang:

Anschreiben über
Krankenkasse, telefonischer
Kontakt,
Hausarzt
Indirekte Rekrutierung: Berichte
über das Programm in örtlichen
Zeitungen, Flyer in Apotheken
und Arztpraxen

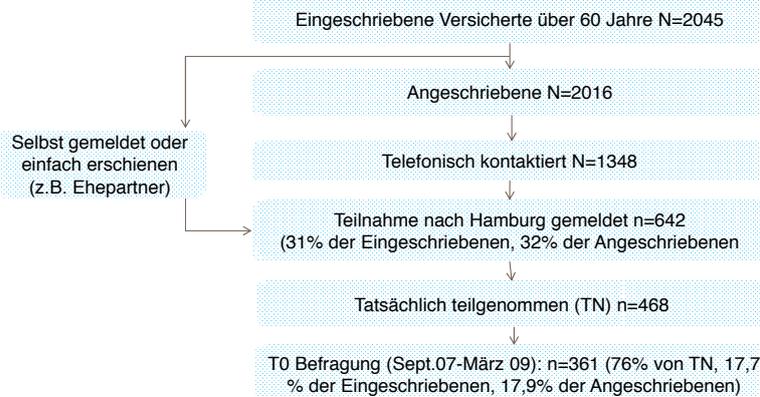
Erreichbarkeit:

Selbst gemeldet: 1,3%
Zusage nach tel. Kontakt: 45%

Hofreuter-Gäfkens et al. 2011 Bundesgesundheitsblatt

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

„Aktive Gesundheitsförderung im Alter (Agil)“ Kinzigtal



Gesundheitsförderung in einer ländlichen Region – gesundes Kinzigtal (60+) II

Chancen:
 Enge Vernetzung und hohe Zufriedenheit führte zu Schnellballeffekt durch Nachbarschaftswerbung (neighborhood canvassing)

Barrieren:
 Hoher Aufwand Veranstaltungen wohnortnah anzubieten
 Organisierte Fahrgemeinschaften
 Schlechte Verkehrsanbindung erschwert Zugang bes. für ältere Frauen ohne Führerschein bzw. Fahrpraxis
 Große Schwierigkeiten die Inhalte auf den Alltag der Zielgruppe anzupassen (traditioneller Lebensstil, Versorgung durch Familienangehörige, Ernährung, Bewegung)
 Geringe Schreibübung erschwerte das Ausfüllen von Ernährungsprotokollen etc.

Gesundheitsförderung in einer ländlichen Region – gesundes Kinzigtal (60+) II

Chancen:
 Enge Vernetzung
 Zufriedenheit
 Schnel
 Nachb
 (neig

Barrieren:
 Hoher Aufwand Veranstaltungen

I. Interventionen erfordern spezifische Anpassungen und können nicht einfach auf andere Regionen und Zielgruppen übertragen werden.

II. Eine Einbeziehung der Zielgruppe im Vorfeld ist entscheidend für wirksame Interventionen.

haften
 ung
 ältere
 bzw.
 Inhalte
 e
 Lebensstil,
 ung,
 g erschwerte
 das Ausfüllen von
 Ernährungsprotokollen etc.

Ausblick

Wesentlich ist eine genaue Definition und Eingrenzung der Zielgruppe

Die Erreichbarkeit von Zielgruppen erfordert ein Mix an abgestimmten Maßnahmen

Die Zielgruppen müssen partizipativ von Beginn an eingebunden werden

Geeignete Zugangswege erfordern hohe Investitionen, hier ist ein Umdenken erforderlich



Fragen?
Anregungen?

www.mh-hannover.de/walter.html

Altern zuhause - Unterstützung durch Präventive Hausbesuche

Prof. Dr. Johann Behrens, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund: Präventive Hausbesuche könnten helfen, Hilfe- und Pflegebedarf im Alter frühzeitig zu identifizieren, Selbstversorgungs- und Selbstpflegekompetenzen zu fördern und so letztendlich Heimübergänge zu verzögern bzw. zu vermeiden.

Zielstellung: Ziel der Studie war die Evaluation der Effektivität und Kosteneffektivität Präventiver Hausbesuche. Die Beurteilung der Effektivität erfolgte hinsichtlich der Verzögerung oder Verhinderung von Heimübergängen (Hauptzielgröße) sowie der frühzeitigen Identifikation von Selbstpflegedefiziten, der Verringerung von Stürzen, der Verbesserung bzw. Erhaltung der Selbstpflegekompetenz und der Steigerung der Lebensqualität. Die Beurteilung der Kosteneffektivität erfolgte durch die Berechnung der inkrementellen Kosten-Nutzwert-Relation aus gesamtgesellschaftlicher Sicht.

Methodik: Die Evaluation der Präventiven Hausbesuche erfolgte anhand einer multizentrischen, longitudinalen, kontrollierten Interventionsstudie. Insgesamt konnten 305 im Privathaushalt lebende Senioren (Alter \geq 80 Jahre) einer Kontroll- und Interventionsgruppe randomisiert zugeteilt werden. In der Interventionsgruppe wurden drei Hausbesuche durchgeführt: (1) Erhebung eines geriatrischen Assessments, (2) Beratung und (3) Booster Session.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen einen positiven Effekt von Präventiven Hausbesuchen auf das Sturzrisiko, die gesundheitsbezogene Lebensqualität wie auch die Möglichkeit der frühzeitigen Identifikation von Selbstpflegedefiziten. Kosteneffektivität wie auch ein signifikanter Effekt auf die Selbstpflegekompetenz und die Heimübergangsrate konnte hingegen nicht nachgewiesen werden. Es zeigten sich jedoch Trends von geringeren Heimübergangs- und Mortalitätsraten bei Teilnehmer/-innen mit Präventiven Hausbesuchen.

Schlussfolgerungen: Ein positiver Effekt Präventiver Hausbesuche im Alter konnte für einige Zielkriterien nachgewiesen werden. Zur endgültigen Beurteilung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität sind jedoch weitere Studien notwendig.



Selbstbestimmt länger zu Hause leben

**Ergebnisse der Studie „Altern zu Hause –
Unterstützung durch präventive Hausbesuche“**
study protocol [NCT00644826]

J. Behrens, S. Fleischer, Y. Sesselmann, G. Roling, S. Heinrich,
T. Luck, H. Rothgang, S.G. Riedel-Heller

PFLEGEFORSCHUNGSVERBUND
MITTE-SÜD

Evidenz-basierte Pflege
chronisch Pflegebedürftiger
in kommunikatv schwierigen
Situationen

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Selbstbestimmung,
nicht unbedingt Selbsttun ist die Basis von Coping und Care

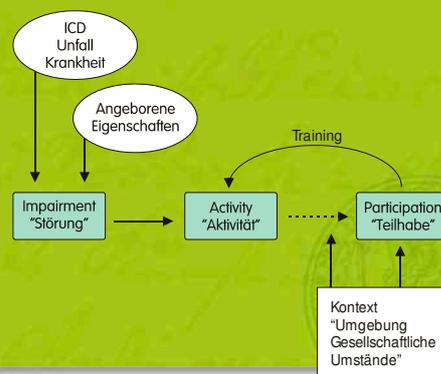
„Selbstpflegedefizit“ (Orem): Defizit
an Selbsttun oder an
Selbstbestimmung ?

Gerade bei körperlichen
Einschränkungen ist jede
fürsorgliche Bevormundung
besonders ‚kränkend‘.

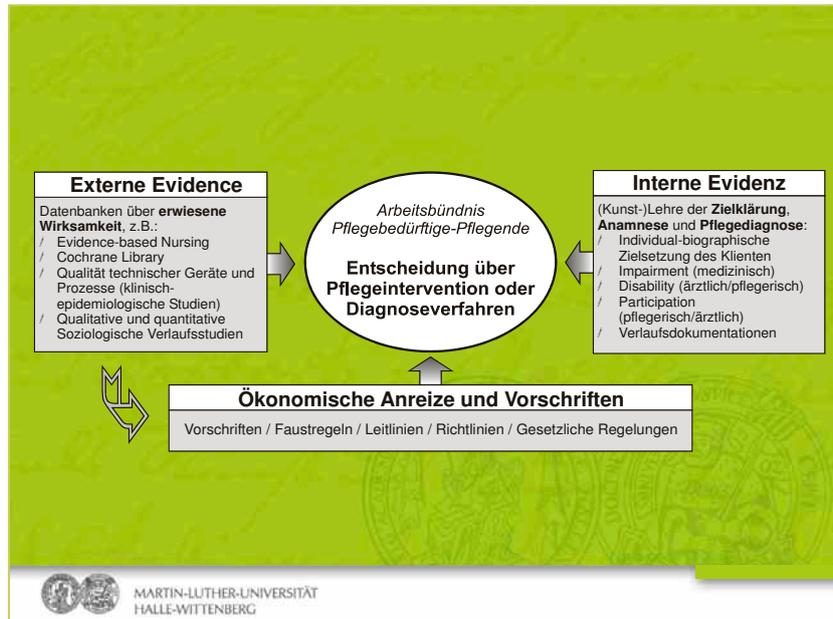
ZfSR 1990: Gnade, Krankheit,
Autonomie

(Norbert Elias, Hans Gadamer)

**Biographisch bedeutsame Partizipation
als Ziel von Pflege und Therapie**
Die ICF der WHO und das SGB IX



**Evidence Based Nursing: Pflegerische Entscheidungen in
bestverfügbarer Kenntnis ihrer Wirkungen (Max Weber:
Verantwortungsethik)**



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Autonomiegefährdend können durchaus gerade die Errungenschaften der neueren Pflegepraxis wie „Standards“, Orientierung an externer Evidence von Einzelleistungen der Grund- und Prozesspflege, Qualitätsmanagement wirken – wenn sie nicht hinreichend auf die interne Evidence der individuellen Autonomie- und Partizipationsbedürfnisse des je einzigartigen pflegebedürftigen Klienten bezogen sind.

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Hintergrund und Fragestellung –zentrale Fragestellung der Studie „Altern zu Hause“

Können präventive Hausbesuche durch geschultes Personal helfen, Heimübergänge bei Personen über 80 Jahren zu verzögern oder gar zu verhindern?

Welche Motivation steht hinter der Einführung präventiver Hausbesuche – Kostensenkung oder Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen?

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

Methoden

Ziel: Nachweis der Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen

Design: multizentrische randomisierte kontrollierte Interventionsstudie

Stichprobe: Einschluss: >80jähre, nicht institutionalisierte Personen (in Leipzig oder Halle)
Ausschluss: kognitive Einschränkung

Interventionen: Durchführung von max. 3 Hausbesuchen in der Interventionsgruppe (geriatrisches Assessment inkl. Fallkonferenz + Beratung + Booster) vs. keine Hausbesuche in der Kontrollgruppe

Hauptzielgröße: Reduzierung von Umzügen in ein Pflegeheim in einem definierten Zeitraum (18 Monate)

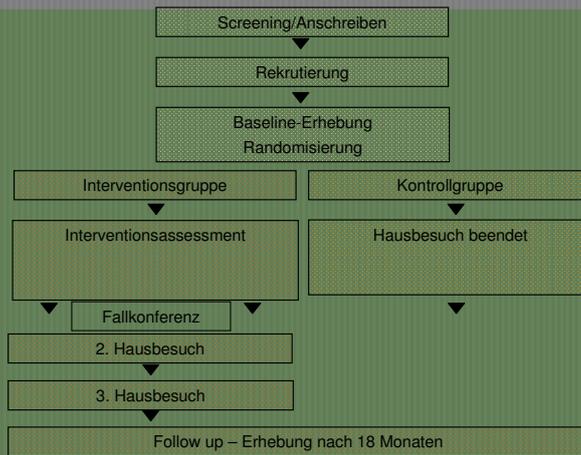
Nebenzzielgrößen: Stürze, Selbstpflegekompetenz, Lebensqualität, Kosteneffektivität



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

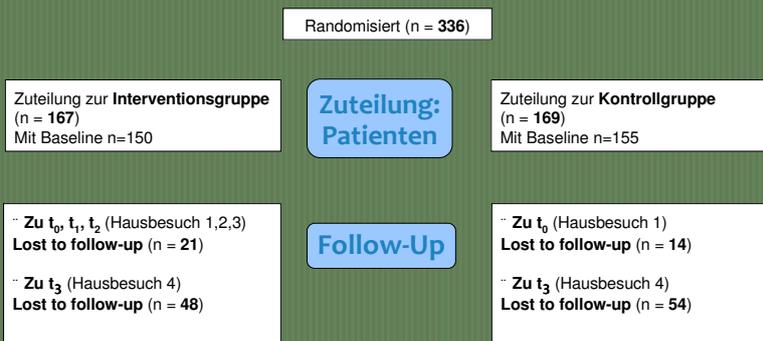
**Methoden
–Studienablauf**



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

Studienverlauf



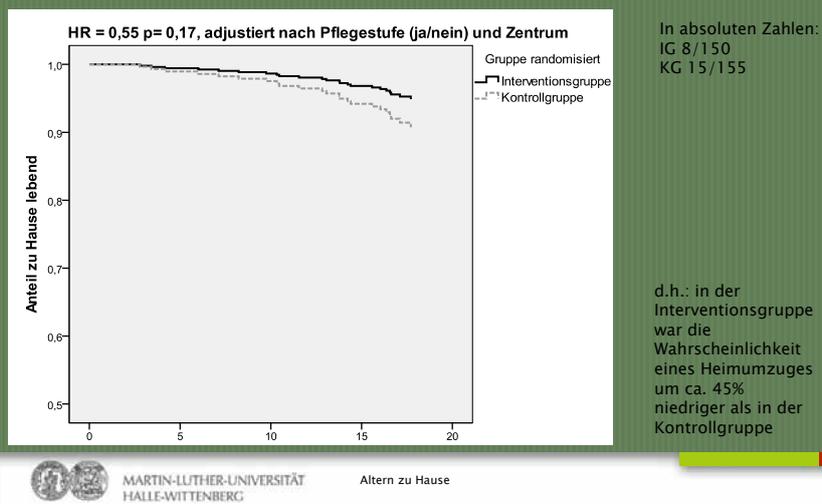
MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

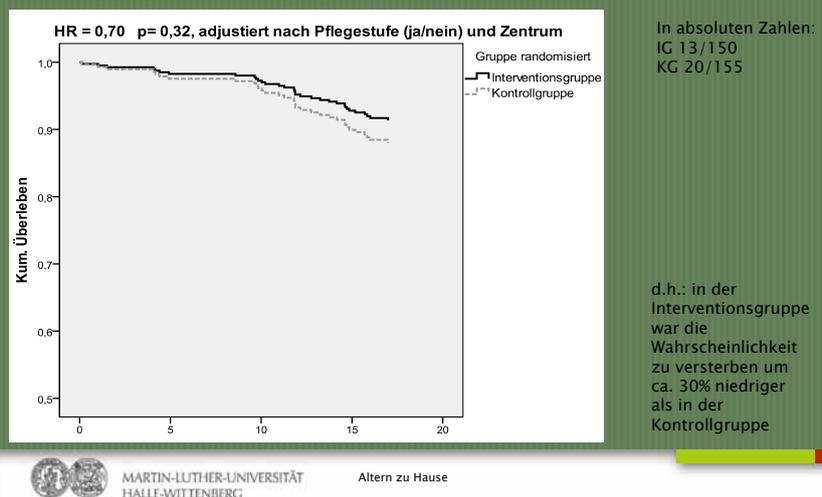
Baselinevariablen	Variable	Interventionsgruppe (n=150)	Kontrollgruppe (n=155)
	Geschlecht		
	Frauen n (%)	98 (65,3%)	111 (71,6%)
	Alter MW (SD)	84,8 (3,5)	84,7 (3,5)
	Barthel Index MW (SD)	89,3 (13,6)	86,7 (17,2)
	IADL MW (SD)	6,3 (1,7)	6,2 (2,0)
	MMSE MW (SD)	27,6 (2,3)	27,4 (2,8)
	VAS Gesundheitszustand MW (SD)	58,5 (19,3)	59,4 (16,6)
	GDS (5er Kurzform) MW (SD)	1,2 (1,1)	1,2 (1,2)
	CDS MW (SD)	4,5 (2,9)	4,9 (2,9)

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG Altern zu Hause

Hauptzielgröße: Umzug in ein Pflegeheim während des Beobachtungszeitraums



Mortalität - ein Nebenergebnis?



Analyse der direkten Kosten

	Interventionsgruppe (n = 134) ^a Mittelwert (SD)	Kontrollgruppe (n=145) ^a Mittelwert (SD)	Differenz Mittelwert (S.E. ^b)	P- Wert	Punktschätzer
Direkte Kosten	20.387 (23.552)	20.034 (23.965)	352,39 (2,848)	0,902 ^b	
Gesamtkosten	20.460 (23.553)	20.034 (23.965)	425,34 (2,848)	0,881^b	
QALYs	0,7990 (0,4091)	0,8007 (0,3981)	-0,0016 (0,0483)	0,973 ^b	

Inkrementelle Kosten-Nutzwert Relation

Dominanz der Kontrollgruppe

a) Fehlende Daten im Vergleich zur Baselineerhebung von n = 150 und n = 155 aufgrund fehlender Werte, zurückgezogener Einverständniserklärungen sowie aufgrund dessen, dass Angaben zur Leistungsanspruchnahme nicht erhebbar waren.; b) T-test; *Abkürzungen:* SD = Standardabweichung, S.E. = Standard Error

d.h.: die Intervention ist bei nicht nachgewiesener Wirksamkeit (bezogen auf die QALYs) mit höheren Kosten verbunden



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

**Problembereiche der Teilnehmer
(Problembereiche mit einer relativen Häufigkeit über 10%)**

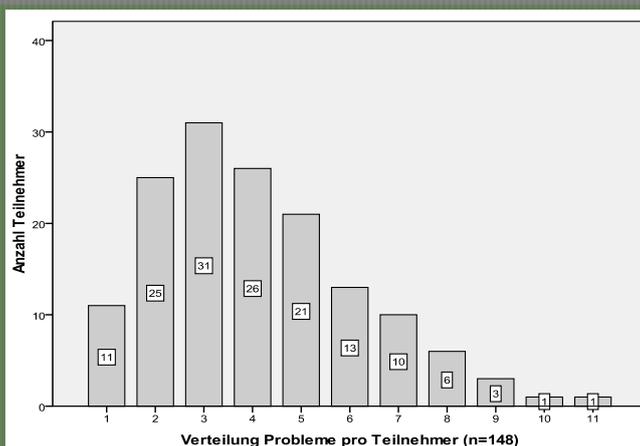
Problembereich	Häufigkeit	Anteil der Betroffenen
Sturzrisiko	80	53,7%
Fehlende Wohnraumanpassung	48	32,2%
Eingeschränktes Hörvermögen	39	26,2%
Eingeschränkte Mobilität	31	20,8%
Gefahr der sozialen Isolation	30	20,1%
Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	28	18,8%
Zunehmender Unterstützungsbedarf	23	15,4%
Eingeschränktes Sehvermögen	23	15,4%
Polypharmazie	23	15,4%



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

**Problembereiche der Teilnehmer
Häufigkeitsverteilung Probleme pro Teilnehmer**

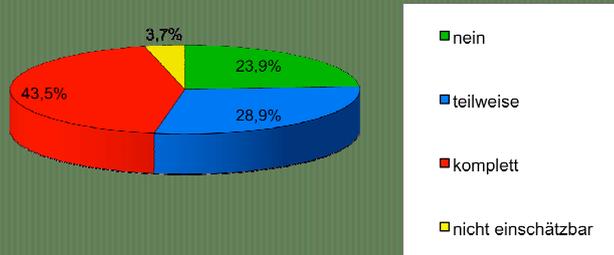


MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

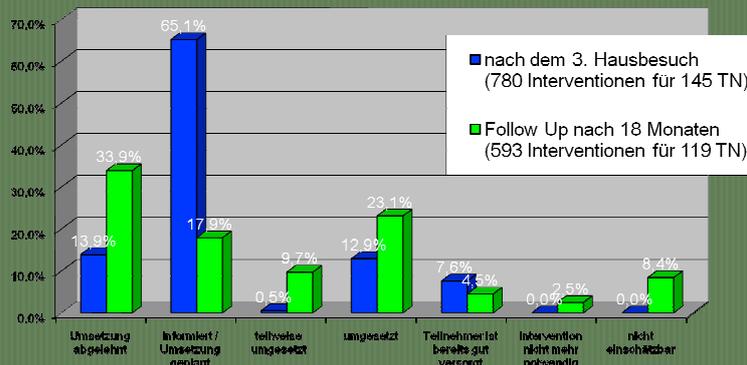
**Problembereiche der Teilnehmer
(nach 18 Monaten)**

Sind erfasste Probleme nach dem Follow Up noch vorhanden?
(593 Interventionen bei 119 TN)

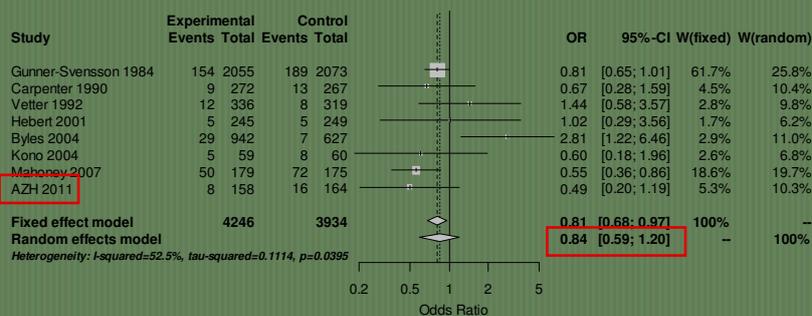


Problembereiche der Teilnehmer

Wurden die Interventionen von den Teilnehmern umgesetzt?

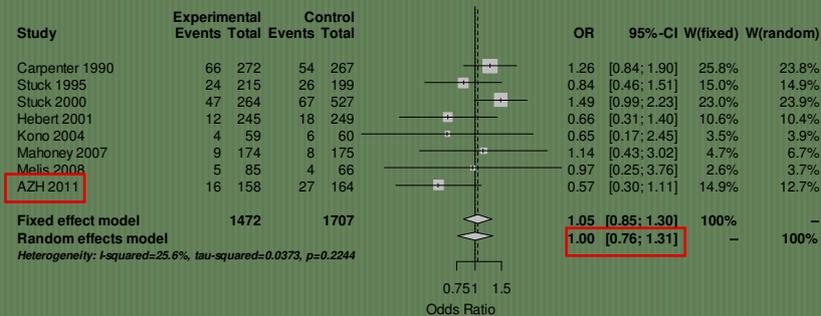


**Unsere Ergebnisse im Kontext
Umzug in ein Pflegeheim**



Effekte multidimensionaler Hausbesuche auf den Umzug in ein Pflegeheim (aktualisiert aus Huss 2008, Interventionen mit weniger als 3 Besuchen pro Jahr)

Unsere Ergebnisse im Kontext Mortalität



Effekte multidimensionaler Hausbesuche auf die Mortalität (aktualisiert aus Huss 2008, Personen über 80 Jahre)



Was beeinflusst den Umzug in ein Pflegeheim? Auswertung von Routinedaten der GEK

Modell 1

Es scheint ein deutlicher Einfluss des Alters und des Geschlechts zu bestehen

Modell 2 (Berücksichtigung soziodemographischer Daten)

Der Einfluss des Geschlechts zeigt sich nun fast nicht mehr, beachtet man die Lebenssituation (mehr alleinlebende Frauen im Alter),

Modell 3 (zusätzlich: Berücksichtigung des Gesundheitszustandes)

Der Einfluss des Alters geht zurück, der Gesundheitszustand hat eine große Erklärungskraft, insbesondere psychische Erkrankungen (Demenzen) sind starke Determinanten



Was beeinflusst den Umzug in ein Pflegeheim? Auswertung von Routinedaten der GEK

Variable	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Geschlecht (weibl. vs. männl.)	1,36 ***	0,94 **	0,95
65-69 Jahre ^{a,b}	1,43 ***	1,43 ***	1,37 ***
70-74 Jahre ^{a,b}	3,16 ***	2,99 ***	2,58 ***
75-79 Jahre ^{a,b}	8,65 ***	7,61 ***	5,62 ***
80 Jahre und älter ^{a,b}	32,13 ***	24,73 ***	13,70 ***
Unverheiratet vs. verheiratet		2,70 ***	2,50 ***
Arbeiter vs. Angestellte		1,25 ***	1,16 ***
Neubildungen ^b			2,86 ***
Psychische Erkrankung ^b			17,26 ***
Herz-Kreislauf Erkrankung ^b			4,04 ***
Muskuloskeletale Erkrankung ^b			1,01
Symptome/Laborbefunde ^b			3,79 ***
Pflegebedürftigkeit			3,06 ***
Verschlechterung Gesundheit			3,51 ***

a) Referenzkategorie 60-64 Jahre; b) zeitveränderliche Kovariate Signifikanzniveaus: ** = $p \leq 0,05$, *** = $p \leq 0,01$



Diskussion

- insgesamt hohe Ausfallraten (30%)
- niedrigere Inzidenz des Heimübertritts als in der ursprünglichen Fallzahlberechnung zugrunde gelegt (daraus resultierend eine zu kleine Stichprobe) (11% in KG statt 20%)
- Intervention stellt nur einen kleinen Eingriff in das Leben der Teilnehmer dar („Minimalintervention“), überwiegend Makeln vorhandener Angebote
- Ausfälle waren in beiden Gruppen vergleichbar, sowohl bzgl. der Anzahl als auch der Gründe
- Primäres Outcome ist kaum durch subjektive Einschätzung beeinflusst
- Tendenz der Senkung von Umzügen in stationäre Pflegeeinrichtungen und der Mortalität



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

Schlussfolgerungen

Für die Studienintervention "Präventiver Hausbesuch" konnte kein statistisch signifikanter Nutzen hinsichtlich des Outcomes „Umzug in ein Pflegeheim" nachgewiesen werden. Eine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit präventiver Hausbesuche hinsichtlich eines Umzugs in ein Pflegeheim ist derzeit nicht möglich.

Eine Wirksamkeit in Bezug auf die Mortalität scheint möglich. Die Ergebnisse sollten vorerst jedoch explorativ interpretiert werden, da es sich um ein sekundäres Outcome handelt.



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

Kontakt

Martin-Luther- Universität Halle-Wittenberg
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburgerstr. 8
06097 Halle/Saale

E-Mail: johann.behrens@medizin.uni-halle.de
steffen.fleischer@medizin.uni-halle.de
yves.sesselmann@medizin.uni-halle.de

Tel.: +49 (0) 345 557 4133

URL: www.medin.uni-halle.de/pflegewissenschaft



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Altern zu Hause

Der Präventive Hausbesuch konkret

Aktivierender Hausbesuch bei Seniorinnen und Senioren, DRK Kreisverband Tübingen
Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner, Landeshauptstadt München

Fachstelle für präventive Beratung, Spitex Zürich
Betreutes Wohnen zu Hause, Lenninger Netz

Begleitung im Alltag, Stadt Reutlingen
Präventive Hausbesuche - Gesundheitsberatung für Senioren, Caritasverband Frankfurt e.V.

Gesund Älter Werden, AOK Niedersachsen
Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter, Stadt-Seniorenrat Aalen e.V.

Optimierung aufnehmender und zugehender Konzepte pflegerelevanter Nachfragen (PON) sowie Systematisierung und Vernetzung pflegebezogener Angebote (POA) im Kreis Siegen-Wittgenstein, Kreis Siegen-Wittgenstein
Miteinander gesund älter werden im Stadtteil, Der Paritätische Baden-Württemberg

Am Nachmittag stand die Vorstellung der ausgewählten Praxisbeispiele im Mittelpunkt.

Zur Einführung gab Frau Thiemann (AOK Braunschweig) Einblicke in das Hausbesuchsprogramm „Gesund Älter Werden“. Im Anschluss daran fanden Gesprächsrunden zur Entwicklung von Qualitätskriterien Präventiver Hausbesuche entlang von Themeninseln und Leitfragen statt. Dabei stellten die zum jeweiligen Schwerpunktthema zugeordneten Praxisbeispiele ihre Programme anhand eines Posters vor. Die ausführlichen Steckbriefe der Praxisbeispiele sind im Anhang zu finden.



Einführung

Gesund Älter Werden

Das AOK Programm für aktiv älter werdende Menschen

Jeanette Thiemann, Präventionsberaterin AOK Braunschweig

Gesund Älter Werden
 Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen

Präventive Hausbesuche für Versicherte
 vom 63. bis 79. Lebensjahr





Gesund Älter Werden
 Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen

Wie erfährt unser Versicherter von dem Programm?

Der/die Versicherte erhält ein
 ➤ persönliches Anschreiben 
 und einen Flyer mit Foto von den Beraterinnen.

➤ Einige Tage später rufen wir an.
 Dieses erste Telefonat ist in der Regel
 sehr intensiv und klärt den Beratungswunsch, oft
 auch bereits den Beratungsbedarf und das Beratungsthema. 

Selbstverständlich haben wir einen Dienstausweis und sind
 telefonisch in der AOK erreichbar.



Gesund Älter Werden

Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen

Der erste Hausbesuch



Ziel:

- **Beziehung aufbauen**
- **Beratungsthema ermitteln bzw. konkretisieren**
- **Beratungsbedarf ermitteln**

Als Unterstützung verwenden wir Fragebögen, die uns Informationen zum mentalen, kognitiven, physiologischen und sozialen Status der Senioren geben.



Gesund Älter Werden

Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen



Bei Beratungsbedarf

unterstützen und begleiten wir als Berater den Veränderungsprozess mit dem Ansatz der systemischen-lösungsorientierten Kurzzeitberatung und übernehmen Lotsenfunktion.

In der Regel führen wir 3 bis 4 Hausbesuche pro Versicherten durch. Ein Hausbesuch incl. Vor- und Nacharbeit nimmt ca. 4 Stunden in Anspruch.



Gesund Älter Werden

Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen

Ziel der Beratung:

- ▶ Risikoreduktion in Verbindung mit dem Ausbau von Schutzfunktionen und Gesundheitspotentialen

durch

- ▶ Aktivierung im Sinne einer Stärkung und Erweiterung der individuellen Handlungskompetenzen und Handlungsressourcen
- ▶ Prioritäten- und Zielsetzung/ Bewertung der Bedeutung durch die Seniorin/ den Senior
- ▶ Gespräche über die mit der Veränderung gemachten Erfahrungen



Gesund Älter Werden

Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen



Häufige Themen sind
 Bewegung im Alltag/ Mobilität
 wohnortnahe Angebote finden
 psychosoziale Themen
 Ernährung und Trinkverhalten
 Impfungen
 Kontakt zu Hilfsorganisationen
 herstellen
 (z.B. Nachbarschaftshilfe,
 Seniorenbüro)
 Wohnberatung



Gesund Älter Werden

Das AOK-Programm für aktiv älter werdende Menschen

Gruppenangebote

In den Gesund-älter-werden-Regionen werden spezifische und bedarfsorientierte Gruppenangebote (zeitlich begrenzt) vorgehalten.

- ▶ Dadurch wird eine Möglichkeit des Lernens durch Erleben geschaffen.
- ▶ Soziale Netzwerke können sich bilden, die eine hohe Bedeutung für Interventionsmaßnahmen haben und/oder als neu gebildete Kleingruppen Dauerangebote nutzen.

Netzwerkarbeit auf Stadtteilebene

Die Gesund-älter-werden-Beraterinnen arbeiten in Netzwerken mit, um

- ▶ Angebote im Sinne einer kleinräumigen Gesundheitsförderung zu unterstützen oder auch anzuregen.
- ▶ „Übergänge“ in Dauerangebote für die GÄW-Teilnehmer zu optimieren.



Themeninseln

Themeninsel 1: Zielgruppe und Zugangswege

Moderation: Dipl. Sportwiss. Andrea Schlüter, Stuttgart

Praxisbeispiele: DRK Kreisverband Tübingen, Landeshauptstadt München

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Aktivierender Hausbesuch bei Seniorinnen und Senioren

DRK Kreisverband Tübingen, Abteilung Sozialarbeit

Kontakt: Claudia Stöckl, DRK Kreisverband Tübingen
c.stoeckl@drk-tuebingen.de
Angelika Farnung, DRK Landesverband Baden-Württemberg
a.farnung@drk-bw.de

Zeitraum: ab Juli 2008, Förderzeitraum 2009 durch das Sozialministerium im Rahmen der Umsetzung des Präventionspaktes, danach integriertes Konzept

Ziele

- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- Bewegungsförderung um die Alltagsfähigkeit der Personen zu erhalten
- Sturzprävention
- Zuwendung durch Gespräch, gegen Einsamkeit und Isolation



Zielgruppe und Zugangswege

- Hochbetagte Seniorinnen und Senioren in häuslicher Umgebung
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit und schwerer Demenz

Zugang:

- Die Interessierten melden sich beim DRK. Oftmals rufen aber auch Angehörige an.

Vernetzung und Kooperationen

- Landratsamt Tübingen
- Hausärzte, welche für das Angebot werben

Qualitätsentwicklung

- Supervision
- Weiterbildungsangebote
- Dokumentation der Hausbesuchsverläufe

Qualifikation und Qualifizierung

Vom DRK Landesverband aus werden extra für den aktivierenden Hausbesuch Übungsleiterinnen und Übungsleiter ausgebildet. Diese müssen vorher keine Kenntnisse besitzen.

- Inhalte der Qualifizierung:
- Bewegungsanleitung für Hochbetagte
 - Sturzprävention
 - Gesprächsführung
 - Erste Hilfe

Finanzierung

Mittel gemäß § 45 d SGB 11

Der Teilnehmerbeitrag liegt bei 4,- Euro pro Besuch, wobei der erste Besuch kostenfrei ist. Manche bezahlen auch freiwillig mehr, andere hingegen können nicht so viel bezahlen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen erhalten eine Aufwandsentschädigung von 10,- Euro pro Besuch.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Bei Interesse wird ein erster Hausbesuch durchgeführt. Ein **Fragebogen** muss ausgefüllt werden und eine Genehmigung des Hausarztes muss erfolgen. Die Begleiter werden hierzu umfassend geschult und vorbereitet.

Einmal pro Woche findet ein Besuch statt. Es gibt einige Seniorinnen und Senioren die über 1-2 Jahre schon eine Begleitung in Anspruch nehmen. Die **Kombination von Gespräch und Förderung der Beweglichkeit** ist das innovative und überzeugende Merkmal des Besuchs. In Bezug auf den Datenschutz unterschreiben die Mitarbeiterinnen des DRK ein Formular.

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner

Landeshauptstadt München

Kontakt: Angelika Gramenz, Landeshauptstadt München, Sozialreferat
angelika.gramenz@muenchen.de

Projektphase: 2010 - 2013

Das Projekt wird durch vier Projektpartner in vier Modellregionen in München durchgeführt.

Ziele

- Zugangsmöglichkeiten zu den Zielgruppen erarbeiten
- Rechtzeitige Beratung und Unterstützung der Zielgruppen, nicht erst in akuten Krisensituationen
- Folgen von Altersarmut und Vereinsamung durch schnellere Vermittlung in bestehende Angebote abmildern
- Einsparpotentiale bei kommunalen Personalkosten und Transferleistungen durch Vermeidung von Krisen- und Gefährdungsfällen überprüfen
- Aussagen zu Kosten und Nutzen bei einer flächendeckenden Ausweitung des Angebots, Überprüfung alternativer Kostenträger
- Entwicklung eines praxistauglichen Münchner Modells für Präventive Hausbesuche

Zielgruppe und Zugangswege

- Ab 75 Jahre
- Alleine Lebende und von sozialer Isolation bedrohte ältere Menschen
- Von Altersarmut bedrohte ältere Menschen
- Ältere Migrantinnen und Migranten ab 65 Jahren

Zugang:

- Direkt, auf eigene Anfrage (z.B. durch Pressemeldungen und Flyer)
- Über Multiplikatoren (soziale Einrichtungen, Hausärzte, Apotheken, Sanitätshäuser, Krankenhäuser etc.)
- Über Angehörige und Nachbarn

Vernetzung und Kooperationen

- Sozialbürgerhäuser (Fachstellen häusliche Versorgung)
- Alten- und Service Zentren
- Hauswirtschaftsdienste
- Begleit- und Ehrenamtliche Dienste
- Hausärztinnen und Hausärzte
- Krankenhaussozialdienste
- Beratungsstellen für ältere Menschen (Wohlfahrtsverbände)
- Apotheken, Sanitätshäuser
- Gerontopsychiatrische Dienste

Qualitätsentwicklung

- Multiprofessionelles Team
- Kollegiale Fallbesprechungen
- Monatliche Treffen der Praxiskräfte unter Beteiligung der Projektleitung und wissenschaftlicher Begleitung
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Praxisforschung und Projektbegleitung, München
- Begleitung durch den Projektbeirat (Drei Sitzungen/Jahr)



Finanzierung

Landeshauptstadt München: 570.000 Euro (über den ganzen Projektzeitraum)

Städtische Wohnungsbaugesellschaft GEWOFAG: Finanzierung von 0,5 Fachkraftstelle

Qualifikation und Qualifizierung

Drei hauptamtliche Sozialpädagoginnen und eine Sozialwirtin mit je 1/2 Stelle

- Grundqualifizierung durch beruflichen Abschluss
- Langjährige, einschlägige Berufserfahrung
- Basisworkshop zum Projektbeginn
- Regelmäßige Schulungsmodulare, flexible Themenwahl nach Bedarf (z.B. Wohnungsanpassung, sozialrechtliche Themen, Betreuungsrecht etc.)
- Laufende Information und Wissensvernetzung, Inputs durch Projektleitung
- Laufender Informations- und Erfahrungsaustausch

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Beraterinnen klären mit einem 2-seitigen **Fragebogen** beim Erstkontakt, welchen Bedarf die Betroffenen selbst sehen und welcher Bedarf ggf. aus fachlicher Sicht gesehen wird. Dann wird **an die entsprechenden Stellen weitervermittelt**.

Beispiele für Beratungsinhalte:

- Information über Treffpunkte und Veranstaltungen in der Nachbarschaft
- Information und Beratung zur selbständigen Lebensführung
- Auf Wunsch Beratung zu persönlichen Anliegen
- Vermittlung von Hilfen, ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen

Erstkontakt und ggf. 1-2 Folgebesuche. Es finden auch telefonische Beratungen statt. Folgebesuche werden individuell durchgeführt. Der Datenschutz ist über eine Einverständniserklärung und ggf. eine Schweigepflichtsentbindung geregelt.



Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART



Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg



Stellwand Themeninsel 1: Zielgruppe und Zugangswege

❖ Zielgruppe

- Es werden insgesamt mehr Frauen als Männer erreicht

❖ Zugang

- Multiplikatoren/-innen (Ärzte/-innen, Apotheken)
- Presse
- Mund zu Mund Propaganda
- Poster und Flyer
- Seriosität durch Foto und Telefonnummer auf Flyer
- Kooperationspartner haben verschiedene Zugangswege → Bürgerhaus → Wohnungsbaugesellschaft
- Bewegung als Türöffner
- Eigene institutionelle Strukturen

❖ Besonderer Handlungsbedarf

- Armut
- Migrantinnen/-innen
- Migrantinnenorganisationen
- Mögliche Lösung: Hausbesucher mit Migrationshintergrund

❖ Finanzierung

- Teilnehmerbeiträge und Spenden
- Projektförderung

Diskussionsergebnisse:

Die beiden vorgestellten Praxisbeispiele machen die unterschiedlichen Ansätze von Präventivem und Aktivierendem Hausbesuch deutlich. Während der Präventive Hausbesuch Information und Beratung der älteren Menschen als Kernelement beinhaltet, geht es beim Aktivierenden Hausbesuch insbesondere um konkrete Bewegungsförderung.

Zielgruppe:

Mehr Frauen als Männer werden bei den vorgestellten Praxisbeispielen erreicht

Zugang:

Bewährte Methoden sind z.B. Mund zu Mund Propaganda, Presse, Flyer (mit Foto der Beraterin und Telefonnummer)

Besonderer Handlungsbedarf:

Niederschwelliger Zugang z.B. über Bewegungsförderung, Sicherstellung der Nachhaltigkeit durch die Einbindung in eine institutionelle Struktur

**Hauptinteressensgebiete der Teilnehmer/-innen:**

Zugangswege, Schaffung von Vertrauen durch Seriosität bei den Angeboten und Personen, Qualifizierung

Goldene Tipps der Moderatorin:

Zugang über Mund zu Mund Propaganda und Bewegung als „Türöffner“ für weitere Beratungsinhalte nutzen

Themeninsel 2: Beratung und Aktivierung

Moderation: Dr. phil. Dipl. Psych. Elke Ahlsdorf, Heidelberg
 Praxisbeispiele: Spitex Zürich, Lenninger Netz

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Fachstelle für präventive Beratung

Stadt Zürich

Kontakt: Maria Messmer-Capaul,
 Spitex Zürich Limmat
 Maria.Messmer@spitex-zuerich.ch

Projektphase: Juli 2008 – Juni 2011,
 seit Juli 2011 integriertes Angebot der
 Altersstrategie der Stadt Zürich

Ziele

- Unterstützung der Seniorinnen und Senioren der Stadt Zürich um möglichst lange ein eigenständiges Leben zu Hause führen zu können
- Eventuell Verzögerung eines Heimaufenthaltes



Zielgruppe und Zugangswege

Alle Seniorinnen und Senioren ab 65 Jahren der Stadt Zürich, die zu Hause wohnen

Zugang:

- Die Seniorinnen und Senioren werden über das Einwohneramt angeschrieben. Das Angebot der präventiven Beratung wird dabei vorgestellt. Ein Fragebogen mit 11 Fragen liegt bei.

Vernetzung und Kooperationen

Eine Vernetzung besteht mit allen in der Stadt Zürich für die ältere Bevölkerung bestehenden Fachstellen und Netzwerke (den Gesundheitsdiensten der Stadt Zürich, die Angebote der Pro Senectute, dem schweizerischen Roten Kreuz, der Caritas, der Rheumaliga, den Hausärzten und viele mehr).

Qualitätsentwicklung

- Es wurde eine Evaluation von der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften durchgeführt (ZHAW)
- Langjährige Berufserfahrung der Beraterinnen in Spitex und in der Beratung
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Regelmäßige Weiterbildungen der Beraterinnen

Qualifikation und Qualifizierung

3 diplomierte Pflegefachfrauen (190 Stellenprozent) mit Weiterbildung in Beratung, Public Health, Erwachsenenbildung.
 Das Team wird vom stadtärztlichen Dienst Zürich unterstützt.

Professionelle Beratung umfasst sowohl fachunspezifische Beratungskompetenzen (z.B. Didaktik) sowie spezifisches Fachwissen (z.B. gerontologisches, gesundheitsförderndes Fachwissen)
 Die Beraterinnen wurden im Vorfeld 12 Tage geschult.
 Regelmäßige Weiterbildung sowie wöchentliche Sitzungen zum gegenseitigen Austausch und für Fallbesprechungen sind selbstverständlich.

Finanzierung

Ein Kredit von 1 Mio. Sfr. wurde für das 3-jährige Pilotprojekt von der Stadt Zürich gesprochen (Juli 2008-Juni 2011). Seit Juli 2011 wird die Finanzierung zur Hälfte über die Stadt Zürich und zur Hälfte über die drei städtischen Spitexorganisationen für mindestens ein weiteres Jahr getragen.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Bei Interesse seitens der Senioren wird der **Fragebogen zur physischen, psychischen und sozialen Gesundheit** an die Fachstelle zurückgeschickt. Anschließend erfolgt eine **kostenlose Gesundheitsberatung** bei einem Hausbesuch. Die Berater und Beraterinnen sind bei der Bewertung von Gesundheitsinformationen behilflich, beraten die Kunden, vereinbaren gemeinsam mit ihnen Ziele zu ihrer Gesundheit. Bei Bedarf werden die Kunden an entsprechende Dienstleistungsanbieter oder Institutionen weitergeleitet.

Die Anzahl der Beratungen sowie die Zeitdauer der Begleitung werden den Bedürfnissen der Senioren angepasst. Im **Schnitt sind es 2-3 Hausbesuche**, dazwischen gibt es auch **telefonische Beratungen** und **Grußkarten** zur „Aufmunterung“.

Der Datenschutz ist gewährleistet.

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Betreutes Wohnen zu Hause

Lenningen

Kontakt: Gabriele Riecker, Lenninger Netz
bwzh-lenningen@t-online.de

Zeitraum: Seit 2005

Ziele

- Älteren und hilfsbedürftigen Menschen das „Zu Hause bleiben“ so lange und so gut wie möglich zu ermöglichen
- Entlastung von Angehörigen



Zielgruppe und Zugangswege

- Ältere Menschen mit Hilfebedarf, Menschen mit Pflegebedarf, Demenz oder Behinderung
- Menschen, die eine Zäsur erlebt haben, wie z.B. eine Krankheit, der Tod des Partners etc.
- Behinderte, Hilfebedürftige, ältere Menschen, die bereits andere Dienstleistungen oder Hilfen des Anbieters nutzen und eine Ausweitung der Hilfen wünschen oder benötigen
- Menschen, die versorgen wollen und ein ausgeprägtes Vorsorgebedürfnis haben, darunter insbesondere jüngere SeniorInnen, die sich für die Möglichkeit interessieren, jederzeit in einen Betreuungsvertrag einzutreten zu können
- Angehörige von älteren Menschen, die nicht in der Lage sind, selbst die Betreuung oder die Organisation von Hilfen zu übernehmen
- Nach unseren Erfahrungen sind die unser Angebot nachfragenden Personen älter als 75 Jahre

Zugang:

- In erster Linie über Angehörige, Öffentlichkeitsarbeit, Ärzte, Pfarrer, Pflegedienste, Sozialdienst der Krankenhäuser, Nachbarschaft

Vernetzung und Kooperationen

- Gemeinde Lenningen und Stadt Owen
- Evang. und Kath. Kirchengemeinden in Lenningen und Owen
- Krankenpflegevereine in Lenningen und Owen
- DRK Kreisverband Nürtingen-Kirchheim
- Diakoniestation Teck
- Ärzte und Apotheker in Lenningen und Owen

Qualitätsentwicklung

- Monatliche Treffen der Bürgerschaftlich Engagierten mit der Hauptamtlichen Fachkraft zum Austausch, Fallbesprechungen und Fortbildung
- Persönliche Begleitung der BE
- Fortbildungen für Hauptamtliche
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Wissenschaftliche Begleitung durch die Evang. Hochschule Ludwigsburg, Prof. Hammer

Qualifikation und Qualifizierung

- Hauptamt: Dipl. Krankenschwester, Leitungsbildung
- Ehrenamt: Zu Beginn: 6 teilige Ausbildungsreihe mit Vorträgen
 - Auftaktveranstaltung: Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements
 - Depressionen im Alter
 - Einführung in die Gesprächsführung
 - Erinnerungsarbeit
 - Aspekte des Helfens, warum helfe ich?
- Abschlussveranstaltung: Wie sieht BE nun konkret aus?

Finanzierung

Vertragsgebühren 75 Euro/Monat für Einzelpersonen, 125 Euro/Monat für Ehepaare, Mitgliedsbeiträge, Spenden, Fördergelder, Wettbewerbe, kommunale Unterstützung

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Durch wöchentliche Besuche wird den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der älteren Menschen entsprochen. Sie werden gefordert z.B. durch Aktivierungen und Mobilisation, Defizite im sozialen Leben können ausgeglichen werden. Über die Koordinationsstelle werden alle Leistungen den Bedürfnissen angepasst und koordiniert. Ein 5-seitiger Fragebogen wird zur Ermittlung des Beratungsbedarfs eingesetzt. Die Vermittlung geschieht über die hauptamtliche Koordinationsstelle, sie kennt beide Parteien und kann zueinander passende Personen zusammen führen.

1. Die ausführliche Beratung

Die Leiterin der Koordinationsstelle vereinbart einen Besuchstermin mit den/dem Interessenten. In einem ausführlichen Gespräch vor Ort wird festgestellt, welche Defizite bestehen und welche Hilfen eine Entlastung bedeuten. Dabei ist erkennbar, welche Vertragsform der Situation angemessen ist: Options- oder Betreuungsvertrag. Der Inhalt der Verträge wird erklärt und daraus resultierende Fragen beantwortet.

2. Vertragsabschluss

Bei dem Besuch der Leiterin der Koordinationsstelle werden die wichtigsten persönlichen Daten erfasst. Die von der Koordinationsstelle ausgewählte Besuchsdienst-Person wird vorgestellt. Es erfolgt die Vereinbarung der Termine für die regelmäßigen Besuche und alle wichtigen Einzelheiten für die optimale Betreuung werden erklärt.

3. Die praktische Umsetzung

Ab jetzt kommt regelmäßig jede Woche die Besuchsdienst-Person ins Haus. Alle Fragen, Sorgen und Probleme können an diese Person gerichtet werden. Für weitere, in den Grundleistungen enthaltene Dienste kann die Koordinationsstelle angesprochen werden. Auch bei Bedarf von Wahlleistungen steht die Koordinationsstelle zur Verfügung. Alle Besuche und erbrachten Wahlleistungen werden dokumentiert.

Stellwand (A) Themeninsel 2: Beratung und Aktivierung

- ❖ Beratungsinhalte
 - Qualifikation?
 - Beratung und Intervention getrennt?
 - Beziehung wichtig, bietet Sicherheit

- ❖ Assessment
 - Ausführliches Assessment kein Problem

- ❖ Angebote
 - Wie finde ich passende Ehrenamtliche?
 - Eher Alltagsdinge, Sozialkontakte
 - Angebot direkt vor Ort
 - Zentral: gute Vernetzung und Zusammenarbeit
 - Problem: wie bekommt man die Ärzte ins Boot?

- ❖ Häufigkeit und Dauer
 - Sehr individuell

- ❖ Datenschutz
 - Nach Kontaktaufnahme kein Problem

- ❖ Finanzierung
 - Kostenfrei → keiner fällt durchs Netz

- ❖ Sonstiges
 - Situation Ehrenamtlicher

Stellwand (B) Themeninsel 2: Beratung und Aktivierung

- ❖ Beratungsinhalte
 - Selbstbestimmt zu Hause leben
 - Psychische Situation
 - Finanzielle Situation
 - Körperliche Situation
 - Soziale Situation
 - Bewegung
 - „Zuweisen“ und vermitteln

- ❖ Angebote
 - Werbung über Kirche, Zeitung, Flyer, etc.
 - Anschreiben über Meldeamt
 - Art des Angebotes abhängig von Größe (Stadt/ Land)
 - Angebot muss „ansprechend“ sein
 - V.a. > 75 Jahre
 - Telefonberatung und Postkarten

- ❖ Assessment
 - Woran wir das Ergebnis gemessen?

- ❖ Impulse
 - Politik sollte flächendeckend einwirken
 - Klare Linie erforderlich
 - Die Politik muss sich bekennen

- ❖ Häufigkeit und Dauer
 - Individualisierte Beratung

- ❖ Finanzierung
 - Städtische Mittel
 - Spenden
 - Kostenpflichtiges Angebot

- ❖ Sonstiges
 - Situation der Ehrenamtlichen
 - Jeder kocht sein eigenes Süppchen
 - Desillusionierung?
 - Für jeden Einzelnen lohnt es sich!
 - Implementierungsprozesse dauern
 - Beratung vs. Begleitung

Diskussionsergebnisse:

Als besonderer Handlungsbedarf wurde die politische Unterstützung für die Verbreitung der Präventiven Hausbesuche genannt.

Häufigkeit und Dauer des Präventiven Hausbesuchs:

Präventive Hausbesuche sind bedarfsorientiert zu gestalten, weil die Beratungs- und Aktivierungsprozesse vor dem Hintergrund heterogener Nachfragen bezüglich Beratungsinhalten sehr individuell sind

Beratungsinhalte:

Beratung möglichst individuell an den Interessen und Be-

dürfnissen der älteren Menschen orientieren

Hauptinteressensgebiete der Teilnehmer/-innen:

Konkrete Umsetzung des Präventiven Hausbesuchs, Problematik einer langfristig gesicherten Finanzierung

Goldene Tipps der Moderatorin:

Beratung möglichst individuell, nicht die Hoffnung aufgeben, sondern dabei bleiben, es lohnt sich für jeden Einzelnen

Themeninsel 3: Erforderliche Kooperationspartner und Netzwerke

Moderation: Gabriele Steffen, Geschäftsführerin Weeber+Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung (Stuttgart/Berlin), Erste Bürgermeisterin a.D., Tübingen
Praxisbeispiele: Stadt Reutlingen, Caritasverband Frankfurt e. V.

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Begleitung im Alltag

Stadt Reutlingen

Kontakt: Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere
abteilung.aeltere@reutlingen.de

Zeitraum: Seit 2004

Ziele

- Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Stadt, des Quartiers, der Nachbarschaft
- Förderung der Selbstbestimmung im Alter
- Verbesserung der Lebensqualität im Alter



Zielgruppe und Zugangswege

Ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der sozialen Kontakte und der selbstständigen Lebensführung. Es gibt keine starre Altersgrenze.

Zugang:

Die Begleiter/innen im Alltag werden in erster Linie vermittelt durch: Berater/innen der Abteilung für Ältere an ihre Klienten

Vernetzung und Kooperationen

- Pflegedienste und hauswirtschaftliche Dienstleister
- Krankenhäuser
- Kurzzeitpflege
- Niedergelassene Ärzte
- Hospizdienst
- Kirchengemeinden
- Stadtteilinitiativen und Vereine
- Begegnungsstätten
- Stabsstelle für bürgerschaftliches Engagement
- Referat für Migrationsfragen
- Selbsthilfegruppen
- Verschiedene Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements

Qualitätsentwicklung

Impulsschulungen, z.B. Qualifizierung der Ehrenamtlichen im Bereich Gesundheitsförderung und alltagsnaher Aktivierung zu mehr körperlicher Bewegung, Kinästhetik, Biografiearbeit, u.ä.

- Teilnahme an Fallkonferenzen mit allen Akteuren
- Vernetzung mit anderen BE – Projekten und Austausch
- Laufende Dokumentation, Jahresstatistik seit 2009, Jahresbericht
- 20% Stellenanteil verteilt auf verschiedene Mitarbeiterinnen sind mit dem Aufbau, der Begleitung und Weiterentwicklung des Projektes betraut. Als Beraterinnen und Gemeinwesenarbeiterinnen sind sie eingebunden in die Struktur der Abteilung für Ältere durch:
- Die wöchentliche Teamsitzungen, in den jährlichen Konzeptionstagen, in die regelmäßigen Teamsupervisionen, in die Qualifizierungsmaßnahmen und ihre Umsetzung in die Praxis (aktuell Case und Care Management)
- Regelmäßige Treffen der Begleiter/innen (3x jährlich)

Qualifikation und Qualifizierung

Qualifikation der Berater/innen und Gemeinwesenarbeiterinnen der Abteilung für Ältere:

- Sozialarbeit/-pädagogik
- Diplom Pädagogik

außerdem: Zusatzqualifikationen in den Bereichen: Supervision, Erwachsenenbildung, Methoden für die Arbeit mit Gruppen, Themenzentrierte Interaktion, Case und Care Management, etc.

Praxisnahe Basisschulung (6 Stunden) für die Bürgerschaftlich Engagierten

Inhalte:

- Reflexion des eigenen Altersbildes
- Ansätze des Empowerment und der Ressourcenorientierung
- Grundsätze der zwischenmenschlichen Kommunikation
- Informationen über Rahmenbedingungen: Daten- und Versicherungsschutz, Vertragsgestaltung

Finanzierung

Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere

Die bürgerschaftlich Engagierten erhalten eine Erstattung ihrer Fahrtkosten und kostenfreie Fortbildungen. Sie sind ehrenamtlich tätig und erhalten keine Aufwandsentschädigung.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Nach Abschluss der Basisschulung füllen die Ehrenamtlichen einen „**Persönlichen Leitfaden**“ aus, welcher **Rahmenbedingungen des Engagements** (Zeiten, gewünschte Orte etc.), Hobbys, Interessen, Fähigkeiten, Erwartungen und Wünsche beinhaltet. Im Falle einer **Vermittlung** führen die Berater/innen der älteren Person Vorgespräche mit der Person, die Begleitung wünscht und einer Person, die sich für die Begleitung interessiert. Erst dann lernen sich die Partner kennen und treffen die Entscheidung, ob der Kontakt weiter geführt werden soll. Die zuständige Beraterin nimmt nach den ersten Treffen Kontakt auf und fragt nach dem Verlauf und der Zufriedenheit auf beiden Seiten. In der Regel erfolgen wöchentliche Kontakte zwischen den älteren Menschen und ihren Begleiter/innen im Alltag. Das Angebot ist kostenlos und die Begleiterinnen im Alltag sind ehrenamtlich tätig.

Tätigkeiten:

- Aktivierung im häuslichen Bereich: z.B. gemeinsames Bepflanzen der Blumenkästen auf dem Balkon
- Belegung und Pflege von Talenten und körperlichen Fähigkeiten: z.B. gemeinsames Kochen, gemeinsames Ausführen von Handarbeiten
- Förderung sozialer Beziehungen: z.B. gemeinsamer Besuch eines kirchlichen Gesprächskreises, Spaziergänge im Park
- Gegenseitige Ermutigung zum Erhalt von Eigeninitiative und Selbstbestimmung: z.B. Unterstützung bei dem Sortieren von amtlichen Papieren

Datenschutz:

In der Grundausbildung findet eine Einheit zum Thema Datenschutz statt. Die Ehrenamtlichen unterzeichnen einen Vertrag, in dem ein ausführlicher Passus zu ihrer Schweigepflicht eingearbeitet ist.

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Präventive Hausbesuche - Gesundheitsberatung für Senioren

Caritasverband Frankfurt e.V.

Kontakt: Katharina Schroer, Caritasverband Frankfurt e.V. katharina.schroer@caritas-frankfurt.de

Zeitraum: Seit 2007

Ziele

- Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Selbstständigkeit älterer Menschen
- Möglichst langer Verbleib in der häuslichen Umgebung
- Lebensqualität verbessern
- Pflegebedürftigkeit vermeiden bzw. hinauszögern



Zielgruppe und Zugangswege

- Senioren im Alter von 70 Jahren und älter
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit
- Personen mit vermutetem besonderen Beratungsbedarf, wie bspw. Personen mit eingeschränkter Mobilität, sozialer Isolation, chronischen Erkrankungen

Direkter Zugang:

- Vermittlung durch Hausärzte oder über Kollegen aus Beratungskontexten
- Gesundheitsprechstunden in Nachbarschaftsclubs
- Vorstellung des Projekts in Seniorenclubs
- Arbeit im Quartiersmanagement
- Vermittlung durch Kooperationspartner
- Öffentlichkeitsarbeit

Vernetzung und Kooperationen

- Hausärzte
- Vereine, z.B. Seniorensport (Deutscher Turnerbund)
- Hauswirtschaftliche Hilfen
- Quartiersmanagement der Caritas
- Therapeuten, Fachhochschule Frankfurt
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Beratungs- und Vermittlungsstelle
- Sanitätshäuser, Mobile Augenoptiker
- Sozialräthäuser der Stadt Frankfurt
- Frankfurter Stiftung für Blinde und Sehbehinderte
- Weitere Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände

Qualitätsentwicklung

- Gruppensupervisionen mit weiteren Mitarbeitern die beratend tätig sind
- Kollegiale Fallberatung mit den Mitarbeitern die auch dem Förderprogramm „Würde im Alter“ der Stadt Frankfurt angehören

Finanzierung

Stadt Frankfurt

Qualifikation und Qualifizierung

Momentan ist die Stelle mit einer Person besetzt.
Bachelor of Science in Pflege (FH), nebenbei Master in Beratung und Sozialrecht
Hauptamtliche Tätigkeit (45%-Stelle)
Keine zusätzlichen Schulungen

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Präventiven Hausbesuche sind ein **Beratungsangebot** für ältere Menschen, die noch weitgehend selbstständig und ohne Pflegebedarf in ihren Wohnungen leben. Der Fokus liegt bei der Identifizierung der Risiken mittels **Assessment**. Daran anknüpfend findet eine **Gesundheitsberatung** statt, die sowohl auf die Risiken aufmerksam macht, als auch aufzeigt wie Risiken gezielt und im Rahmen der individuellen Ressourcen reduziert werden können.
Die Präventiven Hausbesuche sind ein zusätzliches Angebot des Caritasverbandes und für die Betroffenen kostenlos. 2-3 Hausbesuche pro Person werden über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten durchgeführt, ggf.auch länger. Folgebesuche finden in der Regel nach 14 Tagen statt. Telefonische Beratungen werden auch angeboten.
Die Mitarbeiter unterliegen der Datenschutzvereinbarung des Caritasverbandes.

Stellwand Themeninsel 3: Erforderliche Kooperationspartner und Netzwerke

❖ Kooperationspartner vor Ort

- Unterschiedliche Bezugssysteme
 - Gesundheitsförderung/ Altenhilfe
 - Kommune/ Caritas
 - Ehrenamtliche Begleiter/ professionell
 - Vermittlung an Angebote, Subsidiarität/ Erbringung von Angeboten
- Alle Akteure im Stadtteil
- Hausärzte/-innen
- Pflegedienste
- Stadtteilbüros
- Kirchen
- Vereine
- Stadtteilrunden wo vorhanden
- Quartiersmanagement
- Bewohnertreffs
- Angebote wie Gedächtnistraining
- Presse
- Kommunalpolitik (Rätinnen, Räte)
- Angehörige

❖ Netzwerke

- Fallbezogen
- Stadtteilbezogen
- Austausch zwischen Begleitern
- Fallkonferenz auch mit Ehrenamtlichen
- AG ambulante Dienste
- „Aktiv bis 100“
- Pflegekonferenz
- Vernetzung bürgerschaftlicher Initiativen

❖ Hausarztanbindung

- Hausarzt vermittelt an Caritas
- Hausarzt Teil des individuellen Pflege-/Hilfsnetzwerks
- Absicherung der Begleiter/-innen
- Datenschutz

❖ Finanzierung

- Sponsoren weniger → Programm „Würde im Alter“
- Politische Beschlüsse, Eckpunkte der Seniorenpolitik, §45 SGB XI → Beratungsstelle als Freiwilligenleistung der Kommune = Pflegestützpunkt (früher IAV)

Diskussionsergebnisse:

Die Diskussion hat bestätigt, dass Kooperation und Vernetzung wesentliche Qualitätskriterien für Präventive Hausbesuche darstellen.

Kooperationspartner und Netzwerke:

Gute Vernetzung und Kooperationspartner in der Kommune sind grundlegende Voraussetzungen für Präventive Hausbesuchsprogramme, wichtig dabei ist, dass die Präventive Hausbesuche in kommunale Programme und Beschlüsse integriert sind

Es gibt drei Arten von Netzwerken:

1. Gruppieren um eine Person
2. Stadtteilbezogenes Netzwerk
3. Austausch zwischen den Begleiter/-innen

Hauptinteressensgebiete der Teilnehmer/-innen:

Praxisbeispiele an sich, Übertragungsmöglichkeiten auf die eigene Situation



Goldene Tipps der Moderatorin:

Das Quartier ist eine wichtige Bezugsebene, Koordinationsstelle einrichten, z. B. im Rahmen des Quartiersmanagements im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ sowie Herstellen von Netzwerken

Themeninsel 4: Spannungsfeld Haupt- und Ehrenamt

Moderation: Dipl. Päd. Susanne Keefer, Ammerbuch

Praxisbeispiele: AOK Niedersachsen, Stadt-Seniorenrat Aalen e. V.

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Gesund Älter Werden

AOK Niedersachsen

Kontakt: Jeanette Thiemann,
AOK Servicezentrum Braunschweig
Jeanette.Thiemann@nds.aok.de

Zeitraum: Seit 2004

Ziele

- Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen
- Verbesserung der Lebensqualität durch Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeit, der Kompetenzen und Ressourcen
- Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und Unterbringung im Pflegeheim

Zielgruppe und Zugangswege

- 63-79 Jahre
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit
- Es werden alle Bildungsschichten erreicht, mehr Frauen als Männer

Zugang:

- Schriftliche oder telefonische Kontaktaufnahme einer Beraterin aller AOK-Versicherten in dieser Altersspanne. Bei Interesse erfolgt ein erster Hausbesuch

Qualitätsentwicklung

- Informations- und Erfahrungsaustausch
- Regelmäßige Treffen: Teamcoaching, Themenworkshops, regionale Arbeitsgruppen
- Multiprofessionelles Team
- Der **Präventive Hausbesuch** wurde im Rahmen des Projekts „Gesund Älter Werden“ 2004-2006 evaluiert.
- Im Rahmen des Forschungsprojekts „Ältere gezielt erreichen“ wurde die Effektivität und Kosteneffektivität von **Zugangswegen** am Beispiel des Präventiven Hausbesuchs evaluiert

Vernetzung und Kooperationen

- Hausärzte
- Vereine mit Beratungs- oder Betreuungsangebot, Sportvereine
- Gruppenangebote der AOK
- Regelmäßige Stadtteiltreffen
- Seniorenbüro, Seniorenservicebüro
- Kirchengemeinden, Begegnungsstätten, Nachbarschaftshilfen
- Die Verbindung zum Ehrenamt

Qualifikation und Qualifizierung

Hauptamtliche Präventionsberaterinnen der AOK Niedersachsen. Voraussetzung für die Begleitung ist eine Grundqualifizierung im präventiven Bereich. Zusätzlich erfolgt eine systematisch orientierte Kurzzeitberatung (ca. 6 Tage) und ein Kommunikationstraining (ca. 6 Tage).

Finanzierung

Fördermittel zwischen 2004-2006 über 2,5 Jahre, danach Leistung der AOK. Primärpräventive Maßnahme im Setting Kommune/Stadtteil und somit eine Leistung nach § 20 Abs. 1 SGB V

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Hausbesuche beinhalten die **Beratung** der Klienten und die **Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils**. Des Weiteren vermitteln die Beratenden regionale Angebote und besprechen mit den Besuchten individuelle Schritte und Ziele über das weitere Vorgehen. Im Rahmen der Beratung wird ein **Fragebogen** zur Gesundheitssituation in Anlehnung an das geriatrische Assessment eingesetzt. Die Versicherten erhalten einen **einmaligen Bonus** nach § 65 b SGB V für gesundheitsbewusstes Verhalten. Im Durchschnitt werden **3 Hausbesuche** durchgeführt. Überwiegend finden die Hausbesuche innerhalb eines Dreivierteljahres statt. Einige Senioren melden sich nach Abschluss der Beratungen mit einem erneuten Anliegen. Daraufhin erfolgt ein erneuter Kontakt. Der Datenschutz ist durch eine Datenschutzerklärung geregelt.



Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter

Stadt Aalen

Kontakt: Robert Dietrich, Stadt-Seniorenrat Aalen e.V.,
ssr.aalen@t-online.de

Zeitraum: Kooperationsprojekt der Stadt Aalen und des
Stadt-Seniorenrates Aalen, Projektbeginn: Nov. 2009

Ziele

- Durch die Bildung eines Netzwerkes mit den in der Seniorenarbeit tätigen Einrichtungen soll eine breite Basis für das Projekt „Seniorenbegleiter“ geschaffen werden
- Interessierte Seniorinnen und Senioren oder auch noch nicht im Seniorenalter befindliche Personen werden geschult und durch Absolvierung eines Kurses befähigt andere alte Menschen kompetent zu begleiten
- Geschulte Personen erhalten nach der Ausbildung ein Zertifikat. Danach können sie ihre ehrenamtlichen Hilfestellungen (z. B. bei Behördengängen, Vorlesen und Zuhören, Begleitung ins Theater/Kino usw.) anbieten



Zielgruppe und Zugangswege

Es steht außer Frage, dass durch den demografischen Wandel immer mehr Seniorinnen und Senioren nicht nur „Pflege im klassischen Sinn“, sondern auch individuelle Begleitung in „kleinen Alltagsangelegenheiten“ benötigen. Gleichzeitig gibt es immer mehr ältere Menschen, die bereit und in der Lage sind, sich ehrenamtlich für gezielte Aufgaben einzubringen.

Zugang:

Interessierte können sich beim Sozialdienst im Amt für Soziales, Jugend und Familie der Stadt Aalen oder dem Stadtseniorenrat Aalen melden.

Vernetzung und Kooperationen

- Amt für Soziales, Jugend und Familie z.B. für Mitwirkung bei Hausbesuchen der Koordinierungsstelle, Begleitung der Ehrenamtlichen bei Gruppenarbeit usw.
- Begegnungsstätte Bürgerspital (Räumlichkeiten für Schulungen)
- Familienbildungsstätte und/oder VHS, z.B. für Schulungen
- Kirchen, Freie Wohlfahrtsverbände, Ärzte, usw.

Qualitätsentwicklung

Für die ausgebildeten Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter finden regelmäßige Gruppentreffen unter Anleitung der Koordinierungsstelle statt. Zusätzlich wird eine eigene Evaluation durchgeführt.

Für das Projekt „Alltagsbewegung“ vom Sozialministerium Baden-Württemberg erfolgte eine externe Evaluation.

Qualifikation und Qualifizierung

Ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter werden in einem kostenlosen Kurs für die Durchführung der Hausbesuche qualifiziert. Die Qualifizierung erfolgt durch die Familienbildungsstätte und die Volkshochschule Aalen. Der Qualifizierungskurs beinhaltet 10 Bausteine zu je 2 Stunden und beinhaltet Module wie Gesprächsführung, praktische Hilfen, rechtliche Grundlagen und schafft u.a. einen Überblick über altengerechtes Wohnen.

Nachdem seit 2009 über 60 Seniorenbegleiterinnen und -begleiter ausgebildet wurden, findet derzeit jährlich noch ein Kurs statt.

Finanzierung

Im städt. Haushalt stehen insgesamt bis 5.000 € jährlich zur Verfügung, u.a. für:

- Kurskosten
- Öffentlichkeitsarbeit, Druck von Flyern usw.
- Bürokosten z.B. Zertifikate, Porto usw.
- Begleitung und Supervision (Gruppenarbeit usw.)

Zusätzlich werden Spendenmittel oder sonstige Fördermittel beschafft und eingesetzt.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Unabhängig für die Zusammenführung von „Anbietern“ und „Hilfesuchenden“ ist die Einrichtung einer vom Stadt-Seniorenrat Aalen e. V. ehrenamtlich betriebenen Koordinierungsstelle in Kooperation mit dem Sozialdienst des Amtes für Soziales, Jugend und Familie der Stadt Aalen.

Einsatzhäufigkeit, -zeit und -ort sind individuell bestimmbar. Die Partner vereinbaren den Inhalt der Begleitung selbst. Die Koordinierungsstelle steht bei Bedarf beratend zur Verfügung.

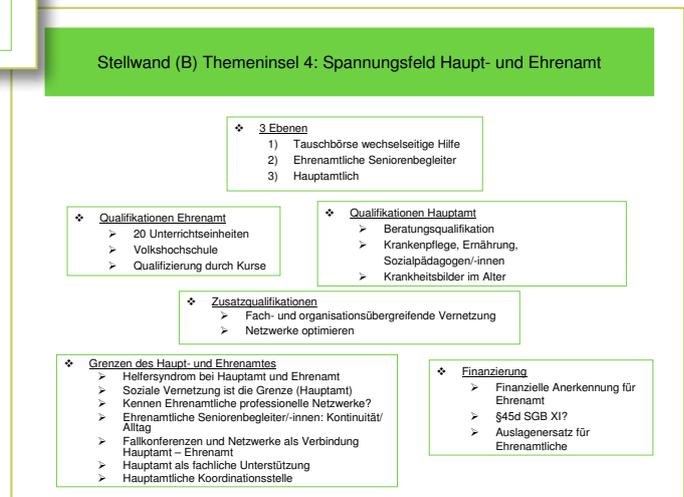
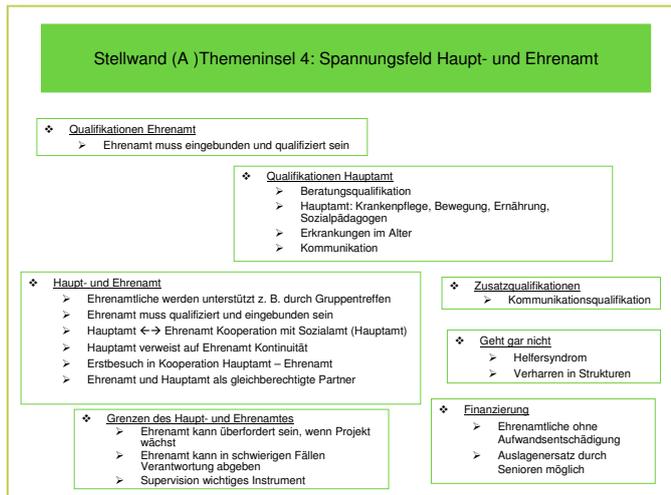


Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART



Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg





Diskussionsergebnisse:

Die Diskussion der vorgestellten Praxisbeispiele machte die Schwierigkeit deutlich, dass Anbieter aus dem Bereich der Krankenkassen nicht alle Personen der Zielgruppe erreichen.

Qualifikationen:

Qualifizierungsprogramme sind sowohl beim Haupt- als auch beim Ehrenamt erforderlich, wichtig sind Kommunikationsfähigkeit und Beratungskompetenz der Berater/-innen, Schlüsselqualifikationen müssen mitgebracht werden, zusätzlich qualifiziert werden sollte in Bereichen wie Krankheitsbilder im Alter

Haupt- und Ehrenamt:

Ehrenamtliche Akteure ermöglichen eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ mit der Zielgruppe, hauptamtliche Akteure benötigen die Unterstützung durch das Ehrenamt, Ehrenamtliche benötigen die Unterstützung durch das Hauptamt, finanzielle Anerkennung ehrenamtlicher Arbeit wünschenswert, für die Absicherung der ehrenamtlich Tätigen gibt es seit 2006 in Baden-

Württemberg Sammelverträge zur Unfall- und Haftpflichtversicherung

Problem:

Helfersyndrom

Hauptinteressensgebiete der Teilnehmer/-innen:

Gute Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamt

Goldene Tipps der Moderatorin:

Man sollte sich auf Augenhöhe begegnen, jeder bringt Ressourcen mit und man braucht Leute, die kommunikativ und vernetzend wirken können, die die Fühler überall haben

Themeninsel 5: Qualitätsentwicklung

Moderation: Dipl. Psych. Ursula Szillis, Mannheim

Praxisbeispiele: Kreis Siegen-Wittgenstein, Der Paritätische Baden-Württemberg

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Optimierung aufnehmender und zugehender Konzepte pflegerelevanter Nachfragen (PON) sowie Systematisierung und Vernetzung pflegebezogener Angebote (POA) im Kreis Siegen-Wittgenstein

Kreis Siegen-Wittgenstein

Kontakt: Reiner Jakobs, Servicezentrum für Beratung, Betreuung und Prävention
r.jakobs@siegen-wittgenstein.de
Gaby Cullmann, Koordinatorin Senioren- und Pflegeberatung
g.cullmann@siegen-wittgenstein.de

Zeitraum: 2006-2010 Umsetzung des Projekts „Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein - Entwicklung kommunaler Infrastrukturen mit pflegepräventiven Ansätzen zur Förderung der selbstständigen Lebensführung im Alter (POP-SIW)“, danach Übernahme in ein Regelangebot im Rahmen der Senioren- und Pflegeberatung

Ziele

- Verbleib in der häuslichen Umgebung durch wohnortnahe ambulante Versorgungsstrukturen
- Informationstransfer der Unterstützungsangebote in die Häuslichkeit
- Frühzeitige Sensibilisierung für beginnenden Hilfebedarf, als Ansprechpartner und Beratungsdienst im Versorgungsnetz bekannt sein



Zielgruppe und Zugangswege

- Hauptzielgruppe 75 Jahre und älter
- Ohne Einstufung in eine Pflegestufe

Zugang:

- Turnusmäßige Anschreiben über das Beratungsangebot an die älteren Menschen über die Senioren-Service-Stellen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden im Namen der jeweiligen Bürgermeister
- Angehörige und Senioren als Selbstmelder
- Andere Multiplikatoren wie Sozialdienste, Ärzte, Ortsvorsteher

Vernetzung und Kooperationen

Eine Vernetzung mit den Senioren-Service-Stellen der kreisangehörigen Kommunen ist fester Bestandteil in der Beratungsarbeit, darüber hinaus sind wichtige Partner:

- Andere Fach- und Beratungsdienste
- Ehrenamtliche, kirchliche, professionelle Anbieter und Träger
- Akteure im Gesundheitswesen
- Kranken- und Pflegekassen
- Sozialleistungsträger

Qualitätsentwicklung

- Kollegiale Fallberatungen finden als Teamgespräch in regelmäßigen Abständen statt
- Je nach Basisprofession der Mitarbeiter wird angestrebt, fehlende Kompetenzen für die Umsetzung der Tätigkeit nachzuqualifizieren
- Das Team wurde in einer Methodik der Fallkonferenz geschult, in der derzeit auch Grenzsituationen in der Beratung ihren Platz finden
- Evaluation über das dip

Finanzierung

Kreis Siegen-Wittgenstein. Nach Projektende Eingliederung der präventiven Beratungsleistung in die Verwaltungsstruktur.

Qualifikation und Qualifizierung

Mitarbeiter des Beraterteams bringen eine pädagogische, bzw. sozialarbeiterische Qualifikation und Fachkompetenz mit. Vor Aufnahme der Beratungstätigkeit durchlief das Team im Rahmen von Blockseminaren eine vom dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.) konzipierte und begleitete vierteljährliche Schulungsmaßnahme.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Nach Erhalt der Informationen zum Hausbesuchsprogramm erfolgt auf Wunsch des Klienten eine Beratung. Diese wird in mehreren Kommunen im Kreis Siegen-Wittgenstein angeboten und von hauptamtlichen Kräften der Senioren- und Pflegeberatung durchgeführt. Mit Hilfe eines softwaregestützten Assessments wird die Gesamtsituation des Klienten erfasst und es erfolgt eine Überleitung zu Leistungsanbietern oder ehrenamtlichen Einrichtungen. Neben der Erfassung persönlicher Stammdaten umfasst das Assessment 28 Themenfelder. Im Schnitt werden 2 Hausbesuche/Person durchgeführt. Es finden auch telefonische Beratungen statt.

Präventive Hausbesuche

Impulskonferenz am 21.11.11 im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



Miteinander gesund älter werden im Stadtteil

Stadt Mannheim

Kontakt: Ulrich Coqui, Mehrgenerationenhaus Mannheim/
Der Paritätische Baden-Württemberg,
coqui@paritaet-ma.de

Zeitraum: Seit 2003 aufsuchende Beratung von Senioren und wohnortnahe Integration in Gruppenangebote zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Gemeinsam mit Senioren Entwicklung des Programms „Bewegung als Medizin“. 2010 Programmerweiterung durch Qualifizierung von „Aktivierungs- und Gesundheitsförderkräften“ für den Einsatz im häuslichen Bereich. 2011 Projektstart Modellvorhaben „IM ALTER ZU HAUSE GESUND LEBEN“ - Gesundheitsförderung im häuslichen Bereich in Zusammenarbeit mit der Stadt Mannheim

Ziele

- Gesund und aktiv zuhause bis ins hohe Alter leben können
- Reduzierung von Inaktivitätsatrophie, Sturzrisiko und ungewollter Heimaufnahme
- Lebensqualität durch Erhalt von Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit
- Beteiligung durch Einbindung in soziale Netze, verbesserter Zugang und Vernetzung stadtteilbezogener Seniorenangebote zu Gesundheitsthemen
- Möglichst selber aktiv werden im Sinne eines Ehrenamtes



Zielgruppe und Zugangswege

Personen über 65 Jahre, die ihre Wohnung kaum noch verlassen. Besondere Aufmerksamkeit kommt älteren, sozial benachteiligten Menschen mit Zeichen von Vereinsamung, Inaktivitätsatrophie und ungenügender sozialer Einbindung im vorpflegerischen Bereich zu. Das Programm berücksichtigt kulturelle Herkunft und soziale Benachteiligung.

Zugang:

Kontaktaufnahme u.a. über: Multiplikatorenveranstaltungen, Hausarztpraxen, Strukturen der häuslichen Versorgung, Sozialdienste der Krankenhäuser, Seniorenberatungsstellen, kirchliche Institutionen, Soziale Sicherung Stadt Mannheim, Beratungsstellen für Migration, Ambulante Sozialstationen, Selbsthilfegruppen pflegende Angehörige

Qualitätsentwicklung

- Multiprofessionelles Team
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Langfristige Verlaufserfassung der Werte im Assessment
- Reporting gg. Förderer
- Erstellung von Individual- und Gesamtberichte durch den Projektträger
- Teil-Evaluation durch Weeber & Partner

Vernetzung und Kooperationen

- Zusammenarbeit des Trägers mit der Stadt Mannheim
- Sozialdienste der Krankenhäuser
- Kirchengemeinden
- Polizei
- Öffentliche Einrichtungen
- Pflegedienste
- Haus- und Fachärzte
- Schuldnerberatung, Suchtberatung
- Städtische und freie Seniorentreffpunkte

Finanzierung

Projektfinanzierung für sozial benachteiligte ältere Menschen bis Ende 2012 gesichert. Anschubfinanzierung, Modell- und Reguläreinsätze unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg, Trägereigenmittel, Stiftungsmittel, Stadt Mannheim. Nach Ende der Modellphase soll ein Regelangebot entstehen.

Qualifikation und Qualifizierung

Basisschulung im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten für Personen ohne Vorkenntnisse. Hauptbestandteil ist das gemeinsam mit Senioren entwickelte Programm „Bewegung als Medizin“. Es beinhaltet alle wichtigen Anteile der Vorbeugung gegen Stürze, bezieht aber auch vielschichtige Aspekte des höheren Lebensalters mit ein und setzt dabei auf die Wirkung bewusst ausgeführter Bewegungsübungen im Sinne von Alltagsroutinen.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Bei Einwilligung des älteren Menschen erfolgt ein **Hausbesuch** durch eine medizinische Fachperson für ein speziell erstelltes Testverfahren (**Multidimensionales Geriatrisches Assessment**). Hierbei werden Ressourcen, tatsächlicher Bedarf, Gefahrenpunkte sowie Ziele und Wünsche des älteren Menschen ermittelt. Die Testergebnisse dienen bei Datenfreigabe auch dem objektiven Informationsaustausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Leistungserbringern und Kostenträgern. Nach Absprache startet der **betreute Einsatz einer qualifizierten Gesundheitsförderkraft** mit zwei Stunden pro Woche zur Verbesserung der Lebensqualität in der Wohnung und wenn möglich, die soziale Integration in ein Gemeinschaftsangebot des Stadtteils. Die Vorgehensweise der häuslichen Aktivierung erfolgt in sozialer und kultureller Nähe durch Personen der Nachbarschaftshilfe und integriert gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den Alltag. Nach drei Monaten erfolgt eine erneute Abtestung zur **Erfolgskontrolle**.



Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART



Landesgesundheitsamt
Baden-Württemberg



Stellwand (A) Themeninsel 5: Qualitätsentwicklung

- Qualitätskriterien**
 - Klare Festlegung der Zielgruppe und der Ziele
 - Kultursensibilität
 - Regelmäßiger jährlicher Reminder ab 75 Jahren (telefonisch)
 - Noch kein klassischer Hilfs- und Pflegebedarf vorhanden
 - Bedarf ja: „was soll werden, wenn...“
 - Vollkommen von professionellen Mitarbeitern/-innen begleitet
- Schulungsinhalte**
 - Siehe Step-M
- Assessment**
 - Verständnis des Assessment von verschiedenen Berufsgruppen (übersichtlich)
 - Gemeinsame Sprache
 - Niederschwellige Angebote und Bedarf
- Häufigkeit und Dauer**
 - Je nach Bedarf, mind. 2 Hausbesuche pro Person
- Schwierigkeiten/ Hürden**
 - Kulturelle Aspekte
- Finanzierung**
 - Kommune/Kreis (ist)
 - Pflegekassen (soll)
 - Krankenkassen (soll)
- Vernetzung**
 - In Kommune integrieren

Stellwand (B) Themeninsel 5: Qualitätsentwicklung

- Qualitätskriterien**
 - Klare Definition festlegen für Präventiven Hausbesuch
 - Klare Grundlagen schaffen/ Bedarfe aktivieren
 - Klare Zuständigkeiten → Regionaler Sozialdienst, SpDi etc.
 - Vernetzung in der Kommune nötig → Bekanntheit erhöhen
 - Kulturbekanntes Multiplikatoren einsetzen
 - Prozessabläufe festlegen
 - Langfristig angelegtes Programm
 - Regelmäßiger jährlicher Reminder ab 75 Jahren (telefonisch)
 - Positive Konnotation der Anliegen (Gesundheitsförderung)
 - Messbare Kriterien:
 - Zahl, die mehr ambulant versorgt werden erhöht
 - Zahl, die stationär behandelt werden reduziert
 - Erreichen von schwierigen Zielgruppen durch niederschwellige Angebote (z.B. Essen)
- Assessment**
 - Einfach und verständlich formuliert
 - U.a. Sturzprävention, psychologische Unterstützung
 - Familiensystemischer Ansatz einbeziehen
 - Laptop nicht empfehlenswert
 - Formular zum Selbstaustüllen zur Selbsteinschätzung
- Schulungsinhalte**
 - Hauswirtschaftliche Kräfte qualifizieren in:
 - Grundlagen der Altersmedizin
 - Einfache Übungen für den Alltag von älteren Menschen
- Häufigkeit und Dauer**
 - Siegen-Wittgenstein: durchschnittlich 2 Hausbesuche pro Person
 - Manheim: 2 Stunden pro Woche
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen**
 - 4 Mal pro Jahr Treffen: Professionelle Mitarbeiter und Ehrenamtliche
 - Gemeinschwestern
 - Sozialpädagogen
 - Jugendamt
 - Pflegefachkraft optional/ muss
- Finanzierung**
 - Kreis und Kommunen
 - Wohnungsbaugesellschaften
 - Alle Institutionen, die von Präventiven Hausbesuchen profitieren

Diskussionsergebnisse:

Für die Qualitätsentwicklung der Präventiven Hausbesuche ist eine breit angelegte Vernetzung wichtig unter Einbeziehung der Landes- und Kommunalpolitik. Die zunehmende Bedeutung der gesundheitlichen Prävention in der Altenhilfe wird aufgrund demografischer Entwicklung und begrenzter öffentlicher Mittel als ausgesprochen bedeutsam gesehen. Alle Institutionen, die von der zeitlichen Verzögerung des Hilfebedarfs und der stationären Aufenthalte profitieren sind aufgefordert, sich an einer flächendeckenden Implementierung zu beteiligen (z.B. Kranken- und Pflegekassen, kommunale Träger).

Qualitätskriterien:

Einheitliche Verfahrensweisen für Zuständigkeiten und für die konkrete Umsetzung erforderlich, die Zieldefinition ist abhängig von der Auswahl der Zielgruppe des jeweiligen Hausbesuchsprogramms, besonderes Augenmerk ist zu richten auf das rechtzeitige Erreichen der älteren Menschen in schwierigen Lebenslagen

Hauptinteressensgebiete der Teilnehmer/-innen:

Konkrete Durchführung, Umsetzung und Probleme der vorgestellten Projekte; Ideen, Handlungsansätze, Erfah-

rungen auch aus fehlgeschlagenen Umsetzungsschritten; flächendeckende Implementierung, Finanzierung und Nachhaltigkeit

Goldene Tipps der Moderatorin:

Erforderlich sind Langfristigkeit - es ist nicht möglich, von heute auf morgen, die Zielgruppe zu erreichen - und niederschwellige Ansätze, um über verschiedene Zugangsmöglichkeiten die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu erhöhen, die positive Konnotation durch Gesundheitsförderung sollte hervorgehoben werden.

Präventive Hausbesuche - ein Zukunftshandlungsfeld?

Einsichten und Aussichten

Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart

An dieser Impulskonferenz zum Thema Präventive Hausbesuche, die im Rahmen der BZgA-Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ stattfand, nahmen ca. 130 Fachkräfte teil. Vertreten waren Gemeinden, Städte, Landkreise sowie landesweite Einrichtungen, insbesondere aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung, Senioren, Altenhilfe, Pflegestützpunkte, Bürgerschaftliches Engagement, Sozialversicherungen, Wohlfahrtsverbände, Wissenschaft, und weitere Interessierte. Zielsetzung der Impulskonferenz war, sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen als auch die konkrete Praxis der Präventiven Hausbesuche vorzustellen. Die Konferenz bot eine Plattform, eigene Erfahrungen weiterzugeben, von anderen zu lernen, neue Ideen, Kooperationen und Vernetzung sowie die Entwicklung von Eckpunkten für Qualitätskriterien anzuregen. Neben Fachvorträgen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Präventiven Hausbesuchen hatten die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, an fünf Themeninseln Einblick in die Praxis der Präventiven Hausbesuche in Baden-Württemberg, sowie weiterer Bundesländer und der Schweiz zu erhalten mit Anregungen für die eigene Arbeit.

Im Vorfeld der Impulskonferenz hat das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg die Erstellung einer Literaturübersicht zu Theorie und Praxis Präventiver Hausbesuche in Auftrag gegeben. Auf dieser Grundlage wurden zu folgenden Bereichen erste Eckpunkte für Qualitätskriterien formuliert: Zielgruppen und Zugangswege, die konkrete Umsetzung der Präventiven Hausbesuchsprogramme, Vernetzung und Kooperation, die Qualifikation und Qualifizierung der Besucher/-innen, die Finanzierung sowie die Qualitätsentwicklung. Diese Eckpunkte wurden in den Themeninseln aufgegriffen und bildeten als Leitfragen den Diskussionsrahmen.

Die engagierte Diskussion mit den Teilnehmer/-innen zusammen mit den vielfältigen Anregungen aus der Wissenschaft und der Praxisvertreter ergaben wichtige erste Rückmeldungen zu den Eckpunkten für Qualitätskriterien. Weitere Anregungen für die künftige Praxis der Präventiven Hausbesuche ergeben sich ergänzend zu diesen Konferenzergebnissen aus den vorgestellten konkreten Umsetzungserfahrungen sowie den vorliegenden Evaluationsergebnissen. Exemplarisch werden hier zentrale As-

pekte für die Entwicklung von Qualitätskriterien genannt.

Zielgruppe und Zugang

Aufsuchende Angebote haben für Teilgruppen älterer Menschen eine unbestrittene Berechtigung, z.B. für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Männer und Frauen die alleinleben und/oder sozial isoliert sind. Wesentlich ist die präzise Definition und Eingrenzung der Zielgruppe, bspw. ab einem Alter von 75 Jahren, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort und der Gewährleistung der freiwilligen Teilnahme. Die Erreichbarkeit der Zielgruppen erfordert eine Kombination abgestimmter Maßnahmen von Plakaten, Faltblättern, Presse, persönliche Anschreiben, geschlechtsspezifische Ansprache unter Einbeziehung der Hausärzte/-innen und Multiplikatoren/-innen aus den Bereichen Altenhilfe, Soziales und Gesundheitsförderung.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Hausbesuchsfolge und -dauer sollte bedarfsorientiert gestaltet werden, von einmaliger bis mehrmaliger Beratung, die auch konkrete Hilfen im Alltag und Gesundheitsförderungsangebote (z.B. Bewegungsförderung) umfasst. Empfohlen wird einen einheitlichen Fragebogen bzw. ein Geriatrisches Assessment einzusetzen bzw. zu entwickeln, der die älteren Menschen nicht überfordert und welcher den Beratungsbedarf hinsichtlich physischer, psychischer und sozialer Dimensionen zusammen mit den vorhandenen Ressourcen erfasst. Die konkreten Beratungsinhalte und Angebote sind an den individuellen Bedürfnissen des einzelnen älteren Menschen anzupassen. Die durchschnittliche Dauer der Beratung reicht von 45 Minuten bis zu einer Stunde. Dabei muss der Datenschutz zu jeder Zeit gewährleistet sein.

Vernetzung, Kooperation und Koordination

Von zentraler Bedeutung ist die Vernetzung Präventiver Hausbesuche mit vorhandenen professionellen Strukturen und Angeboten in der Kommune, möglichst im Quartier der älteren Menschen. Die Vernetzung vor Ort trägt dazu bei, sozial benachteiligte ältere Menschen besser zu erreichen. Zu beteiligen sind u.a. Alten- und Service Zentren, Hauswirtschaftsdienste, Begleit- und Ehrenamtliche Dienste, Hausärzte/-innen, Krankenhaussozial-

dienste, Beratungsstellen für ältere Menschen bei den Wohlfahrtverbänden und Kirchengemeinden, Apotheken, Sanitätshäuser, Gerontopsychiatrische Dienste, Stadtteilinitiativen und Vereine, Begegnungsstätten. Vernetzung und Kooperation mit dem Bürgerschaftlichen Engagement fördert die aktive Teilhabe der Bürger/-innen bei der Gestaltung des Gemeinwesens. Initiativen des Bürgerschaftlichen Engagements können eine wichtige Rolle bei Prävention und Gesundheitsförderung einnehmen in enger Zusammenarbeit mit hauptamtlichen Fachstellen. Vernetzung und Kooperation bedarf einer neutralen Koordinations- und Anlaufstelle.

Qualifikation und Qualifizierung

In erster Linie ist das Beratungsangebot im Rahmen Präventiver Hausbesuche eine Aufgabe für hauptberufliche Fachkräfte. Von großem Vorteil ist der berufliche Hintergrund aus dem Gesundheits- und Pflegebereich. Haupt- und Ehrenamt können sich gut ergänzen und voneinander profitieren. Die Weiterleitung u.a. an bestehende ehrenamtliche Angebote (begleitete Spaziergänge, Aktivierung im Alltag) soll über hauptberufliche Stellen erfolgen. Grundsätzlich sollte es die Möglichkeit geben, Zusatzqualifikationen zu erwerben. Einheitliche Schulungsprogramme für haupt- und ehrenamtliche Mitwirkende, welche aus den Erfahrungen der bereits bestehenden Qualifikationen entwickelt werden können, dienen einer bestmöglichen Grundlage für die Beratungstätigkeit.

Finanzierung

Die Finanzierung der vorgestellten Praxisbeispiele erfolgt überwiegend kommunal. Gemeinden, Städte und Stadt-/Landkreise stellen im Rahmen der Finanzmittel von Fachabteilungen bzw. Fachprogrammen (Fachbereich Gesundheit, Soziales, Altenhilfe) Mittel bereit. Als weitere Finanzierungsformen wurden Beispiele aus dem Bereich der Krankenkassen (§ 20 Abs. 1 SGB V), einer städtischen Wohnungsbaugesellschaft, Teilnehmerbeiträge, Stiftungs- und Spendenmittel sowie der § 45 d, SGB XI, welcher die Strukturen des Ehrenamts und der Selbsthilfe fördert, genannt. Auch die Möglichkeiten des Bundesfreiwilligendienstes sind zu prüfen. Angeregt wurde, ehrenamtlich Tätigen einen (geringfügigen) finanziellen Beitrag oder zumindest eine Aufwandsentschädigung zukommen zu lassen. Die Teilnehmer/-innen wünschen sich von Seiten der Politik mehr Rückhalt für die Implementierung und finanzielle Unterstützung der Präventiven Hausbesuche.

Qualitätsentwicklung und Ausblick für Baden-Württemberg

Die Impulskonferenz hat deutlich gemacht, dass es derzeit zwar Belege für die grundsätzliche Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche gibt, aber keine hinreichenden Anhaltspunkte für spezifische Erfolgsdeterminanten. Die vorgestellten Praxisbeispiele ließen die große Vielfalt der Ansätze erkennen, die gesundheitliche Prävention, körperliche Aktivierung, Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit und Förderung von Selbstbestimmung beinhalten und vom Bürgerschaftlichen Engagement bis zur professionellen kommunalen Sozialarbeit reichen.

Die Konferenzteilnehmer/-innen regen an, die breitgefächerten Tagungsergebnisse im Rahmen einer interdisziplinären landesweiten Arbeitsgruppe angesiedelt am Sozialministerium Baden-Württemberg weiter zu bearbeiten. Aufgabe sollte es sein, die systematische Erprobung eines Präventiven Hausbesuchs im Rahmen eines baden-württembergischen Modellvorhabens zu initiieren und fachlich zu begleiten, welches die vorliegenden Erfahrungen reflektiert und wissenschaftlich begleitet. Dieses Gremium trägt dazu bei, die bisherigen Erkenntnisse aus der Wissenschaft und die Erfahrungen guter Praxis zu bündeln und in eine neue Initiative einzubinden. Zentrale Elemente dabei sind eine neutrale Koordinationsstelle in der Kommune, wie den Pflegestützpunkten, den Koordinationsstellen in Städten und Gemeinden der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ oder der Kommunalen Gesundheitskonferenzen der Stadt- und Landkreise welche quartiersbezogene, generationenübergreifende Angebote des Bürgerschaftlichen Engagements einschließen.

Erfolg versprechend ist darüber hinaus, diese Modellvorhaben in eine breit angelegte gesundheitsfördernde kommunale Strategie zu integrieren.

Anhang

Präventive Hausbesuche für ältere Menschen - eine exemplarische Literaturübersicht zu Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der Präventiven Hausbesuche

Zur Vorbereitung der Impulskonferenz wurde eine exemplarische Literaturübersicht zu Theorie und Praxis Präventiver Hausbesuche erstellt. Sie beinhaltet Erkenntnisse zu Umsetzbarkeit und Wirksamkeit aus Modellprojekten, Studien, Metaanalysen und Handbüchern. Es handelt sich hierbei um eine weitreichende Literaturübersicht, in der die wichtigsten Erkenntnisse über Präventive Hausbesuche aus der Literatur zusammengestellt wurden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass derzeit zwar Evidenz für die grundsätzliche Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche besteht, aber keine hinreichende Evidenz für spezifische Erfolgsdeterminanten. Noch offen sind beispielsweise Fragen zur Zielgruppe, zu den zu beteiligenden Berufsgruppen und Organisationsformen, zu den Inhalten der Leistungen, zur Abgrenzung zu bereits bestehenden Versorgungsleistungen sowie zur Häufigkeit der Besuche.

Mit der Gliederung der Kapitel schlägt das LGA erste Eckpunkte für Qualitätskriterien vor. Diese sollen bei der Impulskonferenz am 21. November 2011 einem breiten Fachpublikum vorgestellt und gemeinsam diskutiert werden.

Das LGA dankt Katrin Eitel, Esslingen für die differenzierte Erstellung dieser Literaturübersicht. Sie bietet wesentliche Hintergrundinformationen für die Impulskonferenz sowie vielfältige Ansatzpunkte für Akteure/-innen aus der Praxis zur Weiterentwicklung der Qualität.

Definition Präventiver Hausbesuch

„Als Präventiver Hausbesuch wird eine Maßnahme bezeichnet, deren Kernelement die Information und Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Themen der selbstständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung ist.“ (1)

„Zum besseren Verständnis der präventiven Hausbesuche ist es wichtig, die präventiven Hausbesuche im Kontext zu anderen Betreuungsformen für ältere Personen zu sehen.“ (3)

Nachfolgend ist in Tabelle 1 eine Übersicht aufgeführt:

Vorgehen	Zielgruppe	Wirksamkeit
Gesundheitsberatung	gesunde ältere Personen ab ca. 60 Jahren	Verbesserung der Risikofaktoren von Behinderung
Präventive Hausbesuche	nicht behinderte ältere Personen ab ca. 75 Jahren	Erhaltung der Selbstständigkeit Vermeidung Pflegeheimweisung
Ambulante Betreuung mit Hausbesuchen	ältere Personen mit einer komplexen Betreuung zu Hause	Vermeidung erneuter Krankenhauseinweisungen Förderung der Selbstständigkeit
Stationäre geriatrische Betreuung	Hospitalisierte ältere Personen	Reduktion der Sterblichkeit Vermeidung von Heimüberweisungen
Langzeitpflege	ältere Personen mit einer dauernden Pflegebedürftigkeit	Verbesserung der Betreuungsqualität

Tabelle 1: „Präventive Hausbesuche im Kontinuum der altersmedizinischen Betreuung“ (3)

Die Unterscheidung zwischen Präventivem Hausbesuch und Regelmäßigen Begleitungsangeboten zu Hause wird folgendermaßen vorgeschlagen:

a) Präventiver Hausbesuch (Bring-Struktur)

Der Präventive Hausbesuch dient „der Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbstständigen Menschen (...)“ (10).

„Hauptmerkmal der Präventiven Hausbesuche ist es, dass die Initiative, Kontakt zum Angebot herzustellen, zunächst von der anbietenden Einrichtung/ Organisation ausgeht und nicht vom Senior.“ (13)

Beim Präventiven Hausbesuch werden die Besuche bei älteren Menschen mit folgenden Inhalten durchgeführt¹: 1. Multidimensionales Assessment, 2. Qualifizierte, risikoorientierte, individuelle Beratung (vgl. 10), 3. Empfehlungen und schriftliche Informationsweitergabe an den älteren Menschen, Hausarzt und gewünschte und geeignete (soziale, gesundheitsfördernde) Einrichtung. Die Hausbesuche werden von qualifiziertem Personal aus dem Gesundheits- oder Pflegebereich aufsuchend durchgeführt.

b) Regelmäßige Begleitungsangebote zu Hause (Komm-Struktur bzw. Anfrage-Struktur)

Die Initiative Kontakt zum Angebot aufzunehmen geht vom

¹ Zur empfohlenen Anzahl und Dauer der Hausbesuchsprogramme siehe Kapitel Folgebesuche und Dauer.

älteren Menschen aus, darauf folgt dann die wöchentliche Begleitung der älteren Frauen und Männer durch meist eine ehrenamtliche Person der aufgesuchten Einrichtung. Im Folgenden werden zwei Beispiele näher erläutert:

a. Aktivierender Hausbesuch:

regelmäßige Hausbesuche mit folgenden Inhalten:
 1. Schwerpunkt Bewegung und Gesprächsführung,
 2. Schriftliche Informationsweitergabe an den älteren Menschen und geeignete (soziale, gesundheitsfördernde) Einrichtung. Meist wird der aktivierende Hausbesuch von Ehrenamtlichen ausgeführt.

b. Betreutes Wohnen zu Hause:

Beim betreuten Wohnen zu Hause findet eine Unterstützung im Alltag statt, z.B. Hilfe beim Einkaufen, zum Arzt gehen, gemeinsame Spaziergänge und Spiele.

Zielsetzung des Präventiven Hausbesuchs

„Erhaltung und Förderung von Gesundheit und selbständiger Lebensführung im Alter (adding life to years) (...)“ (7W), Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und Förderung der Lebensqualität (7):

- „Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit
- lebenssituationsorientierte Ausschöpfung präventiver und gesundheitsförderlicher Potentiale
- Minimierung von bekannten Gesundheitsrisiken“ (7W)
- „Verbesserung des funktionalen Status“ (7)
- „Vermeidung von Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen (...)“ (7)

„Optimierung der Angebotsstrukturen zur Prävention von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen und der Effizienz im System“ (7W).

„Stärkung des Vertrauens älterer Menschen in staatliche und kommunale Strukturen:

- Kenntnis der lokalen Ansprechpartner für Seniorenbelange
- Kenntnis der lokalen Seniorenangebote
- Aufbau präventiver und gesundheitsfördernder kommunaler Angebotsstrukturen“ (7W)

Zielgruppe

Auswahl der Zielgruppe

Für die genaue Auswahl der Zielgruppe der älteren Menschen ist Folgendes von Bedeutung:
 Präventive Hausbesuche richten sich eher an ältere Menschen ab 75 Jahren mit einem relativ guten Gesundheitszustand. „(Präventive Hausbesuche richten sich nicht an ältere Personen, die behindert sind oder an schwereren

Erkrankungen leiden. Diese Personen benötigen eine koordinierte ambulante Betreuung mit Hausbesuchen (...)“ (3). (Vgl. hierzu Tabelle 2)

Präventive Hausbesuche „richten sich an nichtpflegebedürftige Menschen (...)“ (7).

„Das Angebot des Präventiven Hausbesuchs sollte auf bestimmte Zielgruppen konzentriert werden. In Kurzform sollte durch wenige Fragen (z. B. gesundheitliche Sorgen, sonstige Sorgen, Krankenhausaufenthalte in den letzten drei Monaten, Allgemeinzustand, Probleme mit Hören und Sehen, Stürze im letzten Jahr, Verlust von nahe stehenden Personen durch Tod oder Wegzug) ein eventueller Handlungs- und Beratungsbedarf ermittelt werden. Dahinter steht der Gedanke der Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen mit physischer, psychischer oder sozialer Beeinträchtigung, bei denen durch gezielte Interventionen eine Besserung erwartbar ist“. (8)

Zur Bestimmung und Abgrenzung des optimalen Zielgruppenprofils können die Einteilungen aus dem Erfahrungsbericht zur Einrichtung eines flächendeckenden, zugehenden Beratungsangebotes für Senioren aus dem Kreis Siegen-Wittgenstein einen wichtigen Beitrag leisten: (13)

Zielgruppen der Einzelfallberatung im Präventiven Hausbesuch	
Nicht pflegebedürftige Senioren	
1.	Senioren mit vorbeugendem Informationsbedarf, die ein Sondierungsgespräch zu regionalen Angeboten auch im Bereich zukünftig zu organisierender Unterstützungsleistungen, Fragen zu Unterstützungswegen und dem Leistungsspektrum von Hilfe und Pflege haben. Ebenso interessiert sind an vorbeugenden Maßnahmen zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, sowie frühzeitiger Anpassung des Wohn- und Lebensumfeldes an die eigenen Bedürfnisse, ohne konkreten Hilfebedarf zu formulieren
2.	Senioren mit beginnendem, bzw. bestehendem Hilfebedarf bei gegebenem Selbsthilfepotential, bzw. bestehenden Helfersystemen, um notwendige Hilfeleistungen zu organisieren
3.	Senioren mit bestehendem Hilfebedarf, die Unterstützung bei der Organisation und Umsetzung von Hilfeleistungen wünschen, aufgrund fehlendem Selbsthilfepotential und fehlendem Helfersystem und deren Hilfesituation den Einbezug mehrerer Akteure erfordert.
4.	Senioren, die ihren Hilfebedarf/ die benötigte Leistung nicht klar benennen können, die also zur Adressierung ihres Bedarfs eine Beratung mit weiterführender Situationsklärung benötigen
Pflegebedürftige Menschen und an Demenz erkrankte Menschen	
1.	Menschen, die nach SGB XI pflegebedürftig sind, sowie Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wenn das Beratungsanliegen im Bereich der Vermittlung komplementärer Dienste oder von Entlastungsangeboten zur Stabilisierung der häuslichen Situation liegt (keine Beratung zu pflegefachlichen/ demenzspezifischen Inhalten).

Tab.2: „Zielgruppen der Einzelfallberatung im Präventiven Hausbesuch“ (13)

In Abgrenzung der in Tabelle 2 genannten Zielgruppen, „ist das Beraterteam für nachfolgende Personengruppen nicht zuständig. Für eine qualifizierte Beratung dieser Zielgruppen stehen im Kreis Siegen-Wittgenstein und in den Kommunen entsprechende andere soziale Dienste und Organisationen zur Verfügung.“ (13).

Zielgruppen für die das Beraterteam nicht zuständig ist:	
1.	Senioren mit Fragen zu medizinischen Diagnosen
2.	Senioren mit Suchterkrankungen
3.	Senioren mit psychischen Erkrankungen
4.	Senioren, die von physischer oder psychischer Gewalt sowie von Vermüllung oder Verwahrlosung betroffen sind
5.	Pflegebedürftige Personen, Menschen die an Demenz erkrankt sind sowie pflegende Angehörige, die Beratung zu pflegefachlichen und/ oder demenzspezifischen Inhalten suchen
6.	Pflegende Angehörige, die eine eigene Beratung außerhalb des Beratungsspektrums wünschen
7.	Senioren, die mehr als eine orientierende Beratung zu Leistungen der Gesetzbücher V, XI, XII sowie im Falle von gesetzlicher Betreuung, benötigen

Tab.3: „Nicht in die Zuständigkeit des Beraterteams fallende Zielgruppen“ (13)

Zur jeweiligen Zielgruppenauswahl eines Präventiven Hausbesuchsprogramms müssen u.a. der Gesundheitszustand der Älteren und die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden.

Wirkungsvolle Altersspanne

Die Maßnahme ist vor allem bei Menschen „in der Altersgruppe älter als 75 Jahre ökonomisch erfolgreich, die noch gute Funktionen nachweisen und nicht pflegebedürftig sind“ (2).

Präventive Hausbesuche sind vor allem bei Menschen mit relativ niedrigem Risiko wirksam. „Deshalb ist es wichtig, dass wir präventive Hausbesuchsprogramme früh genug ansetzen können.“ (3).

„Bei der Primärprävention soll der Krankheitsentstehung vorgebeugt werden, noch bevor die Krankheit zu Symptomen geführt hat. Beispiele der Primärprävention sind körperliche Aktivität, Verbesserung der Ernährung, Optimierung der Umgebung oder Behandlung erhöhter Blutfettwerte. Bei der Sekundärprävention gilt das Augenmerk der Früherfassung von ersten Krankheitssymptomen. Hier liegt also die Krankheit bereits vor, in früheren Stadien ist die Behandlung oder die Beeinflussung des Verlaufs jedoch noch besser möglich, als wenn eine Behandlung erst in einem späteren Stadium vorgenommen wurde. Beispiele sind frühzeitige Behandlung von Schmerzproblemen, von Hör- oder Sehestörungen oder von leichten Herzbeschwerden.“ (3)

Für die Zielgruppe des Projektes mobil wurden folgende Kriterien festgelegt:

- „75 Jahre und älter
- ohne Einstufung in die Pflegeversicherung
- ohne bekannte kognitive Beeinträchtigung“ (1)

Begründet durch Erkenntnisse aus internationalen Studien und statistischen Untersuchungen für Deutschland, bei denen herausgefunden wurde „dass die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit zwischen dem 75. und 80. Lebensjahr exponentiell ansteigt“ (1) und weil „Personen mit (beginnenden) kognitiven Einschränkungen eine intensivere

Begleitung sowie Beratung zu anderen Themenbereichen benötigen, als das Konzept Präventiver Hausbesuche es vorsieht.“ (1), zudem aufgrund der „Aussagetendenz, dass Personen mit einem Niedrigrisikoprofil eher von den Hausbesuchen profitieren.“ (1).

Zugang

„Neben der Anfrage von Hausbesuchen nach Anschreiben, [durch die Kommunen] etablierten sich im Laufe des Berichtszeitraums zwei weitere Wege. Erstens die Vermittlung von Senioren durch andere Stellen des Kreises und der Kommunen, z.B. den Senioren-Service-Stellen, zweitens direkte Anfragen von Senioren, deren Angehörigen oder anderen Bezugspersonen an die Berater.“ (13)

„Hauptmerkmal der Präventiven Hausbesuche ist es, dass die Initiative Kontakt zum Angebot herzustellen, zunächst von der anbietenden Einrichtung/ Organisation ausgeht und nicht vom Senior. Mit diesem aktiven Zugang zu Senioren, soll die Barriere zur Inanspruchnahme von Beratung zu Gesundheit und selbständiger Lebensführung bei älteren Menschen herabgesetzt werden. Dem häufig bei Senioren anzutreffenden Phänomen professionelle Beratung und Hilfe erst in Krisensituationen oder „wenn es nicht mehr alleine geht“ zu suchen, soll damit ein Stück weit begegnet werden.“ (13)

„Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass eine aufsuchende Beratung (...) [der Altersgruppe der 68-75-Jährigen] am ehesten Effekte im Sinne der Ziel- und Outcome-Kriterien erwarten lässt. Die Identifikation entsprechender Klienten erfolgte über eine Analyse der Versichertendaten der AOKN unter Verwendung festgelegter Ein- bzw. Ausschlusskriterien. Diejenigen Versicherten, die zur Interventionsgruppe randomisiert wurden, wurden schriftlich bzw. telefonisch kontaktiert und erinnert.“ (8) „Inhalt des Anschreibens ist eine Information über das Projekt und eine frankierte Rück-Postkarte, auf der sie ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Projekt vermerken können. Sofern die Postkarte innerhalb von max. 5 Tagen in der AOKN mit der Teilnahmeeinwilligung eingeht, rufen die Beraterinnen den Klienten an und vereinbaren einen Gesprächstermin. Sofern in diesem Zeitraum keine Rückantwort eingeht, suchen die Beraterinnen den telefonischen Kontakt und bemühen sich in dem Gespräch, den Klienten zur Teilnahme zu motivieren.“ (8) „Nach einer telefonischen Terminvereinbarung erfolgte der Kontakt zu Hause bei den Versicherten.“ (8)

Zugangsbarrieren: (2)

- maßgeblich sind Auswahl- und Zusendungsmodus: Erhöhung der Rücklaufquote durch hausärztlich tätige Ärzte. (2)
- Zweitmeinungen der Menschen „aus dem Umfeld der potentiellen Studienteilnehmer/innen (...)“ (2)
- Die Anfrage zur Teilnahme war „für die Angefragten mit einem Negativbild zum Thema Alter besetzt (...)“ (2) („Ich bin doch noch zu gesund und zu jung dafür“ (2))

Konsequenzen: (2)

- Die „bestehende hausärztliche Tätigkeit sowie familiäre Versorgungsstrukturen (...) berücksichtigen und (...) integrieren (...)“ (2)
- „Verbesserung der Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit zur präventiven Maßnahme (...)“ (2)
- Die „Notwendigkeit, ein Positivbild des Alters und des Alterns zu transportieren.“ (2)

„Die Erfahrungen mit verschiedenen Rückmeldepraxen in Dänemark zeigen, dass im Zusammenhang mit der vermutlich höheren Schwelle einer aktiven Absage auf diesem Wege mehr Senioren das Angebot der Präventiven Hausbesuche annehmen, als dies bei einer eingeforderten Zusage der Fall ist.“ (1)

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass ältere Menschen erst dann zu Veränderungen im Gesundheitsverhalten bereit sind, wenn der Leidensdruck genügend hoch ist, oder sie das Risiko für sich selbst erkennen. (1)

Zur Auswahl der Studienteilnehmer/-innen wurden in der Machbarkeitsstudie zwei verschiedene Zugangswege gewählt:

1. „Stichprobenziehung (n=50) durch das Einwohnermeldeamt“: Rücklaufquote: 14%
2. „Auswahl aus der Patientendatei (n=30) durch einen hausärztlich tätigen Arzt (...)“: Rücklaufquote: 27% (2)

Denkbare weitere Zugangsweisen: „Auswahl von Studienteilnehmer/innen im Rahmen eines regulären Hausarztbesuches.“ (2).

Die Machbarkeitsstudie deutet darauf hin, „dass für eine angestrebte Responserate von etwas 30% dem Zugang über den hausärztlich tätigen Allgemeinarzt oder Internisten eine Schlüsselrolle zukommt.“ (2)

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Erster Hausbesuch und multidimensionales Assessment

„Der erste Hausbesuch dient der Abklärung der Situation der älteren Person und basiert auf einem multidimensionalen Assessment (mit Berücksichtigung medizinischer, funktioneller, umgebungsbezogener und psychosozialer Ressourcen und Probleme).“ (3)

Nur Hausbesuchsprogramme mit multidimensionalem Assessment waren wirksam. (3)

Bei der Durchführung eines multidimensionalen Assessments zur systematischen Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation handelt es sich um einen „bio-psycho-sozialen Ansatz, in dem der vielgestaltige Lebenshintergrund des Seniors, dessen Fähigkeiten und aktuelle Schwierigkeiten sowie umweltbezogene Faktoren und deren Wechselwirkungen einbezogen werden“. Zusätzlich zur „Erfassung von aktuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen“ soll das Assessment im Präventiven Hausbesuch „potentielle Risikofaktoren für Beeinträchtigungen und Erkrankungen sowie entsprechende zukunftsorientierte Sorgen, Interessen und Wünsche“ des älteren Menschen aufnehmen. (1)

„Das Assessment sollte sowohl somatische als auch psychosoziale Parameter berücksichtigen und könnte z.B. in Anlehnung an STEP (Standardized Assessment for Elderly People in Europe) erfolgen.“ (7EMRG)

„Einige Expertinnen und Experten plädierten darüber hinaus dafür, neben den genannten „objektiven“ Parametern auch „subjektive“ Parameter abzufragen und die Größen „subjektive Befindlichkeit“ und „Lebensqualität“ mit in das Assessment aufzunehmen.“ (7EMRG)

„Das multidimensionale Assessment ist eine zentrale Komponente der Wirksamkeit von Präventiven Hausbesuchen. Als Hilfsmittel dazu eignet sich ein computerunterstütztes Verfahren, das als Basis für Präventive Hausbesuche verwendet werden kann.“ (3) „Das Verfahren mit der Bezeichnung ‚Gesundheitsprofil‘ beinhaltet einen Selbstaussfüller-Gesundheitsprofil-Fragebogen. Dieser Fragebogen enthält Fragen zu verschiedensten Themen wie beispielsweise körperliche Aktivität, Ernährung, Tabakkonsum, Gedächtnis, soziales Netz, Medikamenteneinnahme und eigene Wahrnehmung der Gesundheit. Der ausgefüllte Fragebogen wird in den Computer eingegeben, und mittels eines Computerprogramms kann damit ein persönlicher Gesundheitsbericht und eine Zusammenfassung für den Hausarzt erstellt werden.“ (3)

Folgebesuche und Dauer

„Folgeberatungen werden als wesentliches Element des Präventiven Hausbesuchs genannt.“ In Studien mit Interventionserfolg ergab sich eine Interventionsdauer von mindestens zwei Jahren, meistens waren es jedoch drei Jahre. (1)

Folgebesuche erscheinen notwendig, „um den Senior bei den im Rahmen der Hausbesuche gegebenenfalls entwickelten Maßnahmen unterstützend zu begleiten und (...) die Beziehung zwischen Berater und Beratung-Suchendem kompetent zu gestalten (...)“. (1) „Denn die Themen Präventiver Hausbesuche zielen häufig auf die Umstellung von Lebensgewohnheiten, deren Veränderungen Entwicklungsprozesse bedürfen (...)“. (1)

Um einen Interventionserfolg zu erzielen müssen laut Stuck et al. 9 Folgebesuche durchgeführt werden². (1, 11) Als Erfolgsdeterminante wird in diesem Zusammenhang eine mittlere Anzahl von 9 und mehr Hausbesuchen genannt. (11)

Die Vermeidung von Heimaufnahmen kann nur mit mind. 9 Follow-up-Besuchen erzielt werden. Erst bei mind. 9 Follow-up-Besuchen wird hierfür die statistische Signifikanz erreicht. (11)

„Auch Vass et al. (2004) berichten, dass der größte Effekt bei Personen mit einer größeren Interventionsintensität („high intervention dose“) erzielt wurde.“ (7W)

„Ströbel und Weidner kommen in ihrer Überblicksarbeit zu dem Schluss, dass Folgebesuche und eine Dauer von

²In Bezug auf die Anzahl der Hausbesuche gibt es aus Sicht des LGA Klärungsbedarf inwieweit sich die Empfehlungen aus der Literatur mit den Erfahrungen aus der Praxis decken.

mindestens zwei Jahren zum Erfolg von Präventiven Hausbesuchsprogrammen beitragen.“ (7W)

„Im Verlauf finden weitere Hausbesuche statt über mindestens 3 Jahre in regelmäßigen Abständen. Diese Kontakte dienen der Beratung und der Aufdeckung neuer Probleme.“ (3)
 „Programme, die nur über 1 Jahr dauerten, hatten keine Wirksamkeit, nur Hausbesuchsprogramme über 2 bis 3 Jahre mit meist über 9 Hausbesuchen zeigten eine Wirksamkeit.“ (3)

Zu den inhaltlichen Erfolgsdeterminanten gehört die Mindestanzahl der Hausbesuche mit mehr als 9 Hausbesuchen pro Teilnehmer/-in. (7W)

„Folgeberatungen und Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Berater und Beratenem.“ (1)

Die fachliche Beratung sollte eine Beziehungsarbeit beinhalten und „eine Empfehlung von jeweils geeigneten Präventionsmaßnahmen sowie Informationen über bestehenden Präventionsangebote umfassen.“ (7W,7EMRG).

Regelmäßigere Besuche fördern die Bindung zwischen dem älteren Menschen und des Besuchers/-in „und fördern damit die Compliance bzgl. der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.“ (7Ho).

„Somit sind in der Gesprächsführung folgende Prinzipien zu berücksichtigen: (9)

- Wertschätzung und Akzeptanz des Klienten und seiner Probleme
- Aktives Zuhören
- Gestaltungsraum geben
- Positives hervorheben, Persönliches ansprechen
- Orientierung an den vorhandenen Ressourcen
- Nicht-direktive Unterstützung des Klienten bei der
 - Entwicklung eigener Zielvorstellungen
 - Entdeckung versteckter Ressourcen
 - Eröffnung neuer Wahlmöglichkeiten“ (9)

„Die durchschnittlichen Hausbesuchszeiten betragen im Projekt **mobil** für den Assessmentbesuch 75 Minuten und für die nachfolgenden Beratungsbesuche 45 Minuten. Die Fahrzeit (Hin- und Rückfahrt) betrug in der kleinstädtischen/ländlichen Region pro Besuch 35 Minuten. Die Dauer des Assessments liegt mit den genannten 75 Minuten am oberen Ende der Aufmerksamkeitspanne der Beteiligten.“ (7W)

Beratungsinhalte

„Die Beratungsinhalte wurden in 14 Themenbereichen (Standards) kategorisiert: Bewegung, Bewegung gebrechlich, Schmerz, Ernährung, Hören, Sehen, Kognition, Depression, Sucht, Patientenverfügung, Vorsorge, Sicherheit, Therapie und Inkontinenz.“ (14)

„Die Auswertung der in der Beratung angesprochenen

Themen folgt der Differenzierung in Beratungskategorien. Danach werden der medizinische und der psychosoziale Bereich, Ernährung, Mobilität, der soziokulturelle Bereich, die Wohnsituation, die ökonomische Situation und der Lebenssinn unterschieden. Zusätzlich zu diesen Bereichen wurde aufgrund der Empirie die Kategorie „Süchte“ eingeführt, da sich diese Thematik schlecht der einen oder anderen Kategorie zuordnen lässt – auch wenn die Fallzahl relativ klein ist. Derart wurden Tabak-, Alkohol- und weitere Abhängigkeiten thematisiert.“ (9)

Themen im **medizinischen Bereich**: „Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen – also präventive Maßnahmen“, „unklare Symptome“, „Gelenkbeschwerden/Schmerzen“, des weiteren: „Obstipation, Stuhlinkontinenz, Fußpflege, Schlafstörungen, Probleme mit der Arzneimitteltherapie und der Verdacht einer unzureichenden ärztlichen Versorgung“ (9)

„Eine genauere Analyse des **psychosozialen Bereichs** zeigt an erster Stelle das Thema Einsamkeit, gefolgt von Ängsten, psychischen Problemen, Depression, Stress, Unruhe und Nervosität. Krankheitsbewältigung als eine innerpsychische Auseinandersetzung mit gegebenen oder erwarteten Belastungen durch die Krankheit steht an dritter Stelle. Im Weiteren wurden familiäre Belastungen, Konflikte mit Familienangehörigen oder Freunden und Bekannten angesprochen. Die Pflege eines Angehörigen als auch eine belastende Beziehung zum Partner oder gar die Erkrankung des Partners sind ebenfalls von Bedeutung. Des Weiteren wurden die Themen Angst vor einer möglichen Erkrankung sowie das Versterben nahestehender Personen in die Beratung eingebracht (...).“ (9)

„Im Bereich der **Ernährung** dominiert das Problem der mangelnden Flüssigkeitszufuhr (...) gefolgt von Übergewicht (...).“ (9) Darüber hinaus besteht ein „eher allgemeiner und unspezifischer Beratungsbedarf zu diesem Thema. Spezielle Fragestellungen wie Ernährung bei Stoffwechselerkrankungen (...) oder bei mangelndem Appetit (...) schließen sich an.“ (9)

„Im Bereich **Mobilität** werden körperliches Leistungsvermögen (...), Bewegungsmangel (...) sowie Sturzereignisse (...) und Sturzprophylaxe (...) thematisiert. Eine eingeschränkte Beweglichkeit bzw. Auffälligkeiten im Gangbild werden (...) angesprochen.“ (9)

„Im **soziokulturellen Bereich** geht es um eine sinnvolle und erfüllende Freizeitgestaltung (...). Außerdem werden Hobbys und Fertigkeiten (...), Reisen sowie ein freiwilliges Engagement (...) artikuliert.“ (9)

„Bezogen auf die **Wohnsituation** bereiten Hindernisse wie Türschwellen, Badezimmer und Sanitäranlagen ohne Haltegriffe oder mit hohem Badewannen- bzw. Duschwanne- u. Ä. Probleme in der eigenen Wohnung, die im Weiteren auch als zu groß oder zu klein gewertet wird (...). Außerhalb der Wohnung werden Probleme durch das Fehlen eines Aufzugs u. Ä. benannt (...). Interesse an einem Hausnotrufsystem wird (...) geäußert.“ (9)

Finanzielle Situation: problematische finanzielle Situation, „Fragen zum Leistungsrecht der GKV (...).“ (9)

„Den **Lebenssinn** trotz diverser Einschränkungen, Defizite und Probleme aufrecht zu erhalten ist (...) benannt. Sich

Träume und Wünsche überhaupt einzugestehen, um sie evtl. doch noch zu verfolgen, ist (...) Thema.“ (9)
 „Die Süchte verteilen sich auf Rauchen, Tabakkonsum und Alkohol.“ (9)

Durchführung interdisziplinärer/ kollegialer Fallbesprechungen

Die „These der Notwendigkeit multidisziplinärer Vernetzung“ wird durch die „interdisziplinäre Zusammensetzung der Beraterteams“, die „Multidimensionalität von Gesundheit im Alter“ und der „Komplexität“ dieser „Gesundheitsberatung gestützt“. (1)

Fallbesprechungen im interdisziplinären Team (7W) können ein Qualitätskriterium für die Präventiven Hausbesuchsprogramme darstellen.

Datenschutz

„Präventive Hausbesuche sollten (...) ein Angebot darstellen, dessen Annahme auf Freiwilligkeit beruht. Darüber hinaus sind die Selbstbestimmung des Seniors sowie die Integration seiner Normen und Überzeugungen bezüglich seiner eigenen Lebens- und Gesundheitssituation fundamental.“ (1)

„Insbesondere im Hinblick auf die Bestrebungen, Präventive Hausbesuche besser in regionalen Angebots- und Anbieterstrukturen einzubinden (...)“ ist die Einhaltung der „Schweigepflicht in Bezug auf die teilweise hoch privaten Einblicke, die dem Berater im Rahmen Präventiver Hausbesuche gewährt sind,“ (1) zu beachten.

Qualifikation und Qualifizierung der durchführenden Fachpersonen

„Unabhängig von den vorherigen qualifikatorischen Abschlüssen der Berater“ ist die maßnahmenbezogene Schulung bedeutend „für die Wirksamkeit der Präventiven Hausbesuchsprogramme“ (1).

Es wurden „personenspezifische Unterschiede zwischen den Beratungserfolgen der einzelnen Berater“ identifiziert. (1) Bessere Erfolge wurden dabei als größere „Umfänge identifizierter Risiken und Empfehlungen charakterisiert.“ (1).

Die Themen „Ernährung“, „Stimmung“ und „kognitive Einschränkungen“ sind Beratungsthemen, die eine „hohe Komplexität“ aufweisen. (1)

Im Projekt mobil wurde bei der „Gestaltung der Beratungen“ auf die „Kernelemente einer klientenzentrierten Gesprächsführung nach C. Rogers zurückgegriffen.“ (1).

Laut Projekt mobil werden „vor allem in folgenden Bereichen Wissen und Fähigkeiten zur Durchführung Präventiver Hausbesuche gebraucht“ (...): (1)

- „Möglichkeiten gesundheitsförderlichen Verhaltens und Kontextgestaltung im Alter

- Altersbilder und Alternsprozesse sowie deren Nutzung zur Wahl adäquater Informations- und Beratungsmethoden
- Risikoerfassung und deren Auswertung bzw. Nutzung des gewählten Assessments
- Gestaltung von Informationsangeboten und Beratung
- Vernetzung mit anderen Anbietern und Berufsgruppen“ (1)

„Die Kenntnis des lokalen Netzes von ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, regionalen Krankenhäusern und bestehenden Alten- und Pflegeheim-einrichtungen sowie der nicht-ärztlichen Therapieangebote sind unbedingt erforderlich.“ (7N)

„Die Fachpersonen, welche die Hausbesuche durchführen, sind sowohl bezüglich geriatrisches Assessment wie auch Beratung (Empowerment der älteren Person) ausgebildet.“ (3)

„Rückblickend auf die Durchführung der Machbarkeitsstudie hat sich die Person der Gesundheitsschwester für die erfolgreiche Umsetzung von zentraler Bedeutung erwiesen. Um das Ziel der präventiven Hausbesuche zu erreichen, die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit im Alter, werden neben der Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Zielpersonen aufzubauen und damit die Basis für ein Setting zu etablieren (Komm-Struktur, Beratungsprozess) vielseitige und hohe Anforderungen an die aufsuchende Person gestellt. Mit dieser Erfahrung schließt die Münchner Machbarkeitsstudie direkt an die Ergebnisse vorausgegangenen Studien (Santa Monica, USA und EIGER, Bern) an.“ (2)

„Zusammenfassend stellt sich folgendes Anforderungsprofil:“ (2)

- „Gesundheitswissenschaftliche und sozialwissenschaftlicher Ausbildungshintergrund
- Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständige Stellen in der Region /Stadt / Stadtteil
- Verbindungsglied zwischen Hausarzt und Familie, erste Instanz bei eindeutiger Erfordernis des pflegerischen Sachverständs
- Einblick/Einschätzung sozioökonomischer Folgen“ (2)

„Unabdingbare Voraussetzung ist sicher eine hohe Motivation zur Arbeit mit älteren Menschen. Ebenso ist ein fundiertes Wissen zum möglichen Einfluss der verschiedenen soziokulturellen Hintergründe bei nicht-deutschen Personen und eine nicht nur theoretische Sensibilität gegenüber geschlechtsspezifischen Aspekten bei dieser präventiven Gesundheitsmaßnahme förderlich. Bei der Überlegung, welche Berufsfelder für die Durchführung der präventiven Hausbesuche in Frage kommen, lassen sich deutliche Stärken im Fachbereich der Pflege, kombiniert mit verschiedenen Weiterbildungsmaßnahmen, erkennen.“ (2)

„In der vorliegenden Machbarkeitsstudie steht die Primärprävention im Vordergrund und damit als Hauptleistungsanbieter die „Gesundheitsschwester“. Sie wirkt im Sinne eines Präventionsberaters und -anwalts federführend und baut Vernetzungen mit Hausärzten, Fachärzten, Sozialdiensten usw. auf. Das stellt den älteren Menschen zusätzliche Ressourcen zur Verfügung und gibt ihnen Wahl- und Handlungsmöglichkeiten.“ (3)

„Entscheidend ist hierbei das vom Bundesgesundheitsministerium geforderte und geförderte Projekt zur Einführung von „Gesundheitsschwestern“ („Family Health Nurse“).“ (3)

„Das neue Modell der „Gesundheitsschwester“ muss dennoch erweitert werden durch Kompetenzen in Public Health (insbesondere Umwelt- und Sozialfaktoren der Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung, Kommunikation mit anderen Akteuren des öffentlichen und personengebundenen Gesundheitswesens), persönliche Beratung, Anwaltschaft und Kommunikation und Grundkenntnisse in Geriatrie, Gerontologie, Sozialberatung und Psychologie.“ (3)

„Krankenschwestern und Physiotherapeutinnen/-therapeuten verfügen über die Primärqualifikation und können sich durch Schulungen für Präventive Hausbesuche zusätzlich qualifizieren.“ (7He)

„Für die Durchführung Präventiver Hausbesuche wurde übereinstimmend eine pflegerische Qualifikation als Basisqualifikation angesehen. Entsprechend wurde die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für die bestgeeignete Profession gehalten.“ (7EMRG)

„Für alle genannten sowie weitere, darüber hinaus denkbare Professionen (z.B. unterschiedliche Therapeutinnen-/Therapeutengruppen) wurde ein grundsätzlicher Bedarf an Zusatzqualifikationen gesehen. Wichtige Anforderungen, die Durchführenden betreffend, sind aus Sicht der am Experten-Hearing Beteiligten Kommunikationsfähigkeit, Struktur und Systemkompetenz sowie geriatrisches Know-how.“ (7EMRG)

„Keine Erfahrungswerte gibt es über den potentiell positiven Einfluss nicht fachspezifischer, sondern weicher Faktoren (...), z. B. „der Einsatz von „Vertrauenspersonen“ (...)“ oder „die Ausstrahlung/Vermittlung von Lebenserfahrung.“ (2).

„Die Option des Einsatzes von Freiwilligen im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements wurde für perspektivisch interessant angesehen – nicht nur vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der beschränkten finanziellen Ressourcen, sondern auch, weil eine Gleichaltrigkeit von Patientinnen bzw. Patienten und „Besucherinnen“ bzw. „Besucher“ geeignet sei, das Vertrauen und die Akzeptanz Präventiver Hausbesuche zu erhöhen.“ (7EMRG)

Vernetzung und Kooperation

Regionale Vernetzungen und Kooperationen

Aufgrund der „Komplexität des Phänomens der Selbstständigkeit im Alter (...)“ (1) besteht die „Notwendigkeit der Einbindung Präventiver Hausbesuche in die regionalen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen (...), um gerade Thematiken mit hoher Komplexität angemessen bearbeiten zu können (z.B. Veränderungen im Bereich der Ernährung oder erkrankungsangepasster körperlicher Aktivität/Seniorensport)“. (1) Aufgrund der Erfahrungen des Projektes mobil erscheint „eine Verzahnung der Hausbesuchsprogramme mit den regionalen Angebots- und Anbieterstrukturen dringend erforderlich. Die Beraterinnen benötigten hier Kenntnis über die Arbeit themenspezifischer Experten und Beratungsstellen der Region genauso wie zu den meist für Gruppen organisierten gesundheitsbezogenen Unterstützungs- und Freizeitangeboten.“ (1).

„Die Empfehlung, den Präventiven Hausbesuch in das jeweilige regionale Netz (...) der Gesundheitsversorgung (...) einzubinden (...), [einschließlich der] Kooperation mit den Hausärzten (...), kann (...) betont werden.“ (1)

„Die Entwicklung von speziellen Angeboten für das Hausbesuchsprogramm halten wir für nicht sinnvoll. Es sollte die Weitervermittlung an bestehende oder im Rahmen des GMG neu entstehende Strukturen angestrebt werden. Ein allgemeiner Ausbau präventiver Angebotsstrukturen hingegen ist wünschenswert, z.B. Seniorengymnastik mit Fokus „Sturzprävention“, Beckenbodengymnastik für Seniorinnen und Senioren oder Angebote zu altersangepasster Ernährung.“ (7W)

„Präventive Hausbesuche für ältere Menschen müssen in einem Netz bereits bestehender Strukturen gesehen werden, die als Basis oder Erfahrungshintergrund genutzt werden könnten.“ (3)

„Allgemeiner Sozialdienst und mobile geriatrische Rehabilitation können sich mit präventiven Hausbesuchen ergänzen zu gemeinsamen Nutzen, wenn die Aufgaben abgesprochen sind, arbeitsteilig vorgegangen wird und Überschneidungen vermieden werden.“ (3)

In Betracht gezogen werden kann die Anbindung der Präventiven Hausbesuche an Krankenkassen, Hausärzte oder kommunale Zentren (im Rahmen der zukünftigen Pflegestützpunkte). (1)

„Wir präferieren für die Organisation des Präventiven Hausbesuchs die Ankoppelung an bestehende Strukturen. Dies könnten sowohl die Kommunen als auch die Krankenkassen oder die Hausärztinnen und Hausärzte sein. Die Erprobung der Anbindung der Organisation an verschiedene Strukturen sollte Teil des Modellvorhabens sein.“ (7W)

„Vorteil der Anbindung an die Kommunen wäre die Möglichkeit des Zugangs zur Zielgruppe über das Einwohnermeldeamt. In der definierten Zielgruppe könnten, unabhängig von der bisherigen Nutzung des Gesundheits- und Sozialsystems, z.B. auch Personen, die nicht regelmäßig

ihre Hausärztin/ihren Hausarzt aufsuchen, erreicht werden.“ (7W)

„Der Zugang zur Zielgruppe über die Krankenkassen ist möglich.“ (7W)

„Die Anbindung des Hausbesuchsprogramms an Hausarztpraxen ist zu diskutieren. Vorteil hier ist der gute Zugang zur Zielgruppe, nahezu jeder ältere Mensch hat eine Hausärztin/ einen Hausarzt.“ (7W)

Hausarztanbindung

In dänischen Studien wird als wichtiger Baustein der Präventiven Hausbesuchsprogramme, die „Zusammenarbeit und Kooperation mit den Hausärzten“ genannt. (1)

„Konzeptionell kommt der Einbindung der Allgemeinärzte eine große Bedeutung zu.“ (2)

„Im Projekt *mobil* erfolgte die Einbindung der Hausärzte über die Empfehlungen der Beraterinnen an die Teilnehmer, bei entsprechenden medizinischen Belangen den Hausarzt aufzusuchen bzw. mit ihm beim nächsten Kontakt die im Hausbesuch zur Sprache gekommene Problematik zu thematisieren. In der zum Projektabschluss durchgeführten Teilnehmerbefragung (...) gaben 49% der Befragten an, durch die Beratungen angeregt worden zu sein, Probleme mit ihrem Hausarzt zu besprechen. (...) Aus Präventionsperspektive bietet dies die Chance, durch bessere Informiertheit der Senioren in medizinischen Belangen die Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme zu erhöhen, unklare Symptomaten frühzeitig abzuklären und potentielle Erkrankungen entsprechend zu behandeln oder durch eine adäquate Schmerzbehandlung die Sicherheit in der alltäglichen Mobilität zu erhöhen sowie Immobilität vorzubeugen (...).“ (1)

„Die Hausbesuche finden in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt statt. Damit können die medizinischen Faktoren ausreichend berücksichtigt werden, und die Kontinuität der Betreuung ist gewährleistet.“ (3)

„Bei den Hausärzten müssen Kenntnisse im Fachbereich Geriatrie und Public Health verstärkt werden.“ (3)

„Hausarztpraxen könnten als Türöffner für die Zielgruppe dienen, des Weiteren ist ein Austausch zwischen Beraterin/Berater und Hausärztin/ Hausarzt von Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünschenswert, und eine multiprofessionelle Anbindung an die Hausarztpraxis muss besser gelingen.“ (7W)

„Die Hausärztin/ der Hausarzt sollte als kontinuierliche Größe in der medizinischen Versorgung unbedingt involviert sein.“ (7RK)

Finanzierung

Finanzierungsmöglichkeiten

Mögliche Finanzierungsträger: Krankenkassen, Pflegekassen, die Kommune, ältere Bürger/-innen mit ihren Ange-

hörigen, kassenärztliche Vereinigung (2)

Vom Bundesministerium für Gesundheit wird „der aktivierenden und rehabilitativen Pflege und in diesem Zusammenhang auch den präventiven Hausbesuchen eine besondere Bedeutung für die Prävention im Alter zugewiesen. (BMG Pressemitteilung Nr. 51, 13. Mai 2002).“ (2).

„In der von Stuck et al. durchgeführten EIGER Studie machen die Autoren folgende Kostenkalkulation auf (Schmocker 2002): (7W)

Komponente	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Durchführung der Präventiven Hausbesuche	+460	+460	+184
Ambulante Gesundheitskosten	+262	+246	+163
Kosten für Spitalbehandlung	0	0	0
Kosten für Pflegeheimbetreuung	0	-636	-2683
Total	+722	+70	-2336

Die zukünftige Finanzierung Präventiver Hausbesuche könnte über die Ausweitung des Präventionsansatzes in den bestehenden Sozialgesetzbüchern V oder XI erfolgen. Hier sind seitens des Entwurfs des Präventionsgesetzes bereits Ansatzpunkte vorhanden. Selbstverständlich könnten Anteile der Finanzierung auch durch die kommunalen Haushalte (die der Sozialhilfeträger) erfolgen, denn es ist davon auszugehen, dass bei einer Optimierung der Gesundheitssituation älterer Menschen und der Verhinderung von Heimeinweisungen nicht zuletzt auch die Sozialausgaben der Kommunen reduziert werden können.“ (7W)

Präventive Hausbesuche sind „eine Maßnahme des Gesundheitswesens“, „deren Kosten letztlich, sei es über die GKV oder aus Steuermitteln, solidarisch aufgebracht werden.“ (7F).

„Kostenkalkulation: Kostendifferenz gegenüber der normalen, nicht durch den Präventiven Hausbesuch geprägten Versorgung wird ins Verhältnis gesetzt zu den Aufwendungen für den Hausbesuch.

Sofern eine positive Bilanz resultiert, d.h. also sofern mehr eingespart als ausgegeben wird, wird es möglich sein, die Kosten der GKV anzulasten.

Sollten sich „lediglich“ Effekte hinsichtlich Verbesserung der Lebensqualität zeigen, kann der Hausbesuch als optionale Leistung für die Versicherten angeboten oder aus Steuermitteln aufgebracht werden.

Zur Kosten-Nutzen-Kalkulation sind die erzielten Effekte wie z.B. weniger Krankenhauseinweisungen, weniger Institutionalisierungen wegen Pflegebedarfs u.ä. im Einzelnen zu beleuchten. Dann ist vom Patienten-bezogenen Nutzen her gedacht die Frage zu stellen, was diese Effekte der Solidargemeinschaft bzw. der Gesellschaft „wert“ sind. Hierbei handelt es sich dann um allokativen Entscheidungen, die aufgrund ihrer impliziten Wertvorstellungen nicht mehr auf der Ebene des Gesundheitswesens allein gelöst werden können.“ (7F)

„Das Kostenaufkommen des Programms wird zunächst durch folgende Faktoren bestimmt: (7Ho)

- Größe der Zielgruppe (abhängig von Altersgrenze, Selektionskriterien)
- Teilnahmebereitschaft
- Besuchsdichte und -dauer
- Qualifikation der „Hausbesucherinnen“ und „Hausbesucher“
- Anzahl und Qualifikation des zusätzlich benötigten Personals (für Schulung, Supervision etc.)

Bei einer flächendeckenden Einführung Präventiver Hausbesuche muss aus den oben genannten Vorgaben berechnet werden, welche regionale Verteilung (d.h. welche Größe der von einer Person zu betreuenden Region) sinnvoll ist. Dies wirkt sich wiederum auf Wegezeiten und somit auch auf die Kosten aus. Auch die Organisationsform des Präventiven Hausbesuchs kann sich auf die regionale Verteilung auswirken.

Dem Kostenaufkommen für die Einführung und Durchführung des Programms sind potentielle Einsparungen aufgrund der erwarteten Effekte gegenüberzustellen. Diese können sowohl im Bereich vermiedener direkter Kosten (ambulante und stationäre Versorgung) als auch im Bereich indirekter Kosten (insbesondere Aufwand für Pflege) liegen.

Auf der Nutzenseite steht der Gewinn an gesundheitsbezogener Lebensqualität und an längerer Selbständigkeit im Vordergrund. Im Idealfall ist eine Berechnung gewonnener qualitäts-adjustierter Lebensjahre (QALYs) möglich, um einen Vergleich der Kosten- Effektivität des Präventiven Hausbesuchs mit anderen Maßnahmen auf der für gesundheitsökonomische Evaluationen üblichen Skala zu ermöglichen.“ (7Ho)

„Am wenigsten „invasiv“ wäre eine Erhebung über die Krankenkasse und die soziale Pflegeversicherung. Dies könnte ergänzt werden durch kurze Fragebögen, die auch telefonisch abgefragt werden können.“ (7Ho)

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Der „sozialgesetzliche Rahmen für die Durchführung präventiver Hausbesuche (...)“: (2)

(Positionspapiere für die Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, im Rahmen des Projektes „Gesund im Alter“ 1998-2000)

Prof. Stefan Görres, Universität Bremen:

1. Die „bestehenden Gesetze, z. B. des SGB V und der SGB XI“ können genutzt werden.
2. Gesetze können geändert werden, „wenn sich Modellvorhaben bewähren.“ (2)

Den Pflegekassen kommt besondere Bedeutung zu. (2)

„Begründet werden kann der Anspruch auf Finanzierung insbesondere aus den §5 und §7 SGB XI. Nach §5 sollen „...frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet

werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“ (2)

„Nach §7 soll die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugenden Lebensführung unterstützt werden.“ (2)

Solche „Beratungsleistungen“ können „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK)“ oder „Kassenärzte, Pflegedienste“ erfolgen. (2)

Dem MDK kommt „nach §18 (1) SGB XI eine besondere Bedeutung zu.“ (2)

(„Nähe zwischen der Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit und der Durchführung eines präventiven Hausbesuches (...)“)

(„Grundlage für die Feststellung von Pflegebedarf bieten auch §37 SGB V bzw. § 95 und §275 SGB V“). (2)

Eine „Schlüsselposition kommt dem niedergelassenen (Haus-)Arzt wegen seiner besonderen Kenntnis der körperlichen und der psychosozialen Situation bei der Behandlung zu.“ (2).

„Beratung durch den örtlichen Sozialhilfeträger bzw.“ durch „die kommunale Altenhilfe nach §§13-15 SGB I und §§8, 69b und 75 BSHG zur Förderung einer selbständigen Lebensführung.“ (2)

Der „Ausbau von unabhängigen Informations-, Beratungs- und Koordinierungsstellen und Projekten zum Case Management, Care Management und Schnittstellen-Management ließe sich potentiell auch um präventive Beratungsleistungen erweitern.“ (2).

Es „wird auf die notwendige Evidenzbasierung neuer Leistungen verwiesen sowie auf die Benennung „zugelassener“ Leistungserbringer. Nach den Beiratsempfehlungen der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Studie kommen zu aller erst Pflegekräfte in Betracht sowie die Einbindung des MDK. Bei den Pflegekräften wird zur Qualitätssicherung eine spezielle geriatrische Fortbildung empfohlen. Alternativ könnte nach dieser Einschätzung der Erhalt der Gesundheit der betagten und hochbetagten Menschen als eine Angelegenheit des Gemeinwohls den Kommunen bzw. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zugewiesen werden.“ (2).

„Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Interpretation der vorhandenen Gesetze hinsichtlich der Leistungsmöglichkeiten bzw. der Leistungspflicht Spielraum zulässt. Diese Situation hat sich seither nicht geändert. Die Vielzahl der aufgezählten Optionen lässt zum einen an ein Verschieben der Leistungspflicht zwischen den verschiedenen Sozialleistungsträgern denken, zeigt zum anderen aber auch die große Nähe präventiver Hausbesuche zu der vom Gesetzgeber vielfältig angeregten und gewünschten Förderung des Erhalts der Selbständigkeit älterer Menschen.“ (2)

„Dabei werden Fragen zu bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, der Fairness bei der Verteilung knapper Ressourcen und der Umsetzbarkeit berührt. Als mögliche Geldgeber sind die Krankenkassen und die Pflegekassen zu nennen, die Kommune, aber auch die älteren Bürger

und Bürgerinnen selbst mit ihren Angehörigen. Grundsätzlich könnte auch die kassenärztliche Vereinigung für eine mögliche Finanzierung in Frage kommen. Für alle Genannten kann ein Nutzen aufgezeigt werden. Jedoch darf man sich nicht nur von ökonomischen Ergebnissen leiten lassen. Vor allem die gewonnene Lebensqualität der Betroffenen durch die Möglichkeit, länger und mit besserer Lebensqualität daheim wohnen zu können, ist ein wesentliches Argument für diese präventive Maßnahme.“ (3)

„Nach Auffassung des Gesundheitsrats sollte eine Reallokation von Mitteln im System vor allem von der Kuration hin zur Prävention erfolgen, weil es genügend Nachweise für die Effektivität von Präventionsmaßnahmen insbesondere im Hinblick auf die Sicherung der Lebensqualität gibt. Selbst wenn dabei keine Kosten gegenüber einer Versorgung ohne Prävention gespart werden, läge dann in einer Effektivitätsverbesserung gegenüber einer auf die reine Kuration beschränkten Versorgung auch ein deutlicher Effizienzgewinn.“ (6)

Qualitätsentwicklung

Für die Qualitätsentwicklung der Präventiven Hausbesuchsprogramme sind unter anderem folgende Punkte von Bedeutung:

- Anpassung des multidimensionalen Assessments
- Schulungsprogramme
- Reflexion der Erfahrungen der Berater/-innen
- Interdisziplinäre/ kollegiale Fallbesprechungen
- Supervision im Team
- Wissenschaftliche Begleitevaluation

Diese Aspekte müssten vervollständigt und konkretisiert werden. In einer Art Checkliste zur Qualitätsentwicklung, die zunächst zu erstellen wäre, könnten dann die einzelnen Bereiche nachgewiesen werden.

Zitierte Literatur

1. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008): Beraterhandbuch - Präventive Hausbesuche bei Senioren, Verlag Schlütersche
2. Manstetten, A.; Wildner, M. (2002): Machbarkeitsstudie, Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen, Abschlussbericht, Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health
3. Gesundheitsbeirat der LH München, Referat für Gesundheit und Umwelt der LH München, Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit: Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 19. Juni 2002: Prävention im Alter, Geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen
4. Peter-Wüest, I.; et al. (2000): Präventive Hausbesuche im Alter: Entwicklung und Pilottestung eines multidimensionalen Abklärungsinstruments, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 33, Heft 1, Steinkopff Verlag
5. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, School of Public Health – WHO collaborating Center (2004): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten und Verbraucherberatung nach § 65b Sozialgesetzbuch V, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV
6. Landesärztekammer Baden-Württemberg (2009): Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen: Herausforderungen und Lösungsansätze. Abschlussbericht des Gesundheitsrats Südwest, unabhängige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Reutlingen
7. Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Dokumentation des Experten-Hearings „Präventiver Hausbesuch im Alter“ durchgeführt von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 Gesund altern des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn. <http://www.bvpraevention.de>
 He: Herr Prof. Dr. med. Carsten Hendriksen (Kopenhagen)
 N: Herr Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus (Ulm)RK:
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse (Hamburg)
 W: Herr Prof. Dr. phil. Frank Weidner (Köln)
 F: Frau Prof. em. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer (Hannover)
 Ho: Herr Prof. Dr. biol. hom. Rolf Holle (München)
 EMRG: Ergebnissicherung Herr Dr. P.H. Matthias Meinck, Dipl.-Soz., Frau Dr. rer. Soc. Beate Robertz-Grossmann
8. Fischer G, Sandholzer H, Perschke-Hartmann C (2009): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von „Gesund Älter Werden (GÄW)“, Ein Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen
9. AOK – Institut für Gesundheitsconsulting (Hrsg.) (2010): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Das Präventionsprogramm der AOK Niedersachsen: Gesund Älter Werden, Qualitativer Erfahrungsbericht
10. Lauterberg J, Meinck M: Beratung zur Erprobung von präventiven Hausbesuchen für ältere Menschen in Deutschland, Präsentationsveranstaltung der Kompetenz-Centren, Hamburg, 17.11.2008
11. Stuck AE et al.: Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. In: JAMA 2002, 287/8, 1022-1028
12. Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra BP: Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. In: Gesundheitswesen 2004, 66(11), 732-738
13. Cullmann G, Gebert A (Berichtszeitraum 2008/2009): Zugehende Einzelfallberatung – Präventiver Hausbesuch im Kreis Siegen-Wittgenstein. Erfahrungsbericht zur Einführung einer flächendeckenden, zugehenden Beratung für Senioren. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Zukunftsinitiative Siegen-Wittgenstein Leben und Wohnen im Alter
14. Imhof L, Zigan N (2010): Präventive Beratung – ein Angebot der Spitex Zürich. Evaluation der Fachstelle für präventive Beratung. Forschung und Entwicklung Pflege, Departement Gesundheit ZHAW – Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
15. Vass, M et al (2004): Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomized controlled trial. Scand J Prim Health Care 22, 2: 106-111

Steckbriefe der Praxisbeispiele

Aktivierender Hausbesuch bei Seniorinnen und Senioren

DRK Kreisverband Tübingen, Abteilung Sozialarbeit

Kontakt:

Claudia Stöckl
DRK Kreisverband Tübingen
c.stoeckl@drk-tuebingen.de

Angelika Farnung
DRK Landesverband Baden-Württemberg
a.farnung@drk-bw.de

Zeitraum:

ab Juli 2008, Förderzeitraum 2009 durch das Sozialministerium im Rahmen der Umsetzung des Präventionspaktes, danach integriertes Konzept

Ziele

- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- Bewegungsförderung um die Alltagsfähigkeit der Personen zu erhalten.
- Sturzprävention
- Zuwendung durch Gespräch, gegen Einsamkeit und Isolation

Zielgruppe und Zugangswege

- Hochbetagte Senioren/-innen, die an ihr Haus gebunden sind
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit (Bettlägerigkeit und schwere Demenz sind ein Ausschlusskriterium)

Zugang

Die Interessierten melden sich beim DRK. Oftmals rufen aber auch Angehörige an.

Umsetzung der aktivierenden Hausbesuche

Bei Interesse wird ein erster Hausbesuch durchgeführt. Ein Fragebogen muss ausgefüllt werden und eine Genehmigung des Hausarztes/ der Hausärztin muss erfolgen. Die Begleiter/-innen des ersten Hausbesuchs sind durch den Kreisverband umfassend geschult und vorbereitet worden.

Einmal pro Woche findet ein Besuch statt. Es gibt einige Senioren/-innen die über 1-2 Jahre schon eine Begleitung in Anspruch nehmen.

Es finden Bewegung und Gespräche statt, beides ist gleichermaßen gewichtet.

Der Datenschutz ist durch ein Formular, das die Mitarbeiter/-innen unterschreiben, geregelt.

Vernetzung und Kooperationen

Landratsamt Tübingen, Abteilung Gesundheit.
Es gibt einige Hausärzte/-innen, die für das Angebot werben.

Qualifikation und Qualifizierung

Vom DRK Landesverband aus werden extra für den aktivierenden Hausbesuch Übungsleiter/-innen ausgebildet. Diese müssen vorher keine Kenntnisse besitzen.

Schulungsinhalte:

- Bewegungsanleitung für Hochbetagte
- Sturzprävention
- Gesprächsführung
- Erste Hilfe

Finanzierung

Die Finanzierung des Projektes war bis Ende 2010 gesichert. Seit 2011 stehen Mittel gemäß § 45 d SGB 11 in Höhe von 2.500 € jährlich zur Verfügung.

Der Teilnehmerbeitrag liegt bei 4,-- € pro Besuch, wobei der erste Besuch kostenfrei ist. Manche bezahlen auch freiwillig mehr, andere hingegen können nicht so viel bezahlen.

Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen erhalten eine Aufwandsentschädigung von 10,-- € pro Besuch.

Qualitätsentwicklung

- Supervision
- Weiterbildungsangebote
- Dokumentation der Hausbesuchsverläufe

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Sowohl die Besuchten als auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen profitieren von den Besuchen, die Alltagsfähigkeit der Besuchten konnte in aller Regel verbessert oder zumindest erhalten werden.

Kombination von Gespräch und Förderung der Beweglichkeit ist das innovative und überzeugende Merkmal des Besuchs.

Hürden/Stolpersteine

- Finanzierung
- Der Besuch muss von den Senioren/-innen gewünscht sein und nicht von deren Kindern „gefordert“

Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner

Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Amt für soziale Sicherung

Kontakt:

Angelika Gramenz
Landeshauptstadt München
Sozialreferat, Abt. S-I-AB
angelika.gramenz@muenchen.de

Das Projekt wird durch vier Projektpartner in vier Modellregionen in München durchgeführt:

- Evang. Sozialdienst (ESD), Alten- und Service Zentrum Fürstenried
- Verein Stadtteilarbeit e.V. (Schwerpunktthema Migration)
- GEWOFAG München (städt. Wohnungsbaugesellschaft)
- Sozialbürgerhaus Mitte der Landeshauptstadt München

Zeitraum: 2010-2013

Ziele

- Zugangsmöglichkeiten zu den Zielgruppen erarbeiten
- Rechtzeitige Beratung und Unterstützung der Zielgruppen, nicht erst in akuten Krisensituationen
- Folgen von Altersarmut und Vereinsamung durch schnellere Vermittlung in bestehende Angebote abmildern
- Einsparpotentiale bei kommunalen Personalkosten und Transferleistungen durch Vermeidung von Krisen- und Gefährdungsfällen überprüfen
- Aussagen zu Kosten und Nutzen bei einer flächendeckenden Ausweitung des Angebots, Überprüfung alternativer

- Kostenträger
- Entwicklung eines praxistauglichen Münchner Modells für Präventive Hausbesuche

Zielgruppe und Zugangswege

- Ab 75 Jahre
- Alleine Lebende und von sozialer Isolation bedrohte ältere Menschen
- Von Altersarmut bedrohte ältere Menschen
- Ältere Migranten/-innen ab 65 Jahren

Zugang

- Direkt, auf eigene Anfrage (z.B. durch Pressemeldungen und Flyer)
- Über Multiplikatoren/-innen (soziale Einrichtungen, Hausärzte/-innen, Apotheken, Sanitätshäuser, Krankenhäuser etc.)
- Über Angehörige und Nachbarn
- Die GEWOFAG hat die Zielgruppe in ihren eigenen Mietwohnungen über die Mieterkartei angeschrieben

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Beraterinnen klären mit einem 2-seitigen Fragebogen beim Erstkontakt, welchen Bedarf die Betroffenen selbst sehen und welcher Bedarf ggf. aus fachlicher Sicht gesehen wird. Dann wird an die entsprechenden Stellen weitervermittelt.

- Erstkontakt und ggf. 1-2 Folgebesuche
- Es erfolgen auch telefonische Beratungen
- Folgebesuche werden individuell durchgeführt

Der Datenschutz ist über eine Einverständniserklärung und ggf. Schweigepflichtsentbindung geregelt.

Beispiele für Beratungsinhalte:

- Information über Treffpunkte und Veranstaltungen in der Nachbarschaft
- Information und Beratung zur selbständigen Lebensführung
- Auf Wunsch Beratung zu persönlichen Anliegen
- Vermittlung von Hilfen, ehrenamtlichen Helfern/-innen

Vernetzung und Kooperationen

- Sozialbürgerhäuser (Fachstellen häusliche Versorgung)
- Alten- und Service Zentren
- Hauswirtschaftsdienste
- Begleit- und Ehrenamtlichen Dienste
- Hausärzte/-innen
- Krankenhaussozialdienste
- Beratungsstellen für ältere Menschen (Wohlfahrtverbände)
- Apotheken, Sanitätshäuser
- Gerontopsychiatrische Dienste

Qualifikation und Qualifizierung

Drei hauptamtliche Sozialpädagoginnen und eine Sozialwirtin mit je 1/2 Stelle

- Grundqualifizierung durch beruflichen Abschluss
- Langjährige, einschlägige Berufserfahrung
- Basisworkshop zum Projektbeginn
- Regelmäßige Schulungsmodulare, flexible Themenwahl nach Bedarf (z.B. Wohnungsanpassung, sozialrechtliche Themen, Betreuungsrecht etc.)
- Laufende Information und Wissensvernetzung, Inputs durch Projektleitung
- Laufender Informations- und Erfahrungsaustausch

Finanzierung

Landeshauptstadt München: 570.000 Euro (über den gesamten Projektzeitraum)

Städtische Wohnungsbaugesellschaft GEWOFAG: Finanzierung von 0,5 Fachkraftstelle

Qualitätsentwicklung

- Multiprofessionelles Team

- Kollegiale Fallbesprechungen
- Monatliche Treffen der Praxiskräfte unter Beteiligung der Projektleitung und wissenschaftlichen Begleitung
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Praxisforschung und Projektbegleitung, München
- Begleitung durch den Projektbeirat (Drei Sitzungen/Jahr)

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Starke Unterstützung und sozialpolitischer Wille seitens der Referats- und Amtsleitung
- Vernetzung in der sozialen Infrastruktur, z.B. REGSAM
- Hohes Interesse seitens der freien Wohlfahrtspflege
- Zielgruppenspezifische Verankerung, z.B. Seniorenbeirat
- Modell bietet die Möglichkeit präventive Hausbesuche in vier verschiedenen Settings zu erproben -----> Vielfalt der sozialen Infrastruktur
- Hohes Interesse seitens der Wohnungswirtschaft, Ergänzung zu Projekten im Bereich „Wohnen im Quartier“
- Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation
- Hauptamtliche Projektleitung (0,5 Stelle)
- Ein Projektbeirat fungiert als Lenkungsgremium und tagt 3 mal jährlich

Hürden/Stolpersteine

Entwicklungspotenziale:

- Zuschnitt der Modellregionen: Umgang mit Anfragen, die außerhalb der definierten Modellregionen liegt
- Umgang mit Wunsch nach nur telefonischer Beratung (Hausbesuch nicht erwünscht, aber Informations- oder Hilfebedarf)
- Präzisierung des Angebotsprofils und des Konzepts: Wahrnehmung des Angebots in der sozialen Infrastruktur als sinnvolle Unterstützung/ Ergänzung
- Kooperation statt Konkurrenz (Klärung von Kompetenzen, Formen der Zusammenarbeit etc.)

Fachstelle für präventive Beratung

Stadt Zürich

Projektphase Juli 2008 – Juni 2011, seit Juli 2011 integriertes Angebot der Altersstrategie der Stadt Zürich.

Kontakt:

Frau Maria Messmer-Capaul
Spitex Zürich Limmat
Maria.Messmer@spitex-zuerich.ch

Ziele

- Unterstützung der Senioren/-innen der Stadt Zürich, um möglichst lange ein eigenständiges Leben zu Hause führen zu können
- Eventuell Verzögerung eines Heimaufenthaltes

Zielgruppe und Zugangswege

Alle Senioren/-innen ab 65 Jahren der Stadt Zürich, die zu Hause wohnen

Zugang

Die Senioren/-innen werden über das Einwohneramt angeschrieben.

Das Angebot der präventiven Beratung wird dabei vorgestellt. Ein Fragebogen mit 11 Fragen liegt bei, oder es erfolgt eine direkte Vermittlung an die Fachstelle über den Arzt oder Angehörige.

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Bei Interesse seitens der Senioren/-innen wird der Fragebogen zur physischen, psychischen und sozialen Gesundheit an die Fachstelle zurückgeschickt. Anschließend erfolgt eine kostenlose Gesundheitsberatung bei einem Hausbesuch. Die Berater/-innen sind bei der Bewertung von Gesundheitsinformationen behilflich, beraten die Kunden, vereinbaren gemeinsam mit ihnen Ziele zu ihrer Gesundheit. Bei Bedarf werden die Kunden an entsprechenden Dienstleistungs-

anbieter oder Institutionen weitergeleitet.

Die Anzahl der Beratungen sowie die Zeitdauer der Begleitung werden den Bedürfnissen der Senioren/-innen angepasst. Im Schnitt sind es 2-3 Hausbesuche, dazwischen gibt es auch telefonische Beratungen und Grußkarten zur „Aufmunterung“.

Der Datenschutz ist gewährleistet.

Vernetzung und Kooperationen

Eine Vernetzung besteht mit allen in der Stadt Zürich für die ältere Bevölkerung bestehenden Fachstellen und Netzwerke.

(den Gesundheitsdiensten der Stadt Zürich, die Angebote der Pro Senectute, dem schweizerischen Roten Kreuz, der Caritas, der Rheumaliga, den Hausärzten und viele mehr.)

Qualifikation und Qualifizierung

Drei diplomierte Pflegefachfrauen (190 Stellenprozent) mit Weiterbildung in Beratung, Public Health, Erwachsenenbildung.

Das Team wird vom stadtärztlichen Dienst Zürich unterstützt.

Professionelle Beratung umfasst sowohl fachunspezifische Beratungskompetenzen (z.B. Didaktik) sowie spezifisches Fachwissen (z.B. gerontologisches, gesundheitsförderndes Fachwissen).

Die Berater/-innen wurden im Vorfeld 12 Tage geschult. Regelmäßige Weiterbildung, sowie wöchentliche Sitzungen zum gegenseitigen Austausch und für Fallbesprechungen sind selbstverständlich.

Finanzierung

Ein Kredit von 1 Mio. Sfr. wurde für das 3-jährige Pilotprojekt von der Stadt Zürich getragen

(Juli 2008-Juni 2011). Seit Juli 2011 erfolgt die Finanzierung zur Hälfte über die Stadt Zürich und zur Hälfte über die drei städtischen Spitexorganisationen für mindestens ein weiteres Jahr.

Qualitätsentwicklung

- Es wurde eine Evaluation von der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften gemacht (ZHAW)
- Langjährige Berufserfahrung der Beraterinnen in Spitex und in der Beratung
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Regelmäßige Weiterbildungen der Beraterinnen
- Teamsupervision

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Durch den neuen, kurzen Fragebogen werden die sozial schwächeren, bildungsfernen Schichten besser erreicht
- Zeit für die individuellen Fragen der Senioren/-innen zu ihrer Gesundheit
- Verbindungs- und Zuweisungsfunktion und bessere Vernetzung mit verschiedenen Akteuren

Hürden/Stolpersteine

Mit dem zu Beginn eingesetzten Fragebogen über ca. 30 Seiten wurden nur Menschen mit hohem Ausbildungsniveau erreicht. Nach der Evaluation der ZHAW wurde der Fragebogen angepasst (11 Fragen). Die Frage nach der finanziellen Situation zeigt sich als sehr wirkungsvoll. Viele schreiben, dass sie über ungenügende finanzielle Mittel verfügen. Ein ausführlicheres Assessment wird erst beim ersten Hausbesuch gemacht.

Betreutes Wohnen zu Hause

Lenninger Netz

Kontakt:

Gabriele Riecker

Lenninger Netz

bwzh-lenningen@t-online.de

Zeitraum: seit 2005

Ziele

- Älteren und hilfsbedürftigen Menschen das „Zu Hause bleiben“ so lange und so gut wie möglich zu ermöglichen

- Entlastung von Angehörigen

Zielgruppe und Zugangswege

- Ältere Menschen mit Hilfebedarf, Menschen mit Pflegebedarf, Demenz oder Behinderung, weitere Gruppen:
- Menschen, die eine Zäsur erlebt haben, wie z.B. eine Krankheit, der Tod des Partners etc.
- Behinderte, Hilfebedürftige, ältere Menschen, die bereits andere Dienstleistungen oder Hilfen des Anbieters nutzen und eine Ausweitung der Hilfen wünschen oder benötigen
- Menschen, die vorsorgen wollen und ein ausgeprägtes Vorsorgebedürfnis haben, darunter insbesondere jüngere Senioren/-innen, die sich für die Möglichkeit interessieren, jederzeit in einen Betreuungsvertrag eintreten zu können
- Angehörige von älteren Menschen, die nicht in der Lage sind, selbst die Betreuung oder die Organisation von Hilfen zu übernehmen
- Nach unseren Erfahrungen sind die unser Angebot nachfragenden Personen älter als 75 Jahre

Zugang

In erster Linie über Angehörige, Öffentlichkeitsarbeit, Ärzte/-innen, Kirche, Pflegedienste, Sozialdienst der Krankenhäuser, Nachbarschaft.

Umsetzung des betreuten Wohnen

Durch wöchentliche Besuche wird den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der älteren Menschen entsprochen. Sie werden gefordert z.B. durch Aktivierungen und Mobilisation, Defizite im sozialen Leben können ausgeglichen werden.

Über die Koordinationsstelle werden alle Leistungen den Bedürfnissen angepasst und koordiniert. Ein 5-seitiger Fragebogen wird zur Ermittlung des Beratungsbedarfs eingesetzt. Die Vermittlung geschieht über die hauptamtliche Koordinationsstelle, sie kennt beide Parteien, und kann zueinander passende Personen zusammen führen.

Zum Datenschutz: Schweigepflichtvereinbarung mit den Besuchsdienstmitarbeitern/-innen, verschlossene Aufbewahrung der Unterlagen.

1. Die ausführliche Beratung

Die Leiterin der Koordinationsstelle vereinbart einen Besuchstermin mit den/dem Interessenten/-innen. In einem ausführlichen Gespräch vor Ort wird festgestellt, welche Defizite bestehen und welche Hilfen eine Entlastung bedeuten. Dabei ist erkennbar, welche Vertragsform der Situation angemessen ist: Options- oder Betreuungsvertrag. Der Inhalt der Verträge wird erklärt und daraus resultierende Fragen beantwortet.

2. Vertragsabschluss

Bei dem Besuch der Leiterin der Koordinationsstelle werden die wichtigsten persönlichen Daten erfasst. Die von der Koordinationsstelle ausgewählte Besuchsdienst-Person wird vorgestellt. Es erfolgt die Vereinbarung der Termine für die regelmäßigen Besuche und alle wichtigen Einzelheiten für die optimale Betreuung werden erklärt.

3. Die praktische Umsetzung

Ab jetzt kommt regelmäßig jede Woche die Besuchsdienst-Person ins Haus. Alle Fragen, Sorgen und Probleme können an diese Person gerichtet werden. Für weitere, in den Grundleistungen enthaltene Dienste kann die Koordinationsstelle angesprochen werden. Auch bei Bedarf von Wahlleistungen steht die Koordinationsstelle zur Verfügung. Alle Besuche und erbrachten Wahlleistungen werden dokumentiert.

Vernetzung und Kooperationen

Wichtige Kooperationspartner, ohne die es nicht geht:

- Gemeinde Lenningen und Stadt Owen
- Evang. und Kath. Kirchengemeinden in Lenningen und Owen
- Krankenpflegevereine in Lenningen und Owen
- DRK Kreisverband Nürtingen-Kirchheim
- Diakoniestation Teck
- Ärzte/-innen und Apotheken in Lenningen und Owen

Qualifikation und Qualifizierung

Hauptamt: Dipl. Krankenschwester, Leitungsweiterbildung

Ehrenamt: Zu Beginn: 6 teilige Ausbildungsreihe mit Vorträgen

- Auftaktveranstaltung: Möglichkeiten Bürgerschaftlichen Engagements (BE)
- Depressionen im Alter
- Einführung in die Gesprächsführung

- Erinnerungsarbeit
 - Aspekte des Helfens, warum helfe ich?
- Abschlussveranstaltung: Wie sieht BE nun konkret aus?

Finanzierung

Vertragsgebühren 75 Euro/Monat für Einzelpersonen, 125 Euro/Monat für Ehepaare, Mitgliedsbeiträge, Spenden, Fördergelder, Wettbewerbe, kommunale Unterstützung

Qualitätsentwicklung

- Monatliche Treffen der Bürgerschaftlich Engagierten mit der Hauptamtlichen Fachkraft zum Austausch, Fallbesprechungen und Fortbildung
- Persönliche Begleitung der BE
- Fortbildungen für Hauptamtliche
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Wissenschaftliche Begleitung durch die Evang. Hochschule Ludwigsburg, Prof. Hammer

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Identifikation der bestehenden sozialen Einrichtungen, der Kommunen und Kirchen mit dem Projekt
- Neutraler Träger = Lenninger Netz
- Konstruktive Netzwerkarbeit mit den Kooperationspartnern
- Eine Ansprechpartnerin für alle Bedürfnisse
- Persönliche Betreuung
- Vertrauensbasis
- Angebot eines interessanten, attraktiven „Ehrenamtes“
- Klare Aufgabenstellung
- Eigenverantwortliches Arbeiten
- Gute Betreuung und Einbindung
- Persönlicher Gewinn durch Schulungen u. Fortbildung
- Aufwandsentschädigung
- Transparenz gegenüber den Vertragspartnern
- Vertrauen und Zufriedenheit aller Projektpartner
- Bekanntheitsgrad in der Gemeinde und in der Umgebung
- Öffentlichkeitsarbeit

Hürden/Stolpersteine

- Konkurrenzangebote
- Mangelnde Einsicht, dass Hilfen notwendig sind
- Zu wenig BE
- Trägt sich nicht selbst, ist auf Spenden und Zuschüsse angewiesen

Begleitung im Alltag

Sozialamt, Stadt Reutlingen, Abteilung für Ältere

Kontakt:

Ingrid Swoboda, Friederike Hohloch
 Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere
 abteilung.aeltere@reutlingen.de

Zeitraum: seit 2004

Ziele

- Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der Stadt, des Quartiers, der Nachbarschaft
- Förderung der Selbstbestimmung im Alter
- Verbesserung der Lebensqualität im Alter

Zielgruppe und Zugangswege

Ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der sozialen Kontakte und der selbstständigen Lebensführung.
Es gibt keine starre Altersgrenze.

Zugang

Die Begleiter/-innen im Alltag werden in erster Linie vermittelt durch:
Berater/-innen der Abteilung für Ältere an ihre Klienten

Umsetzung der Begleitung im Alltag

Nach Abschluss der Basisschulung füllen die Ehrenamtlichen einen „Persönlichen Leitfaden“ aus zu folgenden Themen:

- Rahmenbedingungen des Engagements (Zeiten, gewünschte Orte etc.)
- Hobbys, Interessen, Fähigkeiten
- Erwartungen und Wünsche.

Im Falle einer Vermittlung führen die Berater/-innen der älteren Person Vorgespräche mit der Person, die Begleitung wünscht und einer Person, die sich für die Begleitung interessiert. Erst dann lernen sich die Partner kennen und treffen die Entscheidung, ob der Kontakt weiter geführt werden soll. Zuständige Berater/-innen nehmen nach den ersten Treffen Kontakt auf und fragen nach dem Verlauf und der Zufriedenheit auf beiden Seiten.

Regelmäßige Treffen der Begleiter/-innen im Alltag (3xjährlich): Die Begleiter/-innen im Alltag haben die Möglichkeit in den regelmäßigen Treffen mit einer Gruppe von anderen Begleiter/-innen und unter Anleitung der Abteilung für Ältere über ihre Tätigkeit zu sprechen und zu reflektieren. Eine telefonische Rücksprache mit Mitarbeiter/-innen ist jederzeit möglich. In der Regel erfolgen wöchentliche Kontakte zwischen den älteren Menschen und ihren Begleiter/-innen im Alltag.

Das Angebot ist kostenlos und die Begleiter/-innen im Alltag sind ehrenamtlich tätig.

Tätigkeiten:

- Aktivierung im häuslichen Bereich: z.B. gemeinsames Anschauen von alten Fotoalben, gemeinsames Bepflanzen der Blumenkästen auf dem Balkon, ...
- Belebung und Pflege von Talenten und körperlichen Fähigkeiten: z.B. gemeinsames Kochen, gemeinsame Lektüre von Gedichten, gemeinsames Ausführen von Handarbeiten, Aufbau von einer alten Modelleisenbahn
- Förderung sozialer Beziehungen: z.B. gemeinsamer Besuch eines kirchlichen Gesprächskreises, Spaziergängen im Park, gemeinsamer Cafésbesuch, ...
- Gegenseitige Ermutigung zum Erhalt von Eigeninitiative und Selbstbestimmung: z.B. gemeinsamer Besuch von Konzerten der Philharmonie, Unterstützung bei dem Sortieren von amtlichen Papieren, ...

Datenschutz:

In der Grundausbildung findet eine Einheit statt zum Thema Datenschutz. Behandelt werden die rechtlichen Grundlagen aber auch Fragen der konkreten Praxis, z.B. was erzähle ich meiner Nachbarin, die mich fragt, wohin ich eigentlich immer gehe und was ich dort mache.

Die Ehrenamtlichen unterzeichnen einen Vertrag, in dem ein ausführlicher Passus zu ihrer Schweigepflicht eingearbeitet ist.

Vernetzung und Kooperationen

Vernetzung des Projektes mit anderen bürgerschaftlichen Projekten mit dem Ziel des Erfahrungsaustausches und der gegenseitigen Anregung.

Kooperationspartner der Abteilung für Ältere:

- Pflegedienste und hauswirtschaftliche Dienstleister
- Krankenhäuser
- Kurzzeitpflege
- Niedergelassene Ärzte/-innen
- Hospizdienst
- Kirchengemeinden
- Stadtteilinitiativen und Vereine
- Begegnungsstätten
- Stabsstelle für bürgerschaftliches Engagement
- Referat für Migrationsfragen

- Selbsthilfegruppen
- verschiedene Initiativen des Bürgerschaftlichen Engagements

Qualifikation und Qualifizierung

Qualifikation der Berater/-innen und Gemeinwesenarbeiter/-innen der Abteilung für Ältere:

- Sozialarbeit/-pädagogik
- Diplom Pädagogik

außerdem: Zusatzqualifikationen in den Bereichen: Supervision, Erwachsenenbildung, Methoden für die Arbeit mit Gruppen, Themenzentrierte Interaktion, Case und Care Management, etc.

Praxisnahe Basisschulung (6 Stunden) für die bürgerschaftlich Engagierten

Inhalte:

- Reflexion des eigenen Altersbildes
- Ansätze des Empowerment und der Ressourcenorientierung
- Grundsätze der zwischenmenschlichen Kommunikation
- Informationen über Rahmenbedingungen: Daten- und Versicherungsschutz, Vertragsgestaltung

Finanzierung

Stadt Reutlingen, Sozialamt, Abteilung für Ältere

Die bürgerschaftlich Engagierten erhalten eine Erstattung ihrer Fahrtkosten und kostenfreie Fortbildungen. Sie sind ehrenamtlich tätig und erhalten keine Aufwandsentschädigung.

Qualitätsentwicklung

Qualifizierung:

- Impulsschulungen, z.B. Qualifizierung der Ehrenamtlichen im Bereich Gesundheitsförderung und alltagsnaher Aktivierung zu mehr körperlicher Bewegung, Kinästhetik, Biografiearbeit, u.ä.
- Teilnahme an Fallkonferenzen mit allen Akteuren: Bei Bedarf finden im Rahmen des Case Management Fallkonferenzen mit allen Beteiligten (Pflege, Arzt, Nachbarn, Angehörige, etc.) statt, um die Ziele der Beratung und Begleitung gemeinsam abzustimmen.
- Vernetzung mit anderen BE – Projekten und Austausch (Wohnberatung, Pflegebegleitung, Treffpunkt Internet)

Dokumentation

- Laufende Dokumentation
- Jahresstatistik seit 2009
- Jahresbericht

Mitarbeiterinnen

20% Stellenanteil verteilt auf verschiedene Mitarbeiter/-innen sind mit dem Aufbau, der Begleitung und Weiterentwicklung des Projektes betraut. Als Berater/-innen und Gemeinwesenarbeiter/-innen sind sie eingebunden in die Struktur der Abteilung für Ältere durch:

- Die wöchentlichen Teamsitzungen,
- In den jährlichen Konzeptionstagen
- In die regelmäßigen Teamsupervisionen
- In die Qualifizierungsmaßnahmen und ihre Umsetzung in die Praxis (aktuell Case und Care Management)

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Basisqualifikation der Engagierten
- Fortlaufende Weiterbildung und regelmäßige Reflexion der Arbeit
- Integrierter Baustein in die Tätigkeitsbereiche der quartiersorientierten Seniorenarbeit der Abteilung für Ältere
- Enge Verzahnung zwischen ehrenamtlichen und professionellen Mitarbeiterinnen
- Im Einzelfall ist professionelle Unterstützung abrufbar
- Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in den regionalen Medien

Hürden/Stolpersteine

- Verbindlichkeit der bürgerschaftlich Engagierten für Angebote außerhalb der Begleitung
- Regelmäßige Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten
- Abgrenzung zu hauswirtschaftlichen Dienstleistern, Tätigkeiten durch gesetzliche Betreuung, u.ä. von beiden Seiten
- Balancierung von Nähe und Distanz in der Beziehungsgestaltung auf beiden Seiten

Präventive Hausbesuche - Gesundheitsberatung für Senioren

Frankfurt

Kontakt:

Katharina Schroer
 Caritasverband Frankfurt e. V.
 Präventive Hausbesuche – Gesundheitsberatung für Senioren
 E-Mail: katharina.schroer@caritas-frankfurt.de

Zeitraum: Seit 2007

Ziele

- Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Selbstständigkeit älterer Menschen
- Möglichst langer Verbleib in der häuslichen Umgebung
- Lebensqualität verbessern
- Pflegebedürftigkeit vermeiden bzw. hinauszögern

Zielgruppe und Zugangswege

- Senioren/-innen im Alter von 70 Jahren und älter
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit
- Personen mit vermutetem besonderem Beratungsbedarf, wie bspw. Personen mit eingeschränkter Mobilität, sozialer Isolation, chronischen Erkrankungen

Direkter Zugang:

- Vermittlung durch Hausärzte/-innen oder über Kollegen/-innen aus Beratungskontexten
- Gesundheitssprechstunden in Nachbarschaftsclubs
- Vorstellung des Projekts in Seniorenclubs
- Arbeit im Quartiersmanagement
- Vermittlung durch Kooperationspartner
- Öffentlichkeitsarbeit

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Präventiven Hausbesuche sind ein Beratungsangebot für ältere Menschen, die noch weitgehend selbständig und ohne Pflegebedarf in ihren Wohnungen leben. Der Fokus liegt bei der Identifizierung der Risiken mittels Assessment. Daran anknüpfend findet eine Gesundheitsberatung statt, die sowohl auf die Risiken aufmerksam macht, als auch aufzeigt wie Risiken gezielt und im Rahmen der individuellen Ressourcen reduziert werden können.

Die Präventiven Hausbesuche sind ein zusätzliches Leistungsangebot des Caritasverbandes und für die Betroffenen kostenlos.

Es werden 2-3 Hausbesuche pro Person über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten durchgeführt, ggf. auch länger. Folgebesuche finden in der Regel nach 14 Tagen statt.

Telefonische Beratungen werden auch angeboten.

Die Mitarbeiter/-innen unterliegen der Datenschutzvereinbarung des Caritasverbandes, d.h. Daten werden nur mit Zustimmung des Klienten weitergegeben.

Vernetzung und Kooperationen

- Hausärzte/-innen
- Vereine, z.B. Seniorensport (Deutscher Turnerbund)
- Hauswirtschaftliche Hilfen
- Quartiersmanagement der Caritas
- Nachbarschaftsvereine
- Therapeuten/-innen, Fachhochschule Frankfurt
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Beratungs- und Vermittlungsstelle
- Sanitätshäuser, Mobile Augenoptiker
- Sozialrathäuser der Stadt Frankfurt
- Frankfurter Stiftung für Blinde und Sehbehinderte
- Weitere Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände

Qualifikation und Qualifizierung

Bachelor of Science in Pflege (FH), nebenbei Master in Beratung und Sozialrecht
Hauptamtliche Tätigkeit (45%-Stelle)

(Bzw. Diplom-Pflegewirtin, Krankenschwester: Momentan ist die Stelle aufgrund des kleinen Umfangs nur mit einer Person besetzt. Vorherige Mitarbeiterinnen hatten zusätzlich die Ausbildung zur Krankenschwester).

Finanzierung

Stadt Frankfurt

Qualitätsentwicklung

Es finden regelmäßige Gruppensupervisionen statt zwischen den Mitarbeiter/-innen der Einrichtung, die beratend tätig sind.

Die Mitarbeiter/-innen in der Einrichtung (in anderen Beratungskontexten tätig) sind Sozialpädagogen/-innen oder Diplompflegewirte/-innen und Gerontologen/-innen.

Es gibt eine kollegiale Fallberatung mit den Mitarbeitern, die auch dem Förderprogramm „Würde im Alter“ der Stadt Frankfurt angehören. Es findet eine laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes statt.

Zudem erfolgt eine Evaluation mittels Fragebogen, welcher nach Abschluss der Beratung an die Klienten verschickt wird.

Besonderheiten

Gedächtnistraining im Quartiersmanagement Sindlingen, dadurch Zugang zur Zielgruppe mit automatischem Einbezug sozial Benachteiligter sowie Migranten.

Vertrauensaufbau bei der Zielgruppe durch präventive Angebote für Senioren/-innen und Beteiligungen bei Festen und Veranstaltungen. Dadurch wird der Zugang zur Zielgruppe verbessert.

Zusammenarbeit mit Sozialrathäusern, dadurch wird die Zielgruppe sozial Benachteiligte automatisch mit einbezogen.

Hürden/Stolpersteine

Zugang zur Zielgruppe ist schwierig, oftmals wollen Senioren/-innen keine Beratung in Anspruch nehmen, da Sie keinen Bedarf sehen bzw. das Thema Prävention nicht verstehen. Hilfe anzunehmen ist für Viele auch schwierig, sie denken sie können noch alles alleine.

Gesund Älter Werden

AOK Niedersachsen

Kontakt:

Jeanette Thiemann
AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Servicezentrum Braunschweig
Jeanette.Thiemann@nds.aok.de

Zeitraum: Seit 2004

Ziele

- Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen
- Verbesserung der Lebensqualität durch Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeit, der Kompetenzen und Ressourcen
- Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und Unterbringung im Pflegeheim

Zielgruppe und Zugangswege

- 63-79 Jahre
- Ausschluss von Pflegebedürftigkeit
- Es werden alle Bildungsschichten erreicht, mehr Frauen als Männer

- Schriftliche oder telefonische Kontaktaufnahme einer Beraterin aller AOK Versicherten in dieser Altersspanne. Bei Interesse erfolgt ein erster Hausbesuch

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Die Hausbesuche beinhalten die Beratung der Klienten und die Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils. Des Weiteren vermitteln die Beratenden regionale Angebote und besprechen mit den Besuchten individuelle Schritte und Ziele über das weitere Vorgehen. Im Rahmen der Beratung wird ein Fragebogen zur Gesundheitssituation in Anlehnung an das geriatrische Assessment durchgeführt. Dieser Fragebogen beinhaltet 30 Fragen zu insgesamt 4 Themenkomplexen. Zudem gibt es noch einen Fragebogen zur Lebensqualität (WHOQOL), er umfasst 26 Fragen.

Die Versicherten erhalten einen einmaligen Versichertenbonus nach § 65 b SGB V für gesundheitsbewusstes Verhalten.

Im Durchschnitt werden über einen individuellen Zeitraum drei Hausbesuche durchgeführt. Überwiegend finden die Hausbesuche in individuellen Abständen innerhalb eines Jahres statt. Einige Senioren/-innen melden sich nach Abschluss der begleitenden Beratungen mit einem Anliegen. Daraufhin erfolgt ein neuer Kontakt. Der Datenschutz ist über eine Datenschutzerklärung geregelt.

Häufigste Beratungsinhalte:

Bewegungsangebote, Umgang mit der Lebenssituation, Handlungsmöglichkeiten bei gesundheitlichen Problemen, Vernetzung/ Koordination

Vernetzung und Kooperationen

Kooperationspartner:

- Seniorenbüro
- Seniorenservicebüro
- Kirchengemeinden
- Begegnungsstätten
- Nachbarschaftshilfen
- Sportvereine
- Vereine mit Beratungsangeboten
- Vereine mit Betreuungsangeboten (wichtig für pflegende Angehörige)

Verbindung zum Ehrenamt:

Die Verbindung zum Ehrenamt ist durch die Kooperation mit dem Seniorenbüro und dem Seniorenservicebüro gegeben. Der überwiegende Teil der in diesem Bereich tätigen Institutionen ist untereinander vernetzt. „Gesund älter werden“ hält Kontakt zu den Institutionen vor Ort bzw. ist in Arbeitsgruppen aktives Mitglied. Die Ausbildung und Betreuung der Ehrenamtlichen findet sowohl in diesen Institutionen, wie auch in der Nachbarschaftshilfe und den Vereinen mit Betreuungsangeboten statt.

Klienten aus „Gesund älter werden“ können von Angeboten, die durch Ehrenamtliche durchgeführt werden entlastet werden, aber auch selbst den Wunsch haben, ehrenamtlich tätig zu werden.

Zielgruppengerechte Gesundheitsangebote werden in der AOK, in den Begegnungsstätten und den Kirchengemeinden vorgehalten.

Qualifikation und Qualifizierung der Berater und Beraterinnen:

Hauptamtliche Präventionsberaterinnen der AOK Niedersachsen: in der Stadt Braunschweig eine 30-Stunden-Stelle zu 100%.

Voraussetzung für eine Begleitung ist eine Grundqualifizierung im präventiven Bereich

Zusätzlich erfolgt eine systemisch orientierte Kurzzeitberatung (ca. 6 Tage) und ein Kommunikationstraining (ca. 6 Tage).

Informations- und Erfahrungsaustausch, regelmäßige Treffen: Teamcoaching, Themen-Workshops, regionale Arbeitsgruppen.

Finanzierung

Fördermittel zwischen 2004-2006 über 2,5 Jahre, danach Leistung der AOK.

Primärpräventive Maßnahme im Setting Kommune/Stadtteil und somit eine Leistung nach § 20 Abs. 1 SGB V

Qualitätsentwicklung

- Teamcoaching

- Multiprofessionelles Team
- Evaluation und Abschlussbericht vorhanden
- Der Präventive Hausbesuch wurde im Rahmen des Projektes „Gesund Älter Werden“ 2004-2006 evaluiert.
- Im Rahmen des Forschungsprojekts „Ältere gezielt erreichen“ wurde die Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des Präventiven Hausbesuchs evaluiert.

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Menschen in Bewegung zu bringen - in jeglicher Hinsicht

Care Management:

die Kompetenzen älterer Menschen würdigen, stärken, und ggf. erweitern bzw. bei Bedarf Handlungskompetenzen bewusst machen und Veränderungen fördern = den Ansatz der Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen verbinden. Systemischer Ansatz = Bedarfsanalyse – Prioritätensetzung – Planung – Ausführung - Überprüfung der Maßnahmen. Bildung von Netzwerken (Ziel: verhältnisorientierte Maßnahmen).

Beraterinnen übernehmen Lotsenfunktion, multiprofessionelles Team.

Regional dem Bedarf angepasst: regelmäßige Stadtteiltreffen, stadtteilübergreifende Kliententreffen, thematische Gruppenangebote.

Stolpersteine

Projektzeit zu knapp angemessen, man braucht einen langen Atem um Ältere zu erreichen, „entschleunigen“.

Spannungsfeld Berateransatz: Begleiter/-innen müssen sich über den Berateransatz im Klaren sein.

Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter

Aalen

Kontakt:

Robert Dietrich

Stadt-Seniorenrat Aalen e.V.

Spritzenhausplatz 13

73430 Aalen

ssr.aaalen@t-online.de

Zeitraum: Projektbeginn November 2009

Kooperationsprojekt der Stadt Aalen und des Stadt-Seniorenrates Aalen

Ziele

- Durch die Bildung eines Netzwerkes mit den in der Seniorenarbeit tätigen
- Einrichtungen soll eine breite Basis für das Projekt „Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter“ geschaffen werden.
- Interessierte Senioren/-innen oder auch noch nicht im Seniorenalter
- befindliche Personen werden geschult und durch Absolvierung eines Kurses befähigt
- andere alte Menschen kompetent zu begleiten.
- Geschulte Personen erhalten nach der Ausbildung ein Zertifikat. Danach können sie
- ihre ehrenamtlichen Hilfestellungen (z. B. bei Behördengängen, Vorlesen und
- Zuhören, Begleitung ins Theater/Kino usw.) anbieten.

Zielgruppe und Zugangswege

Es steht außer Frage, dass durch den demografischen Wandel immer mehr Senioren/-innen nicht nur „Pflege im klassischen Sinn“, sondern auch individuelle Begleitung in „kleinen Alltagsangelegenheiten“ benötigen. Gleichzeitig gibt es immer mehr ältere Menschen, die bereit und in der Lage sind, sich ehrenamtlich für gezielte Aufgaben einzubringen.

Zugang

Interessierte können sich beim Sozialdienst im Amt für Soziales, Jugend und Familie der Stadt Aalen oder dem Stadt-seniorenrat Aalen melden.

Umsetzung der Hausbesuche

Unabdingbar für die Zusammenführung von „Anbietern“ und „Hilfesuchenden“ ist die Einrichtung einer vom Stadt-Seniorenrat Aalen e. V. ehrenamtlich betriebenen Koordinierungsstelle in Kooperation mit dem Sozialdienst des Amtes für Soziales, Jugend und Familie der Stadt Aalen.

Einsatzhäufigkeit, -zeit und -ort sind individuell bestimmbar. Die Partner vereinbaren den Inhalt der Begleitung selbst. Die Koordinierungsstelle steht bei Bedarf beratend zur Verfügung.

Vernetzung und Kooperationen

- Amt für Soziales, Jugend und Familie z. B. für Mitwirkung bei Hausbesuchen
- der Koordinierungsstelle, Begleitung der Ehrenamtlichen bei Gruppenarbeit usw.
- Begegnungsstätte Bürgerspital (Räumlichkeiten für Schulungen)
- Familienbildungsstätte und/oder VHS z. B. für Schulungen
- Kirchen, Freie Wohlfahrtsverbände, Ärzte/-innen usw.

Qualifikation und Qualifizierung

Ehrenamtliche Begleiter/-innen werden in einem kostenlosen Kurs für die Durchführung der Hausbesuche qualifiziert. Die Qualifizierung erfolgt durch die Familienbildungsstätte und die Volkshochschule Aalen. Der Qualifizierungskurs beinhaltet 10 Bausteine zu je 2 Stunden und beinhaltet Module wie Gesprächsführung, praktische Hilfen, rechtliche Grundlagen und schafft u.a. einen Überblick über altengerechtes Wohnen.

Nachdem seit 2009 über 60 Seniorenbegleiter/-innen ausgebildet wurden, findet derzeit jährlich noch ein Kurs statt.

Finanzierung

Im städt. Haushalt stehen insgesamt bis 5.000 € jährlich zur Verfügung u.a. für:

- Kurskosten
- Öffentlichkeitsarbeit, Druck von Flyern usw.
- Bürokosten z.B. Zertifikate, Porto usw.
- Begleitung und Supervision (Gruppenarbeit usw.)

Zusätzlich werden Spendenmittel oder sonstige Fördermittel beschafft und eingesetzt.

Qualitätsentwicklung

Für die ausgebildeten Seniorenbegleiter/-innen finden regelmäßige Gruppentreffen unter Anleitung der Koordinierungsstelle statt. Zusätzlich wird eine eigene Evaluation durchgeführt. Für das Projekt „Alltagsbewegung“ wurde vom Sozialministerium Baden-Württemberg im Rahmen des Zentrums für Bewegungsförderung am LGA eine externe Evaluation finanziert.

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Auf einen konkreten Bedarf in Aalen wurde mit dem Projekt „Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter“ innovativ reagiert. Im Sinne von Netzwerkarbeit erfolgt mit der Koordinierungsstelle eine enge Zusammenarbeit zwischen dem ehrenamtlich tätigen Stadtseiniorenrat und der professionellen Seniorenarbeit im Amt für Soziales, Jugend und Familie.

Das Aalener Projekt „Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter“ hat Modellcharakter.

Hürden/Stolpersteine

Eine Herausforderung am Projekt ist es, alle Beteiligten kontinuierlich zu aktivieren. Dies wird über die Koordinierungsstelle hervorragend erreicht.

Optimierung aufnehmender und zugehender Konzepte pflegerelevanter Nachfragen (PON) sowie Systematisierung und Vernetzung pflegebezogener Angebote (POA) im Kreis Siegen-Wittgenstein

Kreis Siegen-Wittgenstein

Kontakt:

Reiner Jakobs,
Servicezentrum für Beratung, Betreuung und Prävention
Fachgebietsleiter Pflege- und Altenhilfepolitik
r.jakobs@siegen-wittgenstein.de

Gaby Cullmann
Kordinatorin Senioren- und Pflegeberatung
g.cullmann@siegen-wittgenstein.de

Zeitraum: Projektphase (2006 bis 2010), danach Übernahme in ein Regelangebot im Rahmen der Senioren- und Pflegeberatung

Der Kreis Siegen-Wittgenstein (NRW) und das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln haben von 2006 bis 2010 gemeinsam das Projekt „Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein – Entwicklung kommunaler Infrastrukturen mit pflegepräventiven Ansätzen zur Förderung der selbstständigen Lebensführung im Alter (POP-SiWi)“ umgesetzt. In dem Projekt ging es um die wissenschaftsfundierte Entwicklung und Evaluation innovativer Ansätze zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Bürger/-innen mit besonderem Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in den Gemeinden und Städten des Landkreises.

Ziele

- Verbleib in der häuslichen Umgebung durch wohnortnahe ambulante Versorgungsstrukturen.
- Informationstransfer der Unterstützungsangebote in die Häuslichkeit
- Frühzeitige Sensibilisierung für beginnenden Hilfebedarf
- Als Ansprechpartner/-in und Beratungsdienst im Versorgungsnetz bekannt sein.

Zielgruppe und Zugangswege

- Hauptzielgruppe 75 Jahre und älter
- Ohne Einstufung in eine Pflegestufe

Zugang

- Turnusmäßige Anschreiben über das Beratungsangebot an die älteren Menschen über die Senioren-Service-Stellen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden im Namen der jeweiligen Bürgermeister
- Angehörige und Senioren/-innen als Selbstmelder
- Andere Multiplikatoren/-innen, wie Sozialdienste, Ärzte/-innen, Ortsvorsteher/-innen

Umsetzung der Präventiven Hausbesuche

Nach Erhalt der Informationen zum Hausbesuchsprogramm erfolgt auf Wunsch des Klienten eine Beratung. Diese wird in mehreren Kommunen im Kreis Siegen-Wittgenstein angeboten und von hauptamtlichen Kräften der Senioren- und Pflegeberatung des Sozialhilfeträgers durchgeführt. Mit Hilfe eines softwaregestützten Assessments wird die Gesamtsituation des Klienten erfasst und es erfolgt eine Überleitung zu Leistungsanbietern oder ehrenamtlichen Einrichtungen.

Neben der Erfassung persönlicher Stamm- und Kontaktdaten umfasst das Assessment 28 Themenfelder.

Im Schnitt werden zwei Hausbesuche/Person durchgeführt. (Konzeptioneller Standard sind zwei Hausbesuche.) Entsprechend des individuellen Bedarfs und Wunsch der Seniorin oder des Seniors, kann der Beratungsprozess umfangreicher sein. Daneben sind auch telefonische Beratungen und Kontakte gegeben.

Häufigste Beratungsinhalte:

- Information und Beratung zu Gesundheit und selbständiger Lebensführung
- Vermittlung und Organisation von Hilfen und Entlastungsangeboten im Kreis.

- Persönliche Gestaltung des Lebens- und Wohnumfelds und der Versorgungssituation

Vernetzung und Kooperationen

Eine Vernetzung mit den Senioren-Service-Stellen der kreisangehörigen Kommunen ist fester Bestandteil in der Beratungsarbeit, darüber hinaus wichtige Partner sind:

- Andere Fach- und Beratungsdienste
- Ehrenamtliche, kirchliche, professionelle Anbieter und Träger
- Akteure im Gesundheitswesen
- Kranken- und Pflegekassen
- Sozialleistungsträger

Qualifikation und Qualifizierung

Mitarbeiter/-innen des Beraterteams bringen eine pädagogische, bzw. sozialarbeiterische Qualifikation und Fachkompetenz im Sinne des beschriebenen Aufgabenspektrums, sowie der Beratungsinhalte mit in die Beratung ein.

Vor Aufnahme der Beratungstätigkeit durchlief das Team im Rahmen von Blockseminaren eine vom dip (deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln, e.V. konzipierte und begleitete vierteljährliche Schulungsmaßnahme) diese beinhaltete folgende Themengebiete:

Konzeptuelle Grundlagen des Präventiven Hausbesuchs, Multidimensionales Assessment STEP-m; Gerontologische Grundlagen inkl. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter; Seniorenberatung mit präventivem Anliegen, Fachliche Grundlagen zu den häufigsten der bekannten Beratungsthemen, Sozialrechtliche Grundlagen, Grundlagen des Case Management.

Die bestehende Methodenkompetenz kann mit der Nutzung eines systematischen, themenspezifischen Assessments als besonderes methodisches Verfahren zukünftig unterstützt werden. Die Unterstützung liegt dabei in der Standardisierung bedeutender Beratungsfelder und Themen.

Finanzierung

Kreis Siegen-Wittgenstein. Die Berater/-innen sind beim Sozialhilfeträger beschäftigt. Nach Projektende wird die präventive Beratungsleistung in die Verwaltungsstruktur eingegliedert.

Qualitätsentwicklung

In regelmäßigen Abständen finden kollegiale Fallberatungen als Teamgespräch statt.

Je nach Basisprofession der Mitarbeiter/-innen wird angestrebt, fehlende Kompetenzen für die Umsetzung der Tätigkeit nach zu qualifizieren

Das Team wurde in einer Methodik der Fallkonferenz geschult, in der derzeit auch Grenzsituationen in der Beratung ihren Platz finden. Evaluation über das dip.

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

- Pflegestatistik Vorrangquote „Ambulant vor Stationär“ ist erreicht
- Lebensqualität und Versorgungszufriedenheit und Nutzerverhalten über Zielgruppenbefragung
- Datenbank zur Fallaufnahme

Hürden/Stolpersteine

Mit anfänglich eingesetztem Fragebogen mit ca. 30 Seiten, wurden nur Menschen mit hohem Ausbildungsniveau erreicht. Ein Fragebogen mit 30 Seiten ist immer eine Hürde, da zu umfangreich. Der Zugang zur Zielgruppe muss gut systematisiert sein und die vorherige Aufklärung bei der Zielgruppe ist entscheidend. Bei präventiven Handlungsfeldern ist es wissenschaftlich belegt, dass erst mal Menschen mit hohem Bildungsniveau hier eine Vorausschau entwickeln und aktiv werden.

Miteinander gesund älter werden im Stadtteil

Mehrgenerationenhaus Mannheim/Der Paritätische Baden-Württemberg

Kontakt:

Ulrich Coqui
 DER PARITÄTISCHE BADEN-WÜRTEMBERG
 Bezirksgeschäftsstelle Mannheim
 Mehr Generationen Haus
 Prävention und Gesundheitsförderung
 Seniorenberatungsstelle Neckarstadt-West
 coqui@paritaet-ma.de

Zeitraum: Seit 2003 aufsuchende Beratung von Senioren/-innen und wohnortnahe Integration in Gruppenangebote zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Gemeinsam mit Senioren/-innen Entwicklung des Programms „Bewegung als Medizin“. 2010 Programmweiterung durch Qualifizierung von „Aktivierungs- und Gesundheitsförderkräften“ für den Einsatz im häuslichen Bereich, Fachfortbildungen für Leiter/-innen von Seniorengruppen/Multiplikatoren/-innen in der Seniorenarbeit in Zusammenarbeit mit dem vom LGA unterstützten Programm „Wie geht’s - Gesundheitsförderung in der sozialen Stadt“. 2011 Projektstart Modellvorhaben „IM ALTER ZU HAUSE GESUND LEBEN“ - Gesundheitsförderung im häuslichen Bereich - in Zusammenarbeit mit der Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren.

Ziele

- Gesund und aktiv zuhause bis ins hohe Alter leben können
- Reduzierung von Inaktivitätsatrophie, Sturzrisiko und ungewollter Heimaufnahme
- Lebensqualität durch Erhalt von Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit
- Beteiligung durch Einbindung in soziale Netze
- Verbessertes Zugang und Vernetzung stadtteilbezogener Seniorenangebote zu Gesundheitsthemen
- Möglichst selber aktiv werden im Sinne eines Ehrenamtes

Zielgruppe und Zugangswege

Personen über 65 Jahre, die ihre Wohnung kaum noch verlassen. Besondere Aufmerksamkeit kommt älteren, sozial benachteiligten Menschen mit Zeichen von Vereinsamung, Inaktivitätsatrophie und ungenügender sozialer Einbindung im vorpflegerischen Bereich zu. Das Programm berücksichtigt kulturelle Herkunft und soziale Benachteiligung.

Zugang

Kontaktaufnahme u.a. über: Multiplikatorenveranstaltungen, Hausarztpraxen, Strukturen der häuslichen Versorgung, Sozialdienste der Krankenhäuser, Seniorenberatungsstellen, kirchliche Institutionen, Soziale Sicherung Stadt Mannheim, Beratungsstellen für Migration, Ambulante Sozialstationen, Selbsthilfegruppen pflegende Angehörige.

Umsetzung der Präventiven (Aktivierenden) Hausbesuche

Bei Einwilligung des älteren Menschen erfolgt ein Hausbesuch durch eine medizinische Fachperson für ein speziell erstelltes Testverfahren (Multidimensionales Geriatrisches Assessment). Hierbei werden Ressourcen, tatsächlicher Bedarf, Gefahrenpunkte sowie Ziele und Wünsche des älteren Menschen ermittelt. Die Testergebnisse dienen bei Datenfreigabe auch dem objektiven Informationsaustausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Leistungserbringern und Kostenträgern. Nach Absprache startet der betreute Einsatz einer qualifizierten Gesundheitsförderkraft mit zwei Stunden pro Woche zur Verbesserung der Lebensqualität in der Wohnung und wenn möglich, die soziale Integration in ein Gemeinschaftsangebot des Stadtteils. Die Vorgehensweise der häuslichen Aktivierung erfolgt in sozialer und kultureller Nähe durch Personen der Nachbarschaftshilfe und integriert gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in den Alltag. Nach drei Monaten erfolgt eine erneute Abtestung zur Erfolgskontrolle.

Vernetzung und Kooperationen

- Zusammenarbeit des Trägers mit der Stadt Mannheim
- Sozialdienste der Krankenhäuser
- Kirchengemeinden
- Polizei
- Öffentlichen Einrichtungen
- Pflegediensten
- Haus- und Fachärzte/-innen

- Schuldnerberatung, Suchtberatung
- Städtische und freie Seniorentreffpunkte

Qualifikation und Qualifizierung

Basisschulung im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten für Personen ohne Vorkenntnisse. Hauptbestandteil ist das gemeinsam mit Senioren/-innen entwickelte Programm „Bewegung als Medizin“. Es beinhaltet alle wichtigen Anteile der Vorbeugung gegen Stürze, bezieht aber auch vielschichtige Aspekte des höheren Lebensalters mit ein und setzt dabei auf die Wirkung bewusst ausgeführter Bewegungsübungen im Sinne von Alltagsroutinen.

Die Qualifizierung beinhaltet zusätzlich Module in: Altersmedizinische Grundlagen, Ziele ganzheitlicher Gesundheitsförderung, Wahrnehmung und Motivation, Probleme und Ressourcen älterer Menschen im Stadtteil, Kommunikation und Gesprächsführung, Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, Nähe-Distanz-Regulierung, Reflexion, Trainingsprogramme zur Förderung von Gedächtnis, Alltagsfähigkeiten und funktioneller Gesundheit, Lernerfolgskontrollen.

Finanzierung

Projektfinanzierung für sozial benachteiligte ältere Menschen bis Ende 2012 gesichert. Anschubqualifizierung, Modell- und Reguläreinsätze unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg, Trägereigenmittel, Stiftungsmittel, Stadt Mannheim. Nach Ende des Modellphase soll ein Regelangebot entstehen.

Qualitätsentwicklung

- Multiprofessionelles Team
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Laufende Dokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Langfristige Verlaufserfassung der Werte im Assessment
- Reporting gg. Förderer
- Erstellung von Individual- und Gesamtberichten durch den Projektträger
- Teil-Evaluation durch Weeber & Partner im Rahmen des Programms „Wie geht´s - Gesundheitsförderung in der sozialen Stadt“

Erfolgsfaktoren und Besonderheiten

Das gemeinsam mit Senioren/-innen entwickelte Programm „Bewegung als Medizin“

Hürden/Stolpersteine

Die Finanzierung aufsuchender Beratung, Aktivierung und sozialer Reintegration ist in diesem Projektrahmen nur für die Zielgruppe sozial benachteiligter Älterer abgedeckt. Das Vorgehen ist in den bisherigen Auswertungen ausgesprochen produktiv und sollte bei Bedarf allen älteren Menschen zur Verfügung stehen. Kranken- und Pflegekassen profitieren von unterstütztem, aktiven Gesunderhalt und Vermeidung unnötiger Heimaufnahme. Eine intensivere Beteiligung ist hier erwünscht.

Verzeichnis der Referenten/-innen

Altgeld, Thomas

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
info@gesundheit-nds.de

Altpeter, Katrin, MdL

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen
und Senioren Baden-Württemberg
Schellingstr. 15, 70174 Stuttgart
poststelle@sm.bwl.de

Prof. Dr. phil. habil. Behrens, Johann

Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
German Center for Evidence-based Nursing
Magdeburger Str. 8, 06097 Halle (Saale)
johann.behrens@medizin.uni-halle.de

Coqui, Ulrich

Mehr Generationen Haus Mannheim
DER PARITÄTISCHE BADEN-WÜRTTEMBERG
Bezirksgeschäftsstelle Mannheim
Alphornstraße 2a, 68169 Mannheim
coqui@paritaet-ma.de

Dietrich, Robert

Stadt-Seniorenrat Aalen e. V.
Spritzenhausplatz 13, 73430 Aalen
ssr.aalen@t-online.de

Farnung, Angelika / Stöckl, Claudia

DRK Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Badstr. 39-41, 70372 Stuttgart
a.farnung@drk-bw.de
c.stoeckl@drk-tuebingen.de

Gramenz, Angelika

Landeshauptstadt München
Sozialreferat, Abt. S-I-AB
Orleansplatz 11, 81677 München
angelika.gramenz@muenchen.de

Jakobs, Reiner / Cullmann, Gaby

Kreis Siegen-Wittgenstein
Servicezentrum für Beratung, Betreuung und Prävention
Bismarckstrasse 45, 57076 Siegen
r.jakobs@siegen-wittgenstein.de
g.cullmann@siegen-wittgenstein.de

Dr. Köster, Monika

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
www.bzga.de

Dr. Meinck, Matthias

MDK Nord
Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg
Matthias.Meinck@kcgeriatrie.de

Messmer-Capaul, Maria

Fachstelle für präventive Beratung
Spitex Zürich Limmat
Nordstr. 20, 8042 Zürich
Maria.Messmer@spitex-zuerich.de

Riecker, Gabriele

Lenninger Netz
Brunnensteige 3, 73252 Lenningen
bwzh-lenningen@t-online.de

Schroer, Katharina

Caritasverband Frankfurt e. V.
Präventive Hausbesuche – Gesundheitsberatung für
Senioren
Humboldtstraße 94, 60318 Frankfurt am Main
katharina.schroer@caritas-frankfurt.de

Sing, Roland

Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V.
Geschäftsführung
Rotebühlstr. 131, 70197 Stuttgart
birgit.faigle@lsr-bw.de

Swoboda, Ingrid / Hohloch, Friederike

STADT REUTLINGEN
Sozialamt / Abteilung für Ältere
Gustav Werner Str. 25, 72762 Reutlingen
sozialamt.aeltere@reutlingen.de

Thiemann, Jeanette

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Servicezentrum Braunschweig
Am Fallersleber Tore 3/4, 38100 Braunschweig
Jeanette.Thiemann@nds.aok.de

Prof. Dr. phil. Walter, Ulla

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover
walter.ulla@mh-hannover.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**



Baden-Württemberg
LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART