

WEITERENTWICKLUNG – Ambulant

PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts
für Präventive Hausbesuche

Abschlussbericht

Berlin, 29. Januar 2013

Durchführung:

IGES Institut GmbH

Partner:

Dr. Bernd Deckenbach

Laufzeit:

April 2012 – Mai 2013

Status:

Abgeschlossen

Inhalt

1	Hintergrund	3
2	Auftrag und Vorgehen.....	5
3	Zusammenfassung der Ergebnisse der Recherchen und der Experteninterviews	6
3.1	Zu Zielen und Effekten präventiver Hausbesuche.....	6
3.2	Zur Umsetzung präventiver Hausbesuche	12
4	Praxiskonzept für präventive Hausbesuche.....	14
4.1	Übersicht über den Gesamtablauf präventiver Hausbesuche	14
4.2	Zielgruppe für die primäre Ansprache und Zugangswege.....	16
4.3	Assessment	18
4.4	Präventive Maßnahmen	20
4.5	Ansatzpunkte für Qualitätssicherung und Evaluation	24
4.6	Möglichkeiten der Finanzierung von präventiven Hausbesuchen im Kontext des SGB XI	26
5	Anhang: Beschreibungen der präventiven Maßnahmen.....	28
5.1	A – Alltagsaktivitäten	29
5.2	B – Mobilität.....	31
5.3	C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten	34
5.4	D – Sozialleistungen	35
5.5	E – Wohnen und Wohnumfeld	36
5.6	F – Spezifische gesundheitliche Probleme.....	37
5.7	G – Gesundheitsförderung und Prävention	48
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	55

1 Hintergrund

Mit dem bevorstehenden demographischen Wandel rücken Fragen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit zunehmend in den Fokus. Zentrales Ziel ist dabei der Erhalt einer möglichst langen selbständigen Lebensführung in der eigenen häuslichen Umgebung. Vor diesem Hintergrund sind in den letzten Jahrzehnten nicht nur vielfältige Präventionskonzepte entwickelt, sondern auch die Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung stark ausgebaut worden.

Ergänzend hierzu werden seit mehreren Jahren in Deutschland präventive Hausbesuche (PHB) im Rahmen von Modellprojekten bzw. Versorgungsverträgen erprobt (siehe u. a. Altgeld 2009, Dapp 2011, Patzold 2012). Das Zielspektrum der PHB-Ansätze reicht von Risikoreduktion hinsichtlich definierter Krankheiten über eine Vermeidung von Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen, Verbesserungen des funktionalen Status bis hin zur Steigerung allgemeinen Wohlbefindens und der Lebensqualität.

Auch hinsichtlich der formalen und institutionellen Rahmenbedingungen, Zielgruppen, Art, Dauer und Intensität der durchgeführten Einzelmaßnahmen sowie personeller Ausstattung unterscheiden sie sich zum Teil erheblich. Studien zu den Effekten von PHB weisen eine große methodische Vielfalt auf und kommen zu widersprüchlichen Bewertungen der Wirksamkeit (Meinck 2004, DIP 2008, Weidner 2004).

Trotz dieser konzeptionellen und methodischen Heterogenität und den nur beschränkt vorliegenden Wirksamkeitsnachweisen, ist der Ansatz ständig weiterentwickelt und durch weitere Leistungsbestandteile, insbesondere aus dem Bereich des Fallmanagements ergänzt worden. Zudem deuten eine Vielzahl von aktuellen Projekten in unterschiedlichsten Kontexten auf einen anhaltenden gesellschaftlichen Bedarf für und Interesse an präventiven Hausbesuchen hin (Weidner 2004, Frommelt 2008, LAG Baden-Württemberg 2012).

Auch im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung wurden Ansätze in diese Richtung verstärkt: Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 wurde durch Einführung einer individuellen Pflegeberatung letztlich auch ein Anspruch auf Fallmanagement für Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI gesetzlich verankert. Eine repräsentative Erhebung aus dem Jahr 2011 hat dabei gezeigt, dass 45% der Pflegehaushalte schon einmal eine Beratung in Anspruch genommen haben (AGP 2011). Von diesen hat rund jeder siebte ein intensives Fallmanagement erhalten (AGP 2011). Die Organisation der Beratung bzw. des Fallmanagements unterscheidet sich, abhängig von der Region und der durchführenden Institution, so dass neben einer Beratung in den Geschäftsstellen oder Pflegestützpunkten bzw. einer telefonischer Beratung auch die Beratung in der häuslichen Umgebung (aufsuchende Beratung) angeboten wird. Eine Befragung von privat Pflegebedürftigen hat zudem gezeigt, dass 60% der betroffenen Haushalte eine aufsuchende Beratung als "ihren Bedürfnissen entgegenkommend" empfinden würden (AGP 2011).

Mehrere Reviews konnten zeigen, dass der Entwicklungsstand von PHB in Deutschland nach wie vor eine sehr große Heterogenität aufweist sowohl hinsichtlich Zielsetzungen, Leistungsumfang, Zielgruppen und Umsetzungs- bzw. Verbreitungsgrad der Modelle selbst, als auch hinsichtlich der methodischen Qualität und der Ergebnisse ihrer evaluativen Bewertung (DIP 2008, BfGe 2005). Eine aktuelle und systematische Aufbereitung der

vorliegenden Studien sowie der Umsetzungserfahrungen von Modellprojekten präventiver Hausbesuche mit dem Ziel eines konkreten, praxisnahen und im Sinne des §7a SGB XI umsetzbaren Ansatzes stand noch aus.

2 Auftrag und Vorgehen

Vor diesem Hintergrund wurde das IGES Institut durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) beauftragt, ein empirisch und methodisch fundiertes und von Pflegepraktikern und Experten geprüfetes und mit Blick auf die konkrete Umsetzung kompakt aufbereitetes Praxiskonzept für präventive Hausbesuche zu erarbeiten. Die vorliegenden Erkenntnisse und Erfahrungen zu präventiven Hausbesuchen sollten systematisch aufbereitet und für einen praxisnahen – d. h. u. a. im Rahmen des § 7a SGB XI umsetzbaren – Best-Practice-Ansatz unter Berücksichtigung bereits bestehender Strukturen und Kompetenzen aus der Pflegeberatung nutzbar gemacht werden.

Das Praxiskonzept sollte gleichermaßen die Maßnahmen und Leistungen von PHB im engeren Sinne als auch die Rahmenbedingungen (oder Prozessabläufe), die für die Umsetzung des Konzepts notwendig sind bzw. in welche das Konzept integriert oder verknüpft werden sollte beschreiben. Es sollte zudem darstellen, welche einzelnen Leistungsbestandteile von PHB erforderlich und geeignet sind, um die im Rahmen des Vorhabens zu definierenden gesundheitlichen, funktionellen und psychosozialen Ziele zu erreichen.

Bearbeitet wurde das Projekt in folgenden, konsekutiven Arbeitspaketen:

1. Es wurden wissensbasierte und strukturierte Literaturrecherchen als auch Recherchen unter Anwendung von gängigen Internetsuchmaschinen und Portalen mit dem Ziel durchgeführt, Darstellungen und Berichte möglichst vieler bestehender Ansätze von präventiven Hausbesuchen, oder anderen nahestehenden Formen der Pflegeberatung und des Case-Managements zu identifizieren. Neben relevanten Studien, Gutachten und Übersichtsarbeiten wurden sowohl Modellprojekte als auch routinemäßig implementierte Ansätze erfasst, auch wenn diese keine Evaluation auswiesen. Die Recherchen sollen auch die aktuellen Rahmenbedingungen für PHB in Deutschland erfassen. Dies beinhaltete vor allen Dingen die Frage, wie die heute bereits vorhandene Beratung bzw. das Fallmanagement nach §7a SGB XI prozessual gestaltet ist und welche Abläufe, Qualifikationen etc. umgesetzt sind und welche sich bewährt haben. Die Rechercheergebnisse wurden systematisch erfasst und nach angestrebten Zielen, Zielgruppen, durchgeführten Interventionen und Ergebnissen systematisch aufbereitet.
2. Im Rahmen eines am 29.06.2012 durchgeführten Expertenworkshops wurden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse die Zielkriterien, Realisierungsmöglichkeiten sowie relevante Interventionen für das Praxiskonzept diskutiert.
3. Auf der Grundlage der Recherchen und der Ergebnisse des Expertenworkshops wurde eine Erstfassung des Praxiskonzeptes erstellt. Diese Erstfassung wurde einer Bewertung durch sieben Experten und Praktiker mit Hilfe von qualitativen und semistandardisierten Telefoninterviews unterzogen. Ziel der Bewertung war es, konzeptionelle Schwachstellen des Praxiskonzeptes sowohl bezogen auf die Maßnahmen im engeren Sinne als auch die formulierte prozessuale Ausgestaltungen der neuen Dienstleistung zu identifizieren. Unter Berücksichtigung der Expertenrückmeldungen wurde die vorliegende Endfassung des Praxiskonzeptes erstellt.

3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Recherchen und der Experteninterviews

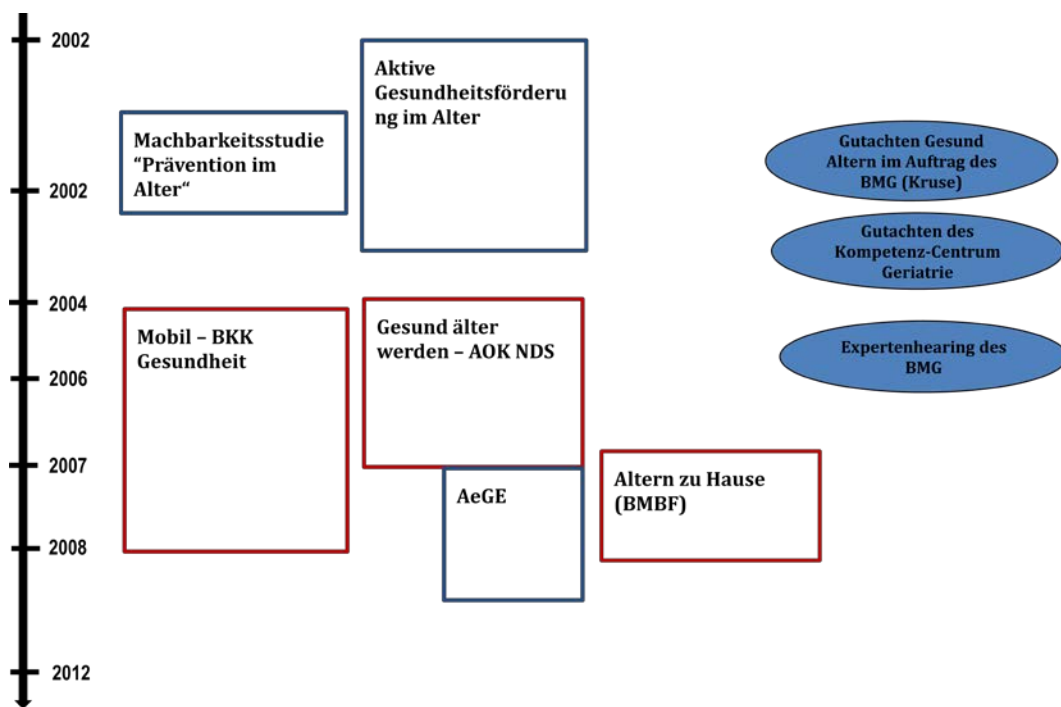
3.1 Zu Zielen und Effekten präventiver Hausbesuche

Im Rahmen des Projekts wurde eine weitreichende Recherche nationaler als auch internationaler Literatur durchgeführt. Als Ergebnis wurden für den deutschen Kontext folgende relevante Modellprojekte identifiziert für die Evaluationsstudien vorlagen:

- "Gesund Älter Werden" (Fischer 2009, AOK 2010)
- "mobil – Präventive Hausbesuche bei Senioren" (DIP 2008)
- "Altern zu Hause" (Luck 2011).

Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über die in Deutschland seit 2002 durchgeführten Modellprojekte sowie über in diesem Zeitraum erstellte Gutachten und Literaturstudien zu präventiven Hausbesuchen (Kruse 2002, Meinck 2004, BfGe 2005, Manstetten 2002).

Abbildung 1: Modellprojekte und Gutachten zu präventiven Hausbesuchen in Deutschland



Quelle: IGES

Die für die deutschen Modellprojekte explizierten Ziele sind vielfältig (siehe Tabelle 1). Alle Projekte haben als Zielkriterium die Verzögerung bzw. Vermeidung des Heimeinzugs formuliert. Ferner sind bei allen Projekten Kosten – wenn auch in unterschiedlicher Abgrenzung – relevant. Krankenhauseinweisungen und Verweildauern spielen zudem in allen drei Zielkatalogen eine Rolle. In zwei der Projekte stellen zudem die funktionalen Fähigkeiten als auch der subjektive Gesundheitszustand bzw. die gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein Ziel dar. Auch Zielgruppe, Ansprache, Zugangswege, Assessment und Interventionen waren in den Modellprojekten unterschiedlich ausgestaltet (Tabelle 1).

Die Evaluationsergebnisse zur Wirksamkeit der genannten Modellprojekte lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Im Projekt "*Gesund Älter Werden*" wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit (Gemeindezeit) oder der Mortalität gefunden (Fischer 2009). Auch Frakturen sowie stationär versorgte Schlaganfälle oder Herzinfarkte konnten nicht im signifikanten Umfang reduziert werden. Gleiches gilt für die Pflegekosten, sowie für die Arzneimittel und Krankenhauskosten (Tabelle 1). Die Autoren ziehen den Schluß, dass eine Ansprache jedes älteren Versicherten für einen präventiven Hausbesuch nicht für Regelversorgung zu empfehlen ist, sondern vielmehr ein "Targeting" erfolgen sollte (Fischer 2009).
- Im Projekt "*mobil*" zeigte die Evaluation ein ähnliches Bild. Auch hier fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Einstufung in die Pflegeversicherung und Einzug ins Pflegeheim. Ferner fanden sich keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf Arzneimittelkosten, Krankenhaustage und -kosten sowie Pflegeleistungen nach SGB XI und V. Auch die funktionalen Fähigkeiten und der subjektive Gesundheitszustand wurden nicht signifikant durch die Intervention beeinflusst (DIP 2008).
- Im Projekt "*Altern zu Hause*" war das Risiko für einen Umzug ins Heim zwar um 45 % und die Mortalität um 30 % reduziert, auch diese Ergebnisse waren aber wiederum nicht signifikant (Luck 2011). Es zeigte sich allerdings eine signifikante Abnahme der Stürze in der Interventionsgruppe. Ebenso wurde eine signifikant höhere Lebensqualität bei den Teilnehmern gemessen. Die Kosten hingegen stiegen in der Kontrollgruppe stärker als in der Vergleichsgruppe (Luck 2011).

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über Ziele, Zielgruppen, Interventionen und Ergebnisse deutscher PHB-Modellprojekte:

Tabelle 1: Aktuelle Modellprojekte zu präventiven Hausbesuchen in Deutschland

Projekt	"Gesund Älter Werden" (Fischer 2009)	"mobil" (DIP 2008)	"Altern zu Hause" (Luck 2011)
Zielkriterien	Zeit vor Tod oder stat. Pflegebedürftigkeit; Pflegekosten; Mortalität; Pflegebedürftigkeit; Umzug ins Pflegeheim; Häusl. Krankenpflege; Krankenhaus-einweisung, -verweildauer und -kosten; sturzbedingte Frakturen; Schlaganfall; Arzneimittelkosten; ambulante ärztl. Behandlung	Umzug ins Pflegeheim; Krankenhausverweildauer und -kosten; Gesundheitskosten; funktion. Fähigkeiten; subjekt. Gesundheitszustand	Umzug ins Pflegeheim (Hauptziel); Stürze; Selbstpflegekompetenz; gesundheitsbezogene Lebensqualität; Kosten (incl. Kosten der informellen Pflege)
Zielgruppe	68 – 79 Jahre	ab 75 Jahre	>= 80 Jahre mit PS I oder Einschränkung bei 3 ADLs
Ausschlusskriterien	Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI (Region Hannover)	Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI, kognitive Einschränkungen	Pflegestufe >= 2 nicht zu Hause lebend kognitive Einschränkungen
Ansprache	Durch AOK NDS (postalisch und per Telefon)	Durch die Krankenkasse (BKK-mobil) und weitere Zugänge	Über Hausarztpraxen und Krankenhäuser Anschrift (über Meldereg.)
Assessment	„Schlüsselfragen“, STEP-Assessment und WHOQOL-BREF; Durchführung von BB und P-Messung, Orientierungs- und Mobilitätstest	STEP-Assessment (angepasst und ergänzt)	Zusammenstellung vorhandener Instrumente zu folgenden Bereichen: Ernährungsstatus, Geriatisches Basisassessment, kognitiver Status, soziale Aktivitäten, Wohnsituation, ökonomische Verhältnisse, Gebissstatus, Medikamenteneinnahme
Intervention	Ein auf dem STEP-Assessment basierendes Care-Management; bei Vernetzung mit Hausarzt	Beratung (z. T. standardisierte); z. T. Austausch mit Ärzten	Informationsmaterial, Beratung und Vermittlung von Angeboten
Häufigkeit	mind. 3 Hausbesuche; Interventionsdauer nicht bekannt	5 Hausbesuche pro Jahr; Interventionsdauer 3 Jahre	3 Hausbesuche + 1 interdisziplinäre Fallkonferenz ; Interventionsdauer 18 Monate
Ergebnisse	<u>Keine</u> signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> – Zeit vor Tod oder stat. Pflegebedürftigkeit; – Mortalität – Verhinderung von Frakturen, Herzinfarkte mit Krankenhausaufenthalt – Pflegekosten – Arzneimittel: Anzahl und Kosten – Krankenhausaufenth.A nzahl und Kosten Fazit: Ansprache jedes älteren Versicherten <u>nicht</u> für Regelversorgung empfohlen.	<u>Keine</u> signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> – Apotheken- / Arzneimittelkosten – Krankenhaustage / -kosten – Pflegeleistung. nach SGB XI u. V. – subjekt. Gesundheitszustand Mobilitätsermüdung: Stabilisierung in der Interventionsgruppe gegenüber Zunahme in der Kontrollgruppe.	Risiko für Umzug ins Heim um 45% reduziert (nicht signifikant) signifikante Abnahme der Stürze verbesserte Selbstpflegekompetenz (nicht signifikant) signifikant höhere Lebensqualität (nach EQ VAS) Mortalität um 30% reduziert (nicht signifikant) Kosten bei der Interventionsgruppe höher als bei Kontrollgruppe.

Quellen: Fischer 2009, DIP 2008, Luck 2011; IGES

Neben den deutschen Evaluationsstudien wurden ferner internationale Literaturreviews und Metanalysen von sog. "Randomized Controlled Trials " (RCTs) berücksichtigt und in die Betrachtungen eingeschlossen. Hierbei zeigte sich wiederum eine Bandbreite an Zielen der Intervention "präventive Hausbesuche". Auch bei der Zielgruppe wurden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Internationale Literaturreviews zu präventiven Hausbesuchen: Zielkriterien und Zielgruppen

Titel des Reviews	"Effects of preventive home visits to elderly people living in the community" (van Haastregt 2000)	"Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people" (Stuck 2002)	"Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status" (Bouman 2008)	"Multidimensional Preventive Home visits Programs for Community-Dwelling Older Adults" (Huss 2008)
Anzahl Studien	15 RCTs	18 RCTs	8 RCTs (post 2002)	21 RCTs
Zielkriterien	Breites Spektrum, besonders häufig: <ul style="list-style-type: none"> • Umzug ins Pflegeheim • funktionale Fähigkeiten • Stürze • Psychosoziale Fähigkeiten 	Breites Spektrum, besonders häufig: <ul style="list-style-type: none"> • Umzug ins Pflegeheim • Mortalität • Gesundheitszustand • funktionale Fähigkeiten 	Breites Spektrum, besonders häufig: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalität • Gesundheitszustand • Inanspruchnahme von Leistungen 	Breites Spektrum, besonders häufig: <ul style="list-style-type: none"> • Umzug ins Pflegeheim • Mortalität • funktionale Fähigkeiten
Zielgruppe	9 Studien ab 65 Jahre, 6 Studien ab 75 Jahre	Durchschnittsalter 70 Jahre	Durchschnitt in den Einzelstudien 76 – 82 Jahre	Durchschnitt in den Einzelstudien 73 – 83 Jahre

Quellen: van Haastregt 2000, Stuck 2002, Boumann 2008, Huss 2008; IGES

Hinsichtlich der Wirksamkeit zeigen sich, wie bei den deutschen Modellprojekten, in einigen Studien signifikante Ergebnisse bezüglich einzelner Ziele, insbesondere der Reduktion von Pflegeheimweisungen und Stürzen. Diese in einigen Studien berichteten Ergebnisse werden jedoch von anderen Quellen nicht bestätigt. Ein Wirksamkeitsnachweis bezüglich des gesamten, zumeist breiten Spektrums von Zielkriterien, lässt sich auch aus den vorliegenden internationalen Literaturreviews nicht entnehmen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Internationale Literaturreviews zu präventiven Hausbesuchen: Ergebnisse

Titel des Reviews	Ergebnisse
"Effects of preventive home visits to elderly people living in the community" (van Haastregt 2000)	5 Studien wiesen keinen Effekt der Hausbesuche auf; 5 Studien wiesen einen positiven Effekt auf funktionale Fähigkeiten auf; 1 Studie wies positive Effekte hinsichtlich psychosozialer Fähigkeiten auf; 2 Studien wiesen signifikante Reduzierung von Stürzen auf 3 Studien wiesen eine signifikant geringere Mortalität nach Fazit: Keine klare Evidenz für die Wirksamkeit von PHB
"Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people" (Stuck 2002)	Heimeinweisungen konnten in 4 Studien signifikant reduziert werden; in diesen wurden 9 Hausbesuche oder mehr durchgeführt In 6 Studien konnte eine Verschlechterung der funktionalen Fähigkeiten vermindert werden In Studien mit relativ jungen Teilnehmern konnte die Mortalität gesenkt werden Fazit: PHB ggf. geeignet, wenn Zielgruppe jünger und wenig Risiko und ein multidimensionales Assessment erfolgt
"Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status" (Bouman 2008)	Einschluss nur von Studien mit >4 Besuche, >12 Monate, Fokus "schlechter Gesundheitszustand" Keine der Studien zeigt signifikante positive Effekte hinsichtlich der Zielkriterien Mortalität, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Leistungen Fazit: PHB nicht geeignet für die Zielgruppe „schlechter Gesundheitszustand“
"Multidimensional Preventive Home visits Program for Community-Dwelling Older Adults" (Huss 2008)	Signifikant positive Effekte hinsichtlich Umzug ins Pflegeheim: (2 Studien), funktionalen Fähigkeiten (3 Studien), Mortalität Fazit: Reduktion der Mortalität bei Studien mit eher jüngeren Teilnehmern. Intensität / Häufigkeit der präventiven Hausbesuche hat keinen signifikanten Effekt

Quellen: van Haastregt 2000, Stuck 2002, Boumann 2008, Huss 2008; IGES

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass sich in allen drei deutschen Modellprojekten zwar positive Effekte zeigen, diese aber i. d. R. nicht signifikant sind. Zudem zeigt sich eine signifikante Beeinflussung der Mobilität (im Projekt "mobil"), von Stürzen (im Projekt "Altern zu Hause") und der Lebensqualität (im Projekt "Altern zu Hause"). Im Ergebnis liegt jedoch in allen drei Studien keine signifikante Zielerreichung bezogen auf das Hauptziel „Vermeidung von Pflegeheimaufnahme“ vor.

Die Ergebnisse der internationalen Studien zeigen Ähnliches. Auch hier besteht keine klare Evidenz für die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen. Insgesamt zeigen sich hier jedoch Hinweise, dass präventive Hausbesuche eher geeignet sind, wenn die Zielgruppe jünger ist.

Letztlich lassen sich aus den nationalen und internationalen Erfahrungen aber keine eindeutigen Schlussfolgerungen ziehen, welche Zielkriterien mit präventiven Hausbesuchen erreicht werden können. Aufgrund der fehlenden Evidenz sind deshalb auch Schlussfolgerungen über die konkrete Ausgestaltung der Intervention nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund wurde der Zielkatalog für das im Projekt zu entwickelnde Praxis-konzept im Rahmen eines Expertenbeirats diskutiert. Aufbauend auf der vorliegenden Literatur und den dortigen Erfahrungen wurden die relevanten Zielkriterien diskutiert und priorisiert.

Als wichtigstes Zielkriterium wurde der Verbleib in der Häuslichkeit priorisiert. Ferner wurden im Expertenbeirat folgende weitere Zielkriterien definiert. Präventive Hausbesuche sollen demnach:

- Pflegebedürftigkeit vorbeugen und deren Verlauf abschwächen,
- die Eigenständigkeit verbessern und den Verbleib in der Häuslichkeit unterstützen,
- die Mobilität verbessern und Stürze verringern bzw. zu vermeiden,
- die Zufriedenheit und Lebensqualität sowie die soziale Teilhabe erhöhen,
- die Gesundheitsversorgung verbessern sowie das Gesundheitsverhalten fördern.

3.2 Zur Umsetzung präventiver Hausbesuche

Gesamtablauf

Hinsichtlich Inhalt, Ablauf und erforderlicher Anzahl der durchgeführten Hausbesuche differieren die Angaben in den recherchierten nationalen und internationalen PHB-Projekten deutlich. In einigen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu den Effekten präventiver Hausbesuche wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Hausbesuchen und deren präventiven Effekten beschrieben, allerdings ohne zu verdeutlichen, welchen Beitrag einzelne Maßnahmen im Rahmen der Hausbesuche zu den konstatierten positiven Effekten leisten. Der in Abschnitt 4.1 dargestellte Gesamtablauf für präventive Hausbesuche basiert auf den entsprechenden Vorgehensweisen in aktuellen PHB-Projekten. Er berücksichtigt insbesondere, dass die Anzahl der im Einzelfall durchzuführenden Hausbesuche wesentlich durch Art und Umfang der auf Basis der individuellen Assessmentergebnisse erforderlichen präventiven Maßnahmen bestimmt und daher stark variieren wird.

Zielgruppe

Hinsichtlich der Zielgruppendefinition gehen nahezu alle der untersuchten PHB-Projekte nicht von einem auf ein klar abgrenzbares gesundheitliches Risiko fokussierenden Screeningansatz im Sinne klassischer Präventions- und Früherkennungsvorhaben aus. Vielmehr wird PHB überwiegend als ein möglichst niedrigschwelliges Angebot für zu Hause lebende Menschen angesehen, die sich aus unterschiedlichen Motiven heraus für Information, Beratung und Hinweise zu den Themen selbständige Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung interessieren.

Die Ein- und Ausschlusskriterien der untersuchten PHB-Projekte beschränken sich auf eine eher geringe Anzahl von Merkmalen: Alle Quellen definieren ein Mindestalter, welches sich zwischen 60 und 80 Jahren bewegt. Die Mehrzahl der PHB-Projekte schließt Menschen mit bekannten kognitiven Einschränkungen von ihren Angeboten aus. Die untersuchten deutschen Modellprojekte definierten darüber hinaus bestehende bzw. höhergradige Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI als Ausschlusskriterium (siehe Kapitel 3.1).

Hinsichtlich der Zielgruppe herrschte bei den beteiligten Experten Konsens, dass Pflegeberatung die Betroffenen erst zu spät erreiche. Der Grundgedanke des präventiven Hausbesuchs, solche Personen zu adressieren, die noch nicht pflegebedürftig sind, sollte im Rahmen des Projekts fest verankert werden. Organisatorisch sollten die präventiven Hausbesuche mit der Pflegeberatung verbunden werden. Pflegebedürftige dürften aber auf keinen Fall von der Intervention "präventiver Hausbesuch" ausgeschlossen werden.

Assessment

Die strukturierte Risikoerfassung und die systematische Ermittlung des individuellen Unterstützungs- und Interventionsbedarfs stellt den Ausgang und Endpunkt für den gesamten PHB-Prozess dar. Assessment ist ein wesentlicher Bestandteil aller im Rahmen der Entwicklung des vorliegenden Praxiskonzeptes untersuchten PHB-Projekte. Das Spektrum der im PHB-Kontext angewandten Assessmentmethoden ist sehr heterogen und setzt sich zumeist aus Befragungen (Selbst- und Fremdauskunft), Performancetests sowie Erhebung bzw. Dokumentation von klinischen Befunden zusammen.

Unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Assessmentliteratur (siehe hierzu u. a. DIP 2008, BfGe 2005, Huss 2008, Stuck 2007, Roling 2012, Schäufele 2012a, Gebert 2010), den Anforderungen des §7a SGB XI und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs lassen sich die Anforderungskriterien an ein Assessmentinstrument im PHB-Kontext folgendermaßen zusammenfassen:

- *Multidimensionalität*: Die meisten der untersuchten PHB-Projekte verfolgen einen umfassenden Ansatz, welcher ein breites Spektrum von sozialen, funktionell-pflegerischen bis hin zu spezifisch klinisch-medizinischen Zielbereichen für das Assessment impliziert.
- Gesicherte *Validität* sowohl der einzelnen Elemente (z. B. Fragebögen, Performancetests) als auch des Assessmentinstrumentariums in seiner Gesamtheit.
- Eignung als *Planungsgrundlage* für präventive Maßnahmen, durch kompakte und klare Aufbereitung und Darstellung der Assessmentergebnisse für weitere Maßnahmen im Rahmen eines individuellen Präventionsplans.

Präventive Maßnahmen

Neben dem Assessment stellt die Durchführung von präventiven Maßnahmen ein weiteres Kernelement präventiver Hausbesuche dar, denn auch eine valide und differenzierte Erfassung von Risiken, Hilfs- und Versorgungsbedarfen durch das Assessment bleibt ohne die präventiven Effekte, wenn diese nicht durch geeignete Maßnahmen ergänzt werden.

Im Unterschied zu Assessmentverfahren sind konkrete präventive Maßnahmen in den durchgesehenen nationalen und internationalen Quellen zumeist eher allgemein und schlagwortartig, selten jedoch umfassend und spezifisch beschrieben. Auch bezüglich der eingesetzten Instrumente des „Fallmanagements“ im Rahmen präventiver Hausbesuche ergaben die Recherchen eine große Heterogenität in den einzelnen PHB-Projekten. In den meisten PHB-Projekten werden Maßnahmenpläne und Fallbesprechungen eingesetzt. Sehr unterschiedliche Ansätze bestehen bei Fallbesprechungen, insbesondere hinsichtlich der teilnehmenden Personen und der Auswahl zu besprechender Fälle.

Eine wesentliche Aufgabe im Rahmen der Entwicklung des vorliegenden Praxiskonzeptes bestand darin, die verfügbaren Informationen zu Inhalt und Durchführung von Maßnahmen im Rahmen von bereits umgesetzten und publizierten PHB-Projekten zusammenzutragen und systematisch aufzubereiten.

4 Praxiskonzept für präventive Hausbesuche

Definitorische Vorbemerkung¹

Präventive Hausbesuche stellen ein niedrighschwelliges Angebot von Informationen, Beratung und Anleitung zu Themen der selbständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung für interessierte Menschen in deren häuslicher Umgebung dar. Demgegenüber steht bei der Pflegeberatung die verbesserte Versorgung der Betroffenen und ihren Angehörigen mit Leistungen im Vordergrund. Auch diese Leistungen können natürlich präventiver bzw. rehabilitativer Natur sein.

Ferner zeichnet präventive Hausbesuche aus, dass es sich nicht um eine Einzelmaßnahme handelt, sondern als ganzheitlicher, zumeist mehrere Interventionen umfassender Ansatz verstanden wird, der darauf abzielt, die Selbstmanagementkompetenzen der Senioren zu stärken. Auch diese kann bei einer Pflegeberatung erfolgen, ist dort aber nicht zwingend. Die folgende Abbildung gibt eine Übersicht über wesentliche differenzierende Merkmale von Pflegeberatung und präventiven Hausbesuchen:

Abbildung 2: Pflegeberatung und präventive Hausbesuche – Vergleich wesentlicher Merkmale

Pflegeberatung	Präventive Hausbesuche
<ul style="list-style-type: none">▪ Überwindung desintegrierter Leistungsangebote▪ Verbesserung der Versorgung mit SGB-Leistungen/ Case-Management (Broker- und Advocacy-Funktion)▪ „Kommstruktur“; kann auch in der häuslichen Umgebung sein▪ Versorgungsmanagement/ kann auch Einzelmaßnahme sein▪ Pflegebedürftige und Personen, die von solcher bedroht sind (d.h. eher ältere Jahrgänge)	<ul style="list-style-type: none">▪ Früherkennung und Prävention von Risiken▪ Verbesserung bzw. Erhalt der Selbständigkeit/ Förderung der noch vorhanden Kompetenzen▪ „Bringstruktur“; zwingend in der häuslichen Umgebung▪ Stärkung des Selbstmanagements / sehr umfassende komplexe Intervention▪ Niedrighschwelliges Angebot an weit gefasste Zielgruppe

Quelle: IGES

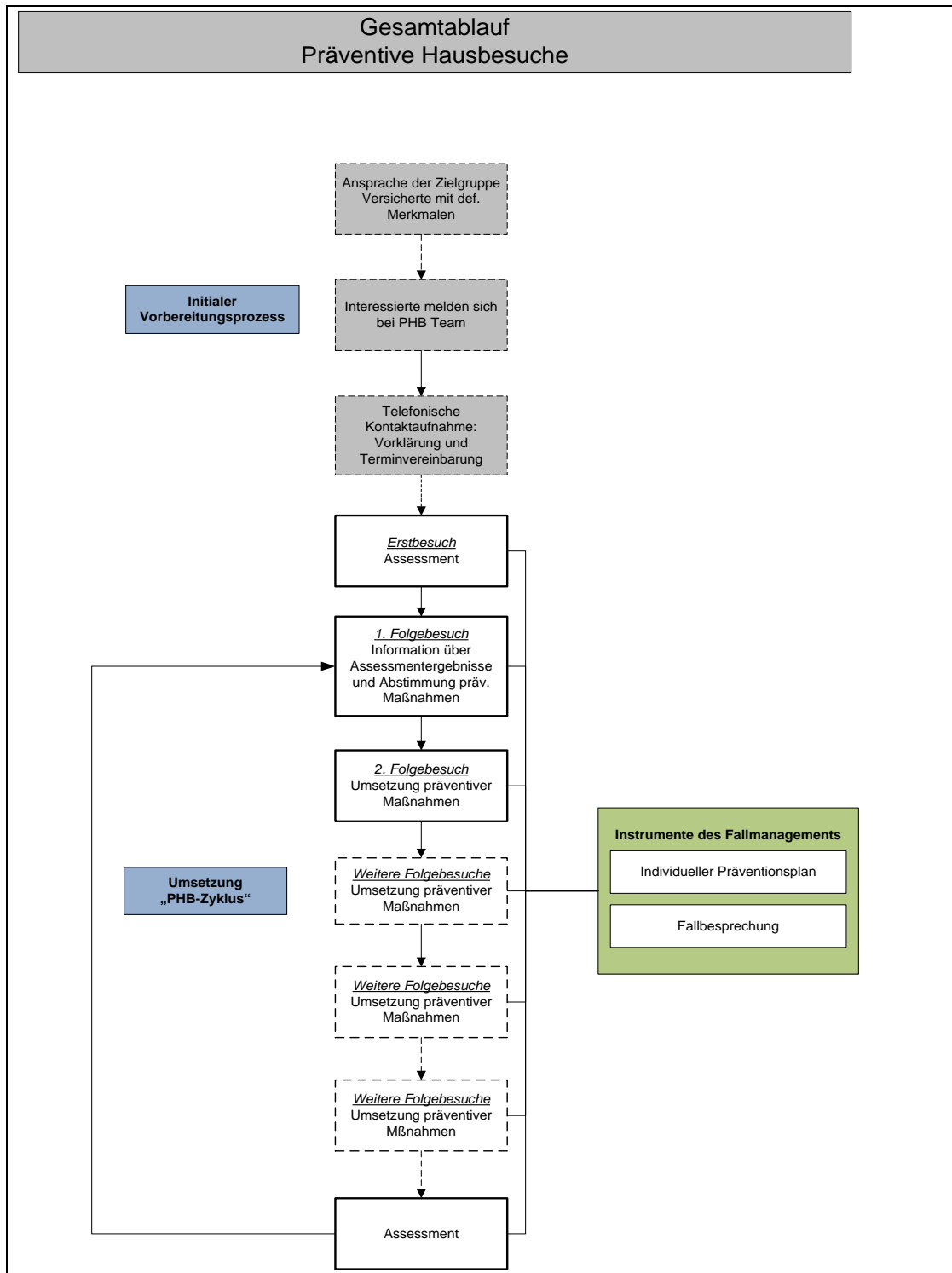
4.1 Übersicht über den Gesamtablauf präventiver Hausbesuche

Der Kernprozess präventiver Hausbesuche besteht in einer zyklischen Abfolge von Assessments und präventiven Maßnahmen, da Erfahrungen aus bereits umgesetzten PHB-Projekten zeigen, dass angesichts der eher betagten Zielpopulation auch bei einer optimalen Umsetzung präventiver Maßnahmen Risiken bzw. Bedarfe für präventive Maßnahme zwar verringert aber nicht gänzlich eliminiert werden können. Eine weitere Teilnahme am PHB-Programm ist dann ausgeschlossen, wenn ein Klient nicht mehr in seiner häuslichen Umgebung verbleiben kann und dauerhaft stationär versorgt werden muss.

¹ Zur Definition von präventiven Hausbesuchen vgl. u. a. BfGe 2005 S.4, LAG Baden-Württemberg 2012 S. 75ff., Meinck 2004 S.733, Weidner 2009 S. 53.

Das folgende Ablaufdiagramm umfasst die wesentlichen Prozessschritte präventiver Hausbesuche. Die im Ablaufdiagramm benannten Maßnahmen und Prozessschritte werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

Abbildung 3: Gesamtablauf präventive Hausbesuche



Quelle: IGES

4.2 Zielgruppe für die primäre Ansprache und Zugangswege

Im vorliegenden Praxiskonzept wird die Zielgruppe unabhängig von ggf. bereits bestehenden Hilfebedarfen und einer formal festgestellten Pflegebedürftigkeit formuliert. Zwar haben auch Personen, die erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben, Anspruch auf Pflegeberatung im Sinne des §7a SGB XI, es wird aber davon ausgegangen, dass sich Pflegeberatung hauptsächlich an Personen richtet, die bereits Leistungsbezieher sind. Im hier ausgeführten Konzept des präventiven Hausbesuchs werden alle Senioren angesprochen, so dass davon auszugehen ist, dass die Mehrzahl der Teilnehmer – zumindest bei Beginn des PHB – keine Pflegestufe aufweisen. Daher soll grundsätzlich kein Interessent ausgeschlossen werden, bei dem bereits eine Pflegestufe vorliegt. Die strukturierte Risikofassung und die systematische Ermittlung des individuellen Unterstützungs- und Interventionsbedarfs erfolgt im weiteren Verlauf des PHB-Prozesses.

Die primäre Ansprache sollte sich daher an alle Personen ab 60 Jahre richten, unabhängig von ihrem aktuellen Hilfebedarf. Einzige Einschränkung ist, dass diese Personen in ihrer eigenen häuslichen Wohnung verweilen.

Die Ausführung der Intervention "präventiver Hausbesuch" wird aber dennoch nach den Hilfebedürfnissen der teilnehmenden Personen differenziert werden. Dies ist in der Maßnahmenbeschreibung dahingehend umgesetzt, dass je nach Ergebnis des Assessments unterschiedliche Maßnahmen und Prozesse beschrieben werden.

Damit ist nicht der Anspruch verbunden, dass all diese Personen tatsächlich erreicht werden können. Ein solches "Screening" wird hier nicht anvisiert. Vielmehr soll durch eine niedrigschwellige Ansprache über unterschiedliche Akteure einem breiten Personenkreis die Teilnahme ermöglicht werden. Es wird davon ausgegangen, dass diejenigen, die Interesse an der Teilnahme zeigen, sicherlich eher Personen sind, die bereits einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegebedürftigkeit aufweisen oder aufgrund weiterer sozialer Faktoren eingeschränkt sind.

Um eine Vernetzung von Pflegeberatung und präventivem Hausbesuch zu ermöglichen, soll die Kontaktaufnahme durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung erfolgen. Die interessierten Senioren oder ihre Angehörigen werden gebeten, sich bei Interesse telefonisch an eine Servicenummer zu wenden oder mit ihrem Kundenberater Kontakt aufzunehmen.

Die Ansprache der Zielgruppe hingegen sollte wenn möglich mit Hilfe einer Vielzahl an Akteuren erfolgen. Welche dies konkret sind, ist u. a. abhängig von den regionalen Strukturen. Die Ansprache kann erfolgen durch:

(1) Krankenkassen oder private Krankenversicherungen

Die Krankenkassen und privaten Versicherungen informieren folglich ihre Versicherten über das Angebot des präventiven Hausbesuchs. Dies kann im Rahmen eines Kundenkontakts, durch Informationsmedien wie die Mitgliederzeitung oder das Internet erfolgen. Zudem besteht die Möglichkeit die Teilnehmer postalisch über das Angebot zu informieren.

(2) Hausärzte

Die Einbindung der Hausärzte ist unverzichtbar, da diese häufig Vertrauenspersonen für ältere Menschen sind. Zudem ist davon auszugehen, dass die PHB-Interessenten oder Teilnehmer dem Hausarzt von dem Programm berichten werden. Damit hat dieser zum einen die Rolle Interessierten zuzusprechen, zum anderen kann er Personen gezielt ansprechen, die das Programm noch nicht kennen.

(3) Pflegestützpunkte und andere Beratungseinrichtungen sowie kommunale bzw. landesweite Pflegekonferenzen

In die Ansprache der Teilnehmer sollten zudem natürlich auch die Pflegestützpunkte bzw. weitere relevante Beratungsstellen vor Ort eingebunden werden.

(4) Pflegedienste und Wohlfahrtsverbände

Zudem bieten Pflegedienste als auch Angebote von Wohlfahrtsverbänden wie z. B. Essen auf Rädern, Notrufdienste etc. die Möglichkeit, Personen über das Angebot zu informieren.

(5) Ehrenamtliche und kirchliche Angebote

Ehrenamtliche Gruppen (z. B. Sportgruppen, Seniorentreffs etc.) sowie kirchliche Angebote bzw. Gemeinden sollten für die Ansprache eingebunden werden.

(6) weitere Akteure

Je nach den regionalen Strukturen sollten zudem weitere Akteure wie z. B. die regionale Presse oder auch Wohnungsbaugenossenschaften in die Ansprache potenzieller PHB-Klienten gewonnen werden.

Mit den interessierten Senioren oder ihren Angehörigen wird telefonisch Kontakt aufgenommen, um den Erstbesuch organisatorisch und terminlich abzuklären.

4.3 Assessment

Mit dem Pflegeberatungsinventar (PBI) steht ein validiertes und evaluiertes Assessmentinstrumentarium für den Einsatz im Rahmen präventiver Hausbesuche zur Verfügung, welches die relevanten Zielbereiche präventiver Hausbesuche umfassend und inhaltlich konsistent abdeckt und eine unmittelbare Ableitung von Bedarfen für präventive Maßnahmen ermöglicht.

Das PBI umfasst sowohl Fragen zum pflegerischen und allgemeinen Unterstützungsbedarf, klärt aber auch spezifische gesundheitliche Risikofaktoren und Probleme sowie die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen ab und berücksichtigt auch die Umfeldsituation, insb. die pflegenden Angehörigen. Das PBI besteht aus einem Überblicksassessment und vertiefenden Befragungen welche dann durchgeführt werden, wenn das Überblicksassessment bestimmte Risiken und Interventionsbedarfe ergibt (Schäufele 2012a-e).

Die folgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Zielbereiche des PBI-Assessments und dessen Vertiefungsinstrumente. Ein Bedarf für eine präventive Maßnahme aufgrund der Ergebnisse des PBI-Assessments liegt beispielsweise vor, wenn

- im Bereich der Alltagsaktivitäten festgestellt wird, dass bei vorhandenem Hilfebedarf weder eine ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln noch Hilfspersonen zur Verfügung stehen,
- im Bereich "Mobilität" der Klient oder die Angehörigen Beratung bezüglich der Verschreibung eines Hilfsmittels wünschen oder
- mittels eines standardisierten Fragebogens zum Medikamentenmissbrauch ein erhöhtes Suchtrisiko ermittelt wird.

Tabelle 4: Zielbereiche und Instrumente des Pflegeberatungsinventars (PBI)

Zielbereiche	Vertiefungsinstrumente
A – Alltagsaktivitäten und aktuelle Versorgungssituation	Aktivitäten des täglichen Lebens Betreuungs- und Pflegepersonen Dienste und Leistungen Die Häusliche Pflege-Skala (HPS-10) Belastung pflegender Angehöriger
B – Mobilität	Mobilität Sturzrisiko
C – Soziale Beziehungen	Tagesstruktur und Aktivitäten
D – Sozialleistungen	Geistige, psychische, körperliche oder Mehrfachbehinderung
E – Wohnumfeld	(Kein Vertiefungsinstrument vorgesehen)
F – Gesundheit und Gesundheitsrisiken	Emotionales Befinden Medikation Screening zur Kontinenz Einschätzung zu auffälligen Verhaltensweisen Krankenhausaufenthalte
G – Gesunderhaltung	Alkoholkonsum Medikamentenmissbrauch Körperliche Aktivitäten – der PRISCUS-PAQ

Quelle: Schäufele 2012a-e

4.4 Präventive Maßnahmen

Grundlage für die inhaltliche Strukturierung der Maßnahmen bildet das PBI Assessment. Die präventiven Maßnahmen setzen unmittelbar an den Assessmentergebnissen an. Das bedeutet, dass für jeden durch das Assessment ermittelten Bedarf eine geeignete präventive Maßnahme spezifiziert ist.

Auf der Grundlage von Beschreibungen bereits umgesetzter PHB-Projekte lassen sich die mit der Maßnahme verbundenen Einzeltätigkeiten folgendermaßen kategorisieren:

- (1) *Informationsvermittlung*: Umfasst beispielsweise Auskünfte über das im Assessment ermittelte gesundheitliche Problem und die Möglichkeiten einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung, jedoch keine darüber hinausgehenden Empfehlungen oder Anleitungen.
- (2) *Empfehlung* für die Inanspruchnahme von Diensten bzw. Leistungen weiterer Akteure (z. B. Häusliche Krankenpflege, Physiotherapie, Mobiler Mittagstisch) und, falls erforderlich auch persönliche Unterstützung und Begleitung durch das PHB-Team bei der Akquisition empfohlener Leistungen und Dienste, z. B. hinsichtlich Leistungsbeantragungen bei Kostenträgern.
- (3) *Hinweise, Anleitungen oder kurze Schulungen* durch das PHB-Team, hinsichtlich anzustrebender Verhaltensweisen und Aktivitäten der Klienten oder ihrer Angehörigen (z. B. bei der Sturzprävention). Der PHB-Maßnahmenkatalog umfasst jedoch grundsätzlich keine ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Tätigkeiten bzw. Leistungen.

Qualitätssicherung Evaluation, sowie Ressourcen- und Kostenplanung erfordern es, die Maßnahmen des PHB möglichst differenziert und abgrenzbar zu definieren und in einer einheitlichen Systematik unter Anlehnung an bereits vorhandene Leistungsbeschreibungen ärztlicher (z. B. OPS) oder pflegerischer Leistungen zu beschreiben.

Tabelle 5 zeigt die für das vorliegende Dienstleitungskonzept entwickelte Systematik der Maßnahmenbeschreibung für präventive Hausbesuche.

Tabelle 5: Systematik der Beschreibung präventiver Maßnahmen

Zielgruppe für die Maßnahme	Nennung der im Assessment ermittelten Bedarfe an denen die Maßnahme ansetzt.
Inhalt der Maßnahme	Darstellung der einzelnen Leistungen, welche im Rahmen der Maßnahme erbracht werden. Gegliedert nach <ul style="list-style-type: none"> • <i>Information</i> • <i>Empfehlung</i> der Inanspruchnahme von Diensten bzw. Leistungen weiterer Akteure • <i>Anleitungen und Hinweise</i> oder kurze Schulungen durch das PHB-Team
Relevante Akteure	Nennung von Leistungserbringern, Institutionen oder sonstige Dienstleister deren Dienste und Leistungen für Empfehlungen relevant sind.
Quellen	Nennung der externen Quellen (z. B. Studien, Projektbeschreibungen, Evaluationsberichte) in denen die (oder eine inhaltlich vergleichbare) Maßnahme dargestellt sind.

Quelle: IGES

Insgesamt können auf Grundlage des Assessments 36 präventive Maßnahmen abgegrenzt werden. Mehr als die Hälfte der Maßnahmen setzt an durch das Assessment ermittelten spezifischen gesundheitlichen Problemen an. Dieser hohe Anteil erklärt sich durch die Vielzahl spezifischer gesundheitlicher Probleme, welche durch das Assessment erfasst werden können. Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die für das Praxiskonzept entwickelten präventiven Maßnahmen. Der Anhang enthält detaillierte Beschreibungen der Maßnahmen.

Abbildung 4: Übersicht über die präventiven Maßnahmen des Praxiskonzeptes

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

Quelle: IGES

Unterstützende Instrumente des Fallmanagements und Qualitätssicherung

Für jeden Klienten wird ein individueller Präventionsplan erstellt. Dieser enthält:

- Die Ergebnisse des Assessments
- erforderliche präventive Maßnahmen
- Präferenzen des Klienten hinsichtlich der Maßnahmen
- Umsetzungsstand der Maßnahmen.

Der individuelle Präventionsplan soll einen schnellen Überblick über den Stand jedes Klienten im PHB-Programm bieten. Er dient u. a.

- zur Zeitplanung der vorgesehenen präventiven Maßnahmen,
- als Checkliste zur Umsetzung der Maßnahmen sowie
- als vorbereitende und strukturierende Grundlage für alle Informations- und Abstimmungsgespräche mit den Klienten im Rahmen der Hausbesuche.

Die Fallbesprechungen im Sinne dieses Konzepts sollen keine externen Akteure mit einbeziehen (d. h. es sind keine multiprofessionellen Fallbesprechungen geplant). Dies bedeutet nicht, dass es auf einer übergeordneten Ebene keine Vernetzung mit Externen geben soll. Im Gegenteil, diese Netzwerkarbeit wird als zentraler Punkt verstanden. Jedoch erscheint eine derartige Vernetzung auf Fallebene nicht zielführend. Im vorliegenden Praxiskonzept sollen Fallbesprechungen bei Fällen mit erhöhtem Präventionsbedarf erfolgen.

Qualifikatorische Voraussetzungen für die Durchführung der präventiven Maßnahmen

Die mit der Durchführung des präventiven Hausbesuchs beauftragten Personen müssen grundsätzlich folgende Qualifikationen mitbringen:

- Ausbildung oder Studium eines Gesundheitsfachberufs (d. h. Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Logopäde, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Medizinische Fachangestellte, Tätigkeit als Pflegeberater)
- Kenntnisse und Erfahrungen zu präventiven Maßnahmen
- Kenntnisse und Erfahrungen in der Beratung (sowie Erfahrung und Kenntnisse in der Anwendung von Assessments)
- Kenntnisse und Erfahrungen mit den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen.

4.5 Ansatzpunkte für Qualitätssicherung und Evaluation

Die Zielsetzung der Qualitätssicherung und der Evaluation orientiert sich an der Definition präventiver Hausbesuche als "niedrigschwelliges Beratungsangebot für zuhause lebende Menschen zu Themen der selbständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung" (siehe Definitiorische Vorbemerkung zu Kapitel 4). Dies impliziert, dass neben der Erreichung der in Kapitel 3 aufgeführten Ziele Aspekte der Selbstbestimmung und "Wahlfreiheit" der Klienten sowie der Zufriedenheit mit der Durchführung und den subjektiv perzipierten Ergebnissen der präventiven Hausbesuche gleichberechtigt berücksichtigt werden müssen.

Als ein wesentliches Defizit bisher umgesetzter PHB-Projekte hinsichtlich ihre Nutzung für ihre weitere Verbreitung hat sich die unzureichende Spezifizierung der jeweils umgesetzten Interventionen erwiesen. Als ein wesentlicher Beitrag des vorliegenden Praxiskonzeptes kann daher die Spezifizierung von "passgenau" an den Ergebnissen des PBI-Assessments ansetzenden präventiven Maßnahmen gesehen werden. Daher sollte neben einer summativen Evaluation eine formative Evaluation – also eine systematische Überprüfung und Begleitung der Implementierung der Intervention mit dem Ziel der Optimierung der Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen – durchgeführt werden.

Das vorliegende Praxiskonzept ist u. a. mit dem Ziel entwickelt worden, prinzipiell verallgemeinerungsfähig, d. h. unter bestimmten Voraussetzungen an jedem Standort in Deutschland realisierbar zu sein. Es handelt sich um eine hochgradig komplexe Intervention, bei der nicht unterstellt werden kann, dass sie von den umsetzenden Organisationen „nach Blaupause“ in einheitlicher und in allen Aspekten den Intentionen der entsprechenden Weise umgesetzt wird. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass spezifische Hürden bei der Implementierung des QuIS auftreten und die Wirksamkeit des Praxiskonzeptes während der praktischen Umsetzung noch gesteigert werden kann.

Da es sich bei präventiven Hausbesuchen nicht um einen grundsätzlich neuen Versorgungsansatz handelt, sondern um eine Prozessinnovation auf der Grundlage bereits bekannter und zum Teil auch erprobter Einzelkomponenten kommt für die Evaluation auch ein Vorgehen in Betracht, wie es in Projekten zur Qualitätsverbesserung üblich ist. Dieses Vorgehen entspräche einem Prä-Post-Design mit expliziten Zielvorgaben bezüglich der Verbesserungen, die erreicht werden sollen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende grundsätzliche Fragestellungen für Qualitätssicherung und Evaluation des Praxiskonzeptes:

- Wird die in Kapitel 4.2 definierte Zielgruppe erreicht?
- Wird der Kernprozess, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, umgesetzt?
- Werden Assessments und präventive Maßnahmen, wie in Kapitel 4.2 und 4.3 vorgegeben, durchgeführt?
- Welche der die in Kapitel 3 genannten Ziele werden erreicht?

Die folgende Übersicht zeigt für die einzelnen Prozessschritte des Praxiskonzeptes die Operationalisierung der o.g. grundsätzlichen Fragestellungen für Qualitätssicherung und Evaluation in Zielbereiche und die hiervon ableitbaren Anforderungen an die Inhalte der fallbezogenen Dokumentation:

Tabelle 6: Zielbereiche und Dokumentationsinhalte für die Qualitätssicherung und Evaluation des Praxiskonzeptes

Prozessschritte (übergreifend)	Zielbereiche (übergreifend)	Dokumentationsinhalte
PHB- Vorbereitungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl von Meldungen von PHB-Interessierten • telefonische Kontaktaufnahmen mit PHB-Interessierten • zeitlicher Abstand zwischen der Meldung und der telefonischen Kontaktaufnahme • Vereinbarung von Erstbesuchen mit PHB-Interessierten, mit denen telefonisch Kontakt aufgenommen wurde 	<p>Pseudonymisierbare Klientendaten, inkl. Angaben, wodurch der Klient auf das PHB-Angebot aufmerksam gemacht wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt der Interessenbekundung des Klienten • Datum der telefonischen Kontaktaufnahme • Vereinbarter Termin für Erstbesuch
Erstbesuch	<ul style="list-style-type: none"> • durchgeführter Erstbesuche bei Klienten, mit denen ein Erstbesuch vereinbart wurde • durchgeführte Assessments im Rahmen des Erstbesuch 	<ul style="list-style-type: none"> • Datum des Erstbesuches • Datum und Ergebnisse des (Erst-)Assessments
Erster Folgebesuch	<ul style="list-style-type: none"> • Folgebesuche bei Klienten, bei denen ein Erstbesuch durchgeführt wurde • durchgeführte Abstimmungen präventiver Maßnahmen im Rahmen des Erstbesuchs 	<ul style="list-style-type: none"> • Datum des ersten Folgebesuchs • Vorgeschlagene präventive Maßnahmen aufgrund der Assessment-ergebnisse • Vom Klienten erwünschte präventive Maßnahmen
Weitere Folgebesuche	<ul style="list-style-type: none"> • ausgeführte präventive Maßnahmen gemäß der Vorgaben für Zielgruppen und Inhalte der Maßnahmen (siehe Anhang "präventive Maßnahmen) • durchgeführte (Folge-) Assessments nach Abschluss der präventiven Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Datum ausgeführter präventiver Maßnahmen • Datum und Ergebnisse des (Folge-)Assessments • Klientenzufriedenheit mit Durchführung und Ergebnissen der präventiven Hausbesuche

Quelle: IGES

4.6 Möglichkeiten der Finanzierung von präventiven Hausbesuchen im Kontext des SGB XI

Im Rahmen der Ausformulierung eines Praxiskonzeptes für präventive Hausbesuche ist ferner zu prüfen, inwiefern diese finanziert werden könnten. Hierbei ist zwischen einer Finanzierung im Rahmen der Regelversorgung und von Modellprojekten zu unterscheiden.

In der Regelversorgung ist heute bereits die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verankert. Die gesetzlichen wie die privaten Pflegekassen sind hiernach verpflichtet ihren Versicherten Pflegeberatung anzubieten. Die Pflegeberatung kann durch die Kasse selbst, durch externe Dienstleister oder durch Pflegestützpunkte erfolgen. Seit dem 01.01.2013 können die Pflegekassen zudem Beratungsgutscheine ausstellen, mit denen die Pflegebedürftigen sich eigenständig eine Beratungsstelle, die einen entsprechenden Vertrag mit der Pflegekasse hat, suchen und dort einlösen (§ 7b SGB XI).

Die Pflegekasse trägt somit die Kosten der Pflegeberatung, jedoch wird ein erheblicher Teil der Kosten über den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen umgelegt. Grundsätzlich werden in der Pflegeversicherung alle anfallenden Kosten nicht durch eine einzelne Pflegekasse getragen, sondern über alle Kassen gleichmäßig verteilt. In der gesetzlichen Pflegeversicherung erfolgt dies im Rahmen des Finanzausgleichs nach § 66 SGB XI, welcher durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt wird. Auch in der privaten Pflegeversicherung erfolgt ein Ausgleich zwischen den Versicherungen, der dazu führt, dass alle Versicherungen gleiche Belastungen zu tragen haben (Risikoausgleich nach § 111 SGB XI). Das Bundesamt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat hier die Aufsicht.

Die Hälfte der Kosten der Pflegeberatung wird jedoch den Verwaltungskosten zugerechnet, welche nicht über den Finanzausgleich umgelegt werden (§ 7a (4) SGB XI). Insofern trägt jede Pflegekassen 50 Prozent der Kosten, der für ihre Versicherten angefallenen Aufwände für die Pflegeberatung, die übrigen 50 Prozent werden gemeinschaftlich durch alle Kassen bzw. Versicherungen aufgebracht.

Der Finanzierung von präventiven Hausbesuchen über die Pflegeberatung sind jedoch Grenzen gesetzt. Wie oben dargestellt, weist diese zum einen ein engeres Dienstleistungsspektrum auf und zum anderen haben lediglich Personen Anspruch auf Pflegeberatung, die bereits pflegebedürftig sind sowie solche, die einen Antrag gestellt haben.

Gleichzeitig werden präventive Hausbesuche aber auch Aufgaben übernehmen, die ansonsten Bestandteil der Pflegeberatung gewesen wären. Auch die heute regelhaft finanzierte vor-Ort-Beratung von pflegenden Angehörigen bei Geldleistungsinanspruchnahme (§ 37 (3) SGB XI) sowie die Finanzierung von Pflegeschulungen (§ 45 SGB XI) würden im Rahmen des präventiven Hausbesuchs ggf. integriert.

Eine Möglichkeit auf den heute bestehenden Leistungen aufzusetzen und diese besser zu integrieren als auch zu erweitern, könnte ein Vertragsabschluss nach § 140a-d SGB V bieten. Dieser ermöglicht es Krankenkassen, mit z. B. zugelassenen Leistungserbringern Verträge mit dem Ziel zu schließen, eine verschiedene Leistungssektoren übergreifenden oder interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung zu ermöglichen (§ 140 (1) SGB XI). Auch sind Vertragsabschlüsse mit Pflegekassen und zugelassenen Pflegeanbietern mög-

lich. Insofern wäre zu prüfen, ob die Umsetzung des Konzepts von präventiven Hausbesuchen ggf. in einem solchen vertraglichen Kontext zielführend wäre.

Integrierte Versorgungsverträge zu pflegerischen Leistungen stoßen jedoch auch aufgrund des Teilkaskocharakters der Pflegeversicherung sowie aufgrund des Finanzausgleichs auf Grenzen. Ersteres da zu prüfen wäre, wer die Mehrkosten der Integrierten Versorgung trägt, wenn diese den Teilkaskosatz übersteigt, letzteres da nicht abschließend geklärt ist, wie im Kontext des heutigen Finanzausgleichs mit Mehrkosten bzw. Einsparungen im Rahmen eines solchen Selektivvertrags umzugehen ist.

Für die private Pflegeversicherung gelten die Regelungen zu Selektivverträgen in dieser Form nicht. Auch die privaten Pflegeversicherungen haben aber die Möglichkeit ihren Versicherten eine über die im SGB XI festgelegte (und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ausformulierte) hinausgehende Versorgung anzubieten. Jedoch wäre zu prüfen, ob die Einführung von PHB kopfschadenneutral wäre. Nur in diesem Fall wäre keine Anpassung der einzelnen Versicherungsverträge notwendig. Sobald sich der Kopfschaden durch die neue Leistung verändert, wäre eine Anpassung der Prämien nötig (was ein Sonderkündigungsrecht zur Folge hätte). Erschwerend kommt hier hinzu, dass aufgrund des oben beschriebenen Risikoausgleichs nach § 111 SGB XI die privaten Pflegekassen die Tarife (ausgenommen der Verwaltungskosten) gemeinschaftlich kalkulieren (d. h. die Versicherungsunternehmen stellen abwechselnd den verantwortlichen Akteur und führen abwechselnd die Kalkulation durch).

Eine Umsetzung von PHB im Rahmen der Regelversorgung ist somit heute eingeschränkt bzw. wäre zu prüfen. Hier neben besteht die Möglichkeit, PHB erst einmal im Form von Modellprojekten einzuführen.

In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, ob ein PHB-Modellprojekt im Rahmen § 8 (3) SGB XI umzusetzen wäre. § 8 (3) SGB XI ermöglicht es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für bis zu 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern zu vereinbaren.

Ferner haben die gesetzlichen Krankenversicherungen die Möglichkeit Modellvorhaben nach § 63 SGB X zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchführen – für den Kontext der Pflegeversicherung besteht eine solche Möglichkeit jedoch nicht. Insofern wäre zu klären, inwiefern PHB auch im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung realisierbar wären und ob die Rahmenbedingungen, die der § 63 SGB X vorgibt, erfüllbar sind. Inwiefern Modellvorhaben auch im Kontext der privaten Pflegeversicherung umgesetzt werden können, ist zu prüfen.

5 Anhang: Beschreibungen der präventiven Maßnahmen

<u>5.1</u>	<u>A – Alltagsaktivitäten</u>	38
<u>5.2</u>	<u>B – Mobilität</u>	40
<u>5.3</u>	<u>C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten</u>	42
<u>5.4</u>	<u>D – Sozialleistungen</u>	43
<u>5.5</u>	<u>E – Wohnen und Wohnumfeld</u>	44
<u>5.6</u>	<u>F – Spezifische gesundheitliche Probleme</u>	45
<u>5.7</u>	<u>G – Gesundheitsförderung und Prävention</u>	55

5.1 A – Alltagsaktivitäten

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

Bereich	A – Alltagsaktivitäten
Ansatzpunkt der Maßnahme	A.2 Probleme mit der pflegerischen Versorgung
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: Der Klient ist unzufrieden mit den Pflegeperson(en). Die Pflegepersonen sind überlastet. Es gibt Hinweise auf Beziehungsprobleme zwischen Klient und Pflegepersonen. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> des Klienten und seiner Angehörigen über die durch das Assessment ermittelten Problembereiche in der pflegerischen Versorgung und über hierfür allgemein zur Verfügung stehende Beratungs-, Entlastungs- und Unterstützungsangebote. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Beratung des Klienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten des Erhalts der empfohlenen Leistungen und Dienste sowie, bei Bedarf, Unterstützung bei deren Beantragung.
Relevante Akteure	Pflegeberatung Pflegerische Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> • Amb. Pflegedienste • Stationäre Pflegeeinrichtungen • Kurzzeitpflege • Verhinderungspflege • Teilstationäre Pflege Hauswirtschaftliche Unterstützung: <ul style="list-style-type: none"> • Hauswirtschaftliche Dienste • Essen auf Rädern / Mobiler Mittagstisch • sonstiger Lieferservice (Getränke, Lebensmittel, Wäsche usw.) • Hausnotruf Ehrenamtliche Dienste
Quellen	Keine

5.2 B – Mobilität

Bereich	B – Mobilität
Ansatzpunkt der Maßnahme	B.1 Mobilitätsprobleme
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <p>Klient ist in seiner Mobilität im häuslichen und/oder außerhäuslichen Bereich eingeschränkt.</p> <p>Klient wünscht ein Mobilitätshilfsmittel.</p> <p>Klient wünscht weitergehende Informationen/Empfehlungen zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> des Klienten über seine individuellen Mobilitätsprobleme und die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Unterstützung bzw. Verbesserung seiner Mobilitätssituation.</p> <p><i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei neu aufgetretenen Mobilitätseinschränkungen zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden. Bei Beratung des Klienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten des Erhalts der empfohlenen Leistungen und Dienste sowie, bei Bedarf Unterstützung bei deren Beantragung.</p> <p><i>Anleitungen und Hinweise</i> zu durch den Klienten oder seinen Angehörigen selbst durchführbare Anpassungen des Wohnumfeldes (z. B. Verbesserung der Beleuchtung) sowie bezüglich persönlicher Verhaltensweisen zu Verbesserung der Mobilität (z. B. Nutzung von Brille, Hörgerät und vorhandener Mobilitätshilfsmittel).</p>
Relevante Akteure	<p>Haus- oder Facharzt</p> <p>Physiotherapie / Bewegungstherapie</p> <p>Sportvereine</p> <p>Orthopädietechniker / Hilfsmittellieferant</p> <p>Ehrenamtliche Mobilitätsdienste</p> <p>Hauswirtschaftliche Dienstleister</p> <p>Essen auf Rädern / Mobiler Mittagstisch</p> <p>sonstige Lieferservices (Getränke, Lebensmittel, Wäsche usw.)</p> <p>Hausnotruf</p>
Quellen	<p>Roling 2012</p> <p>DIP 2008</p> <p>Weidner 2009</p> <p>Tinetti 1994</p>

Bereich	B – Mobilität
Ansatzpunkt der Maßnahme	B.2 Sturzgefährdung
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <p>Sturz innerhalb der letzten 12 Monate.</p> <p>Klient hat Angst zu stürzen.</p> <p>Hinweise auf Sturzgefährdung mittels standardisierter Tests.</p> <p>Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> des Klienten zu seinen individuellen Risikofaktoren für Stürze (unter Nutzung der Assessmentergebnisse), insbesondere bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sturzanamnese, Angst vor Stürzen • Kraftminderung, Gangunsicherheit, Schwindel • Sehschwäche, kognitive und affektive Störungen • Dranginkontinenz, Medikation • Stolperfallen im Wohnumfeld, inadäquate Versorgung mit Mobilitätshilfsmitteln <p>In jedem Fall <i>sollte eine Empfehlung zur ärztlichen Abklärung</i> medizinischer Sturzursachen und für die Inanspruchnahme von Diensten bzw. Leistungen weiterer Akteure (siehe "Relevante Akteure") erfolgen.</p> <p><i>Hinweise und Anleitungen</i> durch das PHB-Team bezüglich persönlicher Maßnahmen und Verhaltensweisen zur Vermeidung von Stürzen, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • häusliche und außerhäusliche Übungs- und Trainingsprogramme zur Sturzprophylaxe • vom Klienten oder seinen Angehörigen selbst durchführbare Anpassungen des Wohnumfeldes (z. B. Beseitigung von Stolperfallen, Verbesserung der Beleuchtung) • Verhaltensweisen nach einem Sturzereignis
Relevante Akteure	<p>Haus- oder Facharzt</p> <p>Physiotherapie / Bewegungstherapie</p> <p>Sportvereine</p> <p>Orthopädietechniker / Hilfsmittellieferant</p> <p>Mobilitätsdienste</p> <p>Hauswirtschaftliche Dienstleister</p> <p>Hausnotruf</p> <p>Wohnraumberatung / Beratung zu Wohnformen / Wohnen im Alter</p>

Quellen	Tinetti 1994 Mahoney 2007 DIP 2008 DNQP 2006
---------	---

5.3 C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten

Bereich	C – Soziale Beziehungen und Aktivitäten
Ansatzpunkt der Maßnahme	C.1 Soziale Isolation
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens ergab, dass der Klient</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Kontakt-, Vertrauens- oder Bezugspersonen hat und / oder • diese Person nicht mindestens 1x pro Woche kontaktiert werden kann • diese Person nicht verlässlich ist und / oder • diese Person bei Bedarf nicht regelmäßig helfen kann. <p>Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Informationsvermittlung zu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • sozialen Angeboten • Freizeitangeboten • Hausnotrufsystemen • Verbesserung des Hör- und Sehvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung • Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter. <p><i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen.</p> <p><i>Anleitungen und Hinweise</i> zur Aufnahme eigener Aktivitäten wie Freizeitgestaltungen, sportliche Aktivitäten, soziale Kontakte, Gesprächskreise</p>
Relevante Akteure	<p>Sozialleistungsträger (Ämter, Behörden)</p> <p>Anbieter von Hausnotrufsystemen</p> <p>Facharzt für Augenheilkunde und HNO</p> <p>Anbieter von Freizeitangeboten</p> <p>Anbieter von Sportangeboten</p> <p>Anbieter von Selbsthilfegruppen</p> <p>Besuchsdienst</p> <p>Seniorenhilfe und -beratung</p> <p>Anbieter von Begegnungsstätten</p> <p>Blinden- und Sehbehindertenverband</p> <p>Sozialpsychiatrischer Dienst</p>
Quellen	<p>Roling 2012</p> <p>DIP 2008</p> <p>AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010</p> <p>LAG Baden-Württemberg 2012</p>

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

5.4 D – Sozialleistungen

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

5.5 E – Wohnen und Wohnumfeld

Bereich	E – Wohnen und Wohnumfeld
Ansatzpunkt der Maßnahme	E.1 Bedarf zur Anpassung des Wohnumfeldes
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <p>Klient ist in seiner Mobilität im häuslichen und außerhäuslichen Bereich eingeschränkt.</p> <p>Klient wünscht ein Mobilitätshilfsmittel.</p> <p>Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> des Klienten über erforderliche Anpassungen seines Wohnumfeldes hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit • Mobilitätsverbesserung • Alltagsbewältigung <p><i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Bei Beratung des Klienten und seiner Angehörigen über Möglichkeiten des Erhalts der empfohlenen Leistungen und Dienste sowie, bei Bedarf Unterstützung bei deren Beantragung.</p> <p><i>Anleitungen und Hinweise</i> zu Möglichkeiten der Umgestaltung der vorhandenen Wohnung bzw. zu alternativen Wohnformen (z. B. altengerechtes bzw. betreutes Wohnen, Mehrgenerationenhäuser usw.)</p>
Relevante Akteure	<p>Kostenträger von Wohnraumanpassungen (Pflegekasse oder Versicherer)</p> <p>Dienstleister für Wohnraumanpassungen</p> <p>Seniorenhilfe und -beratung</p> <p>Fachverbände</p> <p>Behindertenbeauftragter und Versorgungsamt</p> <p>Bürgeramt / Wohngeldstelle</p>
Quellen	<p>SOVD Niedersachsen 2008b</p> <p>DIP 2008</p> <p>Weidner 2009</p> <p>Tinetti 1994</p> <p>Mahoney 2007</p> <p>Roling 2012</p>

5.6 F – Spezifische gesundheitliche Probleme

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

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.2 Eingeschränkte Sehfähigkeit
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient weist eine Sehstörung auf und es erfolgte keine fachärztliche Kontrolluntersuchung der Augen in den letzten zwei Jahren. Klient wünscht eine Behandlung oder Maßnahme.
Inhalt der Maßnahme	<i>Informationsvermittlung</i> zu Risiken und Folgen eingeschränkten Sehvermögens. <i>Empfehlung</i> zur fachärztlichen Abklärung bei Verdacht auf eine noch nicht abgeklärte eingeschränkte Sehfähigkeit. Verweis auf Beratungsangebote durch den Blinden- und Sehbehindertenverband
Relevante Akteure	Facharzt für Augenheilkunde Blinden- und Sehbehindertenverband
Quellen	DIP 2008

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.3 Probleme beim Sprechen oder mit der Stimme
Zielgruppe für die Maßnahme	<p>Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Probleme beim Sprechen oder mit der Stimme • Bisher keine oder erfolglose Behandlung <p>Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.</p>
Inhalt der Maßnahme	<p><i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung.</p> <p><i>Empfehlung</i>, Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei neu aufgetretenen Stimm- und Sprechproblemen zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden.</p>
Weitere Akteure	<p>Hausarzt</p> <p>Facharzt – HNO</p> <p>Logopädie (nach ärztlicher Überweisung)</p>
Quellen	Keine

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

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.5 Inappetenz
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die angaben, die Freude am Essen oder den Appetit verloren zu haben. Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Haus- oder Facharztes bei anhaltender Inappetenz zur Abklärung möglicher medizinischer Ursachen empfohlen werden. <i>Anleitungen und Hinweise</i> zur altersgemäßen Ernährung, zu Möglichkeiten der Ernährungsumstellung. Hinweise und Rezepte für schmackhafte und bekömmliche Gerichte und Nahrungsmittel.
Relevante Akteure	Hausarzt Ernährungsberatung (nach ärztlicher Überweisung)
Quellen	Weidner 2009

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

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.7 Probleme beim Einhalten von Diätvorschriften
Zielgruppe für die Maßnahme	Klienten, die im Rahmen des Assessments Probleme mit dem Einhalten von Diätvorschriften angaben. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Empfehlung</i> zur Rücksprache mit dem Hausarzt bzw. der Ernährungsberatung
Relevante Akteure	Hausarzt Ernährungsberatung
Quellen	DIP 2008 Weidner 2009

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

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

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

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

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

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

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

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

Bereich	F – Spezifische gesundheitliche Probleme
Ansatzpunkt der Maßnahme	F.16 Gedächtnisprobleme
Zielgruppe für die Maßnahme	Alle Klienten, bei denen das Assessment mindestens eine der folgenden Konstellationen ergab: <ul style="list-style-type: none"> • Klient gibt Verschlechterung der Gedächtnisleistung an • vertiefende Tests ergeben Hinweise auf kognitive Beeinträchtigung. Klient wünscht weitergehende Informationen und Empfehlungen zu diesem Thema.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über das gesundheitliche Problem und die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung bzw. Behandlung. <i>Empfehlung</i> , Leistungen und Dienste von einem oder mehreren der im Folgenden aufgeführten Akteure in Anspruch zu nehmen. Falls noch nicht geschehen, sollte das Aufsuchen eines Facharztes zur weiteren Abklärung und Behandlung vorgeschlagen werden. Empfehlung von externen Angeboten zum Gedächtnistraining. <i>Anleitung und Hinweise</i> zum individuellen Gedächtnistraining.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie Memory Clinic (auf Zuweisung)
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling 2012 DIP 2008 Weidner 2009 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010

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

5.7 G – Gesundheitsförderung und Prävention

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

Bereich	G – Gesundheitsförderung und Prävention
Ansatzpunkt der Maßnahme	G.2 Alkoholmißbrauch
Zielgruppe für die Maßnahme	Klient überschreitet die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen empfohlene max. Trinkmenge und wünscht Unterstützung bei der Reduktion seines Alkoholkonsums.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> zu Risiken des Alkoholkonsums und Möglichkeiten der Alkoholentwöhnung. <i>Empfehlung</i> eines Haus- oder Facharztbesuches zur weiteren Abklärung und ggf. Einleitung ein Alkoholtherapie. Empfehlung von regionalen Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker) und Suchtberatungsstellen.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen Suchtberatungsstellen
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 Röling G 2012 DIP 2008 AOK – Institut für Gesundheitsconsulting 2010 Meier-Baumgartner 2006

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

Bereich	G – Gesundheitsförderung und Prävention
Ansatzpunkt der Maßnahme	G.4 Schwerwiegende Lebensereignisse
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab, dass der Klient kürzlich einen Trauerfall, einen schwerwiegenden Verlust oder ein anderes folgenreiches Lebensereignis erlitten hat. Klient wünscht weitergehende Informationen, Empfehlungen, oder sonstige Unterstützung und Beratung.
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über Beratungs- und Unterstützungsangebote bei schwerwiegenden und belastenden Lebensereignissen. <i>Empfehlung</i> von Beratungsangeboten und Selbsthilfegruppen. Empfehlung eines Haus- und Facharztbesuches zur Abklärung der Indikation für weitergehende therapeutische Versorgung.
Relevante Akteure	Hausarzt Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Lebensberatungsstellen Selbsthilfegruppen
Quellen	Keine

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

Bereich	G – Gesundheitsförderung und Prävention
Ansatzpunkt der Maßnahme	G.6 Körperliche Aktivität
Zielgruppe für die Maßnahme	Das Assessment ergab eine nicht ausreichende körperliche Aktivität des Klienten. Der Klient wünscht Informationen, Empfehlungen und Hinweise zu diesem Thema
Inhalt der Maßnahme	<i>Information</i> über die präventive Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität, über das empfohlene Mindestmaß an körperlicher Aktivität und Möglichkeiten sportlicher Aktivitäten. <i>Empfehlung</i> altersgerechter sportlicher Angebote in der Region. Empfehlung ärztlicher Abklärung, insbesondere bei (Wieder-)Aufnahme sportlicher Aktivitäten nach längeren Phasen der Inaktivität. <i>Anleitungen und Hinweise</i> zu Möglichkeiten des Ausdauer-, Kraft-, und Koordinationstrainings im Alltag unter Beachtung der individuellen Motive und Voraussetzungen.
Relevante Akteure	Hausarzt Sportvereine mit seniorenspezifischen Angeboten Seniorensportgruppen anderer Träger
Quellen	LAG Baden-Württemberg 2012 DIP 2008 Weidner 2009 Meier-Baumgartner 2006

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

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- AGP Institut für angewandte Sozialforschung (2011). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest.
- Altgeld T (2009). Gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin und Heidelberg.
- AOK – Institut für Gesundheitsconsulting (2010). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Das Präventionsprogramm der AOK Niedersachsen: Gesund Älter Werden. Qualitativer Erfahrungsbericht.
- Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P (2008). Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. *JAGS* (56): 397 – 4044.
- BfGe – Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (2005). Experten-Hearing "Präventiver Hausbesuch im Alter". Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
- Dapp U, Anders J, Renteln-Kruse W, Minder C, Meier-Baumgartner H. P., Swift C. G. (2011). A Randomized Trial of Effects of health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. *Journal of Gerontology*, 66(5), 991 – 598.
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – Der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) (2006). Expertenstandard. Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg) (2007). Expertenstandard. Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück.
- Fischer G, Sandholzer H, Perschke-Hartmann C (2009). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von "Gesund Älter Werden (GÄW)" Ein Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen.
- Frommelt M, Klie T, Löcherbach P, Mennemann H, Monzer M, Wendt W (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management: Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung.
- Gebert A, Weidner F (2010). PON – Ergebnisbericht zu den eingesetzten Instrumenten "Fallbesprechung" und "Assessment STEP-m". Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Huss A, Stuck A, Rubenstein L, Matthias Egger M, Clough-Gorr M (2008) Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Gerontology* 63 (3): 298 – 307.
- Kruse A (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

- Luck T, Roling G, Heinrich S, Lupp M, Matschiger H, Fleischer S, Sesselmann Y, Katrin Beutner K, Rothgang H, König H, Riedel-Heller G, Behrens J (2011). Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. <https://web.uk-halle.de>
- LAG – Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg(2012). Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt. Dokumentation Impulskonferenz Baden-Württemberg Stuttgart, 21.November 2011. www.gesundheitsamt-bw.de
- Mahoney J, Shea T, Przybelski R, Jaros L, Gangnon R, Cech S, et al. (2007). Kenosha County Falls Prevention Study: A Randomized, Controlled Trial of an Intermediate-intensity, Community-based Multifactorial Falls Intervention. *J Am Geriatr Soc*, 55(4), 489 – 498.
- Manstetten A, Wildner M (2002). Machbarkeitsstudie Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen: Abschlußbericht: Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund PublicHealth.
- Meier-Baumgartner H, Dapp U, Anders J (2006). Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren (Vol. 2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra B.-P. (2004). Präventive Hausbesuche im Alter: Eine systematische Bewertung der Evidenz Gesundheitswesen, Vol. 66, 723 – 738.
- Patzelt C, Deitermann B, Heim S, Krauth C, Theile G, Hummers-Pradier E., Walter U (2012). Wie können ältere Menschen für die Inanspruchnahme des präventiven Hausbesuches motiviert werden? Original Research Article. *Public Health Forum*.
- Roling G, Fleischer S, Hanns S, Luck T, Heinrich S, Rothgang H, et al. (2009). Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. *Hallesche Beiträge zu den Pflegewissenschaften Gesundheits- und Pflegewissenschaft*.
- Roling G, Sesselmann Y, Fleischer S, Beutner K, Behrens J, Luck T, Lupp M, Riedel-Heller S (2012). Handlungsanleitung für die Durchführung präventiver Hausbesuche. <https://web.uk-halle.de/ukhwww>.
- Schäufele M. (2012a). Entwicklung und Erprobung eines Assessment-Instruments für die Pflegeberatung. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- Schäufele M, Hoell A, Hendlmeier I (2012b). Pflegeberatungsinventar (PBI). Überblicksassessment Fremdauskunft. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- Schäufele M, Hoell A, Hendlmeier I (2012c). Pflegeberatungsinventar (PBI) Überblicksassessment Selbstauskunft.
- Schäufele M, Hoell A, Hendlmeier I (2012d). Pflegeberatungsinventar (PBI) – Vertiefungen Selbstauskunft. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- Schäufele M, Hoell A, Hendlmeier I (2012e). Pflegeberatungsinventar (PBI) – Vertiefungen Fremdauskunft. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).
- SOVD Niedersachsen. (2008a). Pflege und Wohnberatung. Modellprojekt Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung. Beratungsleitfaden. Hannover: SOVD Niedersachsen.
- SOVD Niedersachsen. (2008b). Pflege und Wohnberatung. Modellprojekt Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung. Handlungskonzepte. Hannover: SOVD Niedersachsen.
- Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder C, Bekc JC (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *JAMA* (8): 287 .

- Stuck A. E., Kharicha K, Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner H. P., et al. (2007). The PRO-AGE study: An International Randomised Controlled Study of Health Risk Appraisal for Older Persons Based in General Practice. *BMC Medical Research Methodology*, Vol. 7(2).
- Tinetti ME, Baker D, McAvay G, Claus E, Garrett P, Gottschalk M, Koch M, Trainor K, Horwitz R (1994). A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community. *N Engl J Med* 331: 821 – 827.
- van Haastregt J, Diederiks J, Rossum E, Witte L, Crebolder H (2000). Effects of Preventive Home Visits to Elderly People Living in the Community: Systematic Review. *BMJ* 320: 754 – 758.
- Weidner F, Schulz-Nieswandt F, Brandenburg H, et al. (2004). Gutachten. "Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW – Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen". Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).
- Weidner F, Schmidt C, Gebert A (2009). Beraterhandbuch – präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover.