



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich
im Zuhause wohnen bleiben können**



Britta Blotenberg (M.Sc.), Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke
Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen

Vortrag im Rahmen der „14. Niedersächsischen Seniorenkonferenz“
Hannover, den 17. Oktober 2019



PERSÖNLICHE VORSTELLUNG

Projektteam

Prof. Dr. Stefanie Seeling

- Professur für Pflegewissenschaft
- Studiengangsleitung „Pfleger dual“ am Institut für duale Studiengänge der Fakultät Management, Kultur und Technik der Hochschule Osnabrück am Campus Lingen
- Teilprojektverantwortlichkeit im Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“
- Weitere Forschungsschwerpunkte in der regionalen/ internationalen Qualifizierung akademisierter Pflegefachkräfte, der regionalen lernenden Gesundheitsversorgung, Theater in der Pflege



Britta Blotenberg

- Pflegewissenschaftlerin (M.Sc.)
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“
- Schwerpunkt im Bereich Präventive Hausbesuche





HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DANK PRÄVENTIVER HAUSBESUCHE SO LANGE WIE MÖGLICH IM ZUHAUSE WOHNEN BLEIBEN KÖNNEN

Vortrag von Britta Blotenberg

- 1. Hintergrund**
- 2. Problemdarstellung**
- 3. Kooperationsprojekt „DaHeim – in Emlichheim“**
- 4. Methodisches Vorgehen**
- 5. Erste Ergebnisse**
- 6. Diskussion und Ausblick**



01 HINTERGRUND

Die 50+ Befragung

Umfrage in Vorbereitung des Projektantrags „Dorfgemeinschaft 2.0“ für die BMBF-Fördermaßnahme INNOVAKOMM:

- im Jahr 2014/2015 randomisiert durchgeführte 50+ Befragung (n = 10.000)
- Rücklauf: 4.350 Fragebögen (Rücklaufquote von 44%),
von diesen wurden 4.101 Fragebögen ausgewertet
- es wurden die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen, auch im „Alter“ im Landkreis Grafschaft Bentheim zu leben, erhoben

Fokus: Wohnen, Nahversorgung, Dienstleistungen, Techniknutzung, Zukunft, Aktivitäten, Ehrenamt

(Seeling & Blotenberg 2017)

01 HINTERGRUND

Kernergebnisse der 50+ Befragung

- 61,3% der Befragten hat **keine Bereitschaft umzuziehen**
 - Angebote von ambulanten Pflegediensten (68%) als auch den Zukauf von Dienstleistungen (66,3 %) wie Essen auf Rädern, Haushaltshilfen etc. würden **rund $\frac{2}{3}$ der Befragten** in Anspruch nehmen
 - 43,4% der Befragten könnten sich vorstellen **mobile Gesundheitsangebote**, d.h. Dienstleistungen von Berufsgruppen des Gesundheitswesens vor Ort, in Anspruch zu nehmen.
 - sich mit einem **Gesundheitsproblem direkt an eine Pflegefachkraft mit Hochschulabschluss** zu wenden und von dieser medizinisch-pflegerisch versorgt zu werden können sich 33% vorstellen
 - 41,5% gaben an, dass die Wohnung **seniorengerecht** sei, da die Wohnräume ebenerdig sind, 7,1% bejahten die Frage, da es keine Barrieren gibt und 6,8% bestätigten die Aussage, da das Badezimmer altersgerecht ist
- **Hauptergebnis:** Der Wunsch so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können.

(Seeling & Blotenberg 2017)

01 HINTERGRUND

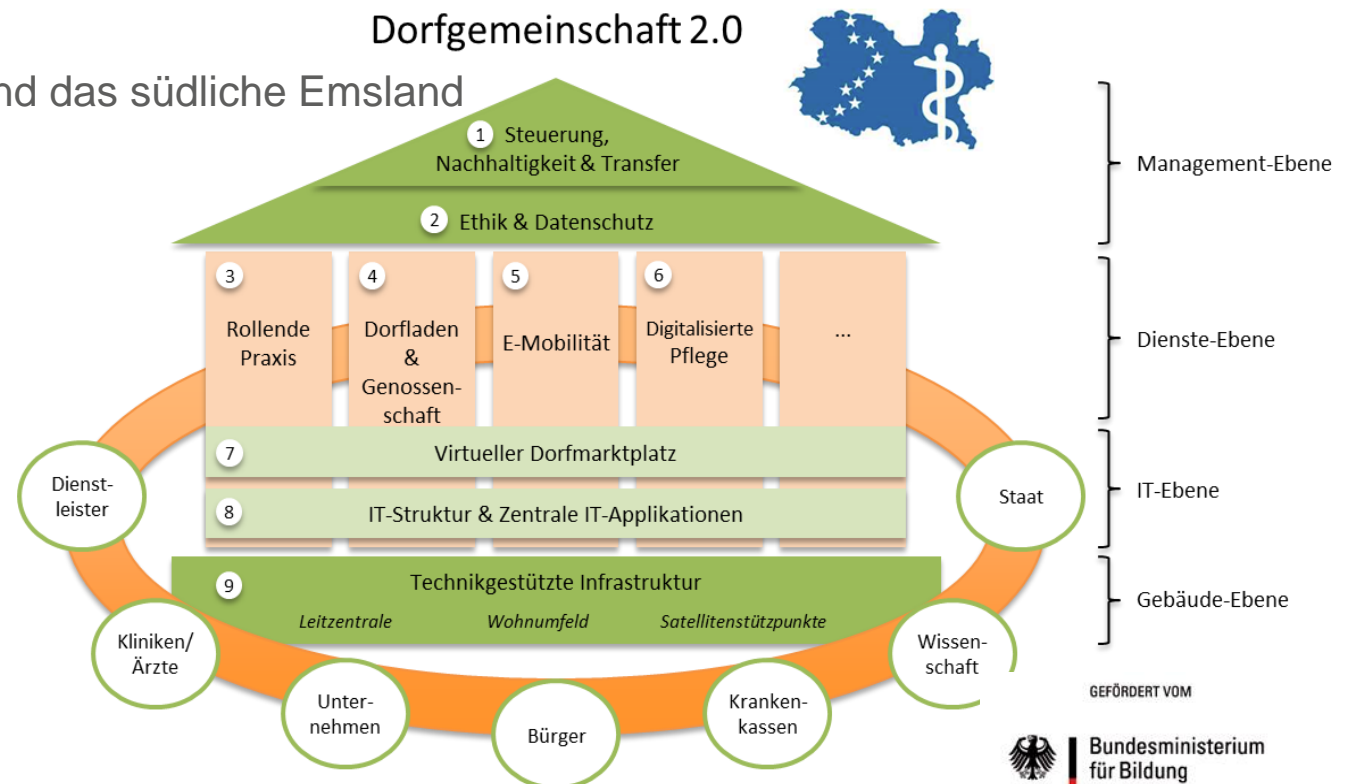
Verbundprojekt „Dorfgemeinschaft 2.0“

Projektregion

Grafschaft Bentheim und das südliche Emsland

Projektlaufzeit

11/2015 bis 10/2020



Fördervolumen

5,82 Mio. Euro (davon 85% Förderanteil durch BMBF)
(davon 1,46 Mio. Euro für die Hochschule Osnabrück)



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

01 HINTERGRUND

Projektkonsortium

Koordination und Projektleitung

Thomas Nerlinger, Gesundheitsregion EUREGIO e.V.

Wissenschaftliche Projektpartner

Prof. Dr. Stefanie Seeling und Prof. Dr. Ingmar Ickerott
(Hochschule Osnabrück, Campus Lingen)

Prof. Dr. Hartmut Remmers und Prof. Dr. Frank Teuteberg
(Universität Osnabrück)

Praxispartner

EUREGIO-KLINIK Grafschaft Bentheim Holding GmbH

ENO telecom GmbH

I.T. Out GmbH

Bentheimer Eisenbahn AG

Lebenshilfe Nordhorn gGmbH

optadata.com GmbH



01 HINTERGRUND

Teilprojekte aufgliedert in Lebensräume

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insb. älterer Menschen erweist sich in peripheren, ländlichen Regionen als besondere Herausforderung (Baumgartner et al. 2013; Giesecking & Gerling 2016)

- **Soziodemografische** Wandlungsprozesse (z.B. sinkende Personenzahl pro Haushalt und räumliche, regionale Disparitäten → „Landflucht“)
- zum Teil **Fehlallokationen** in den medizinisch-pflegerischen Strukturen



**Gesundheit
und Pflege**



Mobilität



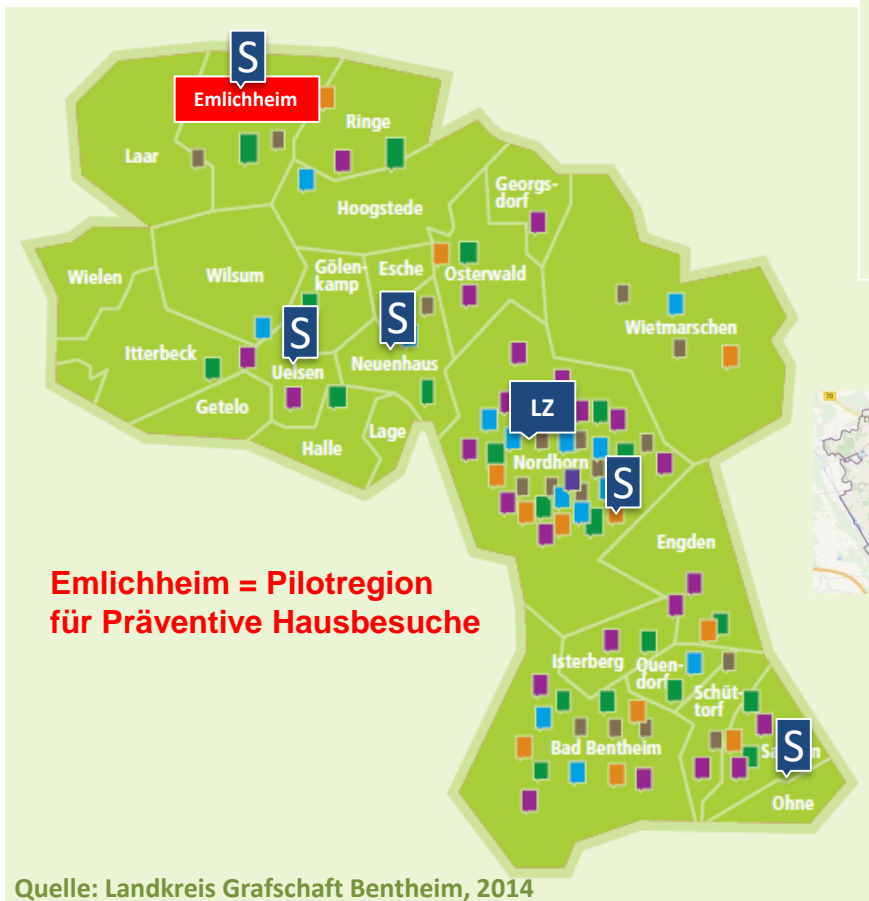
Versorgung



Wohnen

01 HINTERGRUND

Versorgungsangebote



Angehörigenarbeit / Selbsthilfegruppen

Präventionsangebot in Bildungseinrichtungen

Ambulante Pflege- und Betreuungsangebote

Angebote in stationären und teilstationären Einrichtungen

Krankenhaus

Außenstellen stat. oder ambulanter Einrichtungen

Geplante unterstützende Angebote durch das Projekt „Dorfcommunity 2.0“

LZ = Leitzentrale:

- Nordhorn

S = Satellitenstützpunkte:

- Brandlecht
- Ohne (Dorfladen)
- Neuenhaus (Versorgung)
- Uelsen (Begegnungsstätte)
- Emlichheim (Präventive Hausbesuche)

Satellitenstützpunkt im südlichen Emsland:

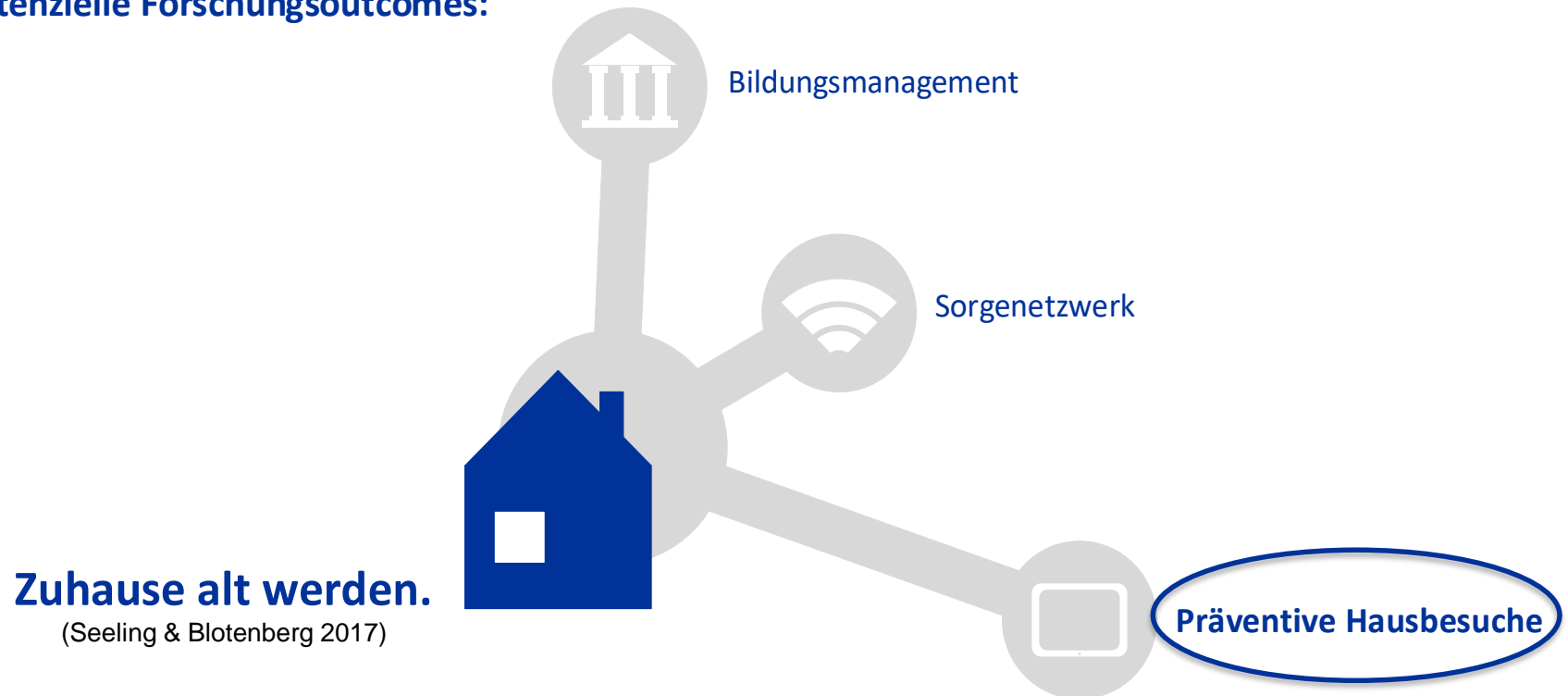
- Spelle (Wohnkomfort)



01 HINTERGRUND

Lebensraum „Gesundheit & Pflege“

Potenzielle Forschungsergebnisse:



01 HINTERGRUND

Erprobung einer Best-Practice Lösung

- **Prävention** von Pflegebedürftigkeit
- individuelle Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger im **häuslichen** Bereich erhalten
- digitale Vernetzung für ein **selbstbestimmtes Leben** in der gewohnten Umgebung und im sozialen Umfeld ermöglichen
- **Optimierung** der pflegerischen Versorgung (u.a. mit Hilfe von AAL), der präventiven Versorgung sowie der Nachsorge und des Schnittstellenmanagements zwischen allen relevanten Dienstleistern mit Hilfe von Technik (Vermeidung von Doppeldokumentationen/ Fehldokumentationen)
- **Stärkung** der (Dorf)gemeinschaft durch generationenübergreifende wechselseitige Unterstützung
- **Teilhabe** und Teilnahme an Angeboten durch Mobilitätshilfen der virtuellen/ realen Dorfgemeinschaft
- **Umsetzung** durch ein nachhaltiges Geschäftsmodell für akademisiertes Pflegepersonal

02 PROBLEMDARSTELLUNG

Aufgrund des andauernden Fachkräftemangels und des demografischen Wandels müssen alternative Versorgungsformen innerhalb des Gesundheitssystems im ländlichen Raum konzipiert und implementiert werden. (SVR 2014)

- Anwendungsbeispiel: niedrighschwelliger Zugang zu pflegerischen Angeboten durch eine vorbeugende Einzelfallberatung im häuslichen Bereich und dementsprechend die präventive Ausrichtung von Pflege zu stärken
- **Ziel:** Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder als Kostenfaktor im Gesundheitswesen gar zu vermeiden (Hämel et al. 2015) sowie einen Basisdatensatz für die persönliche digitale Gesundheits-dokumentation zu generieren

Methodik: Implementierung Präventiver Hausbesuche und Evaluation der Akzeptanz dessen



02 PROBLEMDARSTELLUNG

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (2005)

Stärkere Realisierung von Prävention wird im Zusammenhang der Diskussion um die Modernisierung des deutschen Gesundheitssystems von vielen Seiten gefordert.

„Perspektivisch vielversprechendes Mittel zur Prävention im Alter sind
Präventive Hausbesuche.“ (S. 36)

02 PROBLEMDARSTELLUNG

Sozialgesetzbuch V und XI

SGB V: § 20 Prävention und Selbsthilfe

(1) „Leistungen zur Primärprävention sollen den **allgemeinen Gesundheitszustand verbessern** und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“

SGB XI: § 5 Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) „Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, daß [!] **frühzeitig** alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, **um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.**“

- Umsetzung von Pflegeprävention schwierig, da sie eine Schnittstelle der deutschen Sozialgesetzgebung berührt !



02 PROBLEMDARSTELLUNG

Bedeutung für die Pflege

Der Präventive Hausbesuch wird von der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitsförderung als positiv bewertet.

Es besteht ein Prüfbedarf hinsichtlich der generellen Einführung bzw. Ermöglichung.

- Strukturelle Rahmenbedingungen müssen aufgebrochen werden.



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



03 KOOPERATIONSPROJEKT

Implementierung Präventiver Hausbesuche

Projektleitung und Anbieter der Intervention

Senfkorn Mehrgenerationenhaus gGmbH (unabhängig von der reg. Gesundheitsversorgung)

Wissenschaftliche Begleitung

Hochschule Osnabrück, Campus Lingen

Zielgruppe

Personen zwischen 65 - 85 Jahre alt, wohnhaft in der Samtgemeinde Emlichheim, versteht und spricht Deutsch, keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Ziel der Intervention

Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder gar zu vermeiden, um den älteren Menschen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen

(Blotenbera et al. 2017)



Gefördert durch das
Land Niedersachsen:



03 KOOPERATIONSPROJEKT

Implementierung Präventiver Hausbesuche



SG Emlichheim

Hannover

Der **Landkreis Grafschaft Bentheim** gehört zu den vergleichsweise dünn besiedelten Regionen in Deutschland.

(Landkreis Grafschaft Bentheim 2016)

**SG Emlichheim, Niedergrafschaft
(Landkreis Grafschaft Bentheim) =
Projektregion Präventiver Hausbesuche**

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Wesentliche Merkmale von Pflegeberatung und Präventiven Hausbesuchen (ZQP 2013, S. 14)

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 vorhandenen Kompetenzen • „Bringstruktur“; zwingend in der häuslichen Umgebung • Stärkung des Selbstmanagements/ sehr umfassende komplexe Intervention • Niedrigschwelliges Angebot an weit gefasste Zielgruppe

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung 2005

Es wurden bereits

- verschiedene Modelle, Projekte und Studien durchgeführt
- bislang kein Bestandteil der Regelfinanzierung medizinischer und/oder pflegerischer Kostenträger

Gegenstandsbereiche und Abgrenzung

- sie sind zu unterscheiden vom Case-Management mit der Koordinierung unterschiedlicher Leistungen bei bereits bestehendem komplexem Behandlungs- und/ oder Betreuungsbedarf
- Präventive Hausbesuche richten sich demgegenüber an **nicht**pflegebedürftige Menschen
- ebenso sind präventive Hausbesuche im Alter zu unterscheiden von Leistungen zur Rehabilitation, die der krankheitsbedingten Beeinträchtigung oder Bedrohung der Selbständigkeit gezielt entgegenwirken

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

(Hendriksen et al.1984, Stuck 2002)

Aufsuchende Methode der Prävention

- zur Früherkennung von Risikofaktoren der Pflegebedürftigkeit/ Erkrankungen
 - zur frühzeitigen/ präventiven Intervention
 - gezielte Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt
- es wurden zahlreiche unentdeckte Probleme im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich älterer Menschen festgestellt

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Ergebnisse des Experten-Hearing (2005)

Durchführung Präventiver Hausbesuche:

- pflegerische Qualifikation als Basisqualifikation
 - Berufsgruppe der Pflegefachkräfte wird für die bestgeeignete Profession gehalten
 - Für MFA (Medizinische Fachangestellte): lediglich die Eignung zur Übernahme von Teilleistungen (z.B. Durchführung eines initialen Kurz-Screenings)
 - für alle weiteren Professionen (z.B. unterschiedliche Therapeutinnen-/ Therapeuten-
gruppen) wurde ein grundsätzlicher Bedarf an Zusatzqualifikationen gesehen
- **wichtige Anforderungen:** Kommunikationsfähigkeit, Struktur- und Systemkompetenz sowie geriatrisches Wissen

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Vergleich zu Dänemark

Seit 1998 sind alle Kommunen gesetzlich verpflichtet, 2x im Jahr einen beratenden Hausbesuch für > 75-jährige anzubieten (jedoch anders finanziertes Gesundheitssystem als in Deutschland)

Hauptziele:

- Stärkung des Vertrauens älterer Menschen in das Sozialsystem
- Frühzeitiges Erkennen eines Hilfebedarfs

(Meinck 2012)

Ausgestaltung bleibt Gemeinden überlassen (verschiedene Berater, z.B. Pflegefachkraft, Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Hausarzt u.a.) (DIP 2002)

- Für Deutschland gilt: „Präventive Hausbesuche im Alter“ ist noch kein fest definierter Begriff und kann viele verschiedene Zielsetzungen und Zielgruppen beinhalten.

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Zielsetzung

Grusdat (2006) unterscheidet zwei Zielkomplexe:

1. individuelle Ziele

- Reduzierung von Krankheiten
- Steigerung der Lebensqualität
- Verbesserung des funktionalen Status
- Erhalt der Selbständigkeit
- Vermeidung/Verzögerung der Pflegebedürftigkeit

→ werden von Experten deutlich häufiger genannt

2. gesellschaftlich-ökonomische Ziele

- Kosten senken
- Vermeidung von Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen
- Reduzierung von Mortalität

→ für die Planung von Konzepten und Projekten von besonderer Bedeutung,
aber: wirtschaftlicher Nutzen schwer erreichbar

03 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE

Ergebnisse anderer Studien

- Interventionen für Menschen **ab dem 65. Lebensjahr** können dazu beitragen, die Mortalität zu senken und einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erreichen (Ploeg 2005)
- Huss et al. (2008) verglichen in ihrer Metaanalyse die Ergebnisse von 21 RCTs **signifikante Abnahme der Mortalität** bei unter 77-jährigen
- eine **Verbesserung des funktionellen Status** konnte nur nachgewiesen werden, wenn mit dem Assessment auch eine klinische Untersuchung einhergeht (Huss et al. 2008)
- Multidimensionales Assessment in Kombination mit einer klinischen Untersuchung beim Erstbesuch tragen zu einer **Verbesserung der gesundheitlichen Situation** bei (Huss et al. 2008)
- Präventive Hausbesuche sind **nur dann wirksam**, wenn sie auf einem multidimensionalen geriatrischen Assessment beruhen, mehrere Folgebesuche durchgeführt werden und das Sterberisiko der Zielgruppe als gering eingeschätzt wird (Stuck et al. 2002)

04 METHODISCHES VORGEHEN

Zugang zur Zielgruppe

Bürgerinnen und Bürger zwischen 65 – 85 Jahre alt

- Presse, Informationsveranstaltungen, persönliche Anschreiben der Samtgemeindebürgermeisterin sowie der Gemeindebürgermeister

(Einwohner der SG Emlichheim: 14.356; Informationsschreiben erhalten: 2.540 Einwohner, inkl. Pflegebedürftige nach SGB XI; Stand 01.01.2018)

Alter der Pflegebedürftigen (in Jahren)	Ambulante Betreuung (Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)	Stationäre Betreuung (Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)
40-60	15 (0)	44 (44)
60-65	6 (0)	9 (8)
65-80	108 (42)	62 (54)
über 80 Jahre	230 (103)	115 (93)
insgesamt	372 (152)	240 (208)

Pflegebedürftige der Samtgemeinde Emlichheim (LSN 2018; Stand: 2015)

04 METHODISCHES VORGEHEN

Berechnung der Zufallsstichprobe je Gemeinde

	Anzahl der Einwohner	Versand des Informationsschreibens (% der Gesamtzahl)	Interessensbekundungen (Rücklaufquote)	Stichprobe je Gemeinde
Gemeinde Emlichheim	7.292	1.334 (52,25%)	135 (10%)	n=39
Gemeinde Hoogstede	2.885	513 (20,19%)	50 (10%)	n=15
Gemeinde Laar	2.111	343 (13,50%)	42 (12%)	n=10
Gemeinde Ringe	2.068	350 (13,78%)	46 (13%)	n=11
Samt-gemeinde Emlichheim	14.356	2.540 (100%)	273 (11%)	n=75

04 METHODISCHES VORGEHEN

Implementierung Präventiver Hausbesuche



Konzept des Projektes „mobil“ (DIP 2008) dient als Grundlage

- 4 Hausbesuche im Zeitraum von 10 Monaten

Durchführung von einer akademisch qualifizierten Pflegekraft im häuslichen Bereich

- Verwendung des STEP-m Assessments (DIP 2008) in einer Onlineanwendung des Praxispartners opta data
- **Wissenschaftliche Begleitung:** Erfassung des Verlaufs des Gesundheitszustands (n=75) sowie der Akzeptanz Präventiver Hausbesuche (n=15)

04 METHODISCHES VORGEHEN

Das STEP-m

Multidimensionales Assessment

- zur Einschätzung der individuellen Lebenssituation
- als multidimensionales Geschehen wird die selbstständige Lebensführung im Alter verstanden (basiert auf einem bio-psycho-sozialen Ansatz)
- beinhaltet körperliche, psychische, soziale, medizinische und umgebungsbezogene Parameter
- wichtig bei der Anwendung des Assessments: Lebenshintergrund, Fähigkeiten und aktuelle Schwierigkeiten der Senioren sowie umweltbezogene Faktoren und deren Interaktion berücksichtigen
- dient als Grundlage der gezielt stattfindenden Unterstützungsplanung

04 METHODISCHES VORGEHEN

Zentrale Aufgaben der akademisch qualifizierten Pflegekraft



3 Bereiche (DIP 2008):

1. Basisbesuch zur Einschätzung der individuellen Probleme und Risikofaktoren
(geriatrisches + multidimensionales Assessmentinstrument)
2. Entwicklung eines mehrdimensionalen Interventionskonzepts
(Grundlage sind die Ergebnisse des Assessmentinstrumentes)
3. Überprüfung der Umsetzung der gegebenen Empfehlungen und zusätzliche Beratung
und Unterstützung

04 METHODISCHES VORGEHEN

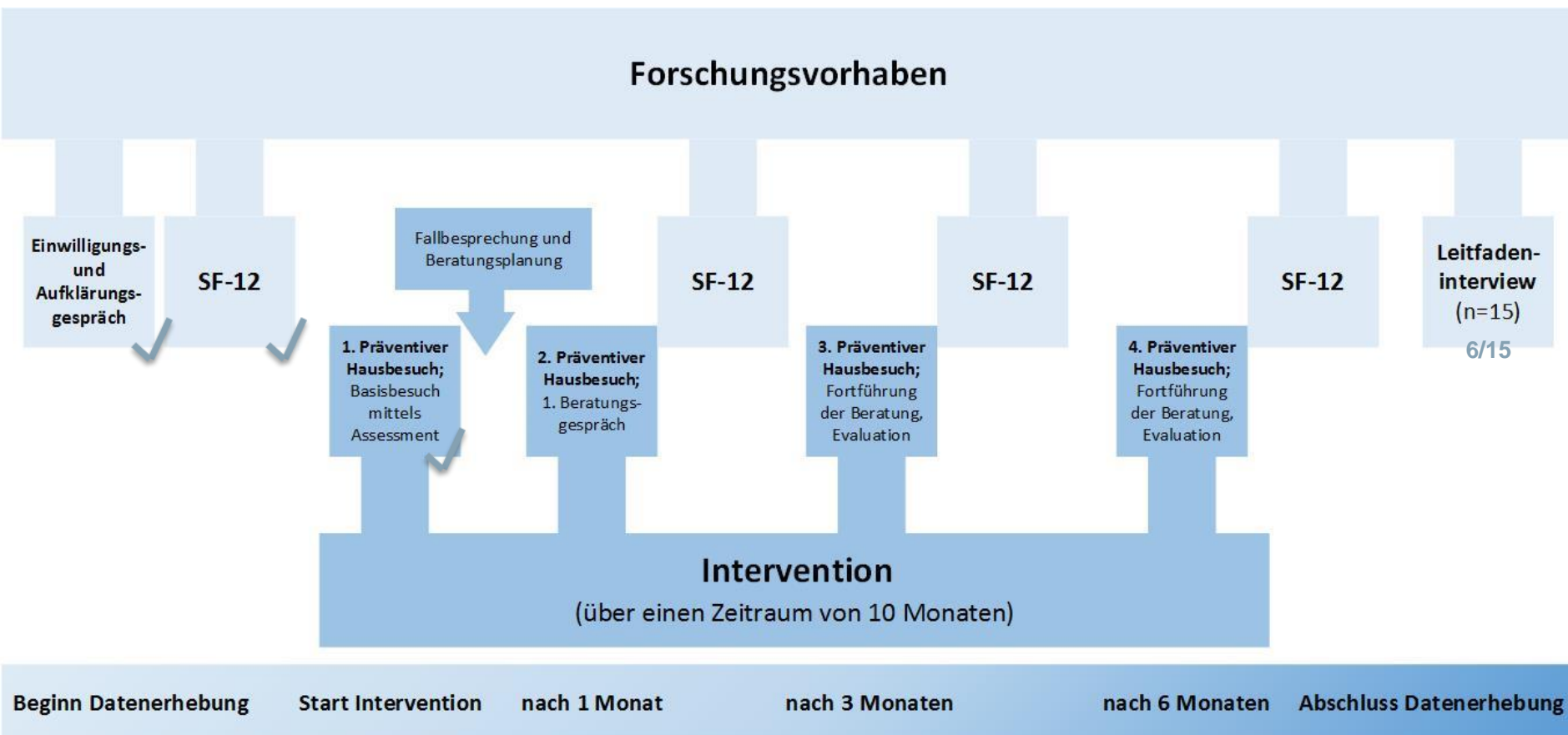
Wissenschaftliche Begleitung der Präventiven Hausbesuche

Durchführung der Studie:

- Positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Hochschule Osnabrück
- Pretest der Präventiven Hausbesuche wurde im Dezember 2017 durchgeführt (n=4)
- Zufallsstichprobe je Gemeinde aufgrund vieler Interessensbekundungen (n=273)
- Erfassung des Gesundheitszustands vor dem ersten und im Anschluss der folgenden Hausbesuchen mittels SF12
- Erfassung der Akzeptanz Präventiver Hausbesuche nach Abschluss der Intervention durch Leitfaden-Interviews (n=15)

04 METHODISCHES VORGEHEN

Darstellung des Studiendesigns (angelehnt an DIP, 2008)



SF-12 Fragebogen zu Ihrem Gesundheitszustand¹ Verwendung im Rahmen der Studie „DaHeim – in Emlichheim“

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

im Rahmen Ihrer Teilnahme an der Studie „DaHeim – in Emlichheim“ bitte ich Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Die Datenerhebung mittels dem vorliegenden Fragebogen erfolgt vor dem 1. Präventiven Hausbesuch und nach den jeweils Folgenden, nach dem 2., 3. sowie dem 4. Hausbesuch. Für das Ausfüllen benötigen Sie ca. 5 Minuten. Die gewonnenen Informationen ermöglichen den Verlauf Ihres Gesundheitszustandes zu erfassen.

Vielen Dank für Ihre Studienteilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Britta Blotenberg

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen
 (Telefon: +49 591 80098 249; E-Mail: b.blotenberg@hs-osnabrueck.de)

Selbstbeurteilungsbogen

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung.

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1	2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1	2

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.)

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

© Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung.

¹ Matthias Morfeld, Inge Kirchberger, Monika Bullinger (2012). SF - 12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Selbstbeurteilungsbogen, Zeitfenster 4 Wochen. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag, Göttingen.

05 ERSTE ERGEBNISSE

Evaluation der Präventiven Hausbesuche

75 Studienteilnehmer, davon 45 Frauen und 30 Männer

– inkl. 3 Abbrecher (2w/1m) aufgrund falscher Erwartungen, Umzug und keiner Angabe

Alter in Jahren	Anzahl der Teilnehmer
65 - 69	21
70 - 74	27
75 - 79	21
80 - 85	6
Insgesamt	75

05 ERSTE ERGEBNISSE

Evaluation der Präventiven Hausbesuche

Großes Interesse der Bürgerinnen und Bürger

- n=273 von 2.540 angeschriebenen Personen, inkl. Personen mit Pflegegrad (Anzahl der Einwohner der SG insgesamt 14.356)
- viele Interessensbekundungen von Ehepaaren/ Lebenspartnerschaften, allerdings zeichnen sich Präventive Hausbesuche durch eine aufsuchende Einzelfallberatung aus
 - Konzeptanpassung für Ehepaare/ Lebenspartnerschaften

Erste Erkenntnisse durch die Interviews:

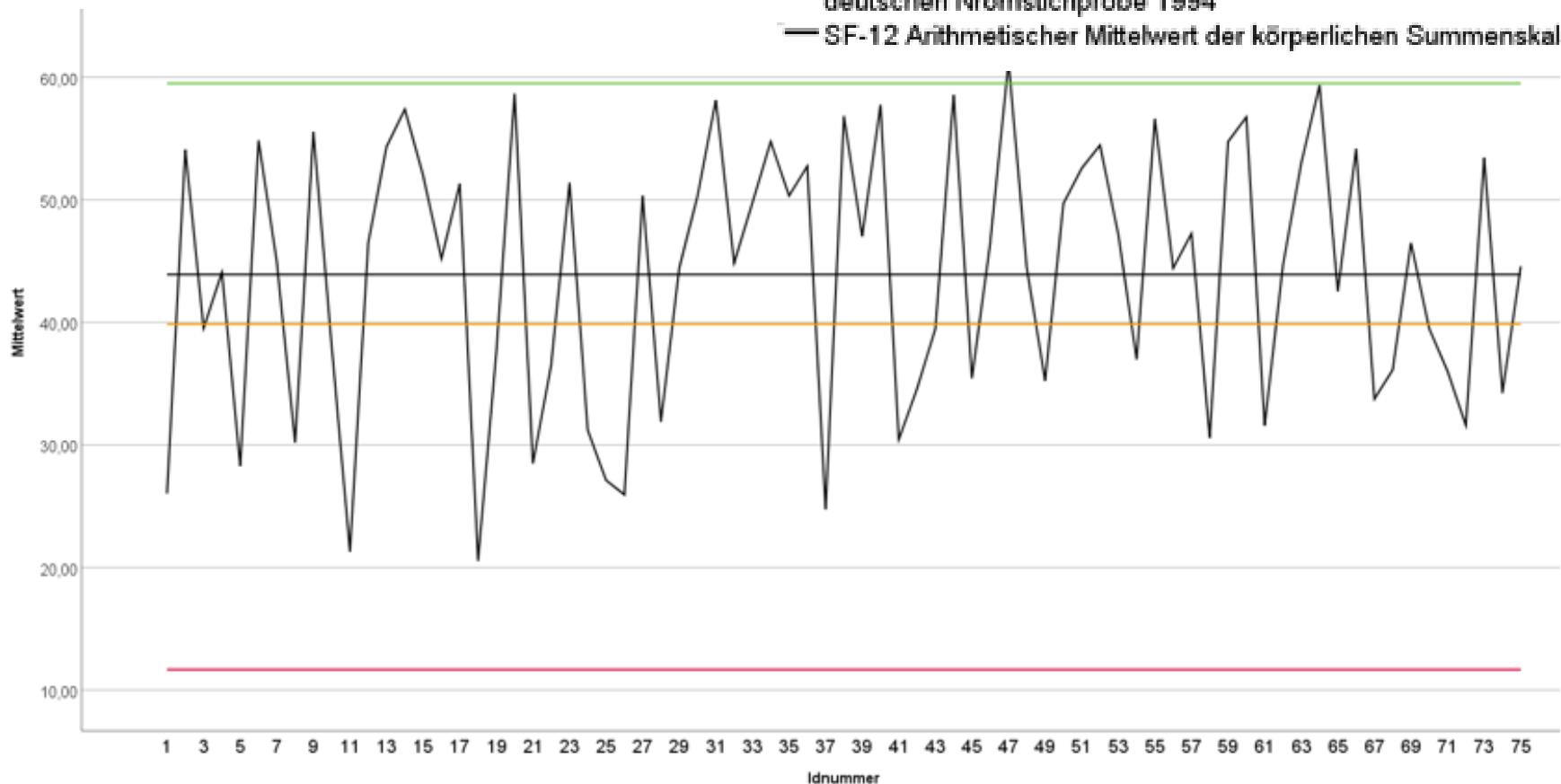
- Empowerment
- Ambivalenz (– ebenfalls beim Ausfüllen des SF-12 Fragebogens)
- sehr enges Vertrauensverhältnis
- Möglicher zukünftiger Bias: Personalwechsel der akademisch qualifizierten Pflegefachkraft

05 ERSTE ERGEBNISSE

Körperlicher Ist-Zustand vor dem 1. HB

- höher als der der Deutschen Norm 1994

- SF-12 KÖRPERLICHE SUMMENSKALA (Standardisiert: Deutsche Norm 1994)
- Minimum Körperliche Summenskala der deutschen Normstichprobe 1994
- Maximum Körperliche Summenskala der deutschen Normstichprobe 1994
- Arithmetischer Mittelwert der körperlichen Summenskala der deutschen Normstichprobe 1994
- SF-12 Arithmetischer Mittelwert der körperlichen Summenskala

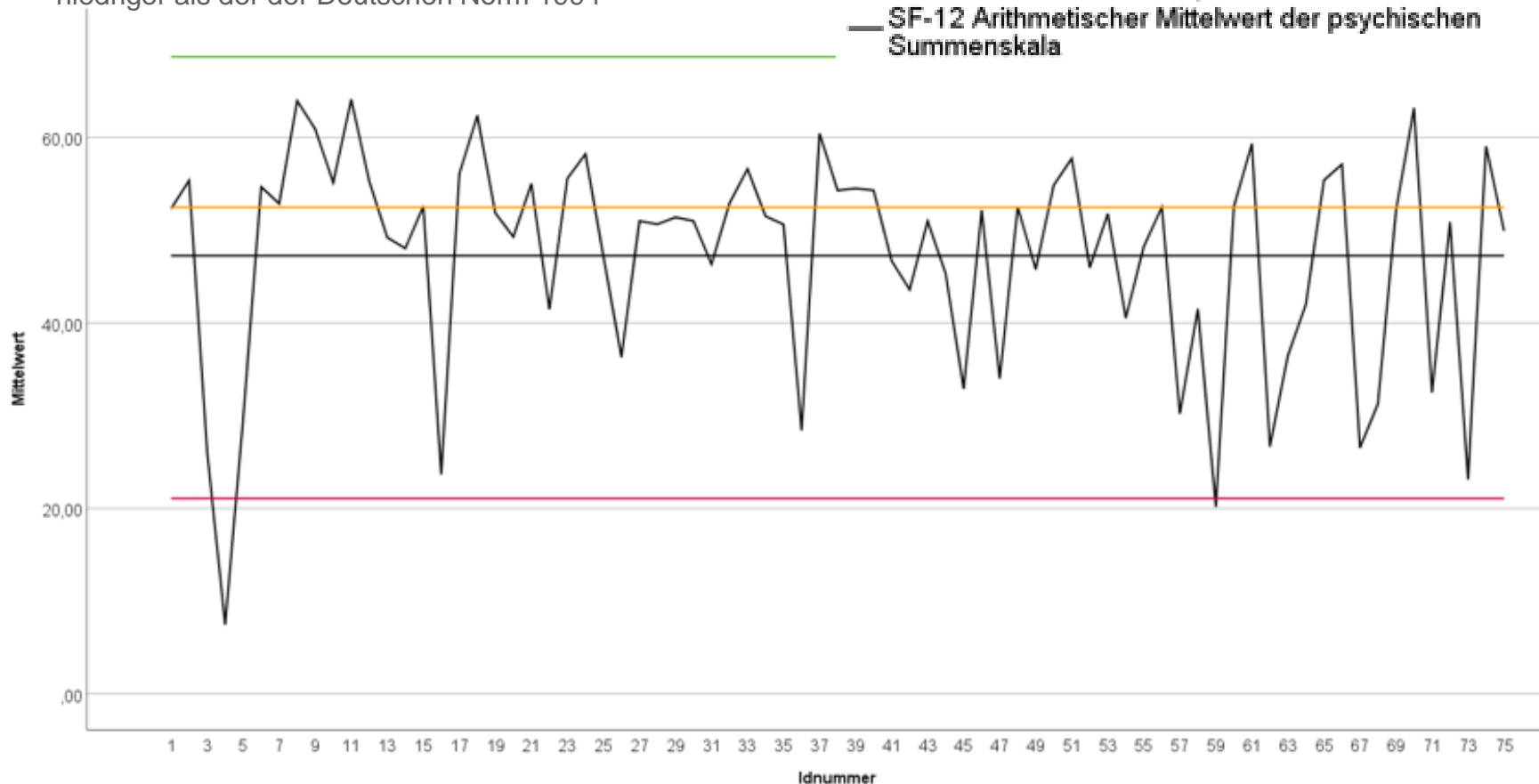


05 ERSTE ERGEBNISSE

Psychischer Ist-Zustand vor dem 1. HB

- niedriger als der der Deutschen Norm 1994

- SF-12 PSYCHISCHE SUMMENSKALA (Standardisiert: Deutsche Norm 1994)
- Minimum Psychische Summenskala der deutschen Normstichprobe 1994
- Maximum Psychische Summenskala der deutschen Normstichprobe 1994
- Arithmetischer Mittelwert der psychischen Summenskala der deutschen Normstichprobe 1994
- SF-12 Arithmetischer Mittelwert der psychischen Summenskala



05 ERWARTETE ERGEBNISSE

Evaluation der Präventiven Hausbesuche

- neue Erkenntnisse zur Durchführung Präventiver Hausbesuche
- Implikationen zur Anpassung des Konzepts und Implementierung zukünftiger flächendeckender Etablierung Präventiver Hausbesuche
- Nutzung und Handhabbarkeit von Einschätzungsverfahren für den Präventionsbedarf der Zielgruppe
- Identifizierung von gesundheitsbezogenen Versorgungslücken, hier im Speziellen im ländlichen Bereich, um dem demografischen Wandel entgegenzuwirken
- veränderte, förderliche Wahrnehmung von und Haltung zu Prävention
- eine frühzeitige Sensibilisierung bezüglich einer möglichen Pflegebedürftigkeit bzw. Vermeidung dieser

06 DISKUSSION UND AUSBLICK

Im Falle positiv nachweisbarer Effekte

Die Kommunen erkennen den Bedarf an Präventiven Hausbesuchen und sehen sich in der Verantwortung

- kommunales Angebot, z.B. ab 65 Jahren einmal pro Jahr
 - durch die Kommune oder den Landkreis als Kostenträger würde ein nachhaltiges Geschäftsmodell für die Zukunft bestehen, bspw. in Form eines „Präventiven ambulanten Dienstes“
 - als Bestandteil der Regelfinanzierung medizinischer und/ oder pflegerischer Kostenträger
- Flächendeckende Implementierung Präventiver Hausbesuche in Deutschland anhand eines Konzepts, welches alle bereits in der Literatur beschriebenen Empfehlungen berücksichtigt.



LITERATUR

- Baumgartner, K.; Kolland, F.; Wanka, A. (2013). Altern im ländlichen Raum. Entwicklungsmöglichkeiten und Teilhabepotenziale. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blotenberg, B., Seeling, S., Breukelman, M., Meding, D., & Platje, K. (2017). Zuhause alt werden – wie geht das? Durchführung des Pilotprojekts „DaHeim – in Emlichheim“. In: Heimatverein der Grafschaft Bentheim (Hrsg.), Bentheimer Jahrbuch 2018 (S. 231–238). 1. Auflage. Nordhorn: Heimatverein der Grafschaft Bentheim e.V.
- Blotenberg, B., Seeling, S., Büscher, A. (2018). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Ein Forschungsdesign zur Akzeptanzanalyse Präventiver Hausbesuche. *Pflegewissenschaft* 20(11/12):472–479
- Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (2005). Präventiver Hausbesuch. Beschluss des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung vorbereitet durch die AG 3 „Gesund altern“. Online verfügbar unter: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/beschluss_praevhausbesuch.pdf (Stand 2017-11-11)
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil. Der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). (2009). Beraterhandbuch. Präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Gieseking, A.; Gerling, V. (2016). Gesundheitliche und pflegerische Versorgung in ländlichen Räumen. Hrsg.: Naegele, G., Olbermann, E., Kuhlmann, A. (2016): Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 324 - 340.
- Hämel, K.; Kutzner, J., Vorderwülbecke, J. (2015). Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen. *Das Gesundheitswesen*.
- Hendriksen, C.; Lund, E.; Stromgard, E. (1984). Consequences of assesment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 289 (6457), 1522-1524.
- Landkreis Grafschaft Bentheim (Hrsg.) (2014). Grafschafter Demenzatlas. Online verfügbar unter: http://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1_1396258230/demenzatlas_2014.pdf (Stand 2017-11-11)
- Landkreis Grafschaft Bentheim, Der Landrat (Hrsg.) (2016). Zahlen Daten Fakten 2016/ 2017, A. Hellendoorn KG, Bad Bentheim. Online verfügbar unter: http://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1_1469521999/Zahlenspiegel_2016.pdf (Stand 2016-08-04)
- Morfeld, M.; Kirchberger, I.; Bullinger, M. (2012). SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Selbstbeurteilungsbogen, Zeitfenster 4 Wochen. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Seeling, S.; Blotenberg, B. (2017). Möglichkeiten und Grenzen der Mensch-Technik-Interaktion. Neue zentrale Erkenntnisse zur Techniknutzung und -affinität älterer Menschen im ländlichen Raum. *Pflege & Gesellschaft* 22 (3), 248–271
- Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.; Beck, J.C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *JAMA* 8: 287
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Kurzfassung. Bonn/Berlin.
- ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2013): Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Abschlussbericht. Berlin. Abgerufen von https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf am 13.06.2018.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit Fragen oder Anmerkungen?

Kontaktdaten:

Hochschule Osnabrück

- Campus Lingen -

Britta Blotenberg

Kaiserstraße 10 c

49809 Lingen

Email: b.blotenberg@hs-osnabrueck.de

Homepage: www.hs-osnabrueck.de

Projekthomepage: <http://dorfgemeinschaft20.de>



von links: Annika Paul (B.Sc.), Britta Blotenberg (M.Sc.),
Prof. Dr. Stefanie Seeling, Dita Meding und Melanie Breukelman