



HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN
GESUNDHEITS- UND
PFLEGEWISSENSCHAFTEN



HANDLUNGSANLEITUNG FÜR DIE DURCHFÜHRUNG PRÄVENTIVER HAUSBESUCHE

von Gudrun Roling¹, Yves Sesselmann¹, Steffen Fleischer¹, Katrin Beutner¹,
Johann Behrens¹, Tobias Luck^{2,3}, Melanie Luppá², Steffi G. Riedel-Heller²

¹ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

² Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig

³ LIFE – Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen, Universität Leipzig

Handlungsanleitung für die Durchführung Präventiver Hausbesuche

**Problembereiche, praxisorientierte Untersuchungsinstrumente und Vorschläge
für Interventionen**

aus dem
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06097 Halle/Saale
Tel.: 0345 557-4466 Fax: 0345 557-4471

und dem
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Tel.: 0341 97-15408 Fax: 0341 97-15409

Vorwort

An wen richtet sich diese Handlungsanleitung?

Diese Handlungsanleitung richtet sich in erster Linie an Pflegende, Medizinische Fachangestellte und Mitarbeiter von Pflegestützpunkten sowie Beratungsstellen, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit die Durchführung Präventiver Hausbesuche planen oder sich darüber informieren wollen.

In dieser Handlungsanleitung möchten wir einen praktischen Beitrag zum Thema „Präventiver Hausbesuche“ leisten. Wir möchten damit auch das Interesse für ein Beratungsangebot wecken, bei dem nicht der Klient die Beratungsstelle aufsucht, sondern der Berater auf den Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf zugeht. Individuelle Beratung und konkrete Unterstützung als zentrale Inhalte präventiver Hausbesuche finden bei den älteren Menschen zu Hause statt.

Der Kerngedanke präventiver Hausbesuche liegt darin, die aktuelle Lebenssituation des Klienten, insbesondere im Hinblick auf Risikofaktoren und Erkrankungen, zu verbessern. Wie soll das erreicht werden? Durch Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie durch Maßnahmen, die diese Faktoren positiv beeinflussen. Dabei ist darauf zu achten, dass der Klient in den Beratungsprozess stets einbezogen wird (Partizipation) und die Umsetzung der Beratungsinhalte, soweit möglich, selbständig durchführt wird (Aktivität). Die dem Klienten zur Verfügung stehenden fördernden Faktoren (Ressourcen) wie z.B. die Unterstützung durch Familie und Freunde, Gesundheit, Bildung oder eine positive Einstellung, sollten stets behutsam genutzt werden. Wie genau Risikofaktoren, Erkrankungen, Früherkennung, Maßnahmen/Interventionen und Ressourcen zusammenhängen, werden wir in der vorliegenden Handlungsanleitung erläutern und am konkreten Beispiel darstellen.

Gerne teilen wir die von uns gewonnenen Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen und freuen uns über Interesse am Thema, aber auch über neue Ideen, Änderungsvorschläge und Kritik.

Halle und Leipzig, im Juni 2012

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis	v
1 Einleitung	1
2 Vorbereitung präventiver Hausbesuche	4
2.1 Konzepterstellung	4
2.2 Zielgruppe: Vorüberlegungen und Hintergründe	4
2.3 Ablaufplan	5
2.4 Recherche und Analyse bestehender Angebote	5
2.5 Planung und Vorbereitung der Intervention	8
2.6 Personalauswahl	8
3 Vorklärung	12
4 Erster Hausbesuch: Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs	14
5 Fallkonferenz und Dokumentation	19
6 Zweiter Hausbesuch: Zielvereinbarung und Hilfeplanung	22
7 Durchführung der Intervention	24
8 Dritter Hausbesuch: Evaluation und Weiterentwicklung	28
8.1 Nach welchen Kriterien kann der Beratungsprozess beurteilt werden?	28
8.2 Nach welchen Kriterien können die Interventionen beurteilt werden?	29
8.3 Nach welchen Kriterien können die Ergebnisse evaluiert werden?	30
9 Verstetigung	33
10 Ablösung	35
11 Probleme und Hindernisse	36
11.1 Teilnahmebereitschaft potentieller Klienten	36
11.2 Interventionen	36
12 Serviceteil und Projektinformationen	38

13	Glossar	41
14	Abkürzungsverzeichnis	44
	Literaturverzeichnis	45
	Anhang	47
	Anhang 1 – Hilfeplan bei Sturzrisiko	48
	Anhang 2 – Umsetzungsstatus und Auswirkungen der Interventionen	52

Abbildungsverzeichnis

1	Arbeitsschritte zur Durchführung präventiver Hausbesuche	2
2	Beispiel für die Ablaufplanung präventiver Hausbesuche	6

Tabellenverzeichnis

1	Kategorisierung der Angebote	7
2	Interventionen bei Sturzrisiko	9
3	Ein- und Ausschlusskriterien in der Studie „Altern zu Hause“	12
4	Assessmentinstrumente für die Geriatrie (Quelle: www.kcgeriatrie.de)	15
5	Die 15 am häufigsten erfassten Problembereiche und deren Assessment in der Studie Altern zu Hause	16
6	Die 10 in der Studie „Altern zu Hause“ am häufigsten durchgeführten Interventionen nach Anzahl (insgesamt 780 Interventionen bei 148 Teilnehmern)	24
7	Die 10 am häufigsten kontaktierten Experten/Dienste in der Studie „Altern zu Hause“ (insgesamt 558 Kontaktaufnahmen bei 148 Teilnehmern)	27
8	Überregionale Informationen und Links	39

1 Einleitung

Grundlage für die vorliegende Handlungsanleitung sind die Ergebnisse der Studie „Altern Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde. In der Studie wurden Menschen ≥ 80 Jahre mehrmals zu Hause besucht. Zunächst ermittelten die Studienmitarbeiter¹ den Hilfe- und Unterstützungsbedarf der älteren Menschen, um sie anschließend zu beraten. Die Teilnehmer der Studie erhielten Informationen und konkrete Empfehlungen, die sie in die Lage versetzten, ihre Versorgungssituation zu verbessern. Abschließend hielten die Berater fest, welche Informationen und Maßnahmen von den älteren Menschen hilfreich empfunden wurden und welche Problembereiche durch die Hausbesuche verbessert werden konnten Luck et al. (2011). Ergänzend zu den Ergebnissen der Studie „Altern zu Hause“ wurden für die Ausarbeitung dieser Handlungsanleitung die Erfahrungen der Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, sowie die Ergebnisse einer umfangreichen Literaturrecherche berücksichtigt. Die Handlungsanleitung wurde in Form eines praxisorientierten Konzeptes für die Durchführung von präventiven Hausbesuchen erstellt. Sie richtet sich an alle Berufsgruppen, die aktuell oder in Zukunft an der Durchführung präventiver Hausbesuche beteiligt sind. Diese Anleitung kann sowohl für die Einführung präventiver Hausbesuche als auch für eine Anpassung bzw. Weiterentwicklung bereits vorhandener Handlungskonzepte genutzt werden. Um ein einheitliches Verständnis des Begriffs „präventiver Hausbesuch“ zugrunde zu legen, wurde folgende Definition gewählt:

„Der präventive Hausbesuch, bei dem ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung untersucht und beraten werden, bildet eine geeignete Methode (a) zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, (b) zur Intervention bei bestehenden Risikofaktoren und Erkrankungen sowie (c) zur gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt mit dem Ziel der Vermeidung von Risikofaktoren und Erkrankungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003, S. 90).“

Diese Definition verdeutlicht, dass der präventive Hausbesuch als Dienstleistungsangebot mit den Kernelementen Prävention (einschließlich Früherkennung) und Intervention zu verstehen ist. Durch Förderung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen und unter Einbeziehung formeller und informeller Hilfe und Unterstützung soll eine selbstbestimmte Lebensführung so lange wie möglich sichergestellt werden.

Die Definition und deren Erläuterung weist auf die Zielgruppe hin, die von präventiven Hausbesuchen profitiert: Dies sind Personen mit einem aktuellen Informations-, Pflege- und/oder Unterstüt-

¹Die in der Handlungsanleitung gewählte männliche Form bezieht immer gleichermaßen männliche und weibliche Personen ein. Auf eine Doppelbezeichnung wurde aufgrund einfacherer Lesbarkeit verzichtet.

zungsbedarf, die in Privathaushalten leben. Zur Zielgruppe gehören jedoch auch jene Menschen, die ein erhöhtes Risiko für einen zukünftigen Pflege- und Unterstützungsbedarf aufweisen. Die Gruppe definiert sich nicht primär über das Alter, sondern über ein bestimmtes Risiko für einen Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim. Ergänzende Ausführungen zur Zielgruppe finden sie im Kapitel 3.

Denkbar ist, dass präventive Hausbesuche durch unabhängige Träger, von Kostenträgern, d.h. Kranken- und Pflegekassen oder von Leistungserbringern (z.B. Pflegedienste, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte) angeboten werden könnten. Die im Folgenden dargestellte Handlungsanleitung zur Durchführung präventiver Hausbesuche ist chronologisch gegliedert, d.h. sie entspricht der Reihenfolge der vorgeschlagenen Arbeitsschritte. Um dem Leser die Übersicht zu erleichtern, sind die Arbeitsschritte in Form der nachfolgenden Grafik (Abbildung 1) dargestellt.

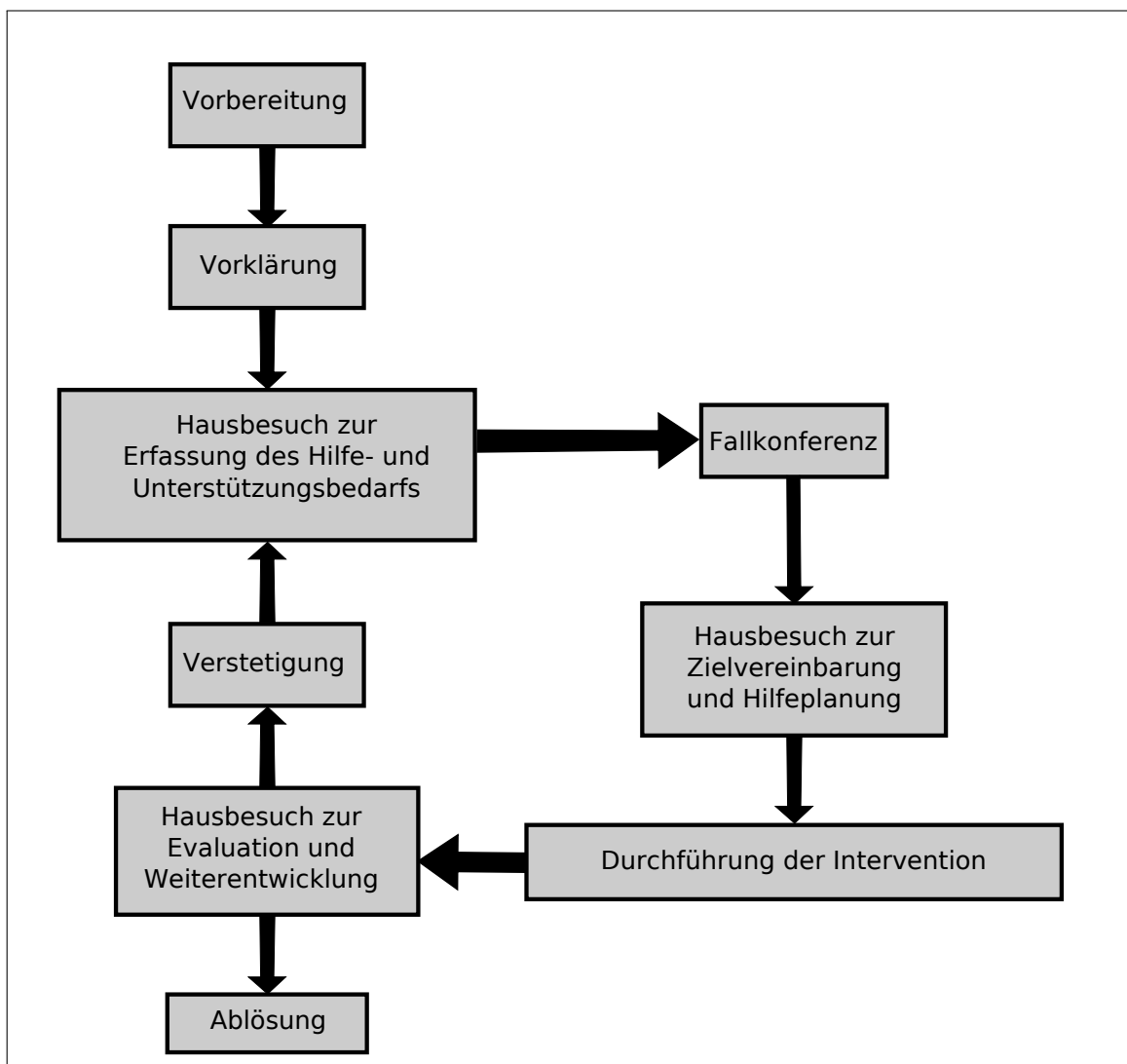


Abbildung 1: Arbeitsschritte zur Durchführung präventiver Hausbesuche. Eigene Darstellung.

Die Arbeitsschritte zur Durchführung präventiver Hausbesuche entsprechen den vier Kernelementen Informationssammlung, Planung, Durchführung und Evaluation, welche bereits aus anderen Prozessen wie z.B. dem Pflegeprozess und dem Case Management Prozess bekannt sind. In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Arbeitsschritte kurz beschrieben und anhand konkreter Beispiele näher erläutert.

2 Vorbereitung präventiver Hausbesuche

Die Phase der Vorbereitung umfasst alle Maßnahmen, die die Durchführung präventiver Hausbesuche ermöglichen. In dieser Phase werden die Voraussetzungen für die spätere effektive und effiziente Umsetzung geschaffen. Entsprechend kommt einer gründlichen Bearbeitung dieser Phase eine enorme Bedeutung zu. Folgende Arbeitsschritte werden in dieser Phase empfohlen:

2.1 Konzepterstellung

Ein Konzept ist die Basis für jedes Beratungsangebot. Es beinhaltet im konkreten Fall die Planung und schriftliche Fixierung der Ziele präventiver Hausbesuche sowie der daraus abgeleiteten Strategien und Maßnahmen (Interventionen). Somit schafft es Transparenz und gewährleistet eine einheitliche Arbeitsweise.

Inhalte eines Konzeptes sind:

- Vorüberlegungen und Hintergründe (z.B. Forschungsstand , lokale Situation, Leitbild),
- die theoretische Auseinandersetzung mit dem Angebot (z.B. Altersbild, Beratungsansätze),
- eine Nutzen-Risiko-Abwägung (Welcher Aufwand muss betrieben werden um welchen Nutzen zu erzielen? Welche Faktoren beeinflussen das Risiko bzw. den Nutzen?),
- Festlegung der Dimensionen in denen interveniert werden soll (z.B. soziale Dimension, gesundheitliche Dimension usw.),
- ein Zeit- und Maßnahmenplan (Wie viel Zeit wird für die einzelnen Arbeitsschritte benötigt und welche Maßnahmen werden durchgeführt?) und
- ein Ressourcenplan (Die Ressourcen Zeit, Geld, Material und Personal werden dargestellt und den Prozessphasen zugeordnet).

2.2 Zielgruppe: Vorüberlegungen und Hintergründe

Die Analyse der Bevölkerungsstruktur ist für die Definition der Zielgruppe und eine am Bedarf orientierte Angebotsplanung von Bedeutung. Die Analyse enthält z.B.:

- die Altersstruktur der Bevölkerung (gegliedert nach Stadtteilen),
- das Vorkommen bestimmter Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Oberschenkelhalsfraktur, demenzielle Erkrankungen),
- den Hilfe- und Pflegebedarf (z.B. in Form der Pflegestufe) und
- die Wohnsituation der Zielgruppe.

Auch die Anbindung der Stadtteile oder Wohngebiete an den öffentlichen Personennahverkehr sollte bei der Analyse berücksichtigt werden. Lokale Daten können z.B. über die statistischen Landesämter, die Stadtverwaltung oder entsprechende kommunale Stellen bezogen werden.

Zunächst muss anhand von Ein- und Ausschlusskriterien die Zielgruppe definiert werden. Es gibt in der Literatur Hinweise darauf, dass Personen unter 77 Jahren und mit einem geringen gesundheitlichen Risiko am meisten von präventiven Hausbesuchen profitieren (Stuck et al., 2002; Huss et al., 2008) .

2.3 Ablaufplan

Im nächsten Schritt wird der mögliche Zugangsweg zu den Klienten bestimmt und ein Ablaufplan skizziert, in dem Inhalt, Anzahl und Frequenz der Hausbesuche festgehalten werden.

Die Kontaktaufnahme zu Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf kann über Stellen erfolgen, die von ihnen regelmäßig aufgesucht werden, wie z.B. Hausarztpraxen. Es ist auch möglich, den Zugang über Einrichtungen zu wählen, die bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder bei steigendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf kontaktiert werden. Dies sind z.B. Pflegestützpunkte, Seniorenberatungsstellen oder Pflegekassen. Erfahrungen aus der Studie „Altern zu Hause“ haben gezeigt, dass eine Kontaktvermittlung über Vertrauenspersonen, wie z.B. den Hausarzt, von Vorteil ist. Abbildung 2 zeigt einen beispielhaften Ablaufplan. Für die konkrete Ausgestaltung müssen Maßnahmen, Ziele und vorhandene Ressourcen (Zeit, Geld und Personal) einbezogen werden.

2.4 Recherche und Analyse bestehender Angebote

Die Recherche und Analyse der vorhandenen lokalen bzw. wohnortnahen Angebote (formelle und informelle Dienste) dienen der Vorbereitung der Beratungsinhalte (Vermittlung). Dieser Arbeitsschritt ist für alle Anbieter präventiver Hausbesuche von Bedeutung, deren Aufgabe u.a. darin besteht über vorhanden Angebote und Dienste zu informieren und diese bei Bedarf weiterzuvermitteln. Die Angebotsrecherche kann unter Berücksichtigung der jeweiligen Schwerpunkte über das Internet, durch die Befragung von Experten, über Seniorenberatungsstellen und über Pflegestützpunkte, Seniorenvereine oder das Telefonbuch erfolgen. Oftmals haben Seniorenberatungsstellen der Stadt sowie Pflege-, Therapie-, Sozial- oder Erziehungswissenschaftliche Institute der Universitäten bereits Angebotskataloge zusammengestellt. Diese können als Grundlage genutzt und gegebenenfalls ergänzt werden.

Um die Ergebnisse der Recherche für die Einbeziehung in die Planung und Beratung anwenderfreundlich zu gestalten, wird eine Kategorisierung nach den jeweiligen Beratungsschwerpunkten (Dimensionen) empfohlen. Tabelle 1 stellt beispielhaft dar, wie eine Kategorisierung der Angebote aussehen kann. Die konkreten Angebote und Dienste werden dann den Unterkategorien zugeordnet.

Zugang über Hausarztpraxen	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Information/Aufklärung durch medizinische Fachangestellte der Hausarztpraxis und Kontaktvermittlung zum Berater, der die Hausbesuche durchführt ◦ Identifikation geeigneter Teilnehmer durch Berater (Vorklärung) ◦ Terminvereinbarung zwischen Berater und Klient 	
2-4 Wochen	
1. Hausbesuch (Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs)	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Eröffnungsgespräch ◦ Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs ◦ Einschätzung der Lebens- und Wohnsituation 	
2 Wochen	
Fallkonferenz	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Interdisziplinäre Fallbesprechung (z.B. Integration von Medizin, Therapie, Pflege) ◦ Ergebnis: Empfehlungen für Interventionen ◦ nach Fallkonferenz: Aufbereitung der Empfehlungen und Zusammenstellung des Informationsmaterials 	
2 Wochen	
2. Hausbesuch (Zielvereinbarung und Hilfeplanung)	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Vorstellung der Ergebnisse des 1. Hausbesuches ◦ Vorstellung der Empfehlungen der Fallkonferenz ◦ Gemeinsame Zielvereinbarung und Hilfeplanung ◦ Bereitstellung von Informationsmaterial und Anleitungen 	
4 Wochen (Durchführung der Interventionen)	
3. Hausbesuch (Evaluation und Weiterentwicklung)	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Analyse und Bewertung von Zielvereinbarung und Hilfeplanung ◦ Analyse und Bewertung der Interventionen (Inanspruchnahme, Auswirkung) ◦ ergänzende Beratung und ggf. Anpassung von Zielen und Interventionen 	
4 Wochen (Durchführung der Interventionen)	
4. Hausbesuch (Evaluation und Verstetigung)	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Analyse und Bewertung von Zielvereinbarung und Hilfeplanung ◦ Analyse und Bewertung der Interventionen (Inanspruchnahme, Auswirkung) ◦ ergänzende Beratung und ggf. Anpassung von Zielen und Interventionen 	
weitere Hausbesuche bei Bedarf und nach Anfrage durch den Klienten	
<p style="text-align: center;">Ablösung</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Klient hat keinen Hilfe- und Unterstützungsbedarf mehr ◦ Kontaktaufnahme zu Berater bei Bedarf jederzeit möglich 	<p style="text-align: center;">Verstetigung (regelmäßige Hausbesuche bis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ kein Bedarf mehr besteht, ◦ ein Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung erfolgt oder ◦ der Klient verstirbt

Abbildung 2: Beispiel für die Ablaufplanung präventiver Hausbesuche

Tabelle 1: Kategorisierung der Angebote

Kategorie	Unterkategorien (Beispiele)
Beratungsstellen mit unterschiedlichen Schwerpunkten	<ul style="list-style-type: none"> ● Seniorenberatungsstellen z.B. der Städte und Gemeinden oder freier Träger ● Selbsthilfegruppen ● Pflegeversicherung
Medizinische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ● Fachärzte (z.B. für Orthopädie, Mund- und Zahnheilkunde, Neurologie, Psychologie, Innere Medizin, Augenheilkunde, HNO) ● ambulante Versorgungsangebote (z.B. Gedächtnisambulanz, Schmerzambulanz) ● stationäre Versorgungsangebote
Pflege und Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ● Fußpflege ● Therapiebereich Hören (z.B. Akustiker) ● Therapiebereich Sehen (z.B. Angebote von Sehbehindertenzentren) ● Ambulante häusliche Krankenpflege ● Physiotherapie ● Ergotherapie
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> ● Ernährungsberatung ● Logopädie (z.B. Schlucktraining) ● Mittagstische, Essen auf Rädern ● Lieferservice (z.B. Einkäufe, Getränke)
Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> ● Anbieter unterschiedlicher Wohnformen im Alter ● Anbieter von Wohnraumberatung und Wohnraumanpassung ● Anbieter von Hausnotrufsystemen
(Psycho-)Soziale Situation und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> ● Seniorenservice (v.a. für die Hauswirtschaft) ● Seniorenbegleitung ● Anbieter von Krisenintervention ● Betreuungsangebote ● Freizeitangebote

Projekterfahrungen

Im Projekt „Altern zu Hause“ zeigte sich, dass die Klienten sich vor allem für die konkreten Leistungen der Anbieter bzw. Dienstleister, dem Träger der Angebote (z.B. Verein, Stadt, Privatperson) und deren Lokalisation (Erreichbarkeit) sowie die entstehenden Kosten interessieren. Diese Parameter sollten daher im Rahmen der Recherche und bei der Kontaktaufnahme zu konkreten Angeboten mit erhoben und in den „Angebotskatalog“ aufgenommen werden. Dieser Angebotskatalog sollte mit einem Datum versehen und in vorab definierten Abständen aktualisiert werden.

Die Berater müssen entscheiden, welche Angebote sie in ihren Katalog aufnehmen. Bei DIN EN ISO 9001 zertifizierten bzw. staatlich anerkannten Angeboten wie z.B. ambulanten Pflegediensten kann davon ausgegangen werden, dass eine Qualitätskontrolle bereits erfolgt ist und regelmäßig erfolgt. Bei allen privaten, informellen Service- und Hilfsangeboten muss der Berater entscheiden und den Klienten transparent machen, anhand welcher Kriterien diese Angebote vor Aufnahme in den Angebotskatalog geprüft wurden.

2.5 Planung und Vorbereitung der Intervention

Im nächsten Schritt erfolgen Planung und Vorbereitung der Intervention. In dieser Phase werden die Interventionsschwerpunkte festgelegt. Es wird darüber entschieden, welchen Problemen die Berater kompetent begegnen können und welche den Kompetenzbereich überschreiten. Die Informations- und Beratungsangebote für die präventiven Hausbesuche werden nun konkretisiert, indem den jeweiligen Interventionsschwerpunkten klientengerechtes Informationsmaterial und Anleitungen zugeordnet werden. Oft ist es notwendig, dass die Berater selbst Informationsmaterial erarbeiten oder bereits vorhandenes Material anpassen bzw. ergänzen müssen.

In Tabelle 2 werden beispielhaft einige Maßnahmen genannt, die den Studienteilnehmern mit Sturzrisiko im Projekt „Altern zu Hause“ angeboten wurden. Die Interventionen werden jeweils durch die „Art der Intervention“ ergänzt, welche die zur Vermittlung der Inhalte eingesetzten Mittel näher beschreibt.

Zur Vorbereitung der Intervention gehört auch die Kontaktaufnahme, Kooperation und Vernetzung mit Anbietern von formellen und informellen Diensten. Im Rahmen präventiver Hausbesuche sollten vorhandene Netzwerke (z.B. Pflegenetzwerke) soweit wie möglich mit genutzt bzw. deren Aus- und Aufbau unterstützt werden.

2.6 Personalauswahl

Zur Personalauswahl bzw. zur Qualifikation der Mitarbeiter können in der Handlungsanleitung nur allgemeine Empfehlungen gegeben werden. Bei geriatrischen Klienten ist mit sehr unterschiedlichen Problemlagen zu rechnen (vgl. Kapitel 4), die häufig nicht durch Mitarbeiter einer einzelnen

Tabelle 2: Interventionen bei Sturzrisiko

Intervention	Art der Intervention
Tipps zum Aufstehen nach einem Sturz (kurzer Text mit grafischer Darstellung, Quelle: American Academy of Orthopedic Surgeons (2007))	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Informationsmaterial • Anleitung
Aktiv bleiben - Stürze verhindern (Auszüge aus dem Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Quelle: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006))	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Informationsmaterial
DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2007) Leitlinie „Ältere Sturzpatienten. Informationen für ältere Menschen und ihre Angehörige“	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Informationsmaterial
Übungsprogramm für zu Hause (grafische Darstellung von 6 unterschiedlichen Übungen mit kurzer Beschreibung; Quelle: TideiksaarTideiksaar (2000))	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Anleitung
Empfehlung: Übungen durch Physiotherapie zu ergänzen (Verordnung durch den Hausarzt)	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung
Empfehlung: Unterstützung der Mobilität z.B. durch Rollator oder andere Gehhilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung
Stolperfallen in der Wohnung nennen und gemeinsam nach Lösungen suchen (ggf. mit Unterstützung von Wohnraumberatungsstellen)	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Informationsmaterial

Berufsgruppe gelöst werden können.

Daher wird empfohlen vor der Durchführung präventiver Hausbesuche ein therapeutisches Team aus medizinischen (z.B. Geriater, Allgemeinmediziner, Orthopäde, Neurologe) therapeutischen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätassistenz) und pflegerischen Berufsgruppen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege) zusammenzustellen, die sich durch ihre jeweilige Fachkompetenz ergänzen. Empfehlenswert ist auch eine Zusatzqualifikation der Berater im geriatrischen Bereich. Wenn auch nicht alle Berufsgruppen direkt als Berater an den Hausbesuchen beteiligt sind, so können sie doch als Netzwerkpartner eingebunden werden und im Bedarfsfall z.B. als Mitwirkende einer Fallkonferenz (vgl. Kapitel 5) beratend unterstützen.

Bei der Personalauswahl ist eine Orientierung am Kompetenzprofil für Case Manager von Löcherbach(Löcherbach et al., 2009, S. 244ff) möglich. Das nachfolgende Profil zeigt die für eine Fallbearbeitung wesentlichen und notwendigen Fähigkeiten auf.

Kompetenzprofil: Case Manager

- *Berufliches Selbstverständnis*
 - Positive Grundeinstellung gegenüber Kunden
 - Klarheit über Funktion des Beraters/Hausbesuchers
 - Klientenorientierung als ethische Grundlage
 - Ressourcenorientierung
- *Sach- und Systemkompetenz*
 - Erklärungs- und Handlungswissen
 - Organisationswissen
 - Kenntnis der medizinischen und sozialen Infra- und Versorgungsstruktur
 - Kulturelles Wissen
 - Arbeitsfeldspezifisches Wissen
 - Stichworte: Konzepte und Strategien; Rechts- und Verwaltungskennntnisse; Wissen über Organisationsentwicklung; Wissen über Zielgruppen, Lebenslagen und Lebensumstände; soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit; BWL-Kenntnisse
- *Methoden- und Verfahrenskompetenz*
 - Networking
 - Verfahrenskompetenz in Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring
 - Coaching
 - Wissensmanagement
 - Evaluationskompetenz
 - Stichworte: analytische, informatorische, planerische, Fähigkeiten; Ressourcenallokation und -sicherung; Präsentation; Medienkompetenz; EDV-Kompetenz
- *Soziale Kompetenz*
 - Kommunikationskompetenz
 - Kooperative Handlungskompetenz
 - Koordinationskompetenz
 - Kritik- und Konfliktfähigkeit
 - Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit
 - Stichworte: Initiierung und Moderation multidisziplinärer und interinstitutioneller Zusammenarbeit; Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit; Einfühlungs-, Wahrnehmungs- und Differenzierungsvermögen; stringentes Verhalten und Konsequenz; Verhandlungsführung; Systemsteuerung; Rollenperformanz
- *Selbstkompetenz*
 - Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein
 - Reflexionskompetenz
 - Stichworte: Kontaktfähigkeit; Offenheit; Authentizität; Belastbarkeit; Initiative; Selbstreflexion; Urteilsbildung und Selbstorganisation

Das Kompetenzprofil kann für die Personalauswahl der Mitarbeiter im Hausbesuchsprogramm eingesetzt werden, denn die Aufgaben eines Case Managers – bezogen auf alte und pflegebedürftige Menschen (Löcherbach et al., 2009, S. 208ff) – lassen sich mit denen eines Beraters für präventive Hausbesuche durchaus vergleichen.

Zusammenfassend wird festgehalten: Bei der Personalauswahl sollte neben der beruflichen Qualifikation auch das Altersbild bzw. die Haltung der zukünftigen Mitarbeiter berücksichtigt werden. Nur mit einem positiven Altersbild, mit dem Blick auf die Potentiale und Vorzüge die im Alter werden liegen, können Kompetenzen erkannt und Selbsthilfepotentiale gefördert werden (Schulz-Nieswandt, 2009, S. 34ff). Denn:

„Eine Schlüsselfrage bei der Beratung nimmt der Aufbau und die Pflege einer vertrauensvollen Beziehung zwischen der Beraterin und dem Beratenen ein. Dies wird als wesentlicher Faktor für den Erfolg Präventiver Hausbesuche erachtet. Dafür ist es notwendig, dass die Beraterinnen eine Haltung einnehmen, die dem Gegenüber Empathie, Akzeptanz und Authentizität entgegenbringt (Ströbel und Brühe, 2005, S. 4).“

3 Vorklärung

Mit der Vorklärung beginnt der eigentliche Arbeitsprozess im Rahmen präventiver Hausbesuche. In diesem Arbeitsschritt werden die Klienten identifiziert, für die das präventive Hausbesuchsprogramm geeignet ist. Vorwiegend geht es hier um die Kontaktaufnahme und eine erste Prüfung des Bedarfs für eine Beratung im Hausbesuchsprogramm. Die Identifikation potentieller Klienten geschieht anhand von Ein- und Ausschlusskriterien, die analog zu den in Abschnitt 2.2 definierten Eigenschaften der Zielgruppe und der Prüfung der in Abschnitt 2.1 festgelegten Beratungsschwerpunkte formuliert werden.

Als Praxisbeispiel zeigt Tabelle 3 die in der Studie „Altern zu Hause“ verwendeten Kriterien. Das Hauptziel dieser Untersuchung bestand darin, einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu verzögern bzw. zu vermeiden.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien in der Studie „Altern zu Hause“

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Alter \geq 80 Jahre	Pflegestufe > I
Einschränkungen in mindestens drei Aktivitäten des täglichen Lebens oder Pflegestufe I	Kognitive Einschränkungen bzw. keine Einwilligungsfähigkeit zur Studienteilnahme
Wohnsituation: Privathaushalt	Wohnsituation: stationäre Pflegeeinrichtung
Wohnort: Leipzig oder Halle	
gute Deutschkenntnisse	

Um die praktische Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien zu vereinfachen und zu systematisieren, wird in der Praxis empfohlen, einen Prüfbogen, ein sogenanntes Screeninginstrument, zu entwickeln. Dieser kann dann eingesetzt, um aus einer Gruppe möglicher Klienten diejenigen auszuwählen, für die Hausbesuche notwendig und sinnvoll sind. Im Folgenden Fallbeispiel wird gezeigt, welche Inhalte ein solches Screeninginstrument abprüfen kann. Wo das Instrument zur Anwendung kommt, richtet sich nach dem Zugangsweg (siehe Kapitel 2, Vorbereitung).

Fallbeispiel:

Geburtsdatum: XX.XX.1928

Wohnsituation:

- Privathaushalt *ja*
- Betreutes Wohnen
- Alten- oder Pflegeheim

- Sonstiges

Wohnort: *Halle/Saale*

Pflegestufe:

- Wurde ein Antrag auf Pflegegeld gestellt? *nein*
- Wenn ja: Wurde der Antrag bewilligt?
- Wenn ja: Welcher Stufe wurden sie zugeteilt?

Benötigen Sie Hilfe bei der Verrichtung folgender Tätigkeiten?

1. Sich waschen? *nein*
2. Sich duschen oder baden? *ja*
3. Die Zahnpflege durchführen? *nein*
4. Sich kämmen? *nein*
5. Sich rasieren? *nein*
6. Blasen- der Darmentleerung? *nein*
7. Nahrungsmittel mundgerecht zubereiten? *teilweise*
8. Nahrungsmittel zu sich nehmen? *nein*
9. Sich an- und auskleiden? *teilweise*
10. Zu Bett gehen bzw. das Bett verlassen? *nein*
11. Zu stehen? *nein*
12. Zu gehen? *teilweise*
13. Treppen steigen? *teilweise*
14. Die Wohnung verlassen und wieder aufsuchen? *teilweise*
15. Sich Mahlzeiten zubereiten? *ja*
16. Das Geschirr spülen? *nein*
17. Die Wohnung sauber machen? *ja*
18. Die Wäsche und Kleidung wechseln und waschen? *ja*
19. Die Wohnung heizen? *nein*
20. Lebensmittel einkaufen? *teilweise*

Vom Berater auszufüllen!

Gibt es Hinweise auf wesentliche kognitive Einschränkungen? *nein*

Deutschkenntnisse ausreichend zur Durchführung präventiver Hausbesuche? *ja*

Bereits vor dem Screening erhalten die potentiellen Klienten allgemeine Informationen über Inhalte und Ziele des Angebots präventiver Hausbesuch. Den Klienten, die den Einschlusskriterien entsprechen und Interesse an Hausbesuchen zeigen, wird die Teilnahme am präventiven Hausbesuchsprogramm angeboten. In einem ausführlichen Gespräch werden sie über weitere Details des Programms informiert. Stimmen die Klienten einer Teilnahme zu, werden Kontaktdaten ausgetauscht und ein Termin für den ersten Hausbesuch vereinbart. Empfehlenswert ist es, neben den Kontaktdaten des Klienten (Adresse, Telefonnummer), auch die Daten einer Vertrauensperson aufzunehmen. Diese Daten können genutzt werden, sollte der Klient selbst, z.B. aufgrund fehlerhafter Dokumentation oder längerer Abwesenheit (Krankheit, Urlaub), nicht erreichbar sein.

4 Erster Hausbesuch: Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels geht es um die Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs des Klienten in seiner eigenen Häuslichkeit. Sie erfolgt mit Hilfe eines Assessments. Unter dem Begriff Assessment wird hier die Analyse der aktuellen Lebens- und Gesundheitssituation des Klienten verstanden. Das Assessment wird mit Hilfe standardisierter Instrumente und Beobachtungen vorgenommen. Zudem sollte die Selbsteinschätzung des Klienten mit einbezogen werden.

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels werden beispielhaft einige Problembereiche aufgeführt, mit denen die Berater im Rahmen der Hausbesuche konfrontiert werden können.

Die Inhalte präventiver Hausbesuche bestimmen die Auswahl der Assessmentinstrumente. Um eine Klientenorientierung und die Weiterentwicklung des Angebotes zu gewährleisten, sollten die Berater auch offen für die Erfassung von Problemlagen sein, die von den eingesetzten Assessmentinstrumenten nicht berücksichtigt werden.

Ein multidimensionales geriatrisches Assessment erfasst drei wesentliche Lebensbereiche, die auch als Dimensionen bezeichnet werden:

1. die sozioökonomische Dimension,
2. die soziale, integrative Dimension und
3. die gesundheitliche Dimension.

Die Berücksichtigung dieser drei Dimensionen ermöglicht eine ganzheitliche Einschätzung des Klienten. Mit Hilfe definierter Instrumente werden Diagnosen, Ressourcen, Defizite sowie Bedarf und Bedürfnisse bezogen auf die drei Dimensionen erfasst (Wendt, 2008, S. 124ff).

Auf Basis der Veröffentlichungen des Kompetenzzentrums Geriatrie (www.kcgeriatrie.de), wird für die Auswahl der Instrumente eine Orientierungshilfe in Tabelle 4 gegeben. Hier sind in den einzelnen Bereichen (Screening, Selbstversorgungsfähigkeit, Mobilität etc.) jeweils konkrete Beispielinstrumente genannt.

Das Kompetenzzentrum Geriatrie gibt auf seiner Internetseite wertvolle allgemeine und konkrete Hintergrundinformationen zur Anwendung und Auswertung einzelner Instrumente. Deren Lektüre wird allen Leserinnen und Lesern dieser Handlungsanleitung empfohlen.

Je zahlreicher die Bereiche sind, die man erfassen will, desto stärker muss der Zeitfaktor bei der Erhebung berücksichtigt werden. Hierbei sind inhaltliche Überschneidungen der Instrumente zu beachten und nach Möglichkeit zu vermeiden. Die geplante Erhebungszeit sollte 60 Minuten nicht überschreiten. Für das Erkennen von Problembereichen reichen Kurzformen von Instrumenten oft aus.

Tabelle 4: Assessmentinstrumente für die Geriatrie (Quelle: www.kcgeriatrie.de)

Bereich	Beispielinstrumente
Geriatrisches Screening	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Screening nach Lachs
Körperliche Selbstversorgungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Frührehabilitations-Barthel-Index • Barthel-Index • FIM
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Timed „Up & Go“-Test • Tinetti-Test • Tandemstand • Chair-Stand Up-Test • Fragen zu Stürzen und erlittenen Verletzungen in den vergangenen 12 Monaten
Kognition	<ul style="list-style-type: none"> • MMSE • Dem Tec • TFDD • Clock Completion • FIM • Erweiterter Barthel Index
Emotionalität	<ul style="list-style-type: none"> • GDS
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • MNA • Standardisierte Fragebogenerhebung zu Gebissstatus und Kaufunktion (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment, 1997)
Instrumentelle Selbstversorgungsaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • IADL • Geldzähltest nach Nikolaus
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> • EQ-5D
Sonstige Performance Tests	<ul style="list-style-type: none"> • Handkraftmessung • Geriatrisches Basisassessment, (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment et al., 1997) (Hören, Sehen, Arm- und Beinfunktion) • Standardisierter Fragebogen zu Medikamenteneinnahme (Polypharmazie, Unsicherheit im Umgang mit den Präparaten)
Sozialassessment	<ul style="list-style-type: none"> • SoS • Standardisierte Fragebogenerhebung/ergänzende Fragen zu Soziodemografie und Pflegestatus

Zeigen sich bei der Auswertung Hinweise auf ein Problem, gibt es bei nachfolgenden Hausbesuchen die Möglichkeit zur Erhebung weiterer Daten mit ausführlicheren Instrumenten. Das Assessment wird ergänzt durch die Wahrnehmung der Lebens- und Wohnsituation des Klienten und das offene Gespräch mit ihm, sowie gegebenenfalls seinen Angehörigen, während der Hausbesuche. Liegt bei einem Klienten beispielsweise ein Sturzrisiko vor, kann dies einerseits durch das Assessment erfasst werden (z.B. wird erhoben, ob der Klient im vergangenen Jahr gestürzt ist und falls ja, wie häufig) und andererseits können im Gespräch häufig weitere Risikofaktoren wie z.B. Schwindel oder ein schlechter Allgemeinzustand identifiziert werden. Ergänzend beobachtet der Berater wie der Klient sich in seiner Wohnung bewegt und nimmt Stolperfallen wie Teppichkanten,

Bodenschwellen oder lockeres Schuhwerk wahr.

Fallbeispiel:

Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate gestürzt? *Ja.*

Wie häufig sind sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt? *8 mal .*

Haben Sie dabei Verletzungen erlitten? *Ja, ein paar blaue Flecken und eine Platzwunde über dem Auge. Die musste versorgt werden. Einmal bin ich auf dem Weg zum Einkaufen einfach zusammengesackt. Da hat mir eine Passantin geholfen. Sie hat mich auch nach Hause gebracht.*

Erinnern Sie sich daran warum Sie gestürzt sind? *Mir ist oft schwindelig. Der Schwindel kommt meistens plötzlich. Außerdem fühle ich mich in der letzten Zeit schwach und kraftlos.*

Timed up & go Test: langsames Gehen = Zeit über 60 Sekunden für eine Strecke von 3m, Aufstehen vom Stuhl mit Hilfe.

Beobachtung des Besuchers: unsicherer Gang, Schwierigkeiten die Balance zu halten.

Ergänzungen: Der Klient nimmt täglich 8 unterschiedliche Medikamente, darunter drei Blutdrucksenker. Er zeigt Unsicherheiten im Umgang mit ihnen (Wirkungsweise und Dosierung sind teilweise nicht bekannt; die Einnahme erfolgt unregelmäßig). Es ist keine Dosierhilfe vorhanden.

Insgesamt können die genannten Problembereiche je nach Klientel sehr unterschiedlich sein. Bei den Teilnehmern der Studie „Altern zu Hause“ mit ≥ 80 Jahren traten die in Tabelle 5 aufgeführten Problembereiche am häufigsten auf. Tabelle 5 zeigt zudem beispielhafte Assessmentinstrumente, die den Problembereichen zugeordnet waren. Diese Zuordnung soll dem Leser die Umsetzung des Prozessschrittes „Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs“ in die Praxis veranschaulichen und den Zusammenhang zwischen Problembereichen und deren Erfassung verdeutlichen.

Tabelle 5: Die 15 am häufigsten erfassten Problembereiche und deren Assessment in der Studie Altern zu Hause

Problembereich	Instrument/Assesement
Sturzrisiko	<ul style="list-style-type: none"> ● Klientenangaben zur Häufigkeit von Stürzen in den letzten 12 Monaten ● Frage nach Verletzungen ● Timed up & go Test
Fehlende Wohnraumanpassung/Informationsbedarf zu Wohnen im Alter	<ul style="list-style-type: none"> ● SoS: Bereich Wohnsituation ● Begehung vor Ort ● offenes Interview
Eingeschränktes Hörvermögen	<ul style="list-style-type: none"> ● Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich Hören

Fortsetzung...

... Fortsetzung

Problembereich	Instrument/Assesement
Eingeschränkte Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Barthel Index • Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich: Beinfunktion • Timed up & go Test
Gefahr der sozialen Isolation	<ul style="list-style-type: none"> • SoS: Bereich soziale Kontakte, Familienstand, Anzahl der Kinder • offenes Interview
Informationsbedarf zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	<ul style="list-style-type: none"> • offenes Interview
Zunehmender Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • EQ 5D • Barthel Index • IADL • Kostenbuch (vgl. Heinrich et al. 2008): Bereich Pflege und Hilfen im Alltag • offenes Interview
Eingeschränktes Sehvermögen	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich Sehen • Sehtest • offenes Interview
Polypharmazie	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenbuch (vgl. Heinrich et al. 2008): Bereich Medikamente/Medikamenteneinnahme • Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich Polypharmazie
Einsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • SoS: Bereich soziale Kontakte, Familienstand, Anzahl der Kinder • offenes Interview • GDS
Unsicherheit beim Umgang mit speziellen Erkrankungen und Symptomen	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich Polypharmazie • Kostenbuch (vgl. Heinrich et al. 2008): Bereich Medikamente/Medikamenteneinnahme

Fortsetzung...

... Fortsetzung

Problembereich	Instrument/Assesement
Eingeschränkte Beweglichkeit der unteren Extremitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen • Anzahl der Stürze in den letzten 12 Monaten • Barthel Index • Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich: Beinfunktion • Timed up & go Test • offenes Interview
Zunehmender Pflegebedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Person: momentane Pflegestufe und seit wann? • Barthel Index • IADL • Kostenbuch (vgl. Heinrich et al. 2008): Bereich Pflege und Hilfen im Alltag • offenes Interview
Bewegungseinschränkungen durch Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen • EQ5D • offenes Interview
Probleme mit Zahnprothese oder Zähnen	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Basisassessment (AGAST, 1997): Bereich Gebissstatus

Neben präventiven Hausbesuchen mit dem Ziel der Verzögerung eines Überganges in eine Heimrichtung finden sich in der Literatur auch Untersuchungen zum Thema „Geriatrische Prävention“ oder „Präventive Hausbesuche“ mit dem Fokus auf andere Problemlagen bei älteren Menschen.

Gaßmann (2010) geht in seiner Veröffentlichung auf die Interventionsbereiche: körperliches Training, psychogerontologische Interventionen, Ernährung, Infektionsprophylaxe und arterielle Hypertonie ein, während sich das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) im „Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2009) auf die Beratungsthemen Depression, Ernährung, Herz-Kreislaufkrankungen, Impfschutz, Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, körperliche Aktivität, Umgang mit kognitiven Einschränkungen, medikamentöse Therapie, Mundgesundheit, Schmerzprävention und Schmerzbehandlung, Sehinderung, Sturz- und Sturzfolgenprävention und Harninkontinenz konzentriert.

5 Fallkonferenz und Dokumentation

Nach dem ersten Hausbesuch wertet der Berater das erhobene Assessment einschließlich seiner Beobachtungsdaten und Gesprächsinformationen aus. Bei der Auswertung der standardisiert erhobenen Daten, sowie deren Interpretation, richtet sich der Berater nach den Autorenangaben der jeweiligen Instrumente (siehe auch www.kcgeriatrie.de, Infoservice, Assessments in der Geriatrie, Interpretation). Nun beginnt mit der Fallkonferenz die Vorbereitung der Beratung.

In der Fallkonferenz treten Akteure des Netzwerks (vgl. Kapitel 2.5) nach einem vorab definierten Verfahren zusammen, um gemeinsam die „Fälle“ einzelner Klienten zu analysieren und mögliche Interventionen zum ermittelten Hilfe- und Unterstützungsbedarf festzulegen. Fallkonferenzen haben hierbei den Vorteil, dass sie das Verständnis der Netzwerkpartner für unterschiedliche Perspektiven und Arbeitsweisen und damit die Zusammenarbeit stärken. Darüber hinaus sind Fallkonferenzen insbesondere für komplexe Fälle geeignet, die nicht bilateral zwischen zwei Akteuren geklärt werden können.

Als Voraussetzung für die Fallkonferenz muss der Klient mit der Besprechung seines Falles in der Fallkonferenz einverstanden sein. Für die Durchführung der Fallkonferenz muss zudem vorab ein Verfahren zwischen den Akteuren des Netzwerkes vereinbart werden. Generell wird empfohlen, dass die Fällen durch den Berater vorab kurz beschrieben und an die anderen Netzwerkpartner zu Kenntnis gegeben werden, um ihnen die Möglichkeit der Vorbereitung zu geben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012).

Die Durchführung der Fallkonferenz könnte dann beispielsweise in den folgenden Schritten erfolgen (modifiziert nach www.gpv.reinickendorf.de):

- a) Vorstellung der anwesenden Personen, Festlegung von Moderation und Protokollführung
- b) Beschreibung der Problemlage bzw. der zu behandelnden Fragestellung, der aktuellen Versorgungssituation, bereits erfolgter Hilfen und Maßnahmen
- c) Beschreibung der Ressourcen des Klienten
- d) Beschreibung der Wünsche und Vorstellungen des Klienten
- e) Erörterung der anzustrebenden Ziele
- f) Erörterung der Lösungsvorschläge und
- g) Festhalten der Ergebnisse sowie Verabredung über die sich ergebenden Aufgaben und der hierfür verantwortlichen Personen.

Insgesamt bietet sich auch hier die Nutzung eines standardisierten Formulars an. Um die Fallkonferenz flexibel nutzen zu können, sollten im Bedarfsfall (akuter Hilfebedarf) Fälle auch direkt, ohne vorherige Information besprochen werden können. Fallkonferenzen sollten ein regelmäßiges Arbeitsinstrument sein und in fest verabredeten Abständen stattfinden.

Eine gute Dokumentation der Ergebnisse fixiert die vorgeschlagenen Lösungswege, ermöglicht Rückschlüsse auf die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner und kann als Basis für eine Weiterent-

wicklung des Angebotes „präventiver Hausbesuch“ genutzt werden. Das Ergebnisprotokoll, einschließlich der Aufgabenverteilung, sollte allen Teilnehmern innerhalb einer Woche zu Verfügung gestellt werden.

Wenn möglich, sollten in der Fallkonferenz alle Netzwerkpartner vertreten sein. Es ist auch möglich, einen festen Kern von immer zu beteiligenden Akteuren (z.B. Personen, die die sozioökonomische, die sozial - integrative und die gesundheitliche Dimension vertreten) festzulegen und andere, je nach Lage des Falles, einzuladen. Im Einzelfall kann es auch sinnvoll sein, Akteure einzuladen, die bisher keine Netzwerkpartner sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012). Welche Ziele verfolgt und welche Interventionen umgesetzt werden, entscheidet letztendlich der Klient. Nimmt der Klient selbst an der Fallkonferenz teil, wird er direkt in die Diskussion einbezogen. Andernfalls erfolgt die Zielvereinbarung und Hilfeplanung im zweiten Hausbesuch (siehe Kapitel 6).

Fallbeispiel:

In der Fallkonferenz wird ein Klient mit hohem Sturzrisiko vorgestellt. Der Klient ist selbst nicht anwesend. Die folgenden Interventionen und Ziele werden vor dem Hintergrund der dargestellten Probleme und Ressourcen durch den teilnehmenden Allgemeinmediziner sowie eine Physiotherapeutin und Vertretern aus dem Bereich Pflege empfohlen:

- Körperliche Übungen zur Kräftigung der Muskulatur und Stärkung der Balance (zunächst begleitet durch Physiotherapie, anschließend selbstständig durch einfache körperliche Übungen bzw. ein individuelles Trainingsprogramm)
- Informationen über Hilfsmittel wie z.B. Gehhilfe oder Rollator um bei auftretendem Schwindel mehr Halt zu haben oder sich setzen zu können
- Informationsmaterial zum Umgang mit Symptom „Schwindel“ um Kenntnisse zu verbessern und Umgangsmöglichkeiten aufzuzeigen
- Informationsmaterial zum Aufstehen nach einem Sturz um Sicherheit zu vermitteln und Hilfe zur Selbsthilfe zu geben
- Überprüfung der Medikamentenanordnung durch den Hausarzt um Wechselwirkung der Medikamente und unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden bzw. zu reduzieren
- Unterstützung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme durch Hilfsmittel wie Dosierhilfe oder Vorbereitung der Medikamente durch den Pflegedienst um Unsicherheit im Umgang mit Medikamenten zu vermeiden

Die für die präventiven Hausbesuche genutzte Dokumentation sollte den gesamten Versorgungsprozess wiedergeben. Sie beinhaltet daher:

- die erhobenen Problembereiche und entsprechende Ressourcen,
- die daraus abgeleiteten Ziele,
- die vereinbarten Maßnahmen (Interventionen) einschließlich eines konkreten Zeitplans,
- die für die Problemlösung verantwortlichen Personen und Dienste und
- Platz für Anmerkungen oder Besonderheiten.

Im Anschluss an die Fallkonferenz stellt der Berater all die Informationen und Materialien zusammen, die er für die Vermittlung der Empfehlungen und die gemeinsame Zielfindung und Hilfeplanung benötigt.

Dabei bezieht er konkrete, wenn möglich wohnortnahe Angebote mit ein. Außerdem berücksichtigt er bei der Vorbereitung des zweiten Hausbesuchs auch die Ressourcen des Klienten wie z.B. dessen soziale Situation, Wohnverhältnisse sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten.

6 Zweiter Hausbesuch: Zielvereinbarung und Hilfeplanung

Im Prozessschritt Zielvereinbarung und Hilfeplanung wird dargestellt, wie gemeinsame Entscheidungen herbeigeführt werden und wie die Planung der Maßnahmen erfolgt. Basis dafür sind die Ergebnisse der Fallkonferenz. Wichtig ist, dass der Berater Ziele und Hilfen an die Lebensplanung des Klienten anpasst und dabei auch seine soziale, psychische und physische Disposition berücksichtigt (vgl. Wendt 2008: 136 ff.). Die Empfehlungen beinhalten auch rechtliche Rahmenbedingungen (v.a. SGB V, XI und XII) und Angaben zum Kostenträger der jeweiligen Leistungen (fremd- oder eigen finanzierte Leistungen).

Die wichtigsten Ziele präventiver Hausbesuche sind die Verbesserung der Klientensituation in Bezug auf die Versorgung und bestehende Risiken sowie die Stärkung der selbstbestimmten Partizipation. Unter Partizipation wird hier die Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, aber auch die Einbeziehung des Klienten in Form einer aktiven Mitwirkung und Mitbestimmung an Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen verstanden. Auf diese übergeordneten Ziele müssen sich die individuellen Zielvereinbarungen beziehen.

Die individuelle Zielvereinbarung im Rahmen der Hilfeplanung richtet sich einerseits nach den Zeit-, Kraft- und finanziellen Ressourcen des Klienten, andererseits sollten Ziele an den „S.M.A.R.T – Kriterien“ ausgerichtet werden. Sie sollten **s**pezifisch (eindeutig definiert), **m**essbar, **a**usführbar (v.a. vom Klienten akzeptiert), **r**ealistisch (erreichbar) und **t**erminierbar (klare Terminvorgaben) sein (Doran, 1981).

Sind die Ziele festgelegt, folgt die Hilfeplanung. Oft ist es notwendig, offizielle oder inoffizielle Anbieter von Hilfe- und Unterstützungsleistungen einzubeziehen, um die Situation oder das Problem des Klienten zu verbessern („Wer?“).

Es werden Maßnahmen abgestimmt und allen Beteiligten Verantwortlichkeiten zugeordnet (z.B. Klient, Angehörige, Therapeuten und Berater). Verantwortlichkeiten werden immer im direkten Gespräch, d.h. an Anwesende übertragen. Im Hilfeplan wird festgehalten, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen („Was?“). Die konkrete Ausführungsplanung (Behandlungs- oder Therapieplan) erfolgt durch den jeweiligen Dienstleister (Wendt, 2008, S. 140). Für die Überprüfung der vereinbarten Ziele und Maßnahmen ist es wichtig, einen konkreten Zeitplan zu erstellen („Wann?“). Ergänzend wird unter „Anmerkungen“ dokumentiert, ob Besonderheiten wie z.B. abweichende Meinungen, Zweifel oder Ängste vorliegen. Im Anhang I ist beispielhaft ein Fallbeispiel für einen Hilfeplan für einen Klienten mit hohem Sturzrisiko aufgeführt.

Die Hilfeplanung ist ein Prozess, der nicht beim zweiten Hausbesuch abgeschlossen werden kann. Sie wird ständig überprüft, angepasst und ergänzt. Daher bietet sich eine elektronische Dokumentation an. Sie muss jedoch für alle Beteiligten einsehbar sein und aktiv genutzt werden können.

Der Hilfeplan wird von Berater und Klient unterschrieben. Beide erhalten eine Kopie. Der fertige Hilfeplan dient dem Berater als Hilfsmittel für die Koordination der einbezogenen Dienste. Außerdem ermöglicht er eine Selbst- und Fremdkontrolle (z.B. durch Klient, Angehörige, einbezogenen Dienste) der Arbeit des Beraters.

Entscheidend für die Zielvereinbarung und Hilfeplanung ist das vom Klienten erlebte und geäußerte Problem (Bedürfnis) – der Klient setzt die Prioritäten und entscheidet letztendlich darüber, ob ein erfasstes Problem von ihm auch als solches empfunden wird und welche der vom Berater empfohlenen Maßnahmen umgesetzt werden. Er ist der Experte für seinen Handlungswillen (Motivation) und seine Handlungsfähigkeiten. Er kennt die eigenen Stärken und Schwächen am besten und kann diese bei der Planung der Maßnahmen berücksichtigen. Der Berater bestätigt und bestärkt den Klienten in seinem Urteilsvermögen, solange es nicht zu objektiven Fehlurteilen kommt (Wendt, 2008, S. 127).

7 Durchführung der Intervention

Nachdem der Klient sich für die Durchführung bestimmter Maßnahmen entschieden hat, beginnt die Phase der Umsetzung. Zu Beginn dieser Phase werden Teilaufgaben auf formelle und informelle Dienstleister und den Berater übertragen (Löcherbach et al., 2009, S. 208ff). Bei Bedarf unterstützen sie den Klienten bei der Durchführung der Interventionen.

In der gesamten Phase der Durchführung hat der Berater v.a. die Rolle des Begleiters und Unterstützers. Er registriert die Umsetzung der geplanten Maßnahmen, übernimmt die Abstimmung zwischen den Beteiligten, gibt Rückmeldungen und dokumentiert den Prozessverlauf.

Die Interventionen, die in Hausbesuchsprogrammen angeboten werden, sind unterschiedlich und variieren je nach Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Zielgruppe. Um die Inhalte zu konkretisieren wird in Tabelle 6 ein Überblick über die im Projekt „Altern zu Hause“ am häufigsten durchgeführten Interventionen gegeben.

Tabelle 6: Die 10 in der Studie „Altern zu Hause“ am häufigsten durchgeführten Interventionen nach Anzahl (insgesamt 780 Interventionen bei 148 Teilnehmern)

Durchgeführte Interventionen	Anzahl (n)
Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz	110
Informationsvermittlung zu sozialen Angeboten	100
Informationsvermittlung zum Hausnotruf	80
Informationsvermittlung zur Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter	54
Informationsvermittlung zur Unterstützung der Beweglichkeit und Bewegungsförderung	42
Informationsvermittlung zu speziellen Erkrankungen und Symptomen	37
Informationsvermittlung zur Verbesserung des Hörvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung	37
Informationsvermittlung zur Unterstützung der Mobilität	37
Informationsvermittlung zum Umgang mit Medikamenten	30
Informationsvermittlung zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	29

Analog zu den Problembereichen (vgl. Tabelle 5) stand auch hier das Thema Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz an erster Stelle.

Die vom Berater durchgeführten Interventionen können hinsichtlich der eingesetzten Methoden in drei „Interventionsarten“ je nach Darbietungsmethode unterschieden werden:

- die mündliche Beratung,
- die schriftliche Informationsvermittlung und
- die Anleitung.

Unter Beratung ist die individuelle Unterstützung des Klienten bei der Einschätzung der eigenen

Potentiale und Ressourcen zu verstehen. Es werden persönliche Gestaltungsmöglichkeiten bei der Problemlösung aufgezeigt (vgl. dip 2009: 81). Durch die schriftliche Informationsvermittlung sollen die Beratungsinhalte gefestigt und ergänzt werden. Dies geschieht z.B. durch Aushändigung von Informationsbroschüren, Kontaktdaten, Fachartikeln, Formulierungshilfen oder Angeboten. Anleitung ist im Sinne einer praktischen Übung oder Gebrauchsanweisung zu verstehen. Die Klienten werden z.B. zu Bewegungsübungen angeleitet oder erhalten Unterstützung beim Ausfüllen von Pfl egetagebüchern oder Anträgen.

Die Durchführung der im Projekt „Altern zu Hause“ geplanten Interventionen erfolgte in den meisten Fällen durch eine Kombination der o.g. Methoden. Dies hat sich auch in anderen Hausbesuchsprogrammen als sinnvoll erwiesen (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. 2009, S. 80ff, Meier-Baumgartner et al. 2005, S. 44ff).

Fallbeispiel:

Im Falle der Informationsvermittlung bei vorliegendem Sturzrisiko informiert der Berater den Klienten über mögliche Ursachen des Sturzrisikos, spricht mit ihm über seine Bereitschaft, Änderungen im Verhalten oder auch bezogen auf die Einrichtung der Wohnung vorzunehmen und über unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten (*mündliche Beratung*). Es werden Informationsmaterialien zur Sturzprophylaxe, zum Aufstehen nach einem Sturz sowie Kontaktdaten von Angeboten (wie wohnortnahe Physiotherapeuten oder Seniorensportgruppen) ausgehändigt (*schriftliche Informationsvermittlung*). Ergänzend wird eine *Anleitung* zu einfachen körperlichen Übungen gegeben, die der Klient zur Kräftigung der Muskulatur und zur Verbesserung der Balance selbständig zu Hause durchführen kann.

Neben der Unterscheidung der Interventionen nach der Darbietungsmethode fand im Projekt „Altern zu Hause“ auch eine Differenzierung der Interventionen nach der zugrunde liegenden Komplexität statt. Der Grundgedanke war hierbei, dass unterschiedliche Problembereiche, d.h. unterschiedliche Interventionsinhalte, unterschiedliche fachliche Kompetenzen erfordern. Im Projekt „Altern zu Hause“ konnten vier Kategorien von Interventionen mit unterschiedlichen Komplexitätsgrad identifiziert werden, die in den umgesetzten Interventionen angewendet wurden:

1. Die reine Vermittlung von Angeboten. Hier besteht die Aufgabe des Beraters darin, dem Klienten Angebote vorzustellen die zur Lösung seiner Probleme beitragen können und seinem Bedarf und seinen Bedürfnissen entsprechen. Der Berater unterstützt den Klienten auch bei der Kontaktaufnahme zu den Angeboten.
2. Interventionen, die vom Berater umfassend selbständig geplant und durchgeführt werden. Der Berater benötigt in diesem Fall keine Unterstützung durch Dritte.
3. Bei Problemen, deren Lösung den Kompetenzbereich des Beraters überschreiten, sucht dieser vor der Beratung des Klienten einen Experten auf und bittet ihn um fachlichen Rat. Die Intervention (Beratung, Informationsvermittlung, Anleitung) kann nach Konsultation des Experten in der Regel vom Berater selbst durchgeführt werden.
4. Im Rahmen der Beratung kann deutlich werden, dass eine „Überweisung“ zu einem anderen

Experten d.h. z.B. eine ärztliche Verordnung oder Überweisung notwendig ist. Der Klient wird dazu angehalten, sich mit seinem Problem z.B. an seinen Hausarzt zu wenden, der ihn dann ggf. an einen Facharzt oder Physiotherapeuten überweist.

Die Kategorisierung der Interventionen ist für das Beispiel „Interventionen bei Sturzrisiko“ wie folgt verdeutlicht:

Interventionsbeispiele – Kategorien

1. Maßnahmen, die eine reine Vermittlung von Angeboten beinhalten. *Die Vermittlung vorhandener Angebote wie Seniorensportgruppen, Gymnastik- oder Tanzkurse.*
2. Selbständig geplante und durchgeführte Maßnahmen. *Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und zum Aufstehen nach einem Sturz in Form von mündlicher Beratung und Aushändigung von schriftlichem Informationsmaterial.*
3. Nach Konsultation eines Experten durchgeführte Maßnahmen. *Die Anleitung des Klienten zu einfachen körperlichen Übungen mit dem Ziel die Mobilität und Balance zu verbessern. Intervention und Ziel wurde von der Physiotherapeutin in der Fallkonferenz vorgeschlagen und erläutert. Der Klient wurde mit Material versorgt.*
4. Maßnahmen die eine Überweisung zu einem anderen Experten darstellen und eine Konsultation des Haus- oder Facharztes erfordern („Überweisung“). *Die Verordnung von Physiotherapie durch den Hausarzt, um schwere motorische Probleme zu verbessern.*

Wie bereits angedeutet, kann die Notwendigkeit, externe Experten oder Dienste heranzuziehen, bestehen. Ihre Anzahl und fachliche Ausrichtung richtet sich nach den inhaltlichen Schwerpunkten der Hausbesuche sowie der Qualifikation der Beratenden. In der Studie „Altern zu Hause“ wurden im Angebotskatalog 40 unterschiedliche Experten und Anbieter von Dienstleistungen erfasst, auf die bei der Durchführung präventiver Hausbesuche zurückgegriffen wurde. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die 10 am häufigsten vermittelten bzw. kontaktierten Experten und Dienste.

Die am häufigsten kontaktierten Experten wurden v.a. bei vorhandenem Sturzrisiko einbezogen. Dies verdeutlicht auch das folgende Fallbeispiel.

Fallbeispiel:

Beim Beispielkunden mit hohem Sturzrisiko wurden folgende Experten und Dienste in die Interventionen einbezogen: Anbieter von Hausnotrufsystemen, Hausarzt (i.d.R. Allgemeinmediziner), Physiotherapie und Sanitätshaus (vgl. Hilfeplan im Anhang).

Tabelle 7: Die 10 am häufigsten kontaktierten Experten/Dienste in der Studie „Altern zu Hause“ (insgesamt 558 Kontaktaufnahmen bei 148 Teilnehmern)

Experte/Dienst	Anzahl (n)
Hausnotruf	80
Hausarzt	58
Besuchsdienst	48
Wohnraumberatung und Beratung zum Thema „Wohnformen/Wohnen im Alter“	41
HNO Arzt	38
Physiotherapie	37
Seniorenhilfe und Seniorenberatung	29
Fahr- und Begleitdienst	26
Anbieter von Begegnungsstätten	23
Anbieter von Freizeitmöglichkeiten (Seniorenkolleg, Seniorenklub, Volkshochschule, Seniorensportgruppe)	20

8 Dritter Hausbesuch: Evaluation und Weiterentwicklung

Im Kapitel Evaluation und Weiterentwicklung wird zunächst der Begriff Evaluation definiert und erläutert. Es folgen Ausführungen zur Beurteilung des Beratungsprozesses, der Interventionen und der Ziele. Abschließend wird die Evaluation am Fallbeispiel verdeutlicht. Unter Evaluation versteht man die Bewertung des Prozesses und der durchgeführten Maßnahmen im Lichte der erreichten Ergebnisse. Sie wird angewendet, um die Erreichung der geplanten Ziele sicherzustellen und die Maßnahmen effektiv und effizient zu gestalten (Behrens und Langer 2004: 227ff.).

Bezogen auf die präventiven Hausbesuche heißt dies zum einen die Bewertung des Beratungsprozesses (1) und zum anderen die Bewertung der vom Klienten umgesetzten Beratungsinhalte (Interventionen) (2) und der erreichten Ziele bzw. Ergebnisse (3).

Die Evaluation der drei Parameter (Beratungsprozess, Interventionen, Ergebnisse) erfolgt sowohl durch den Klienten und ggf. seine Angehörigen, als auch durch den Berater selbst und alle am präventiven Hausbesuch beteiligte Mitarbeiter der formellen und informellen Angebote und Dienste. Die Einbeziehung eines Fragebogens zur Klientenzufriedenheit ist wesentlich. Auch unbeabsichtigte Nebenwirkungen präventiver Hausbesuche, wie z.B. die Einbindung der Berater durch den Klienten in private Angelegenheiten, die nicht den Zielen und Inhalten präventiver Hausbesuche entsprechen, sollten erfasst werden.

Die Evaluation präventiver Hausbesuche soll zeigen, ob und wie die mit dem Klienten gesetzten Ziele erreicht wurden. Anbieter und/oder Kostenträger können so Versorgungserfolge und entstandene Kosten gegenüberstellen. Die Evaluation ist nur dann sinnvoll, wenn daraus Konsequenzen für die Praxis gezogen werden, d.h. wenn die Ergebnisse in die konkrete Arbeit mit dem Klienten eingehen und zur Weiterentwicklung der Angebote beitragen.

8.1 Nach welchen Kriterien kann der Beratungsprozess beurteilt werden?

Die Bewertung der bei der Planung und Durchführung präventiver Hausbesuche ablaufenden Prozesse erfordert ein hohes Maß an Fachkenntnissen. Daher wird empfohlen, bei der Prozessevaluation, wenn möglich, auf externe Hilfe zurückzugreifen. In der folgenden Übersicht werden einige beispielhafte Kriterien aufgeführt, die bei der Prozessevaluation Berücksichtigung finden sollten (Beurteilungskriterien Beratungsprozess, modifiziert nach ArtSet KQB 2012:

- Organisatorische Rahmenbedingungen,
- begleitende angebotene Serviceleistungen (z.B. Telefonhotline),

- planerische und administrative Leistungen,
- Leistungen der Berater,
- Zufriedenheit der Klienten,
- Zufriedenheit der Auftraggeber/Kostenträger,
- Umsetzungserfolge der Klienten und
- erreichte Erfolge (bezogen auf eigene Ansprüche).

8.2 Nach welchen Kriterien können die Interventionen beurteilt werden?

Es wird empfohlen, sich bei der Bewertung der Maßnahmen zunächst darauf zu konzentrieren, in welchem Umfang sie umgesetzt wurden:

- vereinbarte/geplante Intervention wurde nicht umgesetzt,
- Klient ist informiert, Umsetzung der Intervention geplant,
- Intervention wurde teilweise umgesetzt oder
- Intervention wurde vollständig umgesetzt.

Geplante Interventionen werden vor allem dann abgelehnt, wenn sie nicht dem Bedarf und den Bedürfnissen der Klienten entsprechen. In diesem Fall müssen mit dem Klienten gemeinsam alternative Lösungswege gefunden werden, oder es muss geprüft werden, ob eine Problembehandlung überhaupt gewünscht wird. Wichtig ist es, den Klienten darauf hinzuweisen, dass ein ehrlicher Umgang miteinander die Basis für eine sinnvolle Interventionsgestaltung ist. Der Klient muss daher bei der Hilfeplanung ehrlich angeben, welche Probleme er lösen möchte und welche Maßnahmen er bereit ist umzusetzen.

Dem Berater muss klar sein, dass im Assessment Probleme erkannt werden können, die der Klient nicht als solche wahrnimmt. Auch nach einem Beratungsgespräch, in dem bisher eher unbewusste Probleme bewusst gemacht werden, werden nicht immer Interventionen gewünscht.

Erfahrungen aus der Studie „Altern zu Hause“ haben gezeigt, dass der Grund für eine Verzögerung bei der Umsetzung der Interventionen oft nicht in der Intervention oder beim Klienten zu suchen ist, sondern beim Berater. Denn häufig werden Bedarf und Bedürfnisse des Klienten nicht ausreichend berücksichtigt und infolgedessen Ziele falsch gesetzt. Das heißt, wenn bei einem Klienten z.B. große Schwierigkeiten beim Treppensteigen bestehen, jedoch der Wohnraum über zwei Etagen geht und kein Aufzug vorhanden ist, dann liegt bei ihm zunächst ein Informationsbedarf zur Wohnraumanpassung oder zu alternativen Wohnmöglichkeiten vor, jedoch nicht unbedingt ein akuter Handlungsbedarf. Der Klient will z.B. zunächst über wohnortnahe barrierefreie Wohnangebote informiert werden. Das Ziel ist in diesem Fall eine erfolgreiche Informationsvermittlung zu barrierefreien Wohnmöglichkeiten bzw. Wohnraumanpassung und nicht der Umzug in eine barrierefreie Wohnung. Der Klient erhält das Angebot, bei Bedarf, z.B. im Falle eines Umzugs, weitere Informationen einzufordern bzw. konkreten Hilfebedarf beim Berater anzumelden.

Manchmal verzögert sich die Umsetzung, weil die Hilfe Dritter (z.B. der Angehörigen) notwendig ist oder die Maßnahmen zeitlich sehr aufwändig sind (z.B. Verfassen einer Patientenverfügung

oder Vorsorgevollmacht, Stellen von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung). Liegt ein größerer Hilfe- und Unterstützungsbedarf vor als bei der Planung erkennbar, erfolgt zusammen mit dem Klienten eine entsprechende Anpassung. In diesem Fall wäre eine Einbeziehung der Angehörigen in die Planung und Umsetzung der Maßnahmen oder eine Hilfestellung durch den Berater oder andere formelle bzw. informelle Angebote und Dienste möglich.

Wenn Maßnahmen nur teilweise umgesetzt werden, ist es wichtig, die Gründe zu erfragen und zu überprüfen, ob auch eine teilweise Umsetzung der Intervention zum gewünschten Ziel führt. Bei Bedarf werden alternative oder ergänzende Interventionen angeboten.

Vollständig umgesetzte Maßnahmen sind dann als Erfolg zu verbuchen, wenn diese zur Zielerreichung beigetragen haben und der Klient sowohl mit der Intervention als auch mit dem erreichten Ziel zufrieden ist.

In der Studie „Altern zu Hause“ wurden knapp 25% aller angebotenen Interventionen von den Teilnehmern vollständig umgesetzt, über ein Drittel aller Interventionen wurden von den Studienteilnehmern abgelehnt. Die häufigsten Gründe für eine Ablehnung der geplanten Interventionen waren:

1. die Interventionen entsprachen nicht den Vorstellungen des Klienten,
2. die Interventionen konnten aufgrund von Einschränkungen (v.a. kognitiver Art) vom Klienten nicht umgesetzt werden oder
3. der Klient war bereits vor der Beratung gut informiert und/oder versorgt. Ergänzende Maßnahmen hielt der Klient für nicht notwendig.

8.3 Nach welchen Kriterien können die Ergebnisse evaluiert werden?

Die Bewertung der Ergebnisse kann einfach nach den Kriterien „Ziel erreicht“ und „Ziel nicht erreicht“ erfolgen. Auch differenzierte Unterteilungen sind möglich:

- Problembereich besteht nicht mehr,
- Problembereich noch teilweise vorhanden,
- Problembereich noch vollständig vorhanden,
- Problembereich hat sich verstärkt oder
- Problembereich nicht einschätzbar.

Wie bereits bei der Formulierung der Zielstellung sollten auch bei der Formulierung der erwarteten Ergebnisse die S.M.A.R.T – Kriterien berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 6). Auch sollten die Ergebnisse immer mit den zentralen Zielen präventiver Hausbesuche in Einklang stehen.

Dabei sind folgende Fragen zu beantworten:

- Wurde ein Erhalt bzw. eine Verbesserung der Klientenversorgung erreicht?
- Hat sich die Intervention positiv auf die Partizipation des Klienten ausgewirkt? Wurden Teilhabe, Teilnahme, aktive Mitwirkung, Mitbestimmung und die Einbeziehung des Klienten gefördert?

- Wie ist die Wohnsituation des Klienten? Lebt er in der eigenen Häuslichkeit?

Die Erfahrungen im Projekt „Altern zu Hause“ haben gezeigt, dass bei einer Bevölkerungsgruppe von Menschen über 80 Jahren der Erhalt des Ist-Standes – bezogen auf die Versorgung, die Partizipation und die Wohnsituation – und eine teilweise Verbesserung der Problemlage bereits als Erfolge zu verbuchen sind. Die größten Erfolge konnten in den Problembereichen:

- Informationsbedarf zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung,
- Unsicherheit mit speziellen Erkrankungen und Symptomen,
- fehlende Wohnraumanpassung,
- Bewegungseinschränkungen durch Schmerzen und
- zunehmender Unterstützungsbedarf, erzielt werden.

Das folgende Fallbeispiel zeigt die Evaluation von Beratungsprozess, Interventionen und Ergebnissen. Hier wurde die gesamte Evaluation vom Berater durchgeführt.

Fallbeispiel

1. Beratungsprozess

Wie beurteilen Sie die organisatorischen Rahmenbedingungen wie ...

Arbeitsplatz? *Gut*

Arbeitszeit? *Gut, Arbeit erforderte Flexibilität*

Arbeitsbedingungen? *Sehr gutes, kollegiales Arbeitsklima; gut wäre Intensivierung der Unterstützung durch interne Experten*

Vorbereitung und Ausstattung mit Informationen und Material? *Insgesamt zufriedenstellend, Weitergabe aktueller Informationen der unterschiedlichen Fachbereiche könnte in Fallkonferenz integriert werden*

Wie beurteilen Sie ...

die begleitend angebotene Telefonhotline? *Die Erreichbarkeit war rund um die Uhr sichergestellt, nur wenige Klienten nahmen diese in Anspruch.*

die planerischen und administrativen Leistungen? *Die Planung sollte zukünftig einheitlicher und strukturierter erfolgen, um Transparenz zu erhöhen und Zeit einzusparen.*

die Zufriedenheit der Klienten? *Dem Berater gegenüber wurde seitens der Klienten große Zufriedenheit geäußert, es erfolgte jedoch keine unabhängige Befragung.*

die Zufriedenheit der Auftraggeber/Kostenträger? *Große Zufriedenheit mit Arbeitsweise und Engagement der Berater. Es werden nach Weiterentwicklung des Angebotes größere Erfolge hinsichtlich der zu erreichenden Ziele erwartet.*

die Umsetzungserfolge der Klienten? *Die Umsetzungserfolge sind mäßig, es besteht jedoch ein hohes Entwicklungspotential.*

die eigenen erreichten Erfolge? *Die eigenen Erwartungen sind nicht alle erfüllt worden. Die Berater müssen sich zunehmend an realistischen Zielen orientieren. Es besteht großes Interesse an der Weiterentwicklung präventiver Hausbesuchsprogramme.*

2. Intervention

Interventionen	Umsetzungsstatus
Gespräch mit dem Hausarzt: Verordnung von Physiotherapie	Umsetzung geplant, Tochter bietet Unterstützung an
Auswahl eines Physiotherapeuten der Hausbesuche durchgeführt	Umsetzung geplant (s.o.)
Gespräch mit Hausarzt: (a) Wie wirken die verschriebenen Medikamente und wie werden sie dosiert? (b) Kann die Anzahl der Medikamente reduziert werden? (c) Wie kann die regelmäßige Einnahme notwendiger Medikamente unterstützt werden?	(a) umgesetzt, (b) nicht umgesetzt, (c) umgesetzt
Unterstützung des Vaters durch die Tochter bei den täglichen Übungen zur Verbesserung von Kraft und Balance	teilweise umgesetzt (2x wöchentlich)
Anbieter von Hausnotrufsystemen kontaktieren und Beratungstermin vereinbaren	nicht umgesetzt
Kontaktaufnahme zu Sanitätshaus XX, probeweise Entleerung eines Rollators	umgesetzt

3. Ergebnisse

Problem	Erreichtes Ergebnis
Sturzgefahr (acht Stürze in 12 Monaten)	Anzahl der Stürze verringerte sich auf drei Stürze in 12 Monaten
Schwindel und Balanceprobleme	geringfügig Verbesserung der Symptome, Rollator gibt mehr Sicherheit
Unsicherheit im Umgang mit Medikamenten	Problem hat sich noch verstärkt
Unregelmäßige Medikamenteneinnahme	Problem besteht nicht mehr: Pflegedienst und Dosierhilfe unterstützen Klienten bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme
Allgemeine körperliche Schwäche/ reduzierter Allgemeinzustand	Problem besteht weiterhin, keine Verschlechterung des Allgemeinzustands

Das Fallbeispiel verdeutlicht die Umsetzung der Interventionen durch den Klienten und die Auswirkung der Interventionen auf den jeweiligen Problembereich. Die Leser, die sich für den Umsetzungsstatus und die Auswirkungen weiterer Interventionen aus dem Projekt „Altern zu Hause“ interessieren, finden im Anhang 2 Details über insgesamt 15 Problembereiche, die entsprechenden Interventionen sowie deren Auswirkungen auf den jeweiligen Problembereich.

9 Verstetigung

Da die Problemlagen älterer, multimorbider Menschen oft sehr komplex sind, reichen die in der Handlungsanleitung beispielhaft aufgeführten drei Hausbesuche für eine adäquate Problembehandlung in vielen Fällen nicht aus. In den ersten Hausbesuchen muss zunächst eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden. Gemeinsam mit dem Berater lernen die Klienten die aktive Mitwirkung an den einzelnen Prozessschritten. Nur wenige Problembereiche können parallel bearbeitet werden. Sinnvoll ist es daher, dass Klient und Berater nach dem 3. oder 4. Hausbesuch Dauer und Frequenz der zukünftigen Hausbesuche planen. Hierbei sollten sie die Vorgaben des Kostenträgers einbeziehen. Wie lange ein Klient am Hausbesuchsprogramm teilnimmt, kann jedoch individuell sehr unterschiedlich sein.

Fallbeispiel

Nach dem dritten Hausbesuch zeigt sich, dass sich die Situation des Klienten bereits verbessert hat. Folgende Aufgaben müssen noch gelöst werden:

- Verordnung von Physiotherapie, sowie eine mögliche Änderung der Medikation durch den Hausarzt; die Tochter hat angeboten, den Klienten zum Arzt zu begleiten und im Arztgespräch zu unterstützen.
- Durch den Einsatz einer Physiotherapeutin sollen Kraft und Balance und somit auch die Mobilität des Klienten verbessert werden. Außerdem soll der Klient verstärkt Übungen erlernen, die er anschließend im Alltag selbstständig durchführen kann.
- Für die Verbesserung des Allgemeinzustandes sollten gemeinsam mit dem Klienten weitere Maßnahmen geplant werden.
- Neben der Sturzgefahr bestehen bei dem Klienten noch folgende Probleme: Gefahr der Mangelernährung, zunehmender Pflege- und Unterstützungsbedarf, Gefahr der sozialen Isolation.

Gemeinsam stellen Berater und Klient einen Plan für die Verstetigung der Hausbesuche auf:

- In den kommenden drei Monaten findet monatlich jeweils ein Hausbesuch statt.
- Zeigt sich eine deutliche Verbesserung bzw. Stabilisierung der Problembereiche, wird die Frequenz für die nächsten 3 Monate auf einen Besuchsrhythmus von 6 Wochen erweitert.
- Im Anschluss daran soll der Klient vierteljährlich besucht werden.
- Bei Bedarf kann er sich jederzeit telefonisch an den Berater wenden oder die Telefonhotline in Anspruch nehmen.

Bei konstant hohem Interventionsbedarf bleibt der Monatsrhythmus zunächst bestehen. Die anfänglich sehr intensive Phase der Begleitung geht im Prozess der Verstetigung in eine Phase über, in der die Überwachung (Monitoring) der Interventionen und Problembereiche im Vordergrund

steht. In dieser Phase ist der Klient mit Diensten und Informationen gut versorgt. Sobald eine Bedarfsänderung eintritt, wird der Kontakt zum Berater wieder intensiver und es wird gemeinsam nach anderen oder neuen Unterstützungsmöglichkeiten gesucht.

10 Ablösung

Unter Ablösung wird das Ausscheiden des Klienten aus dem Hausbesuchsprogramm verstanden. Klienten werden so lange begleitet, bis sie entweder keinen Bedarf für weitere Hausbesuche mehr sehen, versterben oder in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe umziehen. Im ersten Fall verbleiben Dokumentation und Kontaktdaten des Beraters beim Klienten, damit dieser sich im Bedarfsfall jederzeit wieder beim Berater melden kann. Im Falle eines Umzuges in ein Pflegeheim entscheidet der Klient, ob die Dokumentation an die entsprechende Einrichtung übergeben wird. Ist der Klient einverstanden, nimmt der Berater zum Pflegeheim Kontakt auf und hinterlässt dort, für eventuell auftretende Rückfragen, seine Kontaktdaten.

Klient und Berater führen ein abschließendes Gespräch, in dem die aktuelle Versorgungssituation beschrieben wird. Außerdem hält der Berater fest, welche Probleme durch die präventiven Hausbesuche gelöst werden konnten. Für die Weiterentwicklung des Angebotes ist es notwendig, auch die Problembereiche zu dokumentieren, für die der Berater keine angemessenen Hilfe- und Unterstützungsangebote vermitteln konnte.

Fallbeispiel

Nachdem der Klient zwei Jahre lang am präventive Hausbesuchsprogramm teilgenommen hat, sieht er für weitere Hausbesuche keinen Bedarf. Aufgrund der Sturzgefahr hat der Klient Physiotherapie erhalten und führt regelmäßig eigenständig Übungen zur Verbesserung von Kraft und Balance durch. Der Hausarzt hat die Anzahl der Medikamente reduziert, Dosierhilfe und Pflegedienst unterstützen den Klienten bei der Einnahme der verschriebenen Medikamente. Der Allgemeinzustand des Klienten ist stabil, eine Verbesserung konnte trotz unterschiedlicher Interventionen nicht erreicht werden. Der Klient hat auf Antrag die Pflegestufe I erhalten und wird vom Pflegedienst bei der Körperpflege unterstützt. Der Pflegedienst bietet für Senioren Freizeitprogramme an, die der Klient jedoch nur selten nutzt. Die Reinigung der Wohnung und die Wäschepflege übernimmt eine Haushaltshilfe, die 2x wöchentlich kommt. Die Tochter besucht den Vater ebenfalls 2x wöchentlich und fährt ihn zu Ärzten, zum Einkaufen und zu Freizeitaktivitäten. Der Klient fühlt sich noch immer einsam, zeigte aber kein Interesse an den vom Berater angebotenen Freizeitmöglichkeiten.

11 Probleme und Hindernisse

Auf dem Weg zu einer erfolgreichen Implementierung präventiver Hausbesuche sind viele unterschiedliche Herausforderungen zu bewältigen. Aus den eigenen Studienerfahrungen wurden daher abschließend einige Empfehlungen zur Teilnahmebereitschaft potentieller Klienten und zur Auswahl der Beratungsinhalte (Intervention) zusammengestellt.

11.1 Teilnahmebereitschaft potentieller Klienten

Maßgeblich für die Teilnahme am Hausbesuchsprogramm ist die Erfüllung der Einschlusskriterien. Die Klienten, die diese Kriterien erfüllen, müssen vor allem Interesse zeigen und eine Bereitschaft zur Teilnahme signalisieren. Im Folgenden sind einige Gründe potentieller Klienten für eine Nicht-Teilnahme an präventiven Hausbesuchen aufgeführt. Anbieter präventiver Hausbesuchsprogramme können sich unter Berücksichtigung dieser Gründe auf die Auswahl der Zugangswege und die Klientengewinnung besser vorbereiten.

- Schlechter Allgemeinzustand bzw. Gesundheitszustand (subjektive Einschätzung)
- Hoher Pflegebedarf (Pflegestufe II oder III)
- Kognitive Einschränkungen bzw. fehlende Einwilligungsfähigkeit
- Fehlender subjektiver Informations-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf
- Angst vor finanziellem Aufwand, entstehenden Kosten
- Angehörige lehnen Teilnahme ihrer Verwandten ab
- Klient ist stark in Pflege des Ehepartners eingebunden (Mangel an Ressourcen)
- Fehlendes Interesse des Klienten am Angebot „präventive Hausbesuche“
- Keine Bereitschaft zur Teilnahme/fehlende Motivation
- Klient ist mit Informationen, Hilfe- und Unterstützungsangeboten bereits gut versorgt
- Bedenken, dass persönliche Erwartungen und Bedürfnisse nicht erfüllt werden

Entscheidend für eine Teilnahme am Hausbesuchsprogramm ist oft der erste Eindruck des Klienten. Gelingt es dem Berater die Bedenken des Klienten zu zerstreuen und in ihm die Bereitschaft zu wecken, etwas Neues auszuprobieren, hat er bereits seinen ersten Erfolg erzielt. Ein empathischer, respektvoller Umgang ist dafür die wichtigste Voraussetzung.

11.2 Interventionen

Präventive Hausbesuchsprogramme enthalten eine Auswahl unterschiedlicher Angebote. Erst in der praktischen Anwendung zeigt sich, welche Angebote bei den Klienten auf Interesse stoßen,

angenommen und schließlich als hilfreich empfunden werden.

Im Projekt „Altern zu Hause“ wurden häufig die Beratungsinhalte und Angebote umgesetzt, die sich auf die Problembereiche

- zunehmender Pflegebedarf,
- Informationsbedarf zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung,
- Polypharmazie und
- Bewegungseinschränkungen durch Schmerzen bezogen.

Die genannten Probleme wurden von den Klienten als wichtig und deren Lösung als dringend eingestuft. Zur Lösung der Probleme wurden neben der Beratung und der Gabe von schriftlichem Informationsmaterial, auch dem Klienten vertraute Personen (Angehörige, Experten wie z.B. Pflegedienst, Haus- oder Facharzt) einbezogen.

Eine geringe Umsetzungsrate zeigte sich dagegen in den Problembereichen

- Gefahr der sozialen Isolation und
- Einsamkeit.

Auch diese Probleme wurden von den Klienten als wichtig und dringend empfunden. Zur Lösungsfindung wurde vom Berater die mündliche Beratung mit schriftlichem Informationsmaterial kombiniert. Eine Problemlösung setzt beim Klienten eine Offenheit gegenüber neuen Angeboten und/oder fremden Menschen voraus. Außerdem erfordert sie oft eine Verhaltensänderung wie z.B. eine Teilnahme an Freizeitangeboten. Ältere Menschen lehnen jedoch, trotz ihrer Einsamkeit, eine Teilnahme an Gruppenangeboten häufig ab. Sie wollen anderen nicht zur Last fallen (z.B. durch eingeschränkte Mobilität) oder möchten nicht mit anderen alten oder gar kranken Menschen ihre Zeit verbringen.

Die Gründe für die Ablehnung bestimmter Maßnahmen entsprechen teilweise den Gründen für die Nichtteilnahme am Hausbesuchsprogramm (s.o.). So wurden ein schlechter gesundheitlicher Zustand und ein Mangel an Zeit, Interesse, Bedarf oder Motivation häufig als Grund für die Nichtumsetzung von Interventionen genannt.

Zusammenfassend wird Beratern empfohlen, die Prioritäten der Problembehandlung nach denen des Klienten auszurichten (Bedürfnisse, Wichtigkeit und Dringlichkeit). Bei der inhaltlichen Gestaltung der Interventionen ist zu berücksichtigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung und eine Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Angeboten und fremden Personen mit dem Alter eher sinken. Durch die Einbeziehung vertrauter Personen und die Berücksichtigung bekannter Angebote und Maßnahmen in die Planung und Durchführung der Interventionen steigt die Erfolgswahrscheinlichkeit.

12 Serviceteil und Projektinformationen

Der Serviceteil enthält Literaturempfehlungen zum Thema präventive Hausbesuche sowie einige hilfreiche Links und Hinweise zur Vorbereitung von Beratungsinhalten und Interventionen. Er schließt mit ergänzenden Informationen zum Projekt „Altern zu Hause“.

Wer am Aufbau, der Durchführung und den Ergebnissen anderer, in Deutschland durchgeführter Hausbesuchsprojekte bzw. Projekte zur Prävention im Alter interessiert ist, dem empfehlen wir die folgende Literatur.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2009): *Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren*. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover.

Fischer, G., Trautner, C., & Perschke-Hartmann, C. (2006): *Gesund älter werden. Das AOK Programm für aktive Senioren. Zwischenbericht*.

Meier-Baumgartner, H.P., Anders, J., & Dapp, U. (2005): *Präventive Hausbesuche. Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern als Arbeitsfeld für Pflegekräfte*. Hannover: Vincent Network.

Oswald, W.D., Rödel, G., Gunzelmann, T., Baumann, H., & Leye, M. (1995): *Die SIMA Studie (Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter) als multidimensionale und interdisziplinäre Intervention*. In: Gaßmann, K.G. (2010): *Geriatrische Prävention als interdisziplinäre Aufgabe. Erlanger Beiträge zur Gerontologie*. Berlin: LIT Verlag.

Weitere Informationen finden sie auf der Internetseite des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (www.dip.de) unter „Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil“, sowie auf der Internetseite des Albertinen-Hauses (www.albertinen.de), Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Hamburg unter abgeschlossene Forschungsprojekte („EU Projekt Disability Prevention“, „Präventive Hausbesuche“ und „Geriatrisches Netzwerk“).

In der folgenden Tabelle finden sie überregionale Informationen und Links zu den in der Studie „Altern zu Hause“ häufig vorkommenden Problembereichen, an denen sie sich zur Vorbereitung der Interventionen orientieren können.

Tabelle 8: Überregionale Informationen und Links

Problembereich	Informationsquellen
Sturzrisiko	<ul style="list-style-type: none"> • Expertenstandard Sturzprophylaxe (DNQP: 2006)
Fehlende Wohnraumanpassung/Informationsbedarf zu Wohnen im Alter	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbetriebe für barrierefreies Wohnen • Sanitätshäuser
Unsicherheit im Umgang mit speziellen Erkrankungen und Symptomen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienteninformation zu Krankheitsbildern z.B. bei http://www.patienten-information.de und http://www.gesundheitsinformation.de • Informationen zur Gedächtnisambulanz z.B. von Wohlfahrtsverbänden, Kliniken • Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen z.B. Blinden- und Sehbehindertenverband oder Gehörlosenverband
Informationsbedarf zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium der Justiz http://www.bmj.de
Zunehmender Pflege- und Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen zu Altersgerechtem Wohnen z.B. bei Seniorenberatungsstellen, Wohlfahrtsverbänden • Informationen zur Beantragung einer Pflegestufe, Pflegetagebücher z.B. bei Pflegekassen, MDK http://www.mdk.de • Informationen zu Pflegeheimen, Heimplatzsuche z.B. bei Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden • Informationen zu Serviceleistungen z.B. durch formelle und informelle Anbieter von Einkaufs-, Hauswirtschafts-, Mahlzeiten-, Liefer-, Fahr- und Begleitdiensten
Freizeitangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Volkssolidarität • AWO • Seniorenkreativverein • DRK • Kirchengemeinden • Sportgruppen

Fortsetzung...

... Fortsetzung

Problembereich	Informationsquellen
Sonstige Informationen	<ul style="list-style-type: none"> • Seelsorge, Trauerarbeit z.B. bei Kirchengemeinden, Hospiz • Ernährungsprotokolle z.B. bei Krankenkassen, Apotheken, Ernährungsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen • Schmerztagebücher z.B. bei Schmerzambulanzen, Hausärzten, Selbsthilfegruppen, Kliniken

Die vorliegende Handlungsanleitung ist ein Ergebnis der vom BMBF geförderten Studie „Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“ (Förderkennzeichen 01GT0604 in Kooperation mit 01GT0601) des Pflegeforschungsverbundes „Evidencebasierte Pflege chronisch Kranker und Pflegebedürftiger“. Im Pflegeforschungsverbund kooperieren von Berlin bis Freiburg und Innsbruck 16 Hochschulen und Universitäten mit der Universität Halle als Sprecherin. Die vom BMBF geförderte Studie „Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“ ist zugleich Teil der Graduiertenschule „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“. In der Studie wurde untersucht, ob sich ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, in einem definierten Zeitraum durch präventive Hausbesuche vermeiden oder aufschieben lässt (Hauptzielgröße). Präventive Hausbesuche zielen auf eine Verbesserung der ambulanten Versorgung und eine bessere Nutzung der individuellen Ressourcen älterer Menschen (ab 80 Jahren) im häuslichen Bereich ab. Neben dem frühzeitigen Erkennen von Selbstpflegedefiziten waren sowohl die Vermeidung von Stürzen bzw. der Sturzgefährdung als auch die Verbesserung bzw. der Erhalt der Selbstpflegekompetenz und der Lebensqualität wesentliche Ziele der Studie.

Weitere Informationen zum Projekt „Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“ erhalten sie in der nachfolgenden Literatur.

Studienprotokoll:

Fleischer, S., Roling, G., Beutner, K., Hanns, S., Behrens, J., Luck, T., Kuske, B., Angermeyer, M. C., Riedel-Heller, S. G., Heinrich, S., König, H.-H. & Lautenschläger, C. (2008). Growing old at home – a randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol [NCT00644826]. *BMC Public Health*, 28, 185.

Abschlussbericht:

Luck, T., Roling, G., Heinrich, S., Luppä, M., Matschinger, H., Fleischer, S., Sesselmann, Y., Beutner, K., Rothgang, H., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. & Behrens, J. (2011). Altern zu Hause. Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie. Abschlussbericht. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*, 10 (8).

13 Glossar

Assessment:	Abschätzung, Einschätzung, Beurteilung
Authentizität:	Echtheit
Bedarf:	Erfordernis, in der Handlungsanleitung eher im objektiven Sinn verwendet
Bedürfnis:	Verlangen oder Wunsch einem empfundenen oder tatsächlichen Mangel Abhilfe zu schaffen, in der Handlungsanleitung eher im subjektiven Sinn verwendet
Case Management:	Fallmanagement, mit dem Ziel einer gut organisierten, bedarfsgerechten und auf den einzelnen Fall zugeschnittenen Hilfeleistung
Coaching:	Prozess der Entwicklung von Fertigkeiten durch Beratung und Unterstützung
Effektivität:	bezieht sich auf das Verhältnis von erreichtem Ziel zu definiertem Ziel
Effizienz:	ist ein Maß für ein Ergebnis unter Berücksichtigung der eingesetzten Mittel
Empathie:	Fähigkeit Gedanken, Emotionen, Absichten und Persönlichkeitsmerkmale eines anderen Menschen zu erkennen und die eigene Reaktion auf die Gefühle Anderer
Evaluation:	Beschreibung, Analyse, Bewertung von Prozessen
Fallkonferenz:	Sitzung, in der die künftige Vorgehensweise betreffend eines Patienten oder Klienten besprochen und beschlossen werden soll
Geriatric:	Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen
Initiierung/Initiative:	Anstoß zu einer Handlung geben oder den ersten Schritt zu dieser Handlung machen
Integration:	Wiederherstellung, Erneuerung, Einfügung oder Eingliederung in ein Ganzes, Anpassung oder Angleichung
interdisziplinär:	über die Grenzen einer (Wissenschafts-)Disziplin hinaus, mehrere Disziplinen einbeziehend
Intervention:	ist eine Maßnahme zur Verbesserung der aktuellen Situation. Eine Intervention bei Sturzgefahr ist z.B. die Durchführung von körperlichen Übungen zur Verbesserung von Motorik und Balance oder eine Beratung zum Thema „Stolperfallen in der Wohnung“)

Kognition:	das Denken in einem umfassenden Sinne
Konzept:	beschreibt Grundvorstellung, Leitgedanken, Eckpunkte eines Projektes
Linking:	verbinden, miteinander verknüpfen
Management:	Leitungsfunktion mit den Aufgaben Planung, Organisation, Führung und Kontrolle
Moderation:	Methode zur gemeinsamen Arbeit in der Gruppe
Monitoring:	alle Aktivitäten deren Ziel es ist festzustellen, ob ein Vertragspartner seine Verpflichtungen erfüllt
multidimensional:	den Umfang eines Sachverhaltes aus viele unterschiedlichen Positionen betrachtet
Multidisziplinarität:	Bearbeitung einer Fragestellung oder Untersuchung eines Forschungsobjekts durch Wissenschaftler voneinander unabhängiger Fachbereiche, wobei zwischen den Disziplinen kein nennenswerter methodischer, terminologischer oder konzeptioneller Austausch stattfindet
Multimorbidität:	gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer Person
multiprofessionell:	viele unterschiedliche Berufe/, Professionen betreffend
Networking:	Aufbau und die Pflege eines Beziehungsgeflechts einer mehr oder weniger großen Gruppe von einander „verbundenen“ Personen, die sich gegenseitig kennen, sich informieren, und manchmal unabhängig von ihren Leistungen zum Beispiel in ihrer Karriere fördern oder andere Vorteile verschaffen.
Partizipation:	Teilhabe, Teilnahme, aktive Mitwirkung, Mitbestimmung, Einbeziehung
Polypharmazie:	Einnahme von sechs oder mehr unterschiedlicher Medikamente
Prävention:	vorbeugende Maßnahmen, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden, ganz allgemein kann der Begriff mit „vorausschauender Problemvermeidung“ übersetzt werden
Ressourcen:	Mittel, um eine Handlung zu tätigen oder einen Vorgang ablaufen zu lassen, kann materielles (z.B. Geldmittel, Betriebsmittel) oder immaterielles Gut (z.B. Zeit, Gesundheit) sein
Ressourcenallokation:	Zuordnung und Verteilung knapper Ressourcen wie z.B. Personal, Geldmittel und Zeit um Dienstleistungen verfügbar zu machen
Rollenperformanz:	Rollenverhalten

Screening:	Testverfahren um bestimmte (Einschluss-) Kriterien oder Merkmale zu identifizieren oder ein auf bestimmte Kriterien ausgerichteter orientierender Siebttest
Soziodemografie:	Begriff, der die Bevölkerungsmerkmale beschreibt, nach denen die Mitglieder einer Stichprobe oder einer Zielgruppe beschrieben werden wie z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität usw.
Sozioökonomie:	Untersuchung von wirtschaftlichen Aktivitäten und ihrem Verhältnis zu gesellschaftlichen Prozessen, um so die soziale Wirklichkeit erklären und beschreiben zu können
Transparenz:	Durchsichtigkeit, Nachvollziehbarkeit
Verstetigung:	Etablierung, etwas auf Dauer einrichten, beständig machen

14 Abkürzungsverzeichnis

AGAST	Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment
ARGE	Arbeitsgemeinschaft oder Jobcenter, Gemeinschaften aus Arbeitsagentur und Kommunen
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Dem Tec	Demenz-Detection (Screeningverfahren für Demenz)
DIN EN ISO 9001	Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Organization for Standardization 9001 (legt Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem fest, denen eine Organisation zu genügen hat, um Produkte oder Dienstleistungen bereitstellen zu können)
dip	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EQ-5D	Gesundheitsfragebogen der die Lebensqualität eines Klienten ausdrückt
FIM	Functional Independence Measure (Funktionale Selbständigkeitsmessung)
GDS	Geriatrische Depressionsskala
IADL	Instrumental Activities of Daily Life (Erfassung der Alltagskompetenz geriatrischer Klienten)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MMSE	Mini-Mental-State Examination (Screeningverfahren für Demenz)
MNA	Mini Nutritional Assessment (Fragebogen zum Ernährungszustand)
SoS	Erfassungsbogen zur Sozialen Situation mit den Bereichen: Kontakte, Aktivitäten, Wohnsituation, ökonomische Verhältnisse
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung
VAS	Visuelle Analogskala zur Einschätzung des momentanen Gesundheitszustandes

Literaturverzeichnis

American Academy of Orthopedic Surgeons, Getting up from a fall, 2007.

Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment, Bach M, Hofmann W, Nikolaus, Geriatrisches Basisassessment: Handlungsanleitungen für die Praxis, MMV, München, 1997.

ArtSet KQB, Kundenorientierte Qualitätstestierung für Beratungsorganisationen, 2012.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, 2003.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Handbuch Unterstützungsnetzwerke Alleinerziehende, 2012.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Leitlinie Ältere Sturzpatienten. Informationen für ältere Menschen und ihre Angehörigen, 2007.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung eV, Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2009.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung, 2006.

Doran GT (1981), There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Management Review 70: 35–36.

Gaßmann KG, Geriatrische Prävention als interdisziplinäre Aufgabe. Erlanger Beiträge zur Gerontologie, LIT Verlag, Münster, 2010.

Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM (2008), Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 63(3): 298–307.

Löcherbach P, Klu W, Remmel-Faßbender R, Wendt WR, Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag, München, 2009.

Luck T, Roling G, Heinrich S, Lupp M, Matschinger H, Fleischer S, Sesselmann Y, Beutner K, Rothgang H, König HH, Riedel-Heller SG, Behrens J (2011), Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuch. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 10(8).

- Meier-Baumgartner HP, Anders J, Dapp U, Präventive Hausbesuche. Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern als Arbeitsfeld für Pflegekräfte, Vincent Network, Hannover, 2005.
- Schulz-Nieswandt F, Alter und Alternsprozesse, in Beraterhandbuch präventive Hausbesuche bei Senioren, (Ed.) Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung eV, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2009.
- Ströbel A, Brühe R (2005), Unterstützung und Erhaltung selbständiger Lebensführung im Alter durch Präventive Hausbesuche - das Projekt "mobil". Perspektiven (1): 4–5.
- Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC (2002), Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA 287(8): 1022–1028.
- Tideiksaar R, Stürze und Sturzprävention, Huber, Bern, 2000.
- Wendt WR, Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Lambertus, Freiburg, 2008.

Anhang

Anhang 1 – Hilfeplan bei Sturzrisiko

Problem		Ressourcen	Ziele
Sturzgefahr: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Klient ist im vergangenen Jahr 8 mal gestürzt ♣ lebt allein in der Wohnung und konnte nicht immer Hilfe holen 		<ul style="list-style-type: none"> ♣ Klient wünscht Hilfe durch Tochter - Tochter wohnt im gleichen Haus und ist bereit den Vater zu unterstützen ♣ starke Motivation in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben ♣ Klient will aktiv körperliche Situation verbessern (Kraft, Balance) ♣ Wohnung hat breite Türen, Platz für Hilfsmittel (Rollator) vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Vermeidung weiterer Stürze ♣ Verbesserung von Schwindel und Balanceproblemen ♣ Verbesserung von Kraft und Ausdauer (mehr Sicherheit bei der Mobilität)
Ursachen: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Unsicherheit im Umgang mit Blutdrucksenkenden Medikamenten, unregelmäßige Einnahme ♣ plötzlich auftretender Schwindel und Balanceprobleme ♣ allgemeine körperliche Schwäche (reduzierter Allgemeinzustand) 			
Wer?	Was?	Wann? (Zeitplan)	Anmerkungen
Klient	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Gespräch mit dem Hausarzt und Bitte um Verordnung von Physiotherapie ♣ Auswahl eines Physiotherapeuten, der Hausbesuche durchführt ♣ Gespräch mit dem Hausarzt über verordnete Medikamente (Kann Anzahl der Medikamente reduziert werden?) und deren Einnahme (Wie kann die regelmäßige Einnahme unterstützt werden?) ♣ Informationsmaterial über Sport- und Gymnastikgruppen durchlesen und Meinung bilden ♣ Kontaktaufnahme zum Sanitätshaus und Terminvereinbarung für Beratung und Entleihung eines Rollators ♣ Kontaktaufnahme zum Anbieter von Hausnotrufsystemen und Terminvereinbarung 	<p style="text-align: center;">in den kommenden 4 Wochen (13.12.2011–03.01.2012)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorität: Gespräch des Klienten mit dem Hausarzt 2. Priorität: Stärkung von Kraft und Balance 3. Priorität: Rollator als Hilfsmittel testen 4. Priorität: Information über Hausnotrufsysteme

Wer?	Was?	Wann? (Zeitplan)	Anmerkungen
Tochter	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Unterstützung des Vaters bei dessen Aufgaben (siehe oben) 	13.12. 2011– 03.01.2012	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ ist berufstätig und in eigene Familie stark eingebunden
Wer?	Was?	Wann? (Zeitplan)	Anmerkungen
Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Beratung des Patienten zu Wirkungsweise und Dosierung der verschriebenen Medikamente 		<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Hausarzt soll auf Wunsch des Klienten erst nach dessen Besuch am 21.12. vom Berater kontaktiert werden ⤴ Zeitplanung erfolgt nach Kontaktaufnahme
Wer?	Was?	Wann? (Zeitplan)	Anmerkungen
Physiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ Anleitung zu und Begleitung von Übungen zur Stärkung der Muskelkraft und Verbesserung der Balance 	direkt im Anschluss an Verordnung, Zeitraum 12 Wochen	
Wer?	Was?	Wann? (Zeitplan)	Anmerkungen
Sanitätshaus	<ul style="list-style-type: none"> ⤴ leihweise Bereitstellung eines Rollators 	bis 13.01.2012	

Wer?	Was?	Wann? (Zeitplan)	Anmerkungen
Anbietern von Hausnotrufsystemen	<ul style="list-style-type: none"> △ Beratung über Hausnotrufsysteme (Möglichkeiten, Funktionsweise, Kosten) 	13.01.2012– 13.02.2012	
Berater	<ul style="list-style-type: none"> △ Kontaktaufnahme zum Hausarzt ab 22.12.2011 △ Informationsvermittlung über Kontaktdaten von wohnortnah praktizierenden Physiotherapeuten △ Zusammenstellen von Informationen und Kontaktdaten über ergänzende Angebote zur Verbesserung von Kraft, Mobilität und Balance (Sport, Gymnastik) △ Aushändigung von Informationsmaterial und Kontaktdaten zu: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sanitätshäusern ◦ Anbietern von Hausnotrufsystemen 	13.12.2011 – 16.12-2011 am 13.12. bereits erfolgt am 13.12. bereits erfolgt	

Anhang 2 – Umsetzungsstatus und Auswirkungen der Interventionen

Hier finden sie eine detaillierte Beschreibung der in der Studie „Altern zu Hause“ am häufigsten erfassten Problembereiche. Die Reihenfolge der Bereiche richtet sich nach der Häufigkeit des Vorkommens, d.h. je häufiger ein Problem erfasst wurde, desto weiter vorne steht dieses. Das Sturzrisiko war somit der am häufigsten erfasste Problembereich.

Die Beschreibung der Problembereiche, des Assessments, der Intervention und die Aufzählung der Experten geben die Hintergrundinformationen, die notwendig sind, um die Darstellung der Umsetzung der Intervention durch den Klienten und die Auswirkung der Interventionen auf den Problembereich besser verstehen und interpretieren zu können.

Jeder einzelne Problembereich ist wie folgt gegliedert:

- Beschreibung der Problembereiche: Hier wird definiert, welche Kriterien erfüllt werden müssen, damit ein Problem als solches erkannt wird.
- Assessment: Hier erfolgt eine allgemeine Darstellung der Parameter, die im Rahmen des Assessments erhoben wurden.
- Welche Interventionen wurden wie häufig durchgeführt?
- In welcher Art und Weise wurden die Interventionen durchgeführt?
- Welche Experten wurden wie häufig einbezogen?
- Wurden die vereinbarten Interventionen umgesetzt?
- Welche Auswirkung hatten die Interventionen auf das Problem?

Problembereich - Sturzrisiko/Sturzgefahr

Beschreibung des Problembereiches

Ein Sturzrisiko liegt vor, wenn der Klient:

- in den letzten 12 Monaten mindestens einmal gestürzt ist,
- ungünstige Wohnraumverhältnisse (zum Beispiel übereinanderliegende Teppiche, Stolperfallen usw.) vorliegen und/oder
- unter Schwindel, Kreislaufstörungen und/oder Gangunsicherheit leidet.

Assessment

- Diagnosen
- Sturzprotokoll
- Einschätzung Wohnsituation

- Einschätzung Beinfunktion

Interventionen

- bei 80 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 154 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz (90x)
 - Informationsvermittlung zum Hausnotruf (60x)
 - Informationsvermittlung zu Unterstützungsmöglichkeiten und -angeboten bei Hilfe- und Pflegebedarf (2x)
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Mobilität (1x)
 - Informationsvermittlung zu speziellen Erkrankungen und Symptomen (1x)

Art und Weise der Durchführung

- mehrheitlich (zu 54%) wurden Interventionen durchgeführt, die die Berater selbstständig planen und realisieren konnten
- 42% der Maßnahmen beinhalteten eine Vermittlung von Angeboten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 93% durch Informationsmaterial

einbezogene Experten und Dienste

- Hausnotruf (61x)
- Hausarzt (2x)
- Physiotherapie (2x)
- Sanitätshaus (2x)
- Blinden- und Sehbehindertenverband (1x)
- Wohnraumberatung/Beratung zu Wohnformen/Wohnen im Alter (1x)
- Anbieter von Freizeitmöglichkeiten (1x)
- Anbieter von Begegnungsstätten (1x)
- Mobilitätsbegleitdienst sowie Fahr- und Begleitdienst (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - über 18% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 32% der Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - etwa 4% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Teilnehmer bereits gut versorgt war
 - mehr als 6% der Maßnahmen wurden teilweise umgesetzt
 - knapp 23% der Interventionen wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei etwa 5% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 37% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei fast der Hälfte der Teilnehmer (47%) war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Fehlende

Wohnraumanpassung/Informationsbedarf „Wohnen im Alter“

Beschreibung des Problembereiches

- Informationsbedarf des Klienten zur Wohnraumanpassung (wie zum Beispiel Wannenlift, Treppenlift) und zu den unterschiedlichen Wohnformen im Alter (altengerechtes Wohnen, Betreutes Wohnen usw.)

Assessment

- Einschätzung der Wohnsituation mit Begehung der Wohnung
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 48 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 53 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter (49x)
 - Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz (2x)
 - Informationsvermittlung bei Fragen zur Pflege- und Krankenversicherung, zum Pflegegereformgesetz und zur Beantragung der Pflegestufe (1x)
 - Informationsvermittlung zu Unterstützungsmöglichkeiten und -angeboten bei Hilfe- und Pflegebedarf (1x)

Art und Weise der Durchführung

- mehrheitlich (79%) wurden Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- fast 19% der Interventionen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- die Informationsvermittlung erfolgte fast ausschließlich durch Informationsmaterial (94%)

benötigte Experten und Dienste

- Wohnraumberatung/Beratung zu Wohnformen/Wohnen im Alter (39x)

- Pflegekasse (2x)
- Seniorenhilfe und -beratung (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - mehr als 16% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 22% der Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - etwa 5% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Teilnehmer bereits gut versorgt war
 - mehr als 5% der Maßnahmen wurden teilweise umgesetzt
 - 43% der Interventionen wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei über 35% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - knapp 14% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei über 43% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Eingeschränktes Hörvermögen

Beschreibung des Problembereiches

Ein eingeschränktes Hörvermögen liegt vor, wenn der Klient:

- ein mangelndes Hören auf mindestens einem Ohr und
- keine fachärztliche Kontrolluntersuchung des Gehörs in den letzten zwei Jahren hat.

Assessment

- Diagnosen
- Hörprobe
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 37 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 37 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Verbesserung des Hörvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung (37x)

Art und Weise der Durchführung

- alle Interventionen waren Überweisungen zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 70% durch Informationsmaterial und zu 30% durch Beratung

benötigte Experten

- Facharzt für HNO (37x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - etwa 26% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - etwa 7% der Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - knapp 10% der Maßnahmen wurden teilweise umgesetzt
 - über 45% der Interventionen wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei knapp 10% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 16% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei über 67% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Eingeschränkte Mobilität

Beschreibung des Problembereiches Eine eingeschränkte Mobilität liegt vor, wenn der Klient:

- Einschränkungen von Bewegungsvorgängen im räumlichen Bereich,
- beim Transfer,
- dem Gehen und/oder
- der Fortbewegung mit Hilfsmitteln aufweist.

Assessment

- Diagnosen
- Beinfunktion
- Barthel-Index
- EQ-5D
- vorhandene Hilfsmittel
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 31 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 31 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Mobilität (31x)
 - Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz (1x)
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Beweglichkeit und Bewegungsförderung (1x)
 - Informationsvermittlung bei Fragen zur Pflege- und Krankenversicherung, zum Pflegegereformgesetz und zur Beantragung der Pflegestufe (1x)
 - Informationsvermittlung zu Entlastungsmöglichkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (1x)
 - Informationsvermittlung zu Freizeitangeboten (1x)
 - Informationsvermittlung zur Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter (1x)
 - Informationsvermittlung zu Ansprechpartnern bei Ämtern und Behörden (1x)

Art und Weise der Durchführung

- in der Mehrzahl der Fälle (etwa 68%) wurden in diesem Bereich Maßnahmen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- bei über 16% der Teilnehmer konnten die Interventionen durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 81% durch Informationsmaterial sowie zu 16% durch Beratung

benötigte Experten und Dienste

- Mobilitätsbegleitdienst sowie Fahr- und Begleitdienst (18x)
- Physiotherapie (4x)
- Hausarzt (1x)
- Fachverbände (1x)
- Sanitätshaus (1x)
- Behindertenbeauftragter und Versorgungsamt (1x)
- Getränkelieferdienst/Getränkesservice (1x)
- Pflegekasse (1x)
- Bürgeramt/Wohngeldstelle (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - 25% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt

- knapp 11% der Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden (in Planung) bzw. waren teilweise umgesetzt
- etwa 11% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Teilnehmer bereits gut versorgt war
- knapp 36% der Interventionen wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei knapp 7% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 50% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei 25% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Gefahr der sozialen Isolation

Beschreibung des Problembereiches

Eine Gefahr der sozialen Isolation liegt vor, wenn der Klient:

- keine Kontakt-, Vertrauens- oder Bezugspersonen hat und/oder
- diese Person nicht mindestens 1x pro Woche kontaktiert werden kann und/oder
- diese Person nicht verlässlich ist und/oder
- diese Person nicht bei Bedarf regelmäßig helfen kann.

Assessment

- Einschätzung soziales Umfeld
- Soziodemographie (Familienstand, Anzahl der Kinder)
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 30 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 52 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zu sozialen Angeboten (40x)
 - Informationsvermittlung zu Freizeitangeboten (6x)
 - Informationsvermittlung zum Hausnotruf (2x)
 - Informationsvermittlung zu Ansprechpartnern bei Ämtern und Behörden (2x)
 - Informationsvermittlung zur Verbesserung des Sehvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung (1x)
 - Informationsvermittlung zur Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter (1x)

Art und Weise der Durchführung

- bei mehr als 98% aller Senioren wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- die Informationsvermittlung erfolgte in allen Fällen ausschließlich über Informationsmaterial

benötigte Experten und Dienste

- Besuchsdienst (18x)
- Seniorenhilfe und -beratung (13x)
- Anbieter von Begegnungsstätten (9x)
- Anbieter von Freizeitmöglichkeiten (6x)
- Hausnotruf (2x)
- Blinden- und Sehbehindertenverband (1x)
- Sozialpsychiatrischer Dienst (1x)
- ARGE (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - lediglich 2% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - circa 11% sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - knapp 7% der Maßnahmen wurden teilweise umgesetzt
 - über 4% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Problembereich nicht mehr vorhanden war
 - etwa 58% der Interventionen wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei knapp 18% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - etwa 36% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei 29% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Informationsbedarf zu Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung

Beschreibung des Problembereiches

Ein Informationsbedarf zu Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung liegt vor, wenn der Klient:

- einen allgemeinen Informationsbedarf zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht und/oder
- einen speziellen Informationsbedarf (zum Beispiel zur Wirksamkeit, Aktualisierung, Formulierungshilfen usw.) hat.

Assessment

- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 28 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 28 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (28x)

Art und Weise der Durchführung

- alle Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- die Informationsvermittlung erfolgte fast ausschließlich (96%) über Informationsmaterial

benötigte Experten und Dienste

- keine

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - 40% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - circa 20% sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - 8% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Teilnehmer bereits gut versorgt war
 - 8% der Maßnahmen wurden teilweise umgesetzt
 - 24% der Interventionen wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei 60% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - etwa 16% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei 24% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Zunehmender Unterstützungsbedarf

Beschreibung des Problembereiches

Ein zunehmender Unterstützungsbedarf liegt vor, wenn der Klient:

- Hilfe vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich benötigt.

Assessment

- EQ-5D
- Barthel-Index
- IADL-Skala
- Pflege und Hilfe durch Familienangehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn
- Einschätzung der Wohnsituation
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 23 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 29 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zu Entlastungsmöglichkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (22x)
 - Informationsvermittlung zu Unterstützungsmöglichkeiten und -angeboten bei Hilfe- und Pflegebedarf (3x)
 - Informationsvermittlung zu speziellen Erkrankungen und Symptomen (2x)
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Mobilität (1x)
 - Informationsvermittlung zum Hausnotruf (1x)

Art und Weise der Durchführung

- zu knapp 97% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- die Informationsvermittlung erfolgte fast ausschließlich (97%) über Informationsmaterial

benötigte Experten und Dienste

- Hauswirtschaftliche Hilfe und Seniorenservice (15x)
- Essen auf Rädern/Mittagstisch (5x)
- Sanitätshaus (1x)
- Blinden- und Sehbehindertenverband (1x)
- Wäscheservice/Wäschedienst (1x)
- Getränkelieferdienst/Getränkesservice (1x)
- Hausnotruf (1x)
- Fußpflege (1x)
- Mobilitätsbegleitedienst sowie Fahr- und Begleitedienst (1x)
- mobiler Frisör (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - knapp 24% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - mehr als 38% sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - 19% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Teilnehmer bereits gut versorgt war
 - mehr als 14% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei circa 29% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - etwa 38% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei etwa 29% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Eingeschränktes Sehvermögen/Erblindung

Beschreibung des Problembereiches

Ein eingeschränktes Sehvermögen/Erblindung liegt vor, wenn der Klient:

- ein mangelndes Sehen evtl. mit Sehhilfe auf einem Auge und
- keine fachärztliche Kontrolluntersuchung der Augen in den letzten zwei Jahren hat.

Assessment

- Diagnosen
- Sehprobe
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 23 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 26 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Verbesserung des Sehvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung (22x)
 - Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz (2x)
 - Informationsvermittlung zu sozialen Angeboten (2x)

Art und Weise der Durchführung

- nur 8% der Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden

- zu 48% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- bei 44% der Maßnahmen erfolgte eine Überweisung zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 88% über Informationsmaterial und 12% Beratung

benötigte Experten und Dienste

- Augenarzt (11x)
- Blinden- und Sehbehindertenverband (10x)
- Besuchsdienst (2x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - 20% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 25% der Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden (in Planung) bzw. waren teilweise umgesetzt
 - 5% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Teilnehmer bereits gut versorgt war
 - 35% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei circa 5% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - etwa 10% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei 80% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Polypharmazie

Beschreibung des Problembereiches

Eine Polypharmazie liegt vor, wenn der Klient:

- eine Multimedikation mit regelmäßig 6 oder mehr Präparaten hat.

Assessment

- aktuelle Medikamenteneinnahme (Polypharmazie)
- Umgang mit Präparaten (Verwendung, Lagerung, Verordnung)

Interventionen

- bei 23 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 27 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zum Umgang mit Medikamenten (17x)
 - Informationsvermittlung zu speziellen Erkrankungen und Symptomen (10x)

Art und Weise der Durchführung

- 18% der Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- 12% der Interventionen wurden nach der Konsultation eines Experten mit dem Teilnehmer realisiert
- 70% der Maßnahmen erfolgte eine Überweisung zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- in allen Fällen erfolgte die Informationsvermittlung durch Beratung

benötigte Experten und Dienste

- Hausarzt (21x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - 40% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 8% der Maßnahmen wurden teilweise umgesetzt
 - 8% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt
 - der Umsetzungsstatus konnte bei 44% der Interventionen nicht beurteilt werden

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei 16% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 4% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei 76% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Einsamkeit

Beschreibung des Problembereiches

Eine Einsamkeit liegt vor, wenn der Klient:

- dies selbst äußert (subjektive Einschätzung).

Assessment

- soziale Situation (Kontakte und Unterstützung, Aktivitäten, Wohnsituation, ökonomische Verhältnisse)
- Soziodemographie (Familienstand, Anzahl der Kinder)
- GDS
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 22 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 38 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zu sozialen Angeboten (34x)
 - Informationsvermittlung zu Freizeitangeboten (3x)
 - Informationsvermittlung zur Verbesserung des Sehvermögens bzw. zum Umgang mit der Einschränkung (1x)

Art und Weise der Durchführung

- zu 97% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- die Informationsvermittlung erfolgte fast ausschließlich (97%) über Informationsmaterial

benötigte Experten und Dienste

- Besuchsdienst (19x)
- Seniorenhilfe und -beratung (11x)
- Anbieter von Freizeitmöglichkeiten (3x)
- Anbieter von Begegnungsstätten (3x)
- Blinden- und Sehbehindertenverband (3x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - knapp 3% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - mehr als 8% sollten noch umgesetzt werden (in Planung)
 - über 8% der Maßnahmen waren nicht mehr notwendig, da der Befragte bereits gut versorgt war
 - mehr als 58% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs

- bei circa 17% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
- etwa 39% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
- bei über 22% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Unsicherheit im Umgang mit speziellen Erkrankungen und Symptomen

Beschreibung des Problembereiches

Eine Unsicherheit im Umgang mit speziellen Erkrankungen und Symptomen liegt vor, wenn der Klient:

- einen Informationsbedarf zu Krankheitsbildern (wie Alkoholabusus, Osteoporose, Diabetes) oder
- Symptomen (wie Kurzatmigkeit, Mundtrockenheit usw.) hat.

Assessment

- Diagnosen
- aktuelle Medikamenteneinnahme
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 21 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 25 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zu speziellen Erkrankungen und Symptomen (21x)
 - Informationsvermittlung zum Umgang mit Medikamenten (2x)
 - Informationsvermittlung zu Gedächtnisbeeinträchtigungen (1x)
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Mobilität (1x)

Art und Weise der Durchführung

- 12% der Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- zu 16% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- bei 52% der Maßnahmen erfolgte eine Überweisung zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- 20% der Interventionen wurden nach der Konsultation eines Experten mit dem Teilnehmer realisiert
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 64% über Beratung, 32% Informationsmaterial und 4% per Anleitung

benötigte Experten und Dienste

- Hausarzt (7x)
- Neurologe (4x)
- Selbsthilfegruppen (3x)
- Orthopäde (1x)
- Chirurg (1x)
- Physiotherapie (1x)
- Pflegekasse (1x)
- Fußpflege (1x)
- Pflegedienst & Pflegende (1x)
- Geriatrische Tagesklinik (1x)
- Gedächtnisambulanz (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - knapp 24% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 19% der Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden (in Planung) bzw. waren teilweise umgesetzt
 - über 14% der Interventionen waren nicht mehr notwendig, da der Problembereich nicht mehr vorhanden war
 - knapp 24% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei circa 43% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 19% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei über 28% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Eingeschränkte Beweglichkeit der unteren Extremität

Beschreibung des Problembereiches

Eine eingeschränkte Beweglichkeit der unteren Extremität liegt vor, wenn der Klient:

- nachlassende Kraft in den Beinen aufweist und/oder
- auf Grund von Prothesen gehandicapt ist.

Assessment

- Diagnosen

- Barthel-Index
- Stürze
- Beinfunktion
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 20 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 26 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Beweglichkeit und Bewegungsförderung (25x)
 - Informationsvermittlung zur Unterstützung der Mobilität (1x)

Art und Weise der Durchführung

- 65% der Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- zu 8% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- bei 19% der Maßnahmen erfolgte eine Überweisung zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- 8% der Interventionen wurden nach der Konsultation eines Experten mit dem Teilnehmer realisiert
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 39% über Informationsmaterial, 23% Beratung, 8% per Anleitung sowie 30% Anleitung und Informationsmaterial

benötigte Experten und Dienste

- Physiotherapie (8x)
- Orthopädietechniker (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - knapp 17% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 50% der Maßnahmen waren teilweise umgesetzt
 - etwa 17% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei knapp 6% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr

- 11% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
- bei über 83% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Zunehmender Pflegebedarf

Beschreibung des Problembereiches

Ein zunehmender Pflegebedarf liegt vor, wenn der Klient:

- Unterstützung bei der Körperpflege und/oder
- Hilfe bei der Beantragung einer Pflegestufe benötigt.

Assessment

- Pflegestufe
- Barthel-Index
- IADL-Skala
- Pflege und Hilfen im Alltag
- EQ-5D
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 19 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 22 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung bei Fragen zur Pflege- und Krankenversicherung, zum Pflegegeldgesetz und zur Beantragung der Pflegestufe (14x)
 - Informationsvermittlung zu Unterstützungsmöglichkeiten und -angeboten bei Hilfe- und Pflegebedarf (6x)
 - Informationsvermittlung zur Wohnraumanpassung und Wohnen im Alter (1x)
 - Informationsvermittlung zum Hausnotruf (1x)

Art und Weise der Durchführung

- 19% der Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- zu 38% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- bei 43% der Maßnahmen erfolgte eine Überweisung zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 91% über Informationsmaterial und 9% Beratung

benötigte Experten und Dienste

- Hausarzt (11x)
- Pflegekasse (4x)
- Pflegedienst & Pflegende (2x)
- Fußpflege (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - fast 77% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 12% sollten noch umgesetzt werden (in Planung) oder wurden teilweise umgesetzt
 - etwa 6% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei fast 24% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 35% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei über 35% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Bewegungseinschränkungen durch Schmerzen

Beschreibung des Problembereiches

Eine Bewegungseinschränkung durch Schmerzen liegt vor, wenn der Klient:

- zum Beispiel aufgrund von Arthrose, Osteoporose, Problemen mit Hüftgelenksprothesen usw. dies berichtet.

Assessment

- Diagnosen
- Barthel-Index
- EQ-5D
- aktuelle Medikamenteneinnahme
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 17 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 22 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zum Schmerzmanagement (9x)

- Informationsvermittlung zu speziellen Erkrankungen und Symptomen (6x) item Informationsvermittlung zur Unterstützung der Beweglichkeit und Bewegungsförderung (6x)
- Informationsvermittlung zur Sturzprophylaxe und Aufstehen nach einem Sturz (1x)

Art und Weise der Durchführung

- über 9% aller Maßnahmen konnten durch die Berater selbstständig geplant und durchgeführt werden
- zu 4,5% wurden in diesem Bereich Interventionen durchgeführt, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne dass eine vorherige Konsultation des Hausarztes notwendig war
- bei 72,7% der Maßnahmen erfolgte eine Überweisung zu einem Experten nach vorheriger Rücksprache mit dem Hausarzt
- 13,6% der Interventionen wurden nach der Konsultation eines Experten mit dem Teilnehmer realisiert
- die Informationsvermittlung erfolgte zu 68,2% über Beratung, 27,3% Informationsmaterial und 4,5% per Anleitung

benötigte Experten und Dienste

- Physiotherapie (7x)
- Hausarzt (5x)
- Orthopäde (4x)
- Neurologe (1x)
- Schmerzzambulanz (1x)
- Ergotherapie (1x)
- Fachverbände (1x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - über 33% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - etwa 10% wurden teilweise umgesetzt
 - knapp 24% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - bei fast 34% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
 - 33% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
 - bei knapp 24% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden

Problembereich - Probleme mit Zahnprothese und Zähnen

Beschreibung des Problembereiches

Probleme mit Zahnprothese und Zähnen liegen vor, wenn der Klient:

- Schmerzen beim Kauen,
- eine schlecht angepasste Prothese,
- zu wenig Kraft beim Zubeißen hat und/oder
- nur noch weiche Nahrung essen kann.

Assessment

- Gebissstatus
- Mundhygiene
- Kauprobleme
- Erfassung aus dem Gespräch mit dem Teilnehmer

Interventionen

- bei 15 Teilnehmern, die Probleme in diesem Bereich aufwiesen, wurden insgesamt 15 Interventionen durchgeführt, diese waren:
 - Informationsvermittlung zur Verbesserung der Kau- und Sprechfunktion (14x)
 - Informationsvermittlung zum Flüssigkeitsbedarf, Empfehlung Trinkmenge zu erhöhen (1x)

Art und Weise der Durchführung

- meist handelte es sich um Interventionen, die eine Vermittlung von Angeboten beinhalteten, ohne vorherige Konsultation des Hausarztes
- die Informationsvermittlung erfolgte ausschließlich über Informationsmaterial

benötigte Experten und Dienste

- Zahnarzt (15x)

Umsetzungsstatus der Interventionen

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
 - über 23% der Interventionen aus diesem Problembereich wurden umgesetzt
 - 8% waren nicht mehr notwendig, da das Problem nicht mehr vorhanden war
 - knapp 62% der Interventionen in diesem Bereich wurden abgelehnt

Auswirkungen der Interventionen im Problembereich

- 18 Monate nach der Erfassung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs

- bei fast 24% der Projektteilnehmer bestand der Problembereich nicht mehr
- 23% der Senioren hatten teilweise noch Probleme in diesem Bereich
- bei über 46% der Teilnehmer war der Problembereich noch komplett vorhanden