

Modellprojekt
Präventive Hausbesuche in Moisling
Evaluationsbericht der
Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck
(2019-2021)

Inhalt

Einleitung.....	5
1. Stand der Forschung zu Erhebungsinstrumenten bei präventiven Hausbesuchen 6	
2. Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes	8
3. Methodisches Vorgehen.....	9
4. Ergebnisse	12
4.1 Wie setzt sich die Gruppe der besuchten Senior:innen zusammen bezüglich Alter, Geschlecht, Beruf, Migrationshintergrund (erfasst über Muttersprachlichkeit), Wohn- und Lebenssituation?	12
4.2 Welcher Informationsweg erweist sich am wirkungsvollsten, um die Adressaten zu erreichen?	13
4.3 Für welche Themen besteht am häufigsten Informationsbedarf/welche Themen sind bereits ausreichend bekannt?	14
4.4 Welche Aktivitäten (z.B. Sport, Hobbys) betreiben die Senior:innen bereits/zu welchen sind sie im Verlauf zu motivieren?	15
4.5 Wie ist die Lebensqualität der befragten Senior:innen (erfasst über den EUROHIS-QoL 8)?	16
4.6 Welche Risiken (z.B. in Bezug auf Sturzprovokation) bestehen in der Häuslichkeit?.....	18
4.7 Welche Möglichkeiten in Bezug auf praktische und emotionale Unterstützung bestehen aus Sicht der Befragten, welche wünschen sie sich?	18
4.8 Wie mobil sind die Senior:innen (erfasst über den Parker Mobility Score), welche Hilfsmittel setzen sie ein, wie häufig sind Stürze und Sturzfolgen? .	20
4.9 Wie häufig bestehen alltagsrelevante Einschränkungen durch Schmerzen, Visus- oder Hörverlust?	21
4.10 Wie häufig sind schwerwiegende Ernährungsstörungen?	21
4.11 Welche instrumentellen Aktivitäten (z.B. Telefonieren, Medikamente korrekt handhaben) sind beeinträchtigt (IADL nach Lawton und Brody)? Warum? Ist auch die Basis-Selbstpflege betroffen?.....	22
4.12 Gibt es Hinweise auf eine Depression (erfasst über den 2-Fragen-Test nach Whooley)?.....	25
4.13 Bestehen rechtliche Verfügungen/besteht (weiterer) Informationsbedarf diesbezüglich?	26
4.14 Wie hätten die Besuchten den präventiven Hausbesuch am liebsten gehabt/ was hat ihnen gefallen/ was nicht?	26

4.15 Welche Vorschläge (Beratungen/ Aktivitätsangebote/ Wohnraumanpassung usw.) wurden angenommen und umgesetzt?	27
4.16 Inwieweit konnten am Anfang des Hausbesuches geäußerte Zukunftssorgen im Verlauf gelindert werden oder haben sie sich verstärkt?.....	29
5. Fazit und möglicher Ausblick.....	30
Literaturverzeichnis	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wie sind Sie auf die präventiven Hausbesuche aufmerksam geworden? (Mehrfachnennung möglich)	13
Tabelle 2: Unsere Hausbesuche sollen Ihnen helfen, länger in ihrem Zuhause sicher und selbstbestimmt zu leben. Gibt es dazu Themen, über die wir Sie informieren sollen?	14
Tabelle 3: Welche Aktivitäten/Hobbies (z. B. sozial, kulturell, Sport/Gymnastik) haben Sie, die Ihnen besondere Freude machen? (Mehrfachnennungen).....	15
Tabelle 4: EUROHIS-QoL 8 Frage 1	16
Tabelle 5: EUROHIS-QoL 8 Frage 2	16
Tabelle 6: EUROHIS-QoL 8 Frage 3	16
Tabelle 7: EUROHIS-QoL 8 Frage 4	16
Tabelle 8: EUROHIS-QoL 8 Frage 5	16
Tabelle 9: EUROHIS-QoL 8 Frage 6	17
Tabelle 10: EUROHIS-QoL 8 Frage 7	17
Tabelle 11: EUROHIS-QoL 8 Frage 8	17
Tabelle 12: Wie lange würde es höchstens dauern, bis es auffällt, wenn Sie sich nicht bemerken machen könnten?	18
Tabelle 13: Von wem werden Sie im Alltag unterstützt? (Mehrfachnennungen möglich)	18
Tabelle 14: Welche Art der Unterstützung erhalten Sie? (Mehrfachnennungen möglich)	19
Tabelle 15: Ergebnisse des Parker Mobility Score	20
Tabelle 16: Schränken Schmerzen Sie bei Ihren Tätigkeiten ein (letzte zwei Wochen)?	21
Tabelle 17: BMI (Einteilung nach WHO)	21
Tabelle 18: IADL Frage 1	22
Tabelle 19: IADL Frage 2	22
Tabelle 20: IADL Frage 3	23
Tabelle 21: IADL Frage 4	23
Tabelle 22: IADL Frage 5	24
Tabelle 23: IADL Frage 6	24
Tabelle 24: IADL Frage 7	24
Tabelle 25: IADL Frage 8	25
Tabelle 26: Welche Beratung/ welches Angebot haben Sie wahrgenommen?	28
Tabelle 27: Was sind Ihre größten Sorgen/ Ihre größten Anliegen, wenn Sie an Ihre Zukunft in den nächsten fünf Jahren denken?	29
Tabelle 28: Veränderung der zu Beginn geäußerten Sorge	30

Einleitung

Ein zentraler Wunsch älterer Menschen und zugleich ein wesentliches Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland ist es, so lange und so gut wie möglich im langjährig vertrauten Zuhause leben zu können.

Im Juni 2015 fasste der Ausschuss für Soziales der Hansestadt Lübeck den Beschluss, vor dem Hintergrund des Konzeptes „Leben und Wohnen im Alter“ unter Federführung des Bereichs Soziale Sicherung präventive Hausbesuche zu initiieren. Im Juni 2018 begann die konkrete Planungsphase für das Modellprojekt präventive Hausbesuche in Moisling. Zielgruppe sind Senior:innen ab i. d. R. 75 Jahren ohne Pflegegrad im Stadtteil Moisling und angrenzend. Der Zweck der Besuche, die über sechs Krankenkassen finanziell gefördert und von zwei hierfür ausgebildeten Fachkräften der Caritas vorgenommen werden, besteht darin, frühzeitig und bedarfsgerecht Informationen zur Verfügung zu stellen, die die Senior:innen in die Lage versetzen, die bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für sich zu nutzen. Dabei ist den Hausbesuchen eine Brückenfunktion zugeordnet, d.h. die professionellen Hausbesucherinnen stellen fest, zu welchen Themen tiefere Beratung gewünscht wird, nennen die passenden Ansprechpartner und vermitteln auf Wunsch den Kontakt zu diesen.

Gleichzeitig sollen Erkenntnisse über die Bedürfnisse der Senior*innen und mögliche Versorgungslücken in die Planungen der Kommune und Krankenkassen einfließen. Für die Umsetzung konnten zwei Mitarbeiterinnen der Caritas gewonnen werden, die über sehr gute Kenntnisse im Sozial- und Gesundheitsbereich verfügten sowie durch ihre Vermittlungskompetenz überzeugten und dazu in der Lage waren, eine vertrauensvolle Atmosphäre in dem Gespräch mit den Senior:innen herzustellen.

Die Rolle der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) bestand in diesem Modellprojekt darin, in Kooperation mit der Hansestadt Lübeck und den die Hausbesuche durchführenden Fachkräften einen Fragebogen als Leitfaden für ein halbstandardisiertes Interview zu entwickeln und die auf diesem notierten Daten nach Anonymisierung deskriptiv auszuwerten sowie eine wissenschaftliche Veröffentlichung zu erstellen.

Im folgenden Bericht wird zunächst eine Übersicht zu bereits modellhaft durchgeführten präventiven Hausbesuchen und dort verwendeten Assessmentinstrumenten dargestellt (Kapitel 1). Im Anschluss daran werden der Untersuchungsgegenstand und das methodische Vorgehen dargelegt (Kapitel 2 und 3). Die Ergebnisse der Evaluation werden in Kapitel 4 umfassend beschreiben und abschließend in Kapitel 5 zusammengefasst.

1. Stand der Forschung zu Erhebungsinstrumenten bei präventiven Hausbesuchen

Präventive Hausbesuche bei Senior:innen werden mit unterschiedlicher Fokussierung angeboten, jedoch enthalten alle Elemente, die auf ein Empowerment mit Erhöhung bzw. längerem Erhalt der Selbstversorgungskompetenz und Steigerung der Lebensqualität abzielen.

Bereits 2005 wurde im Rahmen des Experten-Hearings „Präventiver Hausbesuch im Alter“, durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung konstatiert, dass die damals verfügbaren Varianten dieser komplexen Intervention sehr uneinheitlich ausgestaltet waren, aber es „starke Hinweise“ auf positive Effekte gebe (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2005).

Präventive Hausbesuche sind in anderen europäischen Staaten z.T. deutlich stärker etabliert als in Deutschland. Z.B. sind in Dänemark alle Kommunen verpflichtet, ein seniorengerechtes Wohnen und die pflegerische Versorgung ihrer Bürger sicherzustellen. Dort haben seit 1998 alle über 75-Jährigen, die noch nicht regelmäßig gepflegt werden, Anspruch auf zwei für sie kostenfreie präventive Hausbesuche jährlich im Rahmen des „Hjemmerservice“ Home-Service-Programms. Dies unterstützt sowohl die individuell als auch gesellschaftlich rechtzeitige Planung der Versorgung der Senior*innen. Prof. C. Hendriksen (Universität Kopenhagen) berichtete anlässlich des o.g. Experten-Hearings, präventive Hausbesuche für bereits regelmäßig auf Pflege angewiesene Bürger*innen seien 2005 wegen weitgehend fehlenden Zusatznutzens eingestellt worden. Langfristige Effekte hätten die Voraussetzung einer guten Zusammenarbeit mit einem Geriatrischen Team, das ein „umfassendes geriatrisches Assessment und Management“ individuell anbieten könne (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2005).

In Deutschland werden oder wurden bereits u.a. in folgenden Regionen präventive Hausbesuche angeboten:

In Hamburg wird im Rahmen der Langzeitstudie (LUCAS) (Dapp et al., 2011) ein Assessment durchgeführt, dass Risikofaktoren für die Entwicklung von Gebrechlichkeit detektiert. Das Programm beinhaltet Tipps zum möglichst langfristigen Erhalt der Fitness. Im Rahmen dieser Studie wurde auch die Akzeptanz präventiver Hausbesuche bei älteren Personen mit Frailty untersucht. Diese war höher bei alleinlebenden Menschen, bei Frauen und bei Pflegebedürftigen. Die am häufigsten genannten Gründe für eine Ablehnung waren gesundheitliche Probleme, seelische Belastung oder (subjektiv) fehlender Bedarf (Pröfener et al., 2016).

2018/2019 wurden 1636 Besuche im Rahmen des Projekts „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren“ durchgeführt. 35% der angeschriebenen frisch achtzigjährigen Personen nahmen das offerierte Angebot an, bei dem es sich ebenfalls um eine Lotsentätigkeit zur Inanspruchnahme bestehender Beratungsstellen und Hilfe leistenden Organisationen handelte (Neumann, Dapp, Böttcher-Völker et al. 2021).

Gemäß Abschlussbericht einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) aus dem Jahr 2013 lagen bis dahin für folgende drei Interventionen Evaluationsstudien vor:

In dem Projekt „Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche“ erfolgte die Evaluation präventiver Hausbesuche anhand einer multizentrischen longitudinalen randomisierten kontrollierten Interventionsstudie. Es konnten 336 Personen in Leipzig und Halle rekrutiert werden. Es wurden Instrumente aus dem Geriatrischen Assessment einschließlich der Bereiche Kognition, Ernährungsstatus, soziale Aktivitäten, Wohnsituation, ökonomische Verhältnisse, Gebissstatus und Medikamenteneinnahme verwendet. Die Interventionsgruppe profitierte signifikant hinsichtlich Lebensqualität und Sturzquote. Auch war die Mortalität 30 %, die Häufigkeit eines Heimeinzuges sogar 45 % niedriger, das gewählte Signifikanzniveau wurde jedoch nicht erreicht (ZQP, 2011; Luck et al, 2011).

Im Projekt „mobil – Präventive Hausbesuche bei über 74-jährigen Senioren“ wurden 182 Personen drei- bis fünfmal im Verlauf eines Jahres zu Hause besucht und ihre Daten mit denen von 1172 Senioren ohne diese Intervention verglichen. Mit der gewählten Assessmentbatterie (u.a. STEP-m) ließen sich keine signifikanten Effekte auf die untersuchten Fähigkeiten feststellen. Auch die Rate an Umzügen in eine Pflegeinstitution und die Kosten für Pflege, Arzneimittel und Krankenhausbehandlung unterschieden sich nicht signifikant (Gebert, Schmidt, 2007).

Auch das Projekt „Gesund Älter Werden“ in mehreren Stadtteilen Hannovers konnte in einer randomisierten kontrollierten Studie keine signifikanten Vorteile von Hausbesuchen hinsichtlich Heimaufnahme, Sturz, Mortalität oder Kosten für Medikamente, Krankenhausbehandlung oder Pflege nachweisen, die Lebensqualität wurde nicht signifikant beeinflusst (Fischer, Sandholzer, Perschke-Hartmann, 2009).

Ein Review basierend auf 64 Studien zu präventiven Hausbesuchen konnte keine konsistenten Effekte belegen, schloss diese jedoch auch nicht aus, sondern verwies auf niedrige Studienqualitäten und fehlende Vergleichbarkeit hinsichtlich Interventionskomponenten und Untersuchungsmethoden (Mayo-Wilson, Grant, Burton et al. 2014).

Es gilt bei der Untersuchung eines möglichen Nutzens präventiver Hausbesuche, auch andere Auswirkungen in Betracht zu ziehen. Eine frühzeitige Inanspruchnahme niedrigschwelliger Unterstützungsangebote kann es erleichtern, bei fortschreitendem Pflegebedarf rechtzeitig Hilfe anzunehmen. So soll späterem Leid auf Seiten der Pflegenden und Gepflegten vorgebeugt werden – einschließlich der Verminderung des Risikos für häusliche Gewalt, deren Prävalenz sich kaum abschätzen lässt, da die Dunkelziffer vermutlich hoch ist (Arlt, Gerpheide, Schulz, 2012).

Im Modellprojekt „Prävention für Senioren Zuhause“ (PräSenZ) wurde ein Fragebogen mit den 6 Themenbereichen Stammdaten/soziale Situation, persönliche Versorgung, gesundheitliche Situation, finanzielle Situation, psychosoziale Situation/Teilhabe und Zukunftsorientierung/Ziele für das kommende Jahr basierend auf dem geriatrischen STEP-m-Assessment entwickelt. In drei Gemeinden unterschiedlicher Besiedlungsdichte in Baden-Württemberg wurde versucht, den Verbleib im gewohnten Umfeld durch Beratung und Hilfsangebote zu stabilisieren, ein zu den geplanten präventiven Hausbesuchen in Lübeck ähnlicher Ansatz. Die meisten Senioren sprachen sich für eine Fortführung der Intervention aus und gaben nach den Hausbesuchen an, sich nun deutlich entlastet zu fühlen und besser in der Lage zu sein, bei Bedarf dafür zu sorgen, Unterstützung zu erhalten (Gebert, Weidner, Brünnett et al. 2008). Zurzeit wird in dem Projekt „PräSenZ im Quartier“ (PiQ) der Ansatz des präventiven Hausbesuches aus PräSenZ als Instrument der Quartiersentwicklung weiterentwickelt, ebenfalls in Baden-Württemberg, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2017).

Von Juni bis Dezember 2019 führte das IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbands eine explorative Literaturstudie zu dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche durch. Ausgehend von den zehn untersuchten Veröffentlichungen lässt sich festhalten, dass es sich bei den Hausbesuchsprogrammen um sehr komplexe Interventionen handelte, die sich teilweise von Teilnehmer zu Teilnehmer unterscheiden konnten. Neben präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichteten Anteilen enthielten sie in der Regel weitere Komponenten, die stärker behandlungs- oder pflegeorientiert ausgerichtet waren (wie z. B. Medikamentenmanagement oder Schmerzassessment und -management). In nahezu allen Programmen wurde ein geriatrisches Assessment oder ein strukturierter Fragebogen eingesetzt, wobei meist mehrere Dimensionen erfasst wurden (GKV-Spitzenverband, 2020).

2. Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes

In Lübeck richteten sich die präventiven Hausbesuche primär an im Stadtteil Moisling wohnende Senior:innen, die ihr fünfundsiebzigstes Lebensjahr vollendet hatten und noch über keine Pflegegradeinstufung verfügten. Ziel der Hansestadt war, mindestens

300 Hausbesuche im Rahmen des Projektes durchzuführen. Seit der Kick-off-Veranstaltung am 4. April 2019 vor Ort wurde über die Presse, im Internet, mittels Plakate, durch Flyer und persönliche Ansprache, z.B. in Arztpraxen, auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, sich in der eigenen Wohnung (auf Wunsch auch an anderen Orten), darüber beraten zu lassen, welche Möglichkeiten es gibt, sowohl Vereinsamung als auch einer Gefährdung der häuslichen Versorgung frühzeitig vorzubeugen. Die Teilnahme einer Vertrauensperson wurde gern gesehen. In der Regel wurden drei Besuche geplant (zweites Gespräch nach spätestens 6 Wochen, drittes nach 6 Monaten). In deren Verlauf komplettierte die besuchende Fachkraft der Caritas einen von der FGL gemäß den Anliegen der Hansestadt und der Hausbesucherinnen gestalteten halbstandardisierten Fragebogen. Die Gesprächsgestaltung folgte den Wünschen der besuchten Senior:innen, deren spontane Äußerungen wurden durch Nachfragen ergänzt, um die vorgesehenen Themenbereiche zu bearbeiten.

Die Evaluation der Effekte präventiver Hausbesuche war durch diverse Faktoren erschwert: Eine Reduktion der Rate an Umzügen in eine Pflegeinstitution durch präventive Hausbesuche lässt sich nicht in dem durch das Modell in Lübeck vorgegebenen Zeitraum von sechs Monaten erwarten, besonders unter der Berücksichtigung des Ausschlusskriteriums einer bereits erfolgten Pflegegrad-Einstufung. Auch Effekte auf die Mortalität waren angesichts der Laufzeit des Projektes und der Fallzahl nicht zu erwarten. Der Nachweis funktioneller Verbesserungen setzt ein wiederholtes geriatrisches Assessment unter Einschluss von Performance-Tests voraus, dies war in diesem Modell jedoch nicht vorgesehen.

3. Methodisches Vorgehen

Nach einer Literaturrecherche zu dem Thema präventive Hausbesuche und möglicher Methoden der Evaluation wurde in Zusammenarbeit mit K. Arlt (eine die Hausbesuchende durchführende Mitarbeiterin der Caritas) ein Interviewleitfaden entwickelt, der es ermöglicht, den Unterstützungsbedarf der Senior:innen zu ermitteln und Themen zu identifizieren, zu denen die Senior:innen sich eine tiefergehende Beratung wünschen. Die Herausforderung in der Entwicklung bestand darin, alle relevanten Informationen zu erhalten, um passende weiterführende Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen und gleichzeitig vom Umfang und Aufwand der Anwendung her praktikabel zu bleiben. Es sollte reichlich Raum für das spontane Mitteilungsbedürfnis der Senior:innen eingeräumt werden, anstatt die Partizipation an der inhaltlichen Gestaltung durch ein zu straff geführtes Interview einzuengen.

Insbesondere die im Fragebogen aus dem Projekt PräSenZ genannten 6 Themenbereiche wurden berücksichtigt und für die Bedürfnisse im Lübecker Modellprojekt modifiziert und durch zusätzliche Messinstrumente erweitert, wie den EUROHIS-QOL 8-Item Index, den Parker Mobility Score, die Instrumentellen Aktivitäten nach Lawton und Brody und den 2-Fragen-Test nach Whooley. Nach Vorstellung des Interviewleitfadens

im Projektteam und einer Testphase wurde er weiter modifiziert und in eine Endfassung überführt. Zu Erhebungsbeginn wurden die einzelnen ausgefüllten Interviewleitfäden von S. Krupp im engen Austausch mit den Interviewerinnen auf Anwendbarkeit und Interpretation hin überprüft, durchgehend auf Lesbarkeit und inhaltliche Konsistenz. Zeitgleich entstand eine SPSS-Datenbank für die Eingabe der Daten und spätere Auswertung.

Der Interviewleitfaden dient neben der Unterstützung der durchführenden Mitarbeiter:innen auch zur Bearbeitung folgender Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation:

- a. Welcher Informationsweg erweist sich am wirkungsvollsten, um die Adressaten zu erreichen?
- b. Für welche Themen besteht am häufigsten Informationsbedarf/welche Themen sind bereits ausreichend bekannt?
- c. Welche Aktivitäten (z.B. Sport, Hobbys) betreiben die Senior:innen bereits/zu welchen sind sie im Verlauf zu motivieren?
- d. Wie setzt sich die Gruppe der besuchten Senior:innen zusammen bezüglich Alter, Geschlecht, Beruf, Migrationshintergrund (erfasst über Muttersprachlichkeit), Wohn- und Lebenssituation?
- e. Wie ist die Lebensqualität der befragten Senior:innen (erfasst über den EUROHIS-QoL 8)?
- f. Welche Risiken (z.B. in Bezug auf Sturzprovokation) bestehen in der Häuslichkeit?
- g. Welche Möglichkeiten in Bezug auf praktische und emotionale Unterstützung bestehen aus Sicht der Befragten, welche wünschen sie sich?
- h. Wie mobil sind die Senior:innen (erfasst über den New Mobility Score nach Parker und Palmer), welche Hilfsmittel setzen sie ein, wie häufig sind Stürze und Sturzfolgen?
- i. Wie häufig bestehen alltagsrelevante Einschränkungen durch Schmerzen, Visus- oder Hörverlust?
- j. Wie häufig sind schwerwiegende Ernährungsstörungen?
- k. Welche instrumentellen Aktivitäten (z.B. Telefonieren, Medikamente korrekt handhaben) sind beeinträchtigt (IADL nach Lawton und Brody)? Warum? Ist auch die Basis-Selbstpflege betroffen?
- l. Gibt es Hinweise auf eine Depression (erfasst über den 2-Fragen-Test nach Whooley)?
- m. Bestehen rechtliche Verfügungen/besteht (weiterer) Informationsbedarf diesbezüglich?

- n. Wie hätten die Besuchten den präventiven Hausbesuch am liebsten gehabt/ was hat ihnen gefallen/ was nicht?
- o. Welche Vorschläge (Beratungen/ Aktivitätsangebote/ Wohnraumanpassung usw.) wurden angenommen und umgesetzt?
- p. Inwieweit konnten am Anfang des Hausbesuches geäußerte Zukunftssorgen im Verlauf gelindert werden oder haben sie sich verstärkt?

Die letztgenannte Frage ist von zentraler Bedeutung für die unmittelbare Verbesserung der Lebensqualität der besuchten Senior:innen.

Im Juni 2019 entstand das Studienprotokoll zur wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens und ein Ethikantrag wurde bei der Ethikkommission der Universität zu Lübeck gestellt. Dieser wurde am 10. Juli 2019 genehmigt (Aktenzeichen 19-219).

Für die monozentrisch prospektive deskriptive Kohortenstudie wurden in der Zeit vom April 2019 bis zum Mai 2022 alle sich für die präventive Hausbesuche interessierenden Senior:innen darum gebeten, an der Studie teilzunehmen. Für die Patientenaufklärung einschließlich Hinweisen auf den Datenschutz und das Einholen der schriftlichen Einwilligung zur Studienteilnahme wurden den die Hausbesuche durchführenden Mitarbeiterinnen der Caritas mit ihnen (und nachfolgend dem die FGL beratenden Datenschutzunternehmen) abgestimmte Formulare zur Verfügung gestellt. Die Beraterinnen nahmen die Aufklärung persönlich vor und gewährten Bedenkzeit, wenn diese gewünscht wurde. Es waren für die Teilnehmenden abgesehen von der möglichen psychischen Belastung durch die Beschäftigung mit den eigenen Zukunftssorgen – mit dem Ziel, diesen konstruktiv entgegenzutreten - keine negativen Effekte durch die Studienteilnahme zu erwarten.

Eingeschlossen wurden Personen aus Moisling, auf besonderen Wunsch auch aus dem angrenzenden Stadtgebiet, die kalendarisch das fünfundsiebzigste Lebensjahr überschritten hatten oder biologisch diesem Alter vergleichbar waren. Ausgeschlossen wurden Personen, die selbst nicht einwilligungsfähig waren für die Studie zur Evaluation der Intervention. Dropout bestand, wenn Teilnehmende, für die nach dem ersten mindestens ein weiterer Besuch geplant war, für diesen nicht zur Verfügung standen, ohne dass sie offiziell auf den weiteren Besuch verzichtet hatten. Bei geplantem Verzicht auf einen weiteren Besuch wurden die angegebenen Gründe dafür notiert und sekundär kategorisiert.

Die Daten wurden im Rahmen der Hausbesuche erhoben, die sich bei jedem Teilnehmenden über etwa sechs Monate erstreckten. Wenn das Interview als zu umfangreich empfunden wurde, um beim ersten Besuch komplettiert zu werden, konnte dies im Rahmen des zweiten oder sogar dritten Besuches erfolgen. Um die zeitliche Zuordnung zu ermöglichen, war für jeden der drei Besuchstermine ein Ausfüllen mit einem anderen Farbstift vorgesehen.

4. Ergebnisse

Bezüglich der Rekrutierung von Teilnehmer:innen (TN) erwies sich der Verzicht auf postalische Anschreiben aus datenschutzrechtlichen Bedenken heraus als deutliche Erschwernis. Es mussten seitens der Mitarbeiterinnen erhebliche Zeitressourcen aufgebracht werden, um potenzielle TN zu finden und über das Projekt zu informieren. Die Hürde, sich proaktiv melden zu müssen, um einen Hausbesuch anzufordern, kann dazu geführt haben, dass gerade jene aus der Zielgruppe kaum erreicht wurden, bei denen die Intervention am dringlichsten gewesen wäre.

Mit Beginn der Corona-Pandemie traten zusätzlich gesetzliche Limitationen auf bis hin zu Lockdowns. Darüber hinaus haben sicherlich nachvollziehbare Ängste in der vulnerablen Gruppe der Senior:innen einen starken hemmenden Faktor bei der Rekrutierung von Hausbesuchs-Kandidat:innen dargestellt.

Bei der Auswertungsmethode handelt es sich um eine deskriptive statistische Analyse. Da einige Fragen offen gestaltet wurden und die Teilnehmer:innen die Antworten in ihren eigenen Worten wiedergegeben haben, wurden hier Kategorien gebildet, um mehrere inhaltlich ähnliche Antworten zusammenzufassen, wo dies möglich war. Die Ergebnisse werden nun anhand der in Kapitel 3 genannten Fragestellung dargestellt.

4.1 Wie setzt sich die Gruppe der besuchten Senior:innen zusammen bezüglich Alter, Geschlecht, Beruf, Migrationshintergrund (erfasst über Muttersprachlichkeit), Wohn- und Lebenssituation?

In dem Zeitraum April 2019 bis November 2021 wurden insgesamt 120 Besuche bei 47 TN durchgeführt. Die TN waren im Durchschnitt 81 (+/- 6) Jahre alt. Der/Die jüngste TN war 68 Jahre und der/die älteste TN 93 Jahre alt, 36 TN weiblich, 11 TN männlich. In der Mehrzahl waren die TN verwitwet (n=26), 13 waren verheiratet, 6 geschieden und zwei 2 ledig. Von den 47 TN lebten 32 allein, 14 in Partnerschaft und einer/eine mit einem/einer Mitbewohner:in. Bis auf 3 TN haben alle noch Kinder.

Mit Ausnahme von 3 TN waren alle früher berufstätig. 28 TN waren Angestellte in den Bereichen Kaufmännische Dienstleistung/Buchhaltung, Gesundheits- und Krankenpflege und Erziehung. 15 TN gaben an, als Arbeiter in Produktion und Fertigung tätig gewesen zu sein. Jeweils ein/e TN war Beamte/r, leitende/r Angestellte/r und Selbständige/r.

3 TN gaben eine andere Muttersprache als deutsch an (persisch, polnisch, portugiesisch).

12 TN haben nicht alle drei Besuche in Anspruch genommen:

- 3 TN sind nach dem 2. Besuch umgezogen. 2 TN sind in eine Pflegeeinrichtung und 1 TN ist zur Tochter gezogen.
- 3 TN haben auf eigenen Wunsch den 3. Besuch nicht mehr in Anspruch genommen.

- 1 TN hat auf eigenen Wunsch nach dem 1. Besuch auf weitere verzichtet.
- 2 TN sind vor dem 2. Besuch verstorben.
- 1 TN hatte zum Zeitpunkt des 3. Besuchs einen Krankenhausaufenthalt und es stand noch nicht fest, ob eine Rückkehr in die Häuslichkeit möglich sein wird.
- Bei 1 TN stellte sich beim 1. Besuch heraus, dass hier ein Pflegegrad 1 bewilligt wurde.

4.2 Welcher Informationsweg erweist sich am wirkungsvollsten, um die Adressaten zu erreichen?

Antwortmöglichkeit	Häufigkeit der Antwort
Zeitung	17
Flyer	14
Nachbarschaft/Freunde/Bekannte	7
Hausarzt	7
Angehörige	5
Aushang	3
Krankenhaus	0
Ehrenamtliche	0
Sonstiges (z.B. AOK-Beratung, Frühstücksgruppe der Seniorenberatung, Kaffeerunde Wicherngemeinde, Infostand Gesundheitszentrum)	24

Tabelle 1: Wie sind Sie auf die präventiven Hausbesuche aufmerksam geworden? (Mehrfachnennung möglich)

Keine:r der Senior:innen aus Moisling war bei Krankenhaus-Entlassung darauf aufmerksam gemacht worden, dass ein präventiver Hausbesuch angefordert werden kann. In der zweiten Projektphase wurden die Teilnehmer:innen vermehrt durch ihr persönliches Umfeld auf die präventiven Hausbesuche aufmerksam gemacht.

In anderen Projekten haben die Kommunen oder auch Krankenkassen proaktiv potentielle Teilnehmer:innen angeschrieben. Eine Befragung zum präventiven Hausbesuch im Kreis Siegen-Wittgenstein ergab, dass eine Beratung im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit zur Unterstützung der selbständigen Lebensführung gegenwärtig außerhalb des „Erwartungshorizontes“ von älteren Menschen liegt. Beratung und Hilfe werden erst von ihnen in Anspruch genommen, wenn sie keine eigenen Ressourcen zur Bewältigung ihrer Situation mehr sehen. Gleichzeitig befürwortete die Mehrzahl der Befragten (87%) ein jährliches Informationsschreiben zum Angebot sowie eine aktive Kontaktaufnahme mit den Senior:innen durch ihnen bekannte Berater:innen. Die Senior:innen gaben an, dass das jährliche Anschreiben eine gewisse Sicherheit vermittele, dass im Bedarfsfall kompetente Ansprechpartner:innen zur Verfügung stünden (Gebert, Weidner, Brünnett et al. 2008; Gebert, 2012).

7 TN an der Lübecker Studie wurden von ihren Hausärzten auf das Angebot aufmerksam gemacht. Auch in der Literaturrecherche des IGES Instituts zeigte sich die Ansprache der Zielgruppe über die Hausarztpraxis als eine vielversprechende und empfehlenswerte Strategie (GKV-Spitzenverband, 2020).

4.3 Für welche Themen besteht am häufigsten Informationsbedarf/welche Themen sind bereits ausreichend bekannt?

Informationsbedarf über...	Häufigkeit der Nennung
Allgemeine Hilfs- und Unterstützungsangebote	19
Unterstützung im häuslichen Umfeld	16
Leistungen der Pflege- und Krankenkassen/ Pflegegrad	11
Wohnsituation/möglicher Umzug/alternative Wohnmöglichkeiten/Bauliche Veränderungen	9
Möglichkeiten für soziale Kontakte (Erhalt von Besuchsdienst, Integration in Stadtteil, Gruppenangebote, Ehrenamtstätigkeit)	5
Behindertenausweis/ Leistungen bei Grad der Behinderung	2
Vollmachten, Verfügungen	1
Kontakt zu Beratungsstelle	1
Sturzprophylaxe	1
Wege durch den „Behördenschungel“	1

Tabelle 2: Unsere Hausbesuche sollen Ihnen helfen, länger in ihrem Zuhause sicher und selbstbestimmt zu leben. Gibt es dazu Themen, über die wir Sie informieren sollen?

Der Informationsbedarf war in Bezug auf Unterstützungsangebote am höchsten. 2021 erhöhte sich der Bedarf an Informationen zu den Themen Wohnen, Pflegegrad und soziale Kontakte leicht.

Durch die präventiven Hausbesuche wurden 28 TN (59,6 %) erreicht, die angaben, dass ihnen keine weiteren Beratungsangebote bekannt seien. Bekannt waren die Seniorenberatung der Caritas (9 TN), die Beratungsstelle für Erwachsene und Senioren (8 TN), der Pflegestützpunkt (5 TN), der Sozialverband Lübeck (2 TN) und der Seniorentreff im Heiligen-Geist-Hospital (1 TN). Aufmerksam auf diese Beratungsangebote wurden die Senior:innen meist durch ihre Angehörigen, Infoveranstaltungen und der Werbung in der Zeitung.

4.4 Welche Aktivitäten (z.B. Sport, Hobbys) betreiben die Senior:innen bereits/zu welchen sind sie im Verlauf zu motivieren?

Aktivitäten	Häufigkeit der Antwort
Bewegung/körperliche Aktivitäten	46
Soziale Aktivitäten	35
Kognitive Aktivitäten	14
Handarbeiten/Handwerksarbeiten	11
Kulturelle Aktivitäten	7
Frühere Aktivitäten werden heute nicht mehr durchgeführt	11

Tabelle 3: Welche Aktivitäten/Hobbies (z. B. sozial, kulturell, Sport/Gymnastik) haben Sie, die Ihnen besondere Freude machen? (Mehrfachnennungen)

Insgesamt sind die Teilnehmer:innen an den präventiven Hausbesuchen noch sehr aktiv. 72,3% der Teilnehmer:innen geben an, dass Sie sich ausreichend bewegen. In der Kategorie Bewegung/körperliche Aktivitäten wurden neben Spaziergängen und Wanderungen meist verschiedene Arten der Gymnastik angegeben. Zu der Kategorie soziale Aktivitäten zählen insbesondere Treffen mit Freunden und Nachbarn zum gemeinsamen Kaffeetrinken und Spielen. In der Kategorie kognitive Aktivitäten wurden überwiegend die Aktivitäten Lesen, Gedächtnistraining und Kreuzworträtsel lösen genannt. Während Männer vereinzelt als Aktivität Handwerksarbeiten angaben, nannten Frauen überwiegend Stricken und Basteln, welches sie allein oder in Gruppen tun. Einige wenige TN gaben an, ins Theater und zu Konzerten zu gehen oder an anderen kulturellen Veranstaltungen teilzunehmen. Jedoch kam häufig die Einschränkung, dass sie die Aktivität aufgrund der Corona-Pandemie zurzeit nicht ausführen können.

Im Laufe der drei Hausbesuche gaben 8 TN an, dass sie nun mehr körperliche Aktivitäten durchführen. 6 TN nehmen an mehr sozialen Aktivitäten in der Gemeinde teil und eine TN freut sich über regelmäßige Kontakte durch einen neu installierten Besuchsdienst.

18 TN gaben an, ehrenamtlich tätig zu sein. Eine Person hat zwischen dem 2. und 3. Besuch mit einer ehrenamtlichen Tätigkeit begonnen.

4.5 Wie ist die Lebensqualität der befragten Senior:innen (erfasst über den EUROHIS-QoL 8)?

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beschreiben?

sehr schlecht	schlecht	Weder gut noch schlecht	gut	sehr gut	Score (Mittelwert)
2 (4,3 %)	4 (8,5 %)	11 (23,4 %)	24 (51,1 %)	6 (12,8 %)	3,6

Tabelle 4: EUROHIS-QoL 8 Frage 1

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?

sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	Score (Mittelwert)
4 (8,5 %)	17 (36,2 %)	8 (17,0 %)	17 (36,2 %)	1 (2,1 %)	2,9

Tabelle 5: EUROHIS-QoL 8 Frage 2

3. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?

gar nicht	kaum	mehr oder weniger	durchaus	völlig	Score (Mittelwert)
0 (0,0 %)	5 (10,9 %)	8 (17,4 %)	31 (67,4 %)	2 (4,3 %)	3,7

Tabelle 6: EUROHIS-QoL 8 Frage 3

Ein/e TN hat auf die Frage keine Antwort gegeben.

4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Leistung bei Alltagsverrichtungen?

sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	Score (Mittelwert)
3 (6,4 %)	6 (12,8 %)	14 (29,8 %)	23 (48,9 %)	1 (2,1 %)	3,3

Tabelle 7: EUROHIS-QoL 8 Frage 4

5. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

sehr unzufrieden	unzufrieden	weder zufrieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden	Score (Mittelwert)
0 (0,0 %)	6 (12,8 %)	9 (19,1 %)	27 (57,4 %)	5 (10,6 %)	3,7

Tabelle 8: EUROHIS-QoL 8 Frage 5

6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?

sehr unzu- frieden	unzufrieden	weder zu- frieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrie- den	Score (Mittelwert)
1 (2,1 %)	2 (4,3 %)	7 (14,9 %)	20 (42,6 %)	17 (36,2 %)	4,1

Tabelle 9: EUROHIS-QoL 8 Frage 6

7. Haben Sie genügend Geld zum Leben?

gar nicht	kaum	mehr oder weniger	durchaus	völlig	Score (Mittelwert)
1 (2,1 %)	1 (2,1 %)	6 (12,8 %)	25 (53,2 %)	14 (29,8 %)	4,1

Tabelle 10: EUROHIS-QoL 8 Frage 7

Drei TN wünschen eine Beratung zu dem Thema Geld

8. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen?

sehr unzu- frieden	unzufrieden	weder zu- frieden noch unzufrieden	zufrieden	sehr zufrie- den	Score (Mittelwert)
0 (0,0 %)	6 (12,8 %)	1 (2,1 %)	17 (36,2 %)	23 (48,9 %)	4,2

Tabelle 11: EUROHIS-QoL 8 Frage 8

Für den mittleren Score des EUROHIS QOL 8-Item Index wurde in einer zehnjährigen vergleichenden Studie ein Wert von 4,1 Punkten ermittelt, dabei waren jedoch keine Studienteilnehmenden mehr als 75 Jahre alt (Schmidt, Mühlhan, Power, 2005). Das Alter sowie das Geschlecht stellten in einer weiteren internationalen Studie allerdings keine signifikanten Einflussfaktoren dar (da Rocha, Power, Bushnell, Fleck, 2012). Die TN der Lübecker Studie weisen mit einem Mittelwert von 3,7 Punkten über alle Items eine schlechtere Lebensqualität auf. Dies liegt in erster Linie in der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes, in zweiter an Leistungseinbußen bei Alltagsverrichtungen begründet – wobei eine Kausalverknüpfung anzunehmen ist.

Obwohl die Hälfte der TN mit ihrem Wohnverhältnis sehr zufrieden, 17 TN zufrieden und nur 6 TN unzufrieden waren, gaben 29 TN an, dass es etwas gibt, das ihnen das Leben in ihrer Wohnung erschwert. Am häufigsten wurden das Treppensteigen und der erschwerte Einstieg in die Badewanne/Dusche genannt. Sie behelfen sich hierbei mit Hilfsmitteln zur Mobilität und für den Einstieg in die Badewanne/Dusche. Neben Haltegriffen wurde hier auch die Nutzung von Mobiliar als Hilfsmittel genannt. 6 TN nutzen ihre Badewanne/Dusche nicht mehr und 4 TN verlassen die Wohnung seltener oder nutzen das obere Stockwerk nicht mehr. 6 TN haben im Laufe der Besuche wohnbauliche Veränderungen vornehmen lassen. 3 TN haben Hilfsmittel für das Bad angeschafft wie eine Toilettensitzerhöhung oder einen drehbaren Badewannenstuhl.

4.6 Welche Risiken (z.B. in Bezug auf Sturzprovokation) bestehen in der Häuslichkeit?

8 der 47 TN besaßen zum Zeitpunkt des ersten Besuchs ein Notrufsystem. 1 TN hat sich zwischen dem ersten und dritten Besuch ein Notrufsystem angeschafft und 2 TN tragen den Notfallknopf jetzt auch immer bei sich. Während TN, die mit Angehörigen zusammenleben, davon ausgingen, dass umgehend oder recht schnell jemand zu Hilfe käme, auch wenn sie sich nicht bemerkbar machen könnten, gingen 18 TN davon aus, dass dies 24 Stunden bis 3 Tage dauern könnte. Jeweils ein TN gab an, dass es bis zu einer bzw. zwei Wochen dauern könnte. Fünf TN hatten eine Absprache mit Nachbarn getroffen: Sollten die Rollläden noch unten sein oder man nicht zum morgendlichen Treffen erscheinen, würden die Nachbarn aktiv.

Latenz bis zum Auffallen fehlender Kontaktfähigkeit	Häufigkeit der Antwort
Umgehend wenn die Familie zu Hause ist	7
<1 Stunde	3
≥1 Stunde bis 2 Stunden	4
12 Stunden	9
Am nächsten Morgen durch die Nachbarn	5
18 Stunden	1
24 Stunden	12
1-2 Tage	4
2-3 Tage	2
7 Tage	1
14 Tage	1

Tabelle 12: Wie lange würde es höchstens dauern, bis es auffällt, wenn Sie sich nicht bemerkbar machen könnten?

4.7 Welche Möglichkeiten in Bezug auf praktische und emotionale Unterstützung bestehen aus Sicht der Befragten, welche wünschen sie sich?

42 TN und damit 89,4% erhielten Unterstützung im Alltag, die am häufigsten von den Angehörigen übernommen wurde. 2020 und 2021 nahm die Unterstützung durch Nachbarn zu, möglicherweise durch die Aufrufe während der Coronawellen, ältere Menschen in der Umgebung zu unterstützen. Die Art der Hilfe beinhaltete meist die Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, die Übernahme des Einkaufs oder von Gartenarbeit.

Unterstützende Personen	Häufigkeit der Antwort
Angehörige	29
Nachbarn	14
Haushaltshilfe	9
Freunde/Kollegen	5
Gärtner/Handwerker	2
Mitbewohner:in	1

Tabelle 13: Von wem werden Sie im Alltag unterstützt? (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Unterstützung	Häufigkeit der Antwort
Übernahme des Einkaufs	37
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	30
Gartenarbeit	10
Unterstützung bei der Grundpflege	5
Vorbereitung von Mahlzeiten	4
Fahrbarer Mittagstisch	4
Begleitung bei Arztbesuchen	4
Übernahme von Bank- und Behördengängen	4
Durchführung von Reparaturen	3

Tabelle 14: Welche Art der Unterstützung erhalten Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

2 TN haben im Laufe der Besuche Unterstützung durch eine Haushaltshilfe erhalten können. Ein/e TN nutzte den angebotenen Mittagstisch des betreuten Wohnens in der Nähe des Wohnortes zusammen mit Nachbarn.

34 TN gaben an, dass innerhalb von 30 Minuten jemand kommen kann, wenn sie praktische Hilfe anfordern. 10 TN gaben an, dass es länger als eine Stunde dauern würde. 3 TN konnten keine Zeitangabe machen. Auch hier sollte die Hilfe hauptsächlich von Angehörigen (33) und Nachbarn (12) kommen.

Bis auf 3 TN haben alle jemanden, auf den sie sich jederzeit verlassen und dem sie sich anvertrauen können. Hierbei handelt es sich um Angehörige (35 Angaben), Freunde (10), Nachbarn (2) und den Pastor (1).

4.8 Wie mobil sind die Senior:innen (erfasst über den Parker Mobility Score), welche Hilfsmittel setzen sie ein, wie häufig sind Stürze und Sturzfolgen?

Insgesamt sind die meisten Teilnehmer:innen noch sehr gut in der Lage, sich innerhalb der Wohnung und außerhalb allein mit und ohne Hilfsmittel zu bewegen. 44,7 % der TN können sich sogar allein ohne Hilfsmittel innerhalb aller drei abgefragten Bereiche bewegen. Innerhalb der Wohnung wurden meist der Rollator und der Handstock als Hilfsmittel verwendet. Außerhalb der Wohnung und beim Einkaufen griffen sie überwiegend auf den Rollator als Hilfsmittel zurück.

	allein ohne Hilfsmittel	allein mit Hilfsmittel	mit Helfer (ggf. + Hilfsmittel)	Fortbewegung auch mit Helfer unmöglich
Wie bewegen Sie sich innerhalb der Wohnung?	38 (80,9 %)	9 (19,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Wie bewegen Sie sich außerhalb der Wohnung fort?	22 (46,8 %)	24 (51,1 %)	1 (2,1 %)	0 (0,0 %)
Wie gehen Sie Einkaufen?	21 (44,7 %)	20 (42,6 %)	6 (12,8 %)	0 (0,0 %)

Tabelle 15: Ergebnisse des Parker Mobility Score

36 TN (76,6%) verlassen ihre Wohnung mindestens viermal pro Woche. 8 TN nur ein bis dreimal die Woche und 3 TN sogar seltener als einmal die Woche. Als Grund für das seltenere Verlassen der Wohnung gaben die TN ihre gesundheitliche Situation und damit auch häufig das Angewiesensein auf Dritte an (9 Angaben). 2 TN möchten ihre Wohnung nicht häufiger verlassen.

25 TN (53,2%) nahmen an Veranstaltungen oder Freizeitangeboten in Moisling teil. Folgende Angebote wurden hierbei genannt: Aktivitäten der Kirchengemeinden (11), den Besuch des Seniorencafés (5), an fast allem (2), an allem was gut erreichbar ist (2), Veranstaltungen der sozialen Stadt Moisling (2), Handarbeitsgruppen (2), Laufgruppe, Hockerymnastik, Siedlerverein, Stadtteilstfest und kulturelle Angebote.

22 TN (46,8%) nehmen an keinen Veranstaltungen oder Freizeitangeboten in Moisling teil. Angegebene Gründe hierfür waren kein Interesse (10), kein passendes Angebot (7), scheut Kontakt zu fremden Menschen (1), möchte sich zeitlich nicht festlegen (1) sowie körperliche Einschränkung (1).

Während der präventiven Besuche haben sich 6 TN dazu entschieden, nun doch an Veranstaltungen in ihrer Gemeinde teilzunehmen.

18 TN gaben an, im letzten Jahr gestürzt zu sein, davon 6 TN einmal, 5 TN zweimal, 5 TN dreimal und 2 TN viermal. Häufig wurde als Grund für den Sturz Schwindel genannt, gefolgt von Stolpern und fehlender Kraft in Armen und Beinen. 9 TN mussten aufgrund des Sturzes in ärztliche Behandlung. Neben Schmerzen, Prellungen, Schürfwunden und Hämatomen haben sich auch 4 TN eine Fraktur zugezogen.

4.9 Wie häufig bestehen alltagsrelevante Einschränkungen durch Schmerzen, Visus- oder Hörverlust?

53,2% der TN waren in den letzten zwei Wochen vor dem präventiven Hausbesuch mehrmals täglich aufgrund von Schmerzen in ihren Tätigkeiten eingeschränkt. 15 TN gaben Probleme beim Sehen und 14 TN beim Hören an, die nicht mit Hilfsmitteln wie einer Brille oder einem Hörgerät behoben wurden oder werden konnten.

Aktivitäten beeinträchtigende Schmerzen	Häufigkeit der Antwort
Nein	8 (17,0 %)
Weniger als 1x pro Woche	7 (14,9 %)
1x pro Woche bis 1x täglich	7 (14,9 %)
Mehrmals täglich	25 (53,2 %)

Tabelle 16: Schränken Schmerzen Sie bei Ihren Tätigkeiten ein (letzte zwei Wochen)?

4.10 Wie häufig sind schwerwiegende Ernährungsstörungen?

40 TN gaben an, dass sie sich ausgewogen/gesund ernähren. 12 TN müssen bestimmte Nahrungsmittel meiden, davon 5 TN aufgrund eines Diabetes mellitus.

9 TN trinken bis zu 1 Liter, 17 TN 1-1,5 Liter und 21 TN mehr als 1,5 Liter. 12 TN gaben an, auch Alkohol zu trinken. Davon gaben nur drei TN an, täglich Alkohol zu trinken. Hierbei wurden Bier bzw. Biermischgetränke angegeben.

Laut dem BMI ist die Mehrzahl der Teilnehmer übergewichtig bis adipös.

Gewichtskategorie gemäß BMI	Häufigkeit
Untergewicht (weniger als 18,5)	1
Normalgewicht (18,5-24,9)	10
Übergewicht (25,0-29,9)	20
Adipositas Grad I (30,0-34,9)	9
Adipositas Grad II (35,0-39,9)	3
Adipositas Grad III (40,0 oder mehr)	2

Tabelle 17: BMI (Einteilung nach WHO)

4.11 Welche instrumentellen Aktivitäten (z.B. Telefonieren, Medikamente korrekt handhaben) sind beeinträchtigt (IADL nach Lawton und Brody)? Warum? Ist auch die Basis-Selbstpflege betroffen?

1. Telefon

Selbstständigkeit beim Telefonieren	Häufigkeit der Antwort
Benützt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	43 (91,5 %)
Wählt einige bekannte Nummern	2 (4,3 %)
Nimmt ab, wählt nicht selbständig	1 (2,1 %)
Benützt das Telefon überhaupt nicht	1 (2,1 %)

Tabelle 18: IADL Frage 1

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 0 Arme/Hände: 0 Kognition: 1 Emotionslage: 2
 Kreislauf/Atmung: 0 Sehen: 0 Hören: 0

2. Einkaufen

Selbstständigkeit beim Einkaufen	Häufigkeit der Antwort
Kauft selbständig die meisten benötigten Sachen ein	31 (66,0 %)
Tätigt wenige Einkäufe	9 (19,1 %)
Benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	6 (12,8 %)
Kann nicht einkaufen	1 (2,1 %)

Tabelle 19: IADL Frage 2

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 16 Arme/Hände: 5 Kognition: 1 Emotionslage: 1
 Kreislauf/Atmung: 8 Sehen: 1 Hören: 0

3. Kochen

Selbstständigkeit beim Kochen	Häufigkeit der Antwort
Plant und kocht erforderliche Mahlzeiten selbständig	35 (74,5 %)
Kocht erforderliche Mahlzeiten nur nach Vorbereitung durch Drittpersonen	6 (12,8 %)
Kocht selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	0 (0,0 %)
Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	6 (12,8 %)

Tabelle 20: IADL Frage 3

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 8 Arme/Hände: 7 Kognition: 0 Emotionslage: 3

Kreislauf/Atmung: 4 Sehen: 0 Hören: 0

4. Haushalt

Selbstständigkeit bei der Hausarbeit	Häufigkeit der Antwort
Hält Hausstand instand und benötigt zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	27 (57,4 %)
Führt selbständig kleine Hausarbeiten durch	9 (19,1 %)
Führt selbständig kleine Hausarbeiten aus, kann aber Wohnung nicht reinhalten	7 (14,9 %)
Benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	2 (4,3 %)
Kann keine täglichen Verrichtungen im Haushalt ausführen	2 (4,3 %)

Tabelle 21: IADL Frage 4

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 15 Arme/Hände: 6 Kognition: 1 Emotionslage: 1

Kreislauf/Atmung: 8 Sehen: 2 Hören: 0

5. Wäsche

Selbstständigkeit beim Wäsche waschen	Häufigkeit der Antwort
Wäscht sämtliche eigene Wäsche	32 (68,1 %)
Wäscht kleine Sachen	11 (23,4 %)
Gesamte Wäsche muss versorgt werden	4 (8,5 %)

Tabelle 22: IADL Frage 5

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 12	Arme/Hände: 6	Kognition: 0	Emotionslage: 1
Kreislauf/Atmung: 8	Sehen: 1	Hören: 0	

6. Transportmittel

Gegebene Antworten	Häufigkeit der Antwort
Benutzt unabhängig öffentliche Verkehrsmittel, eigenes Auto	37 (78,7 %)
Bestellt und benutzt selbstständig Taxi, jedoch keine öffentlichen Verkehrsmittel	0 (0,0 %)
Benutzt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung	4 (8,5 %)
In beschränktem Umfang Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	5 (10,6 %)
Reist überhaupt nicht	1 (2,1 %)

Tabelle 23: IADL Frage 6

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 11	Arme/Hände: 3	Kognition: 1	Emotionslage: 1
Kreislauf/Atmung: 5	Sehen: 0	Hören: 0	

7. Medikamente

Gegebene Antworten	Häufigkeit der Antwort
Nimmt Medikamente in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt eigenverantwortlich	42 (89,4 %)
Nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	2 (4,3 %)
kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	2 (4,3 %)

Tabelle 24: IADL Frage 7

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 3	Arme/Hände: 1	Kognition: 2	Emotionslage: 1
Kreislauf/Atmung: 0	Sehen: 1	Hören: 1	

8. Geldhaushalt

Gegebene Antworten	Häufigkeit der Antwort
Regelt finanzielle Geschäfte selbständig	36 (76,6 %)
Erledigt täglich kleine Ausgaben; benötigt Hilfe bei Einzahlungen/Bankgeschäften	10 (21,3 %)
Kann nicht mehr mit Geld umgehen	1 (2,1 %)

Tabelle 25: IADL Frage 8

Beeinträchtigung durch

Beine/Rumpf: 1 Arme/Hände: 1 Kognition: 4 Emotionslage: 1
 Kreislauf/Atmung: 0 Sehen: 1 Hören: 1

Die Erhebung der instrumentellen Fähigkeiten des täglichen Lebens stellt ein „Frühwarnsystem“ bei der Suche nach Personen dar, die ein erhöhtes Risiko dafür tragen, auch in den Basisaktivitäten der Selbstversorgung (sich waschen, anziehen usw.) ihre Unabhängigkeit zu verlieren. Mehr als ein Viertel der Befragten offenbarten Schwierigkeiten beim Bewältigen von Haushalts-Tätigkeiten/Wäsche waschen/Kochen oder dem Einkaufen. Dass 14,9% der TN angeben, keinerlei Einkäufe selbstständig erledigen zu können, deckt sich weitgehend mit der Angabe im Parker Mobility Score, dort waren es 12,8%.

23 TN geben an, Schwierigkeiten bei der täglichen Körperpflege zu haben wie z.B. dabei, ein Bad zu nehmen oder zu duschen, den ganzen Körper zu waschen, sich an- und auszukleiden oder zur Toilette zu gehen. Um mit diesen Schwierigkeiten umzugehen, werden die TN von ihren Angehörigen oder Nachbarn unterstützt (8), verzichten auf eine Dusche oder ein Bad und waschen sich nur am Wachbecken (7), verwenden Hilfsmittel (4) oder erhalten Unterstützung von Fachkräften (4).

Auf die Frage nach der Beantragung eines Pflegegrades gaben 19 TN an, dass dies nicht geplant sei, 13 TN hatten die Beantragung eines Pflegegrades geplant und bei 6 TN war bereits eine Beantragung erfolgt. 8 TN wünschten sich Informationen zu diesem Thema. Während des Beobachtungszeitraums wurde bei 6 TN ein Pflegegrad genehmigt.

4.12 Gibt es Hinweise auf eine Depression (erfasst über den 2-Fragen-Test nach Whooley)?

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? Dies bejahten 53,2 % der Teilnehmenden.

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Dies bejahten 48,9 % der Teilnehmenden.

42,6 % der Teilnehmenden beantworteten beide Fragen mit Ja, was auf eine Depression hinweisen kann.

Angegebene Gründe waren häufig Einschränkungen aufgrund von Erkrankungen und der Verlust von Angehörigen oder Freunden und damit verbundene Einsamkeit.

Auf die Frage, was tut Ihnen gut, gaben die TN soziale Kontakte (24), körperliche Aktivitäten (13), kulturelle Aktivitäten (12), sich selbst etwas Gutes zu tun (9), ihren Glauben (1) und Handarbeiten (1) an.

4.13 Bestehen rechtliche Verfügungen/besteht (weiterer) Informationsbedarf diesbezüglich?

28 TN (59,6%) verfügten über eine Vorsorgevollmacht. Von den 19 TN ohne eine solche hatten 7 TN ein Interesse an einer Vorsorgevollmacht und wünschten Informationen dazu. 4 TN haben im Laufe der Besuche noch eine Vorsorgevollmacht ausgefüllt.

27 TN (57,4%) verfügten über eine Patientenverfügung, 20 TN nicht. Von diesen hatten 12 TN ein Interesse an einer Patientenverfügung und wünschten Informationen dazu.

4.14 Wie hätten die Besuchten den präventiven Hausbesuch am liebsten gehabt/ was hat ihnen gefallen/ was nicht?

Alle Teilnehmer haben sich gut informiert gefühlt. Neben den erhaltenen Informationen empfanden sie es als besonders hilfreich, dass sie immer wieder ermutigt wurden Themen anzugehen, nachgefragt wurde und sie wissen, wo sie sich Unterstützung holen können, wenn in der Zukunft der Bedarf eintritt.

Der erste Besuch dauerte durchschnittlich 100 Minuten (+/- 23,1). Der kürzeste Besuch dauerte 30 Minuten, der längste Besuch 150 Minuten. Bei 17 TN nahmen Angehörige an dem Besuch teil. Bei einem TN nahm eine Nachbarin teil.

Der zweite Besuch dauerte durchschnittlich 54 Minuten (+/- 19,7). Der kürzeste Besuch dauerte 15 Minuten, der längste Besuch 120 Minuten. Bei 17 TN nahmen Angehörige an dem Besuch teil. Bei einem TN nahm eine Freundin teil.

Der dritte Besuch dauerte im Schnitt 47 Minuten (+/- 20,1). Der kürzeste Besuch dauerte 20 Minuten, der längste Besuch 90 Minuten. Bei 10 TN nahmen Angehörige an dem Besuch teil.

Die durchschnittlichen Zeiten für das Erst-, Zweit- und Drittgespräch sind vergleichbar mit den angegebenen Zeiten im Projekt PräSenZ. Die TN empfanden es als sehr wertschätzend, dass die zwei Mitarbeiterinnen der Caritas sich so viel Zeit für sie genommen hatten.

Die Mehrzahl der Besuche fand in der eigenen Wohnung/ im eigenen Haus statt. Vereinzelt wurde aufgrund der Corona-Pandemie auf Spaziergänge, Telefonate und Treffen in der Seniorenberatung Moisling ausgewichen. Hier äußerten die TN danach ganz deutlich, dass sie einen persönlichen Besuch in der Häuslichkeit bevorzugen.

Gefallen hat den TN, dass sich die Besucherinnen ausreichend Zeit genommen hatten, konkrete Informationen gegeben wurden und offen über Themen gesprochen wurde, die sonst nicht zur Sprache kommen. Durch die aufeinanderfolgenden Termine entstand eine Vertrauensbasis, die es den TN ermöglichte, offen Themen anzusprechen. Als sehr positiv bewerteten die TN, dass an die vorherigen Gespräche angeknüpft und auch nachgefragt wurde, ob die besprochenen Vorhaben umgesetzt wurden. Es vermittelte ihnen ein gutes Gefühl, wenn sie berichten konnten, dass sie schon Themen bearbeitet hatten.

Zu der Frage „Was hätten Sie gerne anders gehabt?“ gab es kaum Rückmeldungen. Die TN fanden es sehr schade, dass die Besuche nicht weitergeführt werden. Sie hätten gerne auch nach den drei Besuchen die Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen der präventiven Hausbesuche bei Entscheidungen. Ein/e Teilnehmer:in empfand den Abstand zwischen den 2. und 3. Besuch als zu lang und ein/e weitere/r wünschte sich weniger Informationen, da er/sie eigentlich nur eine Haushilfe suchte.

4.15 Welche Vorschläge (Beratungen/ Aktivitätsangebote/ Wohnraumanpassung usw.) wurden angenommen und umgesetzt?

Die Lotsenfunktion wurde individuell auf die Situation der TN bezogen. Der Schwerpunkt der Wegweisungen beim 1. Besuch bezog sich auf Möglichkeiten für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Hier wurden sehr häufig die Möglichkeiten der Wohnberatung und der damit verbundenen baulichen Maßnahmen, Hilfsmittel z. B. zur eigenen Fortbewegung (z.B. Rollator) sowie die Unterstützung durch Haushaltshilfen thematisiert. Des Weiteren wurde noch einmal auf die Wichtigkeit einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hingewiesen und Beratungsstellen aufgezeigt, die bei der Erstellung dieser unterstützen. Ein weiterer Schwerpunkt waren Angebote zur sozialen Teilhabe in Moisling und Umgebung. Zwischen dem 1. und 2. Besuch nahmen 28 TN (67,4%) eine Beratung/ein Angebot in Anspruch.

Während des zweiten Besuchs lagen die Schwerpunkte der Empfehlungen auf den Anlaufstellen der Beratungsstelle für Erwachsene und Senioren, der Seniorenberatung Caritas und dem Pflegestützpunkt. Nach dem 2. Besuch nahmen noch einmal 19 TN (54,3%) eine Beratung/ein Angebot an.

Während des dritten Besuchs lagen die Schwerpunkte der Empfehlungen auf den Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige und Hilfsmitteln, um in der eigenen Häuslichkeit bleiben zu können.

Als Gründe, warum sie keine Beratung/Angebote in Anspruch genommen hatten, wurden genannt: coronabedingt war ein persönlicher Kontakt nicht möglich (9), dass es ihnen zurzeit ja besser gehe (4), sie noch abwarten wollten (4), sie noch auf die Rückmeldung der Pflegekasse warteten (3), zurzeit keinen Bedarf sehen (2) und aus dem Haus ausziehen werden (1). Kumuliert man die Gründe, dass es zurzeit besser gehe,

dass sie noch abwarten wollten und dass sie zurzeit keinen Bedarf sehen, so war der am häufigsten geäußerte Grund für den vorläufigen Verzicht auf die Anspruchnahme, dass es ein zu früher Zeitpunkt gewesen wäre (insgesamt 10).

Folgende Beratungen/Angebote haben die Teilnehmer:innen wahrgenommen

Art der Beratungsleistung	Häufigkeit der Antwort
Wohnberatung	11
Seniorenberatung Caritas	10
Beratungsstelle für Erwachsene	6
Vorsorgevollmacht	3
Arzt aufgesucht	3
Beratung zu Notrufsystemen	2
Adressenliste mit Haushaltshilfen genutzt	2
Kontakt für Ehrenamtstätigkeit aufgenommen	2
Beratung zum Thema Wohnungskündigung	1
Sanitätshaus aufgesucht	1
Essen auf Rädern	1
Pflegestützpunkt	1
Beratungsstelle für Hausmeisterdienste	1
Blinden- und Sehbehindertenverein	1
Kontakt zu Krankenkasse aufgenommen	1
Beratung durch Pflegedienst zur Pflegegradbeantragung	1

Tabelle 26: Welche Beratung/ welches Angebot haben Sie wahrgenommen?

Zusätzlichen Beratungsbedarf hatten die Teilnehmer:innen zu speziellen Erkrankungen wie zum Beispiel Demenz, zu Ansprechpartnern für die Trauerbegleitung, zu dem Thema Antrag auf Pflegegrad und dem damit verbundenen Besuch des Medizinischen Dienstes und zum Thema geriatrische Rehabilitation.

Beim 2. Besuch gaben 21 TN (44,7%) an, dass sich seit dem letzten Besuch etwas in ihrem täglichen Leben geändert hat. Zwischen dem 2. und 3. Besuch geben 19 TN (54,3%) eine Veränderung an.

Neben wenigen gesundheitlichen Verschlechterungen war die einzige negative genannte Veränderung, dass aufgrund der Corona-Pandemie weniger Aktivitäten durchgeführt werden konnten. Als positive Veränderungen wurden genannt: wohnbauliche Veränderungen, mehr körperliche Aktivitäten, mehr soziale Kontakte durch Teilnahme an Veranstaltungen, Erhalt von Besuchsdienst oder auch wieder mehr Kontakt zu Angehörigen.

4.16 Inwieweit konnten am Anfang des Hausbesuches geäußerte Zukunfts-sorgen im Verlauf gelindert werden oder haben sie sich verstärkt?

Zu Beginn des präventiven Hausbesuchs wurden die Teilnehmenden dazu befragt, was ihre drei größten Sorgen bzw. Anliegen sind, wenn sie an ihre Zukunft in den nächsten fünf Jahren denken. Diese wurden von jedem Teilnehmenden frei formuliert. Im zweiten und dritten Besuch wurde erneut Bezug auf diese Sorgen oder Anliegen genommen, um zu sehen, inwieweit sie sich seit dem letzten Besuch verändert hatten. Sehr häufig konnten die Sorgen/ Anliegen verringert werden, jedoch gab es auch Sorgen oder Anliegen, auf die von außen kein Einfluss genommen werden konnte.

Was sind Ihre größten Sorgen/ Ihre größten Anliegen, wenn Sie an Ihre Zukunft in den nächsten fünf Jahren denken?

Sorgen/Anliegen	Häufigkeit der Antwort
Angst vor Verlust der Selbständigkeit	43
Angst vor Verlust der Mobilität	30
Einsamkeit	16
Angst aus Wohnung ausziehen zu müssen/in neuer Wohnung nicht zurecht zu kommen	12
Angst vor Sturz	6
Finanzielle Sorgen	6
Angst vor Verschlimmerung der Erkrankungen	5
Belastung durch erkrankte/n Partner:in	4
Angst vor Ärger mit Behörden/ Ausweisung aus Deutschland	2
Angst in einer Notsituation in der Wohnung nicht gefunden zu werden	2
Erschwerter Einstieg in Badewanne	2
Für den Fall des Todes alles zu regeln	1
Verlust des bisherigen Lebensstandards	1
Unterstützung bei unvorhersehbaren Problemen	1
plötzliche Krankheit und dadurch Änderung der Lebensplanung	1
Angst vor einem Schlaganfall	1
Sorge, dass Sohn nicht allein zurecht kommt	1
Plötzliche Angstzustände	1
Verlust von Selbstbestimmung	1

Tabelle 27: Was sind Ihre größten Sorgen/ Ihre größten Anliegen, wenn Sie an Ihre Zukunft in den nächsten fünf Jahren denken?

Inzwischen ist diese Sorge...

Zeitpunkt	stärker	genau gleich	etwas weniger	viel weniger	ganz weg	Keine Angabe
beim 2. Besuch	1 (1,0%)	37 (35,6%)	43 (41,3%)	21 (20,2%)	1 (1,0%)	2
beim 3. Besuch	1 (1,2%)	12 (14,6%)	35 (42,7%)	29 (35,4%)	5 (6,1%)	1

Tabelle 28: Veränderung der zu Beginn geäußerten Sorge

Angst vor Verlust der Selbstständigkeit – einschließlich der sicheren Gehfähigkeit – war das dominante Thema unter den Sorgen der besuchten Senior:innen. 136 Sorgen wurden geäußert. Eine Zunahme einer Sorge im Intervall zwischen zwei Besuchen trat nur in jeweils einem Fall auf. Bis zum zweiten Besuch hatten 65 von 103 Sorgen (63,1%) abgenommen, bis zum dritten Besuch 69 von 82 Sorgen (79,3%). Im ersten Intervall konnte eine Sorge komplett abgebaut werden, im zweiten 5. Dass die Sorgen vom 2. auf den 3. Besuch noch einmal deutlich reduziert werden konnten, spricht für die Anzahl der drei Besuche und den gewählten Abstand zwischen diesen. Die Befürchtung, durch die Beschäftigung mit der Thematik mehr Ängste zu schüren als zu vermindern, hat sich – wie erwartet – nicht bestätigt. Zu Beginn des 2 und 3. Besuches wurden die TN gefragt, wie es ihnen nach dem letzten Gespräch gegangen sei. Alle gaben an, dass es ihnen nach dem letzten Besuch gut gegangen sei. Sie fühlten sich und ihre Sorgen ernstgenommen und profitierten von den erhaltenen Informationen. Einige Ängste konnten laut eigenen Aussagen der TN schon dadurch abgebaut werden. Zu Wissen, an wen sie sich in Zukunft wenden können, empfanden sie als wertvolle Entlastung.

5. Fazit und möglicher Ausblick

Durch das Modellprojekt präventive Hausbesuche in Moisling konnten mehrheitlich Senior:innen erreicht werden, die noch keine Beratungsangebote in Lübeck kannten. Somit wurde eine Zielgruppe erreicht, die von der gewählten Form des gezielten Aufzeigens von Beratungsmöglichkeiten besonders profitiert. Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen konnten, fühlten sich die Senior:innen aufgrund der Gespräche und Unterstützung durch die zwei Mitarbeiterinnen der Caritas mehrheitlich besser informiert, entlastet und befähigt, sich im Bedarfsfalle selbst weiterhelfen zu können. Bis zum zweiten Besuch konnten bei den noch zur Befragung zur Verfügung stehenden TN 79,3% der Ängste und Sorgen, die sie zu Beginn des ersten Besuchs genannt hatten, reduziert werden. Von großer Bedeutung für die Offenheit der Senior:innen war, dass die zwei Mitarbeiterinnen der Caritas sehr schnell eine vertrauensvolle Atmosphäre aufbauen konnten, in der die TN auch über Themen sprechen konnten, die sie sonst nicht ansprechen würden. Die Möglichkeit des offenen Sprechens und der wertschätzende Umgang miteinander wurde von den Senior:innen als sehr positiv empfunden.

Die allermeisten Senior:innen würden es begrüßen, wenn die präventiven Hausbesuche weitergeführt würden.

Das in Moisling erprobte Konzept der aufsuchenden, präventiv ausgerichteten Besuche mit Lotsenfunktion hat sich im Prinzip bewährt und sollte zukünftig auch in anderen Stadtteilen Lübecks umgesetzt werden. Um die Komplexität der Lebenswelt älterer Menschen zu erfassen, sollte auch zukünftig ein multidimensionaler, wissenschaftsfundierter Frage- und Erhebungsbogen verwendet werden.

Für eine höhere Teilnahmequote sollte die Stadt Lübeck proaktiv mit Anschreiben auf das Angebot aufmerksam machen und die Bürger:innen dazu einladen. Dem Anschreiben könnte eine Antwortkarte mit der Möglichkeit zur Nennung erster Anliegen beigelegt werden. Sofern der Zulauf an Anwärtern auf Präventive Hausbesuche die personellen Ressourcen dafür überfordert, könnte durch das Hinzufügen eines vorgeschalteten Ankreuzbogens eine Priorisierung hinsichtlich der Dringlichkeit des Besuchs vorgenommen werden. Die Quote an TN, die aktuell noch keine Beratungsangebote (außer dem Hausbesuch) in Anspruch nehmen möchten, ließe sich dadurch voraussichtlich senken.

Literaturverzeichnis

Arlt K, Gerpheide K, Schulz M (2012): Häusliche Gewalt gegen Pflegebedürftige – wie reagieren Pflegekräfte? Heilberufe 64:32

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (2005): Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Dokumentation_Experten_Hearing.pdf [letzter Zugriff 01.04.2022]

Dapp U, Fertmann R, Anders J et al. (2011): Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS) Z Gerontol Geriat Suppl 2 44:55–71

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2017): PräSenZ im Quartier. Unter: https://www.dip.de/projekte/projekt-details/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=57&tx_ttnews%5Btt_news%5D=293&cHash=153d12eeb7685e0dd0d989c37be96afd [letzter Zugriff 01.04.2022]

Fischer G, Sandholzer H, Perschke-Hartmann C (2009): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung von "Gesund Älter Werden (GÄW)". Ein Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen.

Gebert A, Schmidt C (2007): Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter fördern. Präventive Hausbesuche In: CNE. Fortbildung und Wissen für die Pflege. Nr. 4, S. 8-12

Gebert A, Weidner F, Brünnett M et al. (2008): Abschlussbericht des Modellvorhabens „PräSenZ“ in Baden-Württemberg (2014-2017) Unter: https://katho-nrw.de/fileadmin/media/foschung_transfer/forschungsinstitute/dip/PraeSenZ-DIP-Projektbericht_Endfassung_Druckversion_final.pdf [letzter Zugriff 01.04.2022]

Gebert A (2012): Der präventive Hausbesuch als Herausforderung der Pflege. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. Unter: <https://www.aq-nrw.de/media/gebert.pdf> [letzter Zugriff 05.04.2022]

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020): Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Unter: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Literaturstudie_PraeventiveHausbesuche_IGES_2020.pdf [letzter Zugriff 01.04.2022]

Luck T, Roling G, Heinrich S et al. (2011): Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Hrsg. Behrens J, Langer G. Halle/Saale ISSN 1610-7268

Mayo-Wilson E, Grant S, Burton S et al. (2014): Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 9(3):e89257

Neumann L, Dapp U, Böttcher-Völker S et al. (2021) Der „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren“. Entwicklung, Durchführung und Akzeptanz bei 4716 älteren Menschen in 15 Monaten. *Z Gerontol Geriat* 54:471-478

Pröfener F, Dapp U, Minder CE et al. (2016): Akzeptanz des präventiven Hausbesuchs bei älteren Personen mit Frailty. Teilnehmende und Nichtteilnehmende im Zwei- und Vierjahres-Follow-up im Rahmen der LUCAS-Langzeitstudie. *Z Gerontol Geriat* 49:596–605

da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP (2012) The EUROHIS-QOL 8-Item Index: Comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in Health* 15:449–457

Schmidt S, Mühlhan H, Power M (2005) The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health* 16(4):420–428

Zentrum für Qualität in der Pflege (2013): Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche – Abschlussbericht. Unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf [letzter Zugriff 01.04.2022]