

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

Ein Forschungsdesign zur Akzeptanzanalyse  
Präventiver Hausbesuche

KONGRESSDOKUMENTATION  
FORSCHUNGSWELTEN 2018

Britta Blotenberg, Prof. Dr. Stefanie Seeling, Prof. Dr. Andreas Büscher

*Aufgrund des demografischen Wandels und andauernden Fachkräftemangels werden alternative Versorgungsformen wie Präventive Hausbesuche (PH) benötigt. PH reduzieren die Gefahr von Pflegebedürftigkeit und ermöglichen somit älteren Menschen möglichst lange in ihrem Zuhause wohnen bleiben zu können. Das Ziel dieses Forschungsvorhabens ist die Akzeptanzanalyse PH und Messung des Effekts auf den Verlauf des Gesundheitszustands. In der Mixed-Methods-Studie werden PH als pflegerische Intervention Menschen angeboten, die zwischen 65 und 85 Jahre alt sind, Deutsch verstehen und sprechen, nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und in der Samtgemeinde in Niedersachsen wohnen, in der das Projekt durchgeführt wird. Die Stichprobe umfasst 75 Personen. Erwartet wird, dass die Studienergebnisse das bisherige Wissen über das Konzept der PH ergänzen.*

## Preventive home visits – a chance for elderly to stay at home as long as possible

The research design for acceptance analysis of preventive home visits

*Due to demographic change and lack of health care personnel new solutions like preventive home visits (PHV) are necessary. PHV reduces the risk of long-term care and therefore, enables older people to live in their home as long as possible. The aim of this study is to analyse the acceptance of PHV and the effect of PHV on the health status of older people. In this mixed method study PHV as a nursing intervention will be offered to people between 65 and 85 years, who are able to understand and speak German, are not yet eligible for benefits from the long-term care insurance and live in the community under study. A sample of 75 people is determined. It is expected that the findings of this study complete current knowledge about the concept of PHV.*

## Korrespondenzadresse

Britta Blotenberg, M.Sc.  
Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke  
Hochschule Osnabrück, Campus Lingen  
Kaiserstraße 10c  
49809 Lingen  
[b.blotenberg@hs-osnabrueck.de](mailto:b.blotenberg@hs-osnabrueck.de)

Eingereicht am 19.10.2017

Akzeptiert am 19.06.2018

DOI: 10.3936/1624

## EINLEITUNG

Das vorliegende Forschungsvorhaben zur Akzeptanzanalyse Präventiver Hausbesuche wurde vor dem Hintergrund einer Projektzusammenarbeit mit der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH in Emlichheim, Niedersachsen, und der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, erstellt. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Verbundprojektes „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“ (Förderkennzeichen: 16SV7453), genauer dessen Teilprojekte „Steuerung, Nachhaltigkeit und Transfer“ sowie „Digitalisierte Pflege“ wird das Pilotprojekt „Da-Heim – in Emlichheim“ (auf Plattdeutsch: „te Huus – in Emmelkamp“), Dank aufsuchender Hausbesuche eigenständig interaktiv mobil, wissenschaftlich eng begleitet. Dieses Pilotprojekt wird finanziell gefördert durch LEADER Grafenschaft Bentheim aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER), das Amt für regionale Landesentwicklung Weser-Ems aus dem Förderprogramm für Demografie-Projekte auf dem Gebiet der Metropolregion Nordwest und in Weser-Ems, gefördert durch das Land Niedersachsen, die Samtgemeinde Emlichheim und einem Eigenbeitrag der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH. Ziel ist die Implementierung des innovativen Versorgungskonzepts der Präventiven Hausbesuche.

Das Verbundprojekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ fokussiert vier Lebensräume: Gesundheit & Pflege, Mobilität, Versorgung und Wohnen. Das im Folgenden detailliert beschriebene Forschungsvorhaben ist Teil des Lebensraums Gesundheit & Pflege. Hier wird unter anderen die Fragestellung verfolgt, welche Parameter erforderlich sind, um einen Verbleib in der Häuslichkeit bzw. eine Prävention von Pflegebedürftigkeit zu erzielen.

Im Folgenden wird ausschließlich das Design des Forschungsvorhabens als wissenschaftliche Begleitforschung des innovativen Versorgungskonzepts Präventiver Hausbesuche im Rahmen des Projekts „Da-Heim – in Emlichheim“ fokussiert.

## HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Aufgrund des andauernden Fachkräftemangels und des demografischen Wandels müssen alternative Versorgungsformen für Bürgerinnen und Bürger innerhalb des Gesundheitssystems im ländlichen Raum konzipiert und implementiert werden, um eine ausreichende Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können (SVR, 2014). Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.15 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention verabschiedet. Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen (Deutscher Bundestag, 2015).

Verschiedene Projekte in unterschiedlichen Kontexten deuten auf einen anhaltenden gesellschaftlichen Bedarf für und Interesse an Präventiven Hausbesuchen hin (Weidner, 2004; Frommelt, 2008). Diese dienen u.a. zur Sturzprävention, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und damit zur Vermeidung eines Pflegeheiminzugs (Luck et al, 2011). Präventive Hausbesuche werden von der

Deutschen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitsförderung als positiv bewertet, jedoch besteht weiterhin ein Prüfbedarf hinsichtlich der generellen Einführung bzw. Ermöglichung. Bereits 2005 stießen Präventive Hausbesuche, die durch Ärzte, Sozialarbeiter oder Pflegekräfte durchgeführt wurden, auf breites Interesse (BfG, 2005).

Im Besonderen der Wunsch nach dem Verbleib in der Häuslichkeit und die Negierung von Pflegebedürftigkeit waren Ergebnisse der 50+ Befragung, welche im Jahr 2014/2015 im Landkreis Grafenschaft Bentheim durchgeführt wurde. Des Weiteren sind gut 1/3 der Befragten daran interessiert durch eine akademisierte Pflegefachkraft gesundheitlich betreut zu werden (Seeling et al, 2017). Dementsprechend ist der häusliche Bereich ein wichtiges Setting für Überlegungen zur Prävention.

Präventive Hausbesuche wurden in unterschiedlichen Studien untersucht. Diese sind länderspezifisch und abhängig von den jeweiligen Einsatzgebieten. In den 80er Jahren wurden in Dänemark erste Untersuchungen zur Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche durchgeführt (Stuck et al, 2002). In Dänemark gehören Präventive Hausbesuche seit 1998 zum Bestandteil der regulären gesundheitlichen Versorgung und die Kommunen sind dazu verpflichtet sie anzubieten. Hier haben Seniorinnen und Senioren ab dem Alter von 75 Jahren den Rechtsanspruch auf zwei Hausbesuche pro Jahr (Meinck, 2012; Vass et al, 2002).

Auch wenn sich die Studienlage zum Thema „Präventive Hausbesuche“ in den letzten Jahren durchaus erweitert hat, gibt es bisher lediglich eine geringe Anzahl an Studien, die in Deutschland durchgeführt wurden (ZQP, 2013). Im Rahmen einer EU-Studie im Jahr 2003 wurden bei 77 Senioren, die 60 Jahre oder älter waren, im Großraum Hamburg Präventive Hausbesuche durch eine speziell ausgebildete Pflegefachkraft durchgeführt. Anhand dieser Hausbesuche konnten bestehende Gesundheitsrisiken der Teilnehmer aufgedeckt und eine gesteigerte Annahme an spezifischen Beratungsangeboten verzeichnet werden (von Renteln-Kruse et al, 2003).

Ein Modellvorhaben, welches ausschließlich innerhalb Deutschlands durchgeführt wird, ist das Projekt „Gemeinschaftswesterplus“. Es ist das in Deutschland bislang größte Projekt, im Rahmen dessen Präventive Hausbesuche in Rheinland-Pfalz implementiert werden. Die Zielgruppe sind ältere, nicht pflegebedürftige Senioren. Diese sollen durch die Präventiven Hausbesuche beraten sowie unterstützt werden. Die Durchführung der Hausbesuche übernehmen ausschließlich Pflegefachkräfte. Das Projekt ist bei 13 Pflegestützpunkten in sechs Landkreisen und drei kreisfreien Städten verortet (Gebert et al, 2016).

Für das Projekt „Da-Heim – in Emlichheim“ dient das Konzept des bereits abgeschlossenen Modellprojektes „mobil – Präventive Hausbesuche zur Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit im Alter“ als Grundlage. Dieses wurde Anfang 2002 bis 2007 unter anderem mit wissenschaftlicher Begleitung und Projektumsetzung von Prof. Dr. Frank Weidner, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, in Baden-Württemberg implementiert. Zentrale Aufgaben im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen, die eine aufsuchende Beratung in der Häuslichkeit darstellen, sind ein Basisbesuch zur Einschätzung der indi-

viduellen Probleme und Risikofaktoren der zu beratenden Person, die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes und die Überprüfung und Begleitung der Empfehlungen. Die Durchführung der Hausbesuche variierte zwischen drei und maximal 5 Besuchen. Der erste Hausbesuch beinhaltet die persönliche Kontaktaufnahme, die Durchführung des Assessments und gegebenenfalls ein Beratungsbeginn. Der Zeitrahmen für die Durchführung des Assessments beträgt ungefähr 75 Minuten. Der Basisbesuch wird mittels Assessmentinstruments durchgeführt. Hierdurch wird einerseits die Sichtweise der zu beratenden Person auf die Gesundheit, Lebensführung und den Alltag erkennbar und es wird erfasst, ob die berichtete Einschränkung für die betroffene Person ein belastendes Problem darstellt. Zudem können weitere Beobachtungen als freier Text ergänzt werden. Im Anschluss an den ersten Hausbesuch erfolgt eine interdisziplinäre Fallbesprechung und Beratungsplanung im Team, in Form eines mehrdimensionalen Interventionskonzeptes für die zu beratende Person. Der zweite Hausbesuch erfolgt circa einen Monat später. Hier erfolgen die Beratung und gegebenenfalls die erste Evaluierung der zuvor vereinbarten Maßnahmen. Der dritte, vierte und fünfte Hausbesuch werden nach Bedarf vereinbart, maximal erfolgen jedoch fünf Hausbesuche innerhalb eines Jahres. Falls aktuelle Anliegen von den zu beratenden Personen geäußert werden, ist jederzeit ein Hausbesuch möglich. Die Folgetermine dauern circa 45 Minuten (DIP, 2008).

Auf der Grundlage dieses Konzeptes wird das innovative Versorgungsmodell der Präventiven Hausbesuche exemplarisch im Rahmen des Kooperationsprojekts „DaHeim – in Emlichheim“ im ländlichen Raum, hier in der Samtgemeinde Emlichheim, im Nordwesten Niedersachsens, implementiert und in Form des im Folgenden beschriebenen Forschungsvorhabens wissenschaftlich begleitet.

### Hintergrundinformationen über die Pilotregion

Der Landkreis Graftschaft Bentheim liegt direkt an der deutsch-niederländischen Grenze. Die Niedergrafschaft ragt großenteils in das Nachbarland hinein. Im Süden und Osten grenzt der Landkreis an den niedersächsischen Landkreis Emsland und die Obergrafschaft, im SNorden und Westen an die Niederlande. Der Landkreis Graftschaft Bentheim, in welchem die Projektregion des Pilotprojekts „DaHeim – in Emlichheim“ liegt, gehört mit 135.216 Einwohnern und einer verhältnismäßig großen Fläche von 980,86 km<sup>2</sup> zu den vergleichsweise dünn besiedelten Regionen in Deutschland (LK GB, 2016; Stand: 2015).

Im Jahr 2030 wird sich laut Oncken (2013) die Überalterung der Bevölkerung in dem Landkreis Graftschaft Bentheim bereits recht stark bemerkbar machen. Zu dieser Zeit werden ca. 50% der Graftschafter älter als 45 Jahre sein. Das Durchschnittsalter steigt von 41 (2008) auf 47 Jahre (2030). Der Anteil der unter 18-Jährigen sinkt von 20% (2008) auf 16% (2030) und der Anteil der über 80-Jährigen steigt von 4,7% (2008) auf 7,3% (2030).

Die Pilotprojektregion, die Samtgemeinde Emlichheim, liegt in der Niedergrafschaft und im Nord-Westen des Landkreises. Sie besteht aus den Gemeinden Emlichheim, Hoogstede, Laar und Ringe (LK GB, 2016; Stand: 2015).

Die Einwohnerzahl beträgt 14.507 Einwohner, somit liegt die Bevölkerungsdichte bei rund 78 Einwohnern pro km<sup>2</sup> (Samtgemeinde Emlichheim, 2016; Stand: 2015).

### Die Bedarfsanalyse

In Vorbereitung des Projektantrags für das Verbundprojekt „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“ wurde eine Bedarfsanalyse der Einwohner über 50 Jahre im Landkreis Graftschaft Bentheim durchgeführt. Das Ziel dieser stichprobenartig durchgeführten Befragung war es, die Wünsche und Bedürfnisse zu erheben, deren Erfüllung es den Einwohnern des Landkreises ermöglicht, in der Region auch im „Alter“ zu leben. Als wichtigstes Ergebnis zeigte sich der Wunsch der Befragten so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können (Seeling et al, 2017). Im Folgenden werden Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse dieser 50+ Befragung, reduziert auf die Samtgemeinde Emlichheim vorgestellt. Ziel ist, den individuellen Bedarf der Einwohner der Pilotregion der Studie „DaHeim – in Emlichheim“ darzustellen.

Vorherrschend ist der Wunsch möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können, welcher bei den Bürgerinnen und Bürgern der Samtgemeinde Emlichheim noch stärker ist als bei denen des gesamten Landkreises Graftschaft Bentheim. Dies ist zum einen in dem sehr hohen Anteil an Eigentum begründet und zum anderen in der Verbundenheit zur Nachbarschaft, welche von einem überwiegenden Teil als gut bewertet wurde. Die Sekundärdatenanalyse zeigt zudem, dass die ohnehin starke Stellung der Familie in dem Landkreis Graftschaft Bentheim in der Samtgemeinde Emlichheim noch stärker ausgeprägt ist.

Bezogen auf den Bereich Gesundheit und Pflege zeigt sich, dass die befragten Emlichheimer Bürgerinnen und Bürger zum Teil deutlich aufgeschlossener gegenüber neuen und bereits bestehenden Angeboten aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich sind. Dies ist sicherlich in der bereits heute drohenden Unterversorgung im hausärztlichen Bereich zu begründen. Um auch im Alter in der eigenen Häuslichkeit gut versorgt werden zu können, sind die Bürgerinnen und Bürger der Samtgemeinde aufgeschlossener Angebote wie Tagespflege, eine rollende Praxis, einen ambulanten Pflegedienst und sich mit einem Gesundheitsproblem direkt an eine Pflegefachkraft mit Hochschulabschluss zu wenden in Anspruch zu nehmen. Dies stellt einen großen Mehrwert bei der Konzeption innovativer Versorgungskonzepte dar.

Insgesamt wird anhand der Ergebnisse deutlich, dass den Befragten die Defizite des Alters bekannt sind, sie sich zum Teil aber noch nicht im Gesunden damit beschäftigen möchten, sondern erst wenn ein Defizit sichtbar ist. Hier kann das Versorgungskonzept der Präventiven Hausbesuche ansetzen, um bei den Bürgerinnen und Bürgern eine veränderte, förderliche Wahrnehmung von und Haltung zu Prävention zu bewirken.

### Das Ziel

Das Ziel des Forschungsvorhabens ist, die Akzeptanz der Präventiven Hausbesuche und den Verlauf des Gesundheitszustandes zu erfassen und zu analysieren, um eine Gesundheitsförderung älterer Menschen zu ermöglichen.

### Die Forschungsfragen

Es werden folgende Forschungsfragen verfolgt:

- Wie ist der Verlauf des Gesundheitszustandes, wenn Präventive Hausbesuche in Anspruch genommen werden?
- Wie ist die Akzeptanz Präventiver Hausbesuche?
- Welche Parameter sind erforderlich einen Verbleib in der Häuslichkeit bzw. Prävention von Pflegebedürftigkeit zu erzielen?
- Welches Konzept Präventiver Hausbesuche muss zugrunde liegen, damit Senioren diese in Anspruch nehmen?

### METHODISCHES VORGEHEN

Im Folgenden werden die grundlegenden Überlegungen zum methodischen Vorgehen in der Untersuchung dargestellt. Das Vorgehen ist aufgrund von im Vorfeld nicht bedachten Phänomenen bereits im Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien, dem Sampling und dem Interventionsdesign überarbeitet worden.

### Das Studiendesign

Die zuvor genannten Forschungsfragen werden mittels einer quantitativen und einer qualitativen Datenerhebung beantwortet. Zu Beginn wird anhand einer Longitudinalstudie der Verlauf des Gesundheitszustands anhand des SF-12 erfasst. Am Ende des Forschungsvorhabens werden halbstrukturierte Interviews durchgeführt, um die Akzeptanz der Präventiven Hausbesuche zu erheben (s. Abbildung 1).

### Die Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden Bürgerinnen und Bürger, die zwischen 65 und 85 Jahre alt sind, innerhalb der Samtgemeinde Emlichheim wohnen, bisher keine festgestellte Pflegebedürftigkeit nach SGB XI aufweisen und einer freiwilligen Teilnahme zustimmen. Aufgrund der Grenz Nähe zu den Niederlanden und dem Phänomen, dass einige Interessierte kein Deutsch verstehen oder sprechen, wurden die Einschlusskriterien: „verstehst und spricht Deutsch“ ergänzt.

Bereits 2005 verwies Ploeg (2005) darauf, dass Interventionen für Menschen ab dem 65. Lebensjahr dazu beitragen können, die Mortalität zu senken und einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erreichen. Des Weiteren zeigen die Daten der Tabelle 1, dass im Vergleich zu den anderen Altersgruppen die Pflegebedürftigkeit bei den 40 bis 65-jährigen Bürgerinnen und Bürgern der Samtgemeinde Emlichheim eher gering ist, es jedoch einen deutlichen Anstieg ab einem Alter von über 80 Jahren gibt (LSN, 2018; Stand: 2015). Präventive Maßnahmen sind demnach in einem Alter zwischen 65 und 85 Jahren besonders sinnvoll, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder gar zu vermeiden und die individuelle Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger im häuslichen Bereich zu erhalten.

Die Bürgerinnen und Bürger, die eine Pflegebedürftigkeit aufweisen, befinden sich bereits durch die Mitarbeiter der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in einer engmaschigen Betreuung. Sie haben unter anderem Anspruch auf eine Pflegeberatung.

In der Tabelle 2 ist der Unterschied zwischen der Pflegeberatung und den Präventiven Hausbesuchen dargestellt (ZQP, 2013; S. 14). Diejenigen, die keine Pflegebedürftigkeit nach SGBXI aufweisen, haben keinen Anspruch auf die besagte Pflegeberatung. Hier setzen die Präventiven Haus-

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

Tabelle 1: Pflegebedürftige der Samtgemeinde Emlichheim (LSN 2018; Stand: 2015)

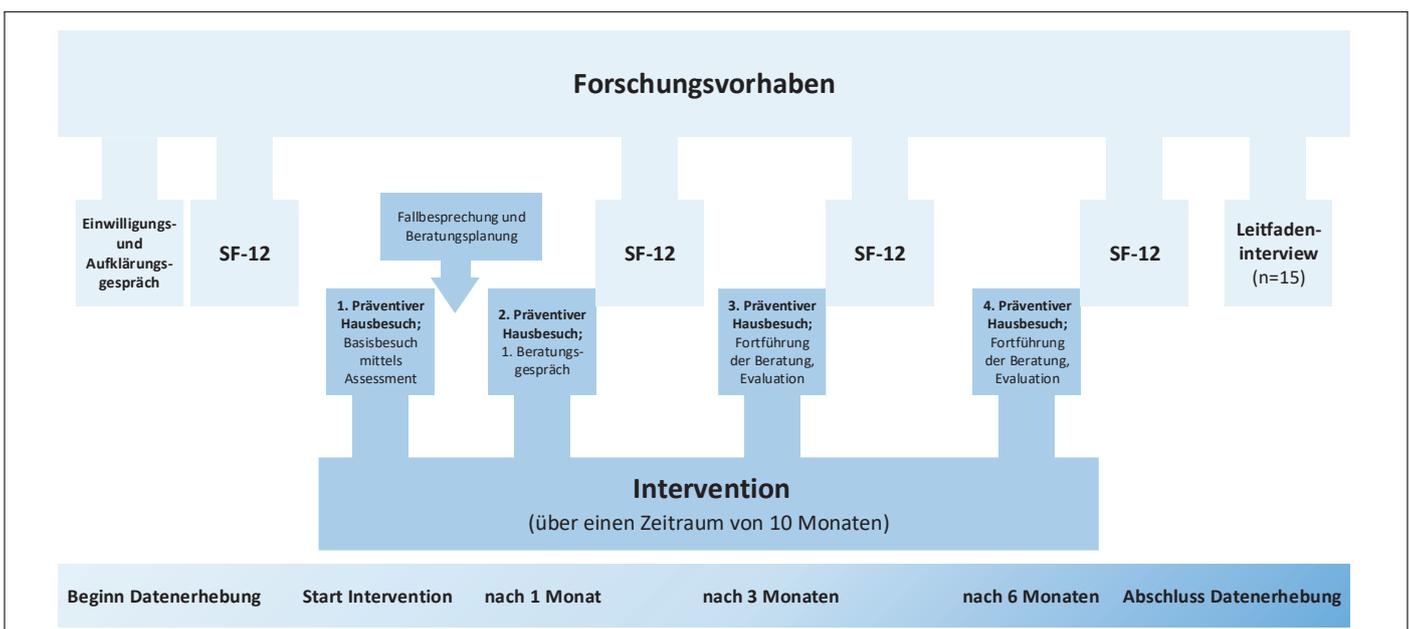


Abbildung 1: Darstellung des Studiendesigns (angelehnt an DIP, 2008)

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

Tabelle 2: wesentliche Merkmale von Pflegeberatung und Präventiven Hausbesuchen (ZQP, 2013; S. 14)

besuche an, die im Rahmen der Studie ausschließlich für diese Personengruppe angeboten werden.

Bürgerinnen und Bürger, die den Einschlusskriterien nicht entsprechen oder sich diese Kriterien im Laufe der Studie verändern, z.B. bei Einweisung in eine stationäre Pflegeeinrichtung, Rückzug der schriftlichen Einwilligung, Erhalt eines Pflegegrades, werden von der Studie ausgeschlossen. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten bleiben jedoch weiterhin für die Datenanalyse verfügbar, außer die Studienteilnehmerin/ der Studienteilnehmer zieht die Einwilligungserklärung zurück.

### Die Rekrutierung der Probanden

Für die regionale Rekrutierung der Probanden werden Gatekeeper genutzt. Hierfür können u.a. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Mehrgenerationenhauses Senfkorn, die wissenschaftlichen Partner sowie Praxispartner aus dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Senioren- und Pflegestützpunktes Niedersachsen im Landkreis Graftschaft Bentheim sowie die Samtgemeindebürgermeisterin und Bürgermeister der Mitgliedsgemeinden fungieren.

Gezielte Werbung für die Gewinnung von Studienteilnehmern über Pressemitteilungen wurde bereits getätigt. Auf der Homepage des Mehrgenerationenhauses, der Homepage der Hochschule und der Homepage des Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“ wurde ein Aufruf zur kostenfreien Teilnahme an der Studie veröffentlicht. Des Weiteren wurde im Namen der Samtgemeindebürgermeisterin sowie aller Gemeindebürgermeister ein Informationsschreiben über die Studie „DaHeim – in Emlichheim“ mit einer vorgefertigten Interessensbekundung versendet, insgesamt 2.540 Briefe (s. Tabelle 3). In der ersten Phase der Gewinnung der Probanden wurden dementsprechend alle Bürgerinnen und Bürger der Samtgemeinde Emlichheim, älter als 65 Jahre alt, mittels eines persönlichen Briefs um ihre freiwillige Unterstützung der Studie gebeten. Bereits pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger konnten allerdings nicht von dem Erhalt eines Informationsschreibens ausgeschlossen werden, da die Kommune auf diese Daten keinen Zu-

griff hat. Des Weiteren wurden durch die Mitarbeiterinnen des Mehrgenerationenhauses öffentliche Informationsveranstaltungen innerhalb der Gemeinden durchgeführt und für die Teilnahme an der Studie geworben.

### Das Sampling

Eine Stichprobe von insgesamt 75 Probanden wird angestrebt, sodass bei der Berücksichtigung einer Abbruchquote ein Datensatz von 60 Studienteilnehmern für die Datenanalyse zur Verfügung steht. Die Datenerhebung erfolgt bis das definierte n (n=75 Probanden) gesättigt ist.

Vor dem Studienbeginn war eine systematische Bearbeitung der zurückgemeldeten Interessensbekundungen angedacht, dieses Vorgehen wurde jedoch verworfen. Aufgrund der hohen Anzahl an schriftlichen Interessensbekundungen, insgesamt 273 (Stand: Juni 2018), wurde eine Stichprobenberechnung vorgenommen. Diese wurde in die vier Gemeinden unterteilt, um das Abbild einer repräsentativen dörflichen Struktur zu erhalten (s. Tabelle 3).

Des Weiteren erfolgte eine Randomisierung der Interessensbekundungen, um allen Interessierten die gleiche Chance zu geben an der Studie teilzunehmen. Hier musste im Speziellen das Phänomen der besonders hohen Rückmeldung von Ehepaaren (n=93) beachtet werden. Präventive Hausbesuche stellen eine Einzelfallberatung dar, so dass bei den Interessensbekundungen jeweils nur ein Ehepartner, beziehungsweise eine Person aus einem gemeinsamen Haushalt, in die Studie eingeschlossen werden konnte. Interessierte, die nicht den gleichen Nachnamen, aber dieselbe Adresse und Telefonnummer angegeben haben, zählen im Rahmen der Zufallsstichprobe wie Ehepaare als ein Haushalt.

### Die quantitative Datenerhebung und Analyse

Um den Folgen des demografischen Wandels entgegenzuwirken, sind regional differenzierte und generationsspezifische Konzepte für eine langfristige Erhaltung der Lebensqualität im ländlichen Raum erforderlich (WHO, 2000). Im Rahmen des Forschungsvorhabens wird die Lebensqualität in Form des Gesundheitszustands erhoben und analysiert. Zur Darstellung des Verlaufs des Gesundheitszustands der Studienteilnehmer wird dieser vor dem ersten und nach den folgenden Hausbesuchen anhand des Fragebogens SF-12 (Morfeld, 2012) erfasst und mittels Auswertungsbogen des SF-12 berechnet. Der Fragebogen ist lizenziert und kann für die Erfassung von zwei Zeitfenstern, nach einer Woche oder nach vier Wochen, erworben werden. Für das Forschungsvorhaben wird das Zeitfenster von vier Wochen gewählt, da die Präventiven Hausbesuche zeitlich deutlich größere Abstände als eine Woche aufweisen. Laut Resnick et al (2001) ist der SF-12 ein Messinstrument, welches reliabel und valide den Gesundheitsstatus ermittelt. Um die Studienteilnehmer nicht unnötig häufig für die Datenerhebung aufzusuchen und dementsprechend in ihren Alltag einzugreifen, werden die Fragebögen im Anschluss an die Präventiven Hausbesuche durch die akademisierte Pflegefachkraft, die die Präventiven Hausbesuche durchführt, ausgehändigt und in einem verschlossenen Umschlag für die Datenanalyse an die Promovendin weitergereicht.

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

Tabelle 3: Stichprobenberechnung je Gemeinde

Das Ausfüllen des SF-12 nimmt laut dem Vertriebler, dem Verlag Hogrefe, zwei Minuten für die Studienteilnehmer in Anspruch. Die deskriptive Darstellung und inferenzstatische Berechnungen der quantitativ erhobenen Daten erfolgt mit der Software SPSS (Version 24). Zur Überprüfung korrelativer Zusammenhänge werden die Pearson Korrelation für parametrische Analysen und die Spearman Korrelation für non-parametrische Analysen verwendet.

**Die qualitative Datenerhebung und Analyse**

Der Durchführungszeitraum der insgesamt vier Präventiven Hausbesuche beträgt zehn Monate. Im Anschluss an den Letzten werden mit 15 Studienteilnehmern offene Interviews durchgeführt, um die Akzeptanz des Konzepts der Präventiven Hausbesuche zu erheben. Primär leiten sich die Fragen des halbstrukturierten Interviewleitfadens von den zuvor genannten Forschungsfragen ab. Das Hauptziel ist die Erhebung der inhaltlichen und strukturellen Qualitätsmerkmale des Konzepts anhand der persönlichen Erwartungen und Empfindungen der Studienteilnehmer. Zudem wird erfragt, ob der Studienteilnehmer das Angebot Präventiver Hausbesuche auch anderen empfehlen würde.

Geplant ist die Aufnahme der offenen Interviews mittels Tonbandgerät. Dieses Vorhaben wird ebenfalls in der Einverständniserklärung beschrieben. Ist ein Proband mit der Aufnahme nicht einverstanden, erfolgt keine digitale Aufzeichnung. In diesem Fall werden handschriftliche Notizen getätigt. Die aufgenommenen Gespräche werden transkribiert und im selben Schritt pseudonomisiert. Da zu Beginn darum gebeten wird keine Namen zu äußern, ist eine Bearbeitung der Tonaufnahme gegebenenfalls nicht notwendig. Geplant ist die Auswertung der Transkripte mit Unterstützung der Software MAXQDA (Version12) und der inhaltsanalytischen Auswertung nach Mayring (2015). Die Auswahl der Interviewteilnehmer erfolgt wie bei der Auswahl der Probanden nach dem Zufallsprinzip.

**Ethische Aspekte**

Im Vorfeld des ersten Hausbesuchs erfolgt ein Aufklärungsgespräch, innerhalb dessen eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie unterzeichnet wird (s. Abbildung 1). Ein Abbruch der Teilnahme der Probanden, die Präventive Hausbesuche nutzen möchten sowie hierbei wissenschaftlich begleitet werden, ist jederzeit möglich. Für eine datenschutzkonforme Datenauswertung werden

die Daten bereits pseudonomisiert erhoben. Eine Anonymisierung der erhobenen Daten kann erst nach Studienende erfolgen, da es unterschiedliche Erhebungszeitpunkte gibt. Die Zuordnung der Ergebnisse muss während der Studienlaufzeit zu den jeweiligen Probanden möglich sein, um einen Verlauf des Gesundheitszustands darstellen zu können. Ein positives Ethikvotum wurde durch die Ethikkommission der Hochschule Osnabrück schriftlich erteilt (Votum: HSOS/2017/1-6).

**Das Interventionsdesign**

Präventive Hausbesuche werden im Rahmen des Projekts ab dem Frühjahr 2018 pilotiert. Das Projekt wird über einen Zeitraum von 36 Monaten, vom 01. Oktober 2017 bis zum 30. September 2020, durchgeführt und erweitert das Angebot der Praxiseinrichtung vor Ort.

Die Durchführung der Präventiven Hausbesuche liegt dementsprechend im Rahmen der Angebote der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH. Diese ist in der Lage unabhängig von der regionalen Gesundheitsversorgung zu agieren.

Das Versorgungskonzept der Präventiven Hausbesuche aus dem Projekt „mobil“ (DIP, 2008) liegt der Studie wie im Hintergrund beschrieben, zugrunde. Das Konzept wurde im Vorfeld der Implementierung an die Projektregion angepasst. Zudem wird es kontinuierlich analysiert und bei Bedarf optimiert. Die Konzeptanpassung erfolgte in erster Linie in der Anzahl der Präventiven Hausbesuche. Vier Hausbesuche, die über einen Zeitraum von 10 Monaten erfolgen, wurden festgelegt, um einheitliche Erhebungszeitpunkte des Gesundheitszustands zu ermöglichen (s. Abbildung 1). Die zeitlichen Abstände der Hausbesuche sind ebenfalls festgelegt. Nach einem Monat des 1. Hausbesuchs erfolgt der zweite Hausbesuch, nach drei Monaten der dritte und nach 6 Monaten der vierte. Zudem ist keine Beratung innerhalb des ersten Hausbesuchs vorgesehen.

Assessmentinstrumente ermöglichen eine Evaluation der Wirksamkeit von Interventionen und dienen als Grundlage der gezielt stattfindenden Unterstützungsplanung (RKI, 2012). Das STEP-Assessment wurde Ende der 90er entwickelt und dient dazu altersrelevante Gesundheitsprobleme zu erfassen (Junius et al, 2002). Dementsprechend wird, wie damals in dem Projekt „mobil“ (DIP, 2008), das STEP-m (Standardized Assessment of Elderly People in Pri-

mary Care in Europe mit dem Modul m Mobilität), welches zuvor auf die Zielgruppe operationalisiert wurde, verwendet. Dieses Assessmentinstrument wurde digitalisiert, um die Basis für eine eigene Gesundheitsakte der Bürgerinnen und Bürger und den Zugang zur digitalen Dorfgemeinschaftsplattform, welche Ziel des Projekts „Dorfgemeinschaft 2.0“ ist, zu schaffen. Hierzu erfolgte ein Pretest, der aufzeigte, dass die Internetverfügbarkeit im ländlichen Raum nicht flächendeckend gegeben ist. Ein ausschließlich servergestütztes Programm ist demnach nicht überall nutzbar. Daraufhin musste das Interventionsdesign angepasst werden und das Assessmentinstrument wurde ebenfalls in eine beschreibbare PDF Datei umformatiert, um Übertragungsfehlern vorzubeugen.

Als Ergebnis des im Jahr 2005 durchgeführten Experten-Hearings konnte gesichert werden, dass die Durchführung Präventiver Hausbesuche eine pflegerische Qualifikation als Basisqualifikation bedarf und dementsprechend die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für die bestgeeignete Profession gehalten wird (BfG, 2005). Dementsprechend werden die vier Präventiven Hausbesuche von einer akademisierten Pflegefachkraft (B.Sc.) durchgeführt. Sie analysiert im Rahmen der Präventiven Hausbesuche u.a. die häusliche Situation, reagiert auf die individuelle Lebenssituation und gilt als Ansprechpartnerin und Koordinatorin präventiver Maßnahmen in der Häuslichkeit. Diese Leistungen sind nicht über die Versorgungsbedarfe nach SGB XI abgedeckt, da sie der Vorsorge und nicht der Pflege dienen.

## (ERWARTETE) ERGEBNISSE

Anhand Präventiver Hausbesuche sollen Lücken in der Gesundheitsversorgung identifiziert und eine drohende Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden, so dass die älteren Gemeindemitglieder möglichst lange unabhängig in ihrem gewohnten Umfeld leben können.

Erwartet werden neue Erkenntnisse zur Durchführung Präventiver Hausbesuche, die die unzureichende Datenlage ergänzen. Die Akzeptanzanalyse gibt Implikationen zur Anpassung des Konzepts und Implementierung zukünftiger flächendeckender Etablierung Präventiver Hausbesuche. Im Fokus steht die Nutzung und Handhabbarkeit von Einschätzungsverfahren für den Präventionsbedarf der Zielgruppe sowie die Identifizierung von gesundheitsbezogenen Versorgungslücken, hier im Speziellen im ländlichen Bereich, um dem demografischen Wandel entgegenzuwirken. Erwartet wird eine veränderte, förderliche Wahrnehmung von und Haltung zu Prävention. Damit verbunden wird eine frühzeitige Sensibilisierung bezüglich einer möglichen Pflegebedürftigkeit angestrebt.

## DISKUSSION UND AUSBLICK

Im Falle durch das Forschungsvorhaben positiv nachweisbarer Effekte wäre es wünschenswert das im Vorfeld beschriebene Versorgungsmodell der Präventiven Hausbesuche als kommunales Angebot, z.B. ab 65 Jahren einmal pro Jahr, im ländlichen Raum zu implementieren. Zudem wäre durch die Kommune oder des Landkreises als

Kostenträger ein nachhaltiges Geschäftsmodell für die Zukunft, beispielsweise in Form eines „Präventiven ambulanten Dienstes“, gegeben. Da die Kommune Emlichheim ein Mehrgenerationenhaus mit Senioren- und Pflegestützpunkt hat, wäre es ein großer Erfolg, wenn zukünftig, auch nach der Studienphase, das Angebot der Präventiven Hausbesuche dort verankert werden könnte. Zudem wären Präventive Hausbesuche als Bestandteil der Regelfinanzierung medizinischer und/ oder pflegerischer Kostenträger, hier im Speziellen im ländlichen Raum, wünschenswert, da den älteren Menschen ermöglicht wird eigenständig und selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung zu leben. Der Aufbau eines regionalen Netzwerkes der Gesundheitsanbieter, der Ehrenämter, der Nachbarschaft und gegebenenfalls neuer Kooperationspartnerschaften wäre ebenfalls ein wünschenswertes Resultat.

Eine klarere Beschreibung des Versorgungskonzepts der Präventiven Hausbesuche ist von Nöten, damit sich Möglichkeiten der Nutzbarmachung in Praxis, Ausbildung und Forschung ergeben.

## DAS AUTORENTEAM

### **Britta Blotenberg, M.Sc. Pflegewissenschaft**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“

Doktorandin an der Universität Witten/Herdecke  
Hochschule Osnabrück, Campus Lingen  
Fakultät Management, Kultur und Technik  
Institut für Duale Studiengänge  
Kaiserstraße 10 c

49809 Lingen

Telefon: +49 591 80098 249

E-Mail: B.Blotenberg@hs-osnabrueck.de

### **Prof'in Dr. Stefanie Seeling**

Verbundpartnerin in dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“

Professorin für Pflegewissenschaft  
Hochschule Osnabrück, Campus Lingen  
Fakultät Management, Kultur und Technik  
Institut für Duale Studiengänge  
Kaiserstraße 10 c

49809 Lingen

E-Mail: S.Seeling@hs-osnabrueck.de

### **Prof. Dr. Andreas Büscher**

Gastprofessor der Universität Witten/Herdecke

Professor für Pflegewissenschaft

Hochschule Osnabrück

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Caprivistraße 30 A

49076 Osnabrück

Tel.: 0541/969-3591

E-Mail: A.Buescher@hs-osnabrueck.de

### **Interessenkonflikte:**

**Die Autoren erklären, dass Sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.**

## LITERATUR

- BfG, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.) (2005). Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn.
- Deutscher Bundestag (2015). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. (Präventionsgesetz – PrävG). Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., & Wendt, W.-R. (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management, die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.). Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre.
- Gebert, A., Seifert, K., & Weidner, F. (2016). Modellprojekt Gemeindegewerkschaft. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung zur „Implementierungsphase“. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- Junius, U., & Fischer, G. (2002). Geriatriches Assessment für die hausärztliche Praxis. Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, 210–223.
- LSN, Landesamt für Statistik Niedersachsen (2018). Pflegestatistik der Samtgemeinde Emlichheim 2015. Hannover.
- LK GB, Landkreis Grafschaft Bentheim, Der Landrat (Hrsg.) (2016). Zahlen Daten Fakten 2016/ 2017. Bad Bentheim: A. Hellendoorn KG. Abgerufen von [https://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1\\_1469521999/Zahlenspiegel\\_2016.pdf](https://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1_1469521999/Zahlenspiegel_2016.pdf) am 08.06.2018.
- Luck, T., Roling, G., Heinrich, S., Lupp, M., Matschiger, 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. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 10 (8).
- Meinck, M. (2012). Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In C. Günster & J. Klose & N. Schmacke (Hrsg.). Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2012). SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Selbstbeurteilungsbogen, Zeitfenster 4 Wochen. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Oncken, B. (2013): Der demografische Wandel im Landkreis Grafschaft Bentheim. Abgerufen von [https://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1\\_1377684963/Anlage\\_11\\_Demografischer\\_Wandel\\_in\\_der\\_Grafschaft\\_Bentheim.pdf](https://www.grafschaft-bentheim.de/pics/medien/1_1377684963/Anlage_11_Demografischer_Wandel_in_der_Grafschaft_Bentheim.pdf) am 13.06.2018.
- Ploeg, J., Feightner, J., Hutchison, B., Patterson, C., Sigouin, C., & Gauld, M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. Canadian Family Physician, 51, 1244-1245.
- Resnick B., & Nahm E. S. (2001). Reliability and validity testing of the revised 12-item Short-Form Health Survey in older adults. Journal of Nursing Measurement, 9, 151-161.
- RKI, Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2012). Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI: Berlin.
- Samtgemeinde Emlichheim (2016). Samtgemeinde. Abgerufen von <http://www.emlichheim.de/staticsite/staticsite.php?menuid=4&topmenu=4> am 04.08.2016.
- Seeling, S., & Blotenberg, B. (2017). Möglichkeiten und Grenzen der Mensch-Technik-Interaktion. Neue zentrale Erkenntnisse zur Techniknutzung und -affinität älterer Menschen im ländlichen Raum. Pflege & Gesellschaft, 22 (3), 248–271.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C., & Beck, J.C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. JAMA, 8, 287
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Kurzfassung. Bonn/ Berlin.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K., & Keiding, N. (2002). Preventive home visits to older people in Denmark: methodology of a randomized controlled study. Aging Clinical Experimental Research, 14, 509 – 515.
- von Renteln-Kruse, W., Anders, J., Dapp, U., & Meier-Baumgartner, H.P. (2003). Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 378 – 391.
- Weidner, F., Schulz-Nieswandt, F., Brandenburg, H., Uzarewicz, C., von Renteln-Kruse, W., Klein, M., Isfort, M., & Schmidt, C. (2004). Gutachten. „Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW - Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen“. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- WHO, World Health Organisation (2000). Die Familien-Gesundheitschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen: Eigenverlag.
- ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2013): Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Abschlussbericht. Berlin. Abgerufen von [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Entwicklung\\_Dienstleistungskonzept\\_Paeventive\\_Hausbesuche.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf) am 13.06.2018.