Experten-Hearing
„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
am 23. November 2005 in Bonn

- Dokumentation -

Herausgegeben von der
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

BUNDES
VEREINIGUNG
FÜR
GESUNDHEIT

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3
Einleitung 4
Die Antworten der Expertinnen und Experten 7
Geriatrie
Herr Prof. Dr. med. Carsten Hendriksen 7
Herr Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus 11
Herr Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse 16
Gerostomatologie
Frau Priv.-Doz. Dr. med. dent. Ina Nitschke MPH 20
Pflegewissenschaft
Herr Prof. Dr. phil. Frank Weidner 25
Allgemeinmedizin
Frau Prof. em. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer 36
Gesundheitsökonomie
Herr Prof. Dr. biol. hom. Rolf Holle 40
Ergebnissicherung 45
Ausblick 49
Anhang: Tagesordnung 50

Vorwort

Dass präventive und gesundheitsfördernde Interventionen auch in der zweiten Lebenshälfte sinnvoll sind, ist mittlerweile unbestritten. Deshalb wird eine stärkere Realisierung von Prävention im Zusammenhang der Diskussion um die Modernisierung des deutschen Gesundheitssystems von vielen Seiten gefordert. Aktuell stoßen Hausbesuche bei älteren Menschen durch Ärztinnen und Ärzte, durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie durch Pflegekräfte als Methode der Prävention auf breites Interesse.

Präventive Hausbesuche richten sich an noch nicht pflegebedürftige Menschen ab 75 Jahren – und es gibt starke Hinweise darauf, dass dieses Instrument eine wirksame Maßnahme zur Vermeidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist. Verschiedene vergleichende Übersichtsarbeiten zu ersten Erfahrungen mit Präventiven Hausbesuchen zeigen jedoch, dass Vorgehensweisen, Zielgruppen, Praktikabilität und Effekte nicht einheitlich sind.

Die Arbeitsgruppe 3 "Gesund altern" des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, diese noch offenen Fragen mithilfe eines Experten-Hearings einzugrenzen. Dieses Experten-Hearing wurde am 23. November 2005 in Bonn durchgeführt.

Als Expertinnen und Experten wurden gehört

- für den Fachbereich Geriatrie Herr Prof. Dr. med. Carsten Hendriksen (Kopenhagen), Herr Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus (Ulm) und Herr Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse (Hamburg),
- für den Fachbereich Gerostomatologie Frau Priv. Doz. Dr. med. dent. Ina Nitschke MPH (Leipzig),
- für den Fachbereich Pflegewissenschaft Herr Prof. Dr. phil. Frank Weidner (Köln),
- für den Fachbereich Allgemeinmedizin Frau Prof. em. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer (Hannover)
- und für den Fachbereich Gesundheitsökonomie Herr Prof. Dr. biol. hom. Rolf Holle (München)

Die vorliegende Dokumentation verzeichnet

- die Leitfragen an die Expertinnen und Experten,
- ihre Antworten
- sowie die Ergebnisse der Diskussion.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., die die Federführung und Moderation der AG 3 innehat, dankt dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung des Experten-Hearings und hofft, dass die von den Expertinnen und Experten einhellig ausgesprochene Empfehlung, Präventive Hausbesuche im Rahmen einer umfassenden multizentrischen Studie zu erproben, von den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen aufgegriffen wird.

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmey

Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Vorstandsmitglied der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Berlin, im Februar 2006

Einleitung

Frau Dr. rer. soc. Beate Robertz-Grossmann

Moderatorin der AG 3 „Gesund Altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung
Stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Präventive Hausbesuche im Alter zielen auf die Reduktion der Mortalität, auf eine Vermeidung von Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen und auf eine Verbesserung des funktionalen Status sowie des allgemeinen Wohlbefindens älterer Menschen. Sie richten sich an nichtpflegebedürftige Menschen und sind vom Case-Management mit der Koordinierung unterschiedlicher Leistungen bei bereits bestehendem Behandlungs- und/oder Betreuungsbedarf ebenso zu unterscheiden wie von Leistungen zur Rehabilitation, die der krankheitsbedingten Beeinträchtigung oder Bedrohung der Selbständigkeit gezielt entgegenwirken. Präventive Hausbesuche sind in Deutschland (noch nicht) Bestandteil der Regelfinanzierung medizinischer und/oder pflegerischer Kostenträger.

Seit etwa zwei Jahrzehnten werden Studien durchgeführt, um die Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche zu überprüfen. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass derzeit zwar Evidenz für die grundsätzliche Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche besteht, aber keine hinreichende Evidenz für spezifische Erfolgsdeterminanten. Noch offen sind ferner Fragen zur Zielgruppe (Alter, Selektionsverfahren), zu den zu beteiligenden Berufsgruppen und Organisationsformen, zu den Inhalten der Leistungen, zur Abgrenzung zu bereits bestehenden Versorgungsleistungen sowie zur Häufigkeit der Besuche. Es fehlen standardisierte Zielgrößen, eine Übersicht über die Kosten und weitere Kosten-Nutzen-Analysen.

Bevor über die Einführung des Präventiven Hausbesuchs als Regelleistung fundiert entschieden werden kann, gibt es also noch grundsätzlichen Klärungsbedarf bzgl. so relevanter Einflussgrößen wie

- Definition einer konkreten Zielgruppe,
- einzusetzende Methoden und Instrumente,
- Bestimmung des Umfangs der hausärztlichen Verordnung,
- definierte Leistungsinhalte der Besuchsprogramme bzw. des geriatrischen Assessments,
- Umfang des Einsatzes und Art der beteiligten nicht-ärztlichen Fachkräfte
- sowie Qualifikation der beteiligten nicht-ärztlichen Fachkräfte.

Diese Einflussgrößen sind anhand der aktuellen Studienlage noch nicht abschließend zu beurteilen.

Um zu einer Klärung der genannten Fragen beizutragen, hat die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. mit finanzieller Unterstützung und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn ein Experten-Hearing veranstaltet und ausgewiesene Expertinnen und Experten um ihre Antworten auf folgende zuvor von der Arbeitsgruppe definierte Leitfragen gebeten:

1. **Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?**

   Geht es z.B. um die Vermeidung von Pflegeheimaufnahmen oder z.B. um die Vermeidung von Schenkelhalsbrüchen in Folge von Stürzen oder z.B. um die frühzeitige Einleitung von notwendigen Pflegemaßnahmen?

Diese Festlegung ist deswegen essentiell voranzustellen, weil nur in konkretem Bezug auf das Ziel/die Ziele die patientenrelevanten Endpunkte festgelegt werden können, an denen mit der Studie evaluiert werden soll, welche Art von Hausbesuch die besten Erfolgsaussichten hat.

2. **Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?**

   Systematischer Vergleich zweier Gruppen:

   - z.B. unselektiert ab bestimmtem Alter (65, 70, 75 etc.)
   - z.B. vorselektiert nach Risikoprofil und/oder Alter, Wohnumfeld (Stadt/Land), wobei das Risiko sowohl in Bezug auf die Heimeinweisung als auch in Bezug auf eine höhergradige Pflegebedürftigkeit (ambulant) gewählt werden und nach empirischen Kriterien bzw. unter Nutzung eines geeigneten Screeninginstruments bestimmt werden soll. Sofern eine Vorselektion stattfindet, sollten die diesbezüglichen Erfahrungen aus bestehenden Strukturen berücksichtigt werden.

3. **In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?**

   Systematischer Vergleich von höchstens drei verschiedenen Organisationsformen.

   Beteiligte Professionen und Organisationen sollten beschrieben sein: Durchführende, Koordinierende, assoziierte Partner, evtl. beteiligte Partner für die den Hausbesuchen folgenden Leistungen. Für sinnvoll oder notwendig gehaltene Primär- und Zusatzqualifikationen sollen angegeben werden. Zur expliziten Beschreibung des Anforderungsprofils derer, die den Hausbesuch durchführen, sollten neben der beruflichen Qualifikation auch mögliche weitere Faktoren wie z.B. Alter und Berufserfahrung erfragt werden.

4. **Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?**

   Systematischer Vergleich von zwei unterschiedlichen Inhaltspaketen in Variation von:

   - z.B. Multidimensionalem Assessment (körperlich, funktionell, geistig, psychisch, sozial), ergänzt um Sturzrisiko und Status Ernährung, Impfung, Medikation
   - z.B. Tests, Laboruntersuchungen, Messungen
   - z.B. Fokus Beratung, Schulung und Vermittlung an bestehende Angebote, Monitoring
   - z.B. Fokus Beratung, Schulung und Vermittlung an für das Hausbesuchsprogramm entwickelte Angebote, Monitoring

5. **Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?**

   Systematischer Vergleich von zwei unterschiedlichen Besuchsprogrammen, in Variation folgender Merkmale:

   - z.B. starre oder flexible, bedarfsabhängige Hausbesuchsfrequenz
   - z.B. einmal vs. mehrmals im Jahr

- z.B. zeitlich begrenztes vs. zeitlich unbegrenztes Programm (Kriterien für das Verlassen von Programmen, z.B. geriatrische Anschlussbehandlung etc.) – zeitlich unbegrenzt: Studiendesign?
- z.B. Kontaktformen (direkt, fernmündlich etc.)

6. **Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?**

   In diesem Zusammenhang sollte deutlich sein, dass die Definition eindeutiger, nachprüfbarer Parameter, die eine Kosten-Nutzen-Bewertung ermöglichen (z.B.: Eintritt von Pflegebedürftigkeit, Heimeinweisungen, Krankenhausaufenthalte und Krankenhauskosten etc.), gefordert ist.

7. **Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?**

Als Expertinnen und Experten konnten gewonnen werden:

Geriatrie

- Herr Prof. Dr. med. Carsten Hendriksen (Kopenhagen)
- Herr Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus (Ulm)
- Herr Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse (Hamburg)

Gerostomatologie

- Frau Priv. Doz. Dr. med. dent. Ina Nitschke MPH (Leipzig)

Pflegewissenschaft

- Herr Prof. Dr. phil. Frank Weidner (Köln)

Allgemeinmedizin

- Frau Prof. em. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer (Hannover)

Gesundheitsökonomie

- Herr Prof. Dr. biol. hom. Rolf Holle (München)

Nachfolgend werden die Antworten der Expertinnen und Experten auf die oben genannten Leitfragen sowie die Ergebnissicherung der Veranstaltung dokumentiert.

Die Antworten der Expertinnen und Experten

Herr Prof. Dr. med. Carsten Hendriksen*

Herr Prof. Dr. med. Carsten Hendriksen

Außerordentlicher Professor, Abteilung für Sozialmedizin, Institut für Public Health, Universität Kopenhagen

Chefarzt, Medizinisches Zentrum, Bispebjerg Hospital, Kopenhagen

* Autorisierte Übersetzung aus dem Englischen

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Das Hauptziel besteht darin, das frühzeitige Einsetzen von Beeinträchtigungen bei den in den Gemeinden lebenden älteren Personen zu verhindern oder zu verzögern. Durch die Stärkung/Verbesserung der funktionalen (körperlichen, sozialen und psychischen) Fähigkeiten soll die Gefahr des Auftretens von gesundheitlichen Problemen (z.B. Sturzrisiko) und somit die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts und einer Heimeinweisung verringert werden.

Nach den vorliegenden Ergebnissen ziehen ältere Personen mit noch weitgehend erhaltener oder nur leicht eingeschränkter Funktionsfähigkeit aus den Präventiven Hausbesuchen offenbar den größten Nutzen. Wird beim Nachlassen der Funktionsfähigkeit erst einmal ein bestimmter Punkt überschritten, spielen die proaktiven Präventionsprogramme nur noch eine untergeordnete Rolle.

Es ist sehr wichtig, zwischen älteren Personen mit einer weitgehend erhaltenen Funktionsfähigkeit und behinderten und gebrechlichen älteren Personen einschließlich der *Patientinnen und Patienten* mit akuten/subakuten Gesundheitsproblemen zu unterscheiden. Bei Letzteren werden spezifische Gesundheitsprobleme im Mittelpunkt des Besuchs stehen, dessen wichtigstes Ergebnis in erster Linie die tertiäre Prävention sein wird. Das geriatrische Team im Krankenhaus kann in Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt und dem ambulanten Pflegeteam Teil des multidisziplinären Teams sein.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Dänemark: Seit 1998 sind alle Kommunen gesetzlich dazu verpflichtet, allen Bürgerinnen und Bürgern ab dem 75. Lebensjahr zweimal jährlich einen Präventiven Hausbesuch anzubieten. Das Gesetz wurde 2005 geändert: Älteren Personen, die praktische und/oder persönliche Hilfe von der Gemeinde in Anspruch nehmen (mittels der ambulanten Pflegeteams), soll nicht mehr unbedingt ein Präventiver Hausbesuch angeboten werden. Der Grund dafür ist, dass, wie bereits erwähnt, offenbar davon auszugehen ist, dass ältere Personen mit noch weitgehend erhaltener oder nur leicht eingeschränkter Funktionsfähigkeit aus Präventiven Hausbesuchen den größten Nutzen ziehen.

Zur *Altersgrenze* bei den Präventiven Hausbesuchen: Die meisten Ergebnisse liegen zu den über 75-Jährigen vor. Da man jedoch davon ausgeht, dass künftig die Funktionalität mit zunehmendem Alter länger erhalten bleibt, schlagen wir aufgrund unserer Ergebnisse künftig das 80. Lebensjahr als „Grenze“ vor.

Es muss allerdings betont werden, dass die *Voraussetzung* für die Präventiven Hausbesuche bei älteren Personen, deren Funktionsfähigkeit noch weitgehend erhalten ist, in einer gut funktionierenden multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen dem häuslichen Pflegedienst, der Hausärztin/dem Hausarzt und den Fachärztinnen/-ärzten in den Krankenhäusern – insbesondere in den geriatrischen Abteilungen einschließlich der geriatrischen Teams in den Pflegeheimen – besteht, die ein umfassendes geriatrisches Assessment und Management (GEM) für die gebrechlichen älteren Personen anbieten. Ohne eine solche Zusammenarbeit zugunsten der gebrechlichen älteren Personen erscheinen Programme für allgemeine Präventive Hausbesuche bei älteren Personen mit noch weitgehend erhaltener Funktionsfähigkeit als „Luxus".

Zur Bestimmung der Zielgruppe ist daher die Evaluierung der Möglichkeiten und der Qualität des gesamten Gesundheitssystems erforderlich, um festlegen zu können, ob der Fokus auf langfristige Ziele (allgemeine Prävention) oder auf die gebrechlicheren älteren Personen ausgerichtet sein soll (GEM).

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?

Aufgrund der in Dänemark gemachten Erfahrungen empfehlen wir einige Leitlinien als *Rahmenvorgaben* für die Besuche:

Ein *strukturiertes Gespräch* (vertrauensvoller und guter Kontakt) mit der älteren Person bietet die Möglichkeit

a. des Assessments der Person in ihrer familiären Umgebung einschließlich des Assessments der unmittelbaren Umgebung
b. des Assessments der Funktionsfähigkeit (körperlich, psychisch und sozial) und der Aktivitäten im Alltag im Hinblick auf die persönliche Autonomie
c. der Einschätzung des Gesundheitszustands (zum Beispiel mögliche Symptome, Medikation, Ernährung)
d. eines multidimensionalen Assessments: die Ressourcen der Person; mögliche Risiken; frühe Auslöser für ein Nachlassen der Funktionsfähigkeit und Gesundheitsprobleme
e. zur Erstellung von Aktionsplänen: das Gespräch selbst kann eine Intervention darstellen; Schaffung der Ausgewogenheit zwischen den Erwartungen und den realistischen Möglichkeiten der älteren Person, ihrer Umgebung und in der Gemeinde; gegebenenfalls Beratung und Anleitung; die ältere Person akzeptiert die Vorschläge; zum Beispiel Besuch der Hausärztin/des Hausarztes und/oder Rehabilitation in der Gemeinde
f. Während der Nachsorge (*ein* Besuch ist nicht ausreichend) besteht das Ziel darin, den Kontakt aufrechtzuerhalten und zu beurteilen, ob sich Änderungen ergeben haben. Das strukturierte Gespräch einschließlich der Schlussfolgerungen der vorangegangenen Besuche dient wiederum als Rahmen.

Während der Besuche kann ein Plan für die Gesundheitskontrolle empfohlen werden. Es wird weder eine vollständige körperliche Untersuchung noch eine Blutuntersuchung vorgenommen; sollte es die Person, die den Hausbesuch durchführt, jedoch für notwendig erachten, wird die Hausärztin/der Hausarzt hinzugezogen.

Wichtig ist die Qualifikation der Person, die den Hausbesuch durchführt. Präventive Hausbesuche dienen nicht nur zur Gesundheitskontrolle oder zum Screening auf bestimmte Krankheiten, sondern stellen eine darüber hinausgehende Maßnahme weiteren Umfangs dar. Die berufliche Qualifikation dieser Personen ist ebenso wichtig (vgl. Vass

et al. 2005) wie das Einfühlungsvermögen gegenüber den älteren Personen und das Wissen über die (privaten und öffentlichen) Möglichkeiten in der Gemeinde.

Die Zusammenarbeit zwischen der Person, die den Hausbesuch durchführt, und den anderen Professionen – insbesondere der Hausärztin/dem Hausarzt – trägt mit den in der Gemeinde zur Verfügung stehenden Möglichkeiten entscheidend dazu bei, dass im Hinblick auf die während des Besuchs festgestellten Bedürfnisse eine weitere Betreuung stattfindet.

Um die oben genannte berufliche Qualifikation zu erfüllen, sind die Personen, die die Präventiven Hausbesuche durchführen, in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitswesen, Alterungsprozess und geriatrische Medizin zu schulen. Krankenschwestern und Physiotherapeutinnen/-therapeuten verfügen über die Primärqualifikation und können sich durch Schulungen für Präventive Hausbesuche zusätzlich qualifizieren.

Die Organisation in der Gemeinde hängt von den örtlichen Gegebenheiten ab – als Bestandteil des Systems der häuslichen Pflege oder als unabhängige Arbeitsgruppe.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Eine ausführliche Antwort auf diese Frage ist sehr schwierig, da noch nicht bekannt ist, wie die Zielsetzung des deutschen Projekts aussieht.

Entscheidet man sich für einen eher allgemeinen präventiven Ansatz bei den älteren Personen mit einer noch weitgehend erhaltenen Funktionsfähigkeit, dann liegt der Fokus – meines Erachtens – auf dem oben beschriebenen strukturierten Gespräch.

Wird hingegen der Schwerpunkt bei den gebrechlichen älteren Personen gesetzt, ist ein umfassendes geriatrisches Assessment in Form eines Programms erforderlich.

Wir sollten das während des Treffens erörtern.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Bei Präventiven Hausbesuchen ist es wichtig, dass zwischen der älteren Person und der Fachkraft ein vertrauensvoller und guter Kontakt entsteht. Anschließend kann der Kontakt bei der Nachsorge durch Hausbesuche oder Telefonate und künftig vielleicht durch E-Mails aufrechterhalten werden, was von der jeweiligen Situation abhängig ist; er sollte jedoch mindestens einmal jährlich stattfinden.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?

Fragebogen zur Funktionsfähigkeit – zum Beispiel validierte Mobilitätsskalen.

Erfassungsstellen: Sterblichkeit, Pflegeheime, Krankenhausaufenthalte, Nutzung des Pflegeangebots der Gemeinde – abhängig von den vorhandenen Möglichkeiten.

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Es ist wichtig, dass eine Kosten-Nutzen-Studie erstellt wird.

Literaturhinweise

Weitere Einzelheiten sind den von der dänischen Gruppe für Präventive Hausbesuche vorgelegten Unterlagen zu entnehmen.

- 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 Clin Exp Res* 14: 509-515.
- Vass, M.; Avlund, K.; Kvist, K.; Hendriksen, C.; Andersen, C.K.; Keiding, N. (2004): Structured home visits to older people: are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 22: 106-111.
- Vass, M.; Avlund, A.; Lauridsen, J.; Hendriksen, C. (2005): Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 53: 563-568.

Herr Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus

Herr Prof. Dr. med. Thorsten Nikolaus

Honorarprofessor für Geriatrie, Universität Ulm

Chefarzt, Bethesda Geriatrische Klinik Ulm

Medizinischer Geschäftsführer der Bethesda Geriatrischen Klinik Ulm und des Bethesda Krankenhauses Stuttgart

1. Welches Ziele/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Gemäß dem Modell für die Entstehung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter führt die Einwirkung von Risikofaktoren zu einer Schädigung des Organismus mit nachfolgender Erkrankung. Die Krankheitsfolgen können insbesondere bei Multimorbidität zu einer *funktionellen Beeinträchtigung* führen, die die selbständige Lebensführung in Frage stellt (Nikolaus/Pientka 1999):

Um funktionelle Beeinträchtigungen rechtzeitig erkennen und damit eine Behinderung im Alltag vermeiden zu können, sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden. In einer Literaturrecherche konnten eine Reihe von Risikofaktoren für funktionelle Beeinträchtigungen gefunden werden (Stuck et al. 1999). Diese Risikofaktoren sind: Alkohol, Depression, geringe körperliche Aktivität, kognitive Beeinträchtigung, Komorbidität, Mobilitätseinschränkung, Rauchen, schlechte eigene Gesundheitseinschätzung, Seheinschränkungen, soziale Deprivation, veränderter Body-Mass-Index.

Ziel eines Präventiven Hausbesuchs soll es sein, rechtzeitig Risikofaktoren für den oft schleichenden Prozess von funktionellen Beeinträchtigungen zu erkennen. Die rechtzeitige Diagnostik und entsprechende Einleitung einer Therapie kann den schleichenden Verlauf von Behinderung abbremsen oder gegebenenfalls sogar stoppen. Durch die Erfassung der Risikofaktoren durch ein strukturiertes Interview und eine entsprechende körperliche Untersuchung lassen sich neben medizinischen Maßnahmen auch notwendige Pflegemaßnahmen einleiten, mit dem Ziel, den Betroffenen ein möglichst langes,

selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Als Endpunkt ist daher die Vermeidung von Pflegeheimaufnahmen essentiell.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Eine unselektierte Vorgehensweise ab einem bestimmten Alter ist weder ökonomisch noch medizinisch sinnvoll. Wichtig ist es, die *Hochrisikogruppe für drohende funktionelle Beeinträchtigung* ab einem bestimmten Alter entsprechend herauszufiltern. Dabei sind mehrere Methoden möglich. Beispielsweise kann man über die *Daten der Pflegekassen* alle Menschen kontaktieren, die in die Pflegestufe I (II?) eingestuft wurden. Eine wichtige Funktion bei der Identifizierung von Risikopatientinnen und -patienten kommt den *ambulanten Diensten* zu, da diese häufig einen genauen Überblick über den funktionellen Zustand der von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten haben und auch genau identifizieren können, bei welchen sich in den letzten Monaten eine Verschlechterung der Selbständigkeit ergeben hat.

Eine weitere Auswahlmöglichkeit besteht in der Definition der Risikogruppe über die Anzahl der Arztkontakte bzw. der Krankenhausaufenthalte in den zurückliegenden zwei Jahren. Auch diese Daten sind über die Krankenkassen bzw. die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfragbar. Eine wichtige Risikogruppe wird dadurch aber nicht erreicht: die älteren Menschen, die sozial vereinsamt, ohne Inanspruchnahme ambulanter Dienste und ohne Kontakte zu Hausärztinnen und Hausärzten, zunehmend gebrechlich werden. Aus eigenen Erfahrungen (Nikolaus et al. 1999) bei der Rekrutierung ambulant lebender, gebrechlicher älterer Menschen muss festgehalten werden, dass diese Personengruppe häufig nicht auf brieflichen Kontakt reagiert und auch eine telefonische Kontaktaufnahme mit etwa einem Drittel dieser Menschen nicht möglich ist (nichtvorhandener Telefonanschluss bzw. Unfähigkeit zu selbständigem Telefonieren).

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?

Um die Organisationsform effektiv gestalten zu können und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die die Präventiven Hausbesuche durchführen, eine möglichst große Unabhängigkeit zu geben, scheint meiner Meinung nach eine *Anbindung an die Kommune und/oder eine Klinik* am effektivsten. Diese Stelle muss Stabs- und Koordinierungsfunktion ausüben, d.h. ein entsprechendes Case-Management gestalten. Nach den Erfahrungen der Ulmer Studie zur Sturzprävention bei zu Hause lebenden, gebrechlichen älteren Menschen und dem Heidelberger Hausbesuchsprogramm kommen hierfür in erster Linie Gesundheits- bzw. Krankenpflegerinnen und -pfleger in Frage (Becker at al. 2003; Nikolaus et al. 2003). Von großer Bedeutung ist eine langjährige Berufserfahrung mit entsprechender Weiterbildung im Bereich Geriatrie. Die Kenntnis des lokalen Netzes von ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, regionalen Krankenhäusern und bestehenden Alten- und Pflegeheimeinrichtungen sowie der nicht-ärztlichen Therapieangebote sind unbedingt erforderlich. Am ehesten sind daher *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten* für diese Aufgabe geeignet. Als Backup ist der regelmäßige und strukturierte Kontakt zu einer Medizinerin/einem Mediziner mit geriatrischer Schulung notwendig, um gegebenenfalls unklare Befunde der Hausbesuche mit einer Ärztin/einem Arzt diskutieren zu können. Ist die Stabsstelle für Präventive Hausbesuche an eine Klinik angebunden, ist dies sicher leicht zu bewerkstelligen; sollte die Stabsstelle in der Kommune angesiedelt sein, muss im Vorfeld geklärt werden, welche Ärztin/welcher Arzt hier konsiliarisch in Frage kommt (es kann sich hierbei auch um eine niedergelassene Ärztin/einen niedergelassenen Arzt handeln, die/der eine entspre-

chende Zusatzqualifikation wie klinische Geriatrie nachweisen kann bzw. sich in diesem Bereich eingehend fortgebildet hat). Die Gesundheits- bzw. Krankenpflege ist meiner Ansicht nach deswegen am besten geeignet, weil sie in ihrer Ausbildung medizinische Kenntnisse vermittelt bekommt und eine eingehende pflegerische Ausbildung erhält. Dies ist beispielsweise bei Altenpflegerinnen und -pflegern, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten sowie qualifizierten Laien nicht der Fall. In dieser Organisationsform ist die Ärztin/der Arzt in der Funktion als Beraterin bzw. Berater gefragt – sowohl für die durchführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Präventiven Hausbesuche als auch für die Hausärztin/den Hausarzt mit Hinsicht auf Therapieänderungsvorschläge.

Alle Berufsgruppen sind durch ihre Ausbildung nur unzureichend auf die Durchführung von Präventiven Hausbesuchen vorbereitet. Hier ist vor Beginn des Programms (im Falle der Krankenpflege) ein zwei- bis vierwöchiges Schulungsprogramm anzustreben.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Da Behinderungen häufig multidimensional verursacht werden, ist zur Erfassung der Risikofaktoren, die häufig komplex ineinander greifen, auch ein *multidimensionales Assessment* notwendig (körperlich, funktionell, geistig, psychisch, sozial). Dies muss in seinen verschiedenen Dimensionen selbstverständlich auch das Sturzrisiko erfassen sowie das Malnutritionsrisiko und in seinen Empfehlungen auf notwendige Impfungen hinweisen sowie Ratschläge zur Optimierung der Medikation beinhalten. Laboruntersuchungen und andere diagnostische Maßnahmen machen in der Stufe der Präventiven Hausbesuche keinen Sinn, sondern sind gegebenenfalls weiteren diagnostischen Empfehlungen vorbehalten, die sich aufgrund der Ergebnisse des Präventiven Hausbesuchs ergeben. Diese Empfehlungen müssen durch die Ärztin/den Arzt, die/der in die Präventive Hausbesuchsgruppe einbezogen ist, mit der jeweils verantwortlichen Hausärztin/dem jeweils verantwortlichen Hausarzt besprochen werden. Der Stabs- und Koordinationsstelle kommt die Aufgabe des *Case-Managements* zu, d.h. sie soll bei Bedarf bestehende lokale Angebote vermitteln und mit den besuchten Personen telefonisch Kontakt halten. Eigene Angebote, die auf das Hausbesuchsprogramm aufbauen, sollten meiner Meinung nach nur dann entwickelt werden, wenn es lokal keine anderen Anbieter gibt und aufgrund des Besuchsprofils der Mitbürgerinnen und Mitbürger hierfür ein Bedarf besteht. Ich empfehle, auf die von Herrn Professor Stuck in Kooperation mit Hamburg und Ulm entwickelten *Assessment-Instrumente für Präventive Hausbesuche* zurückzugreifen, da diese die erforderlichen Testgütekriterien (Validität, Reliabilität) aufweisen, in mehreren Studien angewendet wurden und in der Alltagspraxis entsprechende Modifikationen erfahren haben (Goetz et al. 2001; Peter-Wuest et al. 2000).

Eine große logistische Herausforderung ist die Prozessevaluation. Hier kommt der Stabs- und Koordinierungsstelle eine wichtige Aufgabe zu. Eine Erfassung, inwieweit die Empfehlungen tatsächlich umgesetzt wurden, ist nur durch regelmäßige Kontakte zu den nicht-ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten, den ambulanten Diensten sowie den Hausärztinnen und Hausärzten möglich, selbstverständlich unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten selbst. Nach einem festgelegten Zeitraster kann in einem einfachen Fragebogen erfasst werden, ob und in welcher Häufigkeit die ausgesprochenen diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahmen durchgeführt wurden.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Die Präventiven Hausbesuche sollten bei allen in der Gemeinde lebenden älteren Menschen durchgeführt werden, die zur Risikogruppe für funktionelle Beeinträchtigungen zählen, und zwar so lange, bis der Umzug in eine Institution notwendig wird. Grundsätzlich erscheint mir eine *starre Hausbesuchsfrequenz einmal im Jahr* für sinnvoll, es sollten jedoch innerhalb des Assessmentprogramms Kriterien bestehen, die im Bedarfsfall ein Abweichen von diesem Vorgehen ermöglichen (beispielsweise wiederholte, ungeplante Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Monaten, mehr als fünf Medikamente als Risikoindikator, ungeplante Gewichtsabnahme, die nicht auf eine konsumierende Erkrankung zurückzuführen ist etc.). Um die Effektivität eines präventiven Hausbesuchprogramms zu erfassen, bietet sich eine *Studie mit einem Wartelisten-Kontroll-Design* an, bei der in beiden Gruppen anfangs grundlegende Daten zur Charakterisierung der Studienpopulation erhoben werden (soziodemographische Daten, funktioneller Zustand, Kognition, Medikation, Krankenhausaufenthalt in den zurückliegenden fünf Jahren, Multimorbidität etc.). Nach einem Jahr, und vor Eintritt in das Hausbesuchsprogramm, können in der Kontrollgruppe diese Daten erneut erhoben und mit den Daten der Patientinnen und Patienten verglichen werden, die sich bereits von Anbeginn an in dem Hausbesuchsprogramm befinden. Sollte sich in der Studie die Überlegenheit von Präventiven Hausbesuchen gegenüber der herkömmlichen Behandlung zeigen, ist ein zeitlich unbegrenztes Programm sinnvoll. Sollte sich in Abhängigkeit von den Studienergebnissen zeigen, dass nur bestimmte Teile des Hausbesuchprogramms effektiv sind, muss eine Modifikation erfolgen und diese Modifikation erneut wissenschaftlich untersucht werden.

Die einmal aufgebaute Infrastruktur für die Präventiven Hausbesuche führt zu einer zeitlich zunehmenden Bekanntheit dieses Angebots und wird erfahrungsgemäß im Laufe der Jahre stärker nachgefragt. Eine Nachhaltigkeit ist nur dann gegeben, wenn die Finanzierung im Anschluss an eine Studie sichergestellt werden kann (vgl. Leitfrage 7). Aus den Erfahrungen der Ulmer Untersuchungen hat sich gezeigt, dass durch die Tätigkeit der Kerngruppe, die die Untersuchungen wissenschaftlich begleitet hat, eine Reihe von zusätzlichen Aktivitäten entstanden ist, die zum Teil von den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern selbst ausgingen bzw. von den beteiligten Therapiegruppen initiiert wurden.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?

Als Zielgrößen sollten nur solche Parameter erhoben werden, die überall in Deutschland leicht zu erheben sind und keinen großen Interpretationsspielraum zulassen. So genannte „harte Endpunkte“ sind in diesem Zusammenhang *die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, die Rate der Heimeinweisungen und der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. die Veränderung der Pflegestufe.*

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung müssen selbstverständlich sehr viel weitergehende Daten erhoben werden als in Leitfrage 6 aufgeführt (Endpunkte einer randomisierten Studie). Neben den Personalkosten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Präventiven Hausbesuche müssen selbstverständlich sämtliche Leistungen mit eingehen, die für die Bürgerinnen und Bürger in der Interventionsgruppe erbracht werden, verglichen mit der Kontrollgruppe. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind dies die Anzahl der Hausbesuche, die Medikation, die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten und anderen

ambulanten Leistungen, die Inanspruchnahme nicht-ärztlicher Therapien, Krankenhausaufenthalte und entsprechende Kosten, die Rate der Heimeinweisungen sowie die Dauer bis zum Einzug in ein Alten- und Pflegeheim. Daneben müssen die Aufwendungen für die Pflegekasse bei entsprechender Pflegestufe berücksichtigt werden. *In die Kosten-Nutzen-Bewertung sollten nicht nur ökonomische Daten eingehen, sondern auch Angaben der Patientinnen und Patienten zur subjektiven Gesundheitsbeurteilung, körperlichen Aktivität, Zufriedenheit und Lebensqualität allgemein.*

Da es sich bei der Intervention um Prävention von Behinderung handelt, profitiert in erster Linie die Pflegekasse von den Maßnahmen, während bisher nach gängiger Praxis nahezu alle vorab beschriebenen Leistungen durch die Krankenkassen erbracht werden müssen. Hier ist ein Umdenken zwingend erforderlich. Im Sinne einer gerechteren Verteilung der finanziellen Last muss hier politisch noch ein Weg gefunden werden, *dass für einen Präventiven Hausbesuch und die daraus resultierenden nachfolgenden Leistungen die Pflegekassen in Zukunft für die Finanzierung aufkommen müssen*.

Literatur

- Becker, C.; Kron, M.; Lindemann, U.; Sturm, E.; Can, H.; Walter-Jung, B.; Nikolaus, T. (2003): Effectiveness of a multifactorial intervention on fractures and falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 51: 306-313.
- Goetz, S.; Stuck, A.E.; Hirschi, A.; Gillmann, G.; Dapp, U.; Nikolaus, T.; Minder, C.; Beck J.C. (2001): Test-Retest-Reliabilität eines deutschsprachigen multidimensionalen Assessmentinstruments bei älteren Personen. *Z Gerontol Geriat* 34: 196-206.
- Nikolaus, T.; Bach, M. (2003): Preventing falls among community-dwelling frail elderly by a home intervention team (HIT): results from the randomized falls-HIT trial. *J Am Geriatr Soc* 51: 300-305.
- Nikolaus, T.; Pientka, L. (1999): Funktionelle Diagnostik. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Nikolaus, T.; Specht-Leible, N.; Bach, M.; Oster, P.; Schlierf, G. (1999): A randomised trial of comprehensive assessment and home intervention in the care of hospitalised patients. *Age and Ageing* 28: 543-550.
- Peter-Wuest, I.; Stuck, A.E.; Dapp, U.; Nikolaus, T; Goetz, S.M.; Gillmann, G.; Minder, C.E.; Beck, J.C. (2000): Präventive Hausbesuche im Alter: Entwicklung und Pilottestung eines multidimensionalen Abklärungsinstruments. *Z Gerontol Geriat* 33: 44-51.
- Stuck, A.E.; Walthert, J.; Nikolaus, T.; Büla, C.; Hohmann, C.; Beck, J.C. (1999): Risk factors for functional status in community-living elderly people: a systematic review. *Soc Sci Med* (1999) 48: 445-469.

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse

Stiftungsprofessor für Geriatrie und Gerontologie, Universität Hamburg

Chefarzt der Medizinisch-Geriatrischen Klinik im Albertinen-Diakoniewerk e.V., Hamburg

Vorbemerkungen

Die meines Erachtens wesentlich für alle folgenden Fragen zu klärende Kernfrage ist diejenige nach der Zielgruppe (oder den Zielgruppen). Hiervon hängen schließlich die Ziele und davon die Ziel-, resp. die zu messenden Erfolgsparameter und unmittelbar davon auch die zu verwendenden Assessment-Verfahren ab.

Die folgenden Ausführungen richten sich deshalb konsequent nach der im Folgenden eingangs benannten Zielgruppe. Die Ausführungen haben außerdem einen Bezug zu den Inhalten und Schlussfolgerungen der Referenzen, die im Anschluss an diesen Beitrag aufgeführt sind.

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Stellt man den präventiven Charakter der Hausbesuche – im Sinn eines „proaktiven Vorgehens“ – in den Mittelpunkt des Interesses, kommen als mögliche Zielgruppe diejenigen älteren Personen in den Blickpunkt, die auf dem Weg zur Einstufung in eine Pflegestufe sind bzw. eine solche beantragt haben. Dies wären dann auch jene Personen, die nicht in der Lage sind, so genannte „Komm-Strukturen“ zu nutzen, und zwar aufgrund körperlicher, geistiger, seelischer oder zeitlicher Einschränkungen (caregiver) ihrer Mobilität.

Ein Präventiver Hausbesuch hätte dann das Ziel, die Zielgruppe zu identifizieren, zu charakterisieren und ihre Bedürfnisse für präventive Maßnahmen zu ermitteln. Die Vorteile, diese im häuslichen Umfeld zu ermitteln, sollten im Hausbesuch genutzt werden. Präventive Maßnahmen schließen solche der Tertiär-Präventien (Nutzung spezifischer geriatrischer Behandlung und Rehabilitation) ein.

Harte primäre Ziele wären demnach die zeitliche Verzögerung des Eintritts in eine Pflegestufe (Zuerkennung einer Pflegestufe oder gegebenenfalls auch Höherstufung) sowie unter Umständen auch der Umzug in institutionelle Versorgung.

Sekundäre Ziele wären sämtliche Verbesserungen in Domänen, die – gemessen mittels Assessment-Verfahren – als „defizitär“ bzw. verbesserungsbedürftig ermittelt wurden.

Außerdem wäre der Aspekt der Caregiver-Belastung ein bedenkenswerter sekundärer Parameter, da dieser Personenkreis älterer, zu Hause lebender Pflegender eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit dafür aufweist, selbst hilfs- und pflegebedürftig zu werden.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Auf der Grundlage derzeitiger Evidenz wissenschaftlicher Erkenntnisse erachte ich es als essentiell, dass die Befunde eines wie immer gearteten multidimensionalen Assessments, das natürlich präventive Parameter einschließen muss, interdisziplinär bewertet werden, um daraus die Empfehlungen für präventive Maßnahmen abzuleiten und dann zu formulieren. Deshalb muss meines Erachtens geriatrische Kompetenz eines interdisziplinären Teams fest eingebunden sein, z.B. in Form einer geriatrischen Klinik/eines geriatrischen Zentrums.

Geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen kämen prinzipiell in Frage, Hausbesuche durchzuführen; z.B. ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege, Sozialpädagogik etc.

Die flächendeckende Versorgung der älteren Bevölkerung mit Präventiven Hausbesuchen gemäß kalendarischem Alter erscheint nicht sinnvoll bzw. nicht durchführbar (kein zielgruppenorientiertes Vorgehen; altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit; vgl. BMFSFJ 2001: 84). Wird ein kalendarisches Alter a priori zugrunde gelegt, könnte ein systematisches Screening durch Hausärztinnen/-ärzte erfolgen. Nach zuvor festgelegten Kriterien (Probleme welcher Relevanz in welchen Domänen) sollte dann ein Hausbesuch erfolgen. Das Screening-Instrument könnte sich z.B. gegebenenfalls an das von der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST 1997) modifizierte Screening nach Lachs et al. (1990), erweitert um präventive Aspekte, anlehnen, da hier wesentliche Domänen abgedeckt sind. Das Screening nach Lachs et al. (1990) ist ursprünglich für die Nutzung in der ärztlichen Praxis im ambulanten Bereich entwickelt worden.

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?

Geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinschen Dienstes der Krankenkassen kämen prinzipiell in Frage, im Prinzip jedoch z.B. auch Personal aus Hausarztpraxen oder aus geriatrischen Kliniken; unabdingbar ist in jedem Fall die Schulung! Die in den Ausführungen zu den Leitfragen aufgeführten „regionalen Gesundheitszentren“ sind meines Erachtens abzulehnen, da es sich hierbei nicht um einen geschützten Bereich handelt und deshalb die Professionalität der hier tätigen Personen keineswegs sichergestellt ist.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Die Hausärtzin/der Hausarzt sollte als kontinuierliche Größe in der medizinischen Versorgung unbedingt involviert sein. Es müssten präventive Gesichtspunkte implementiert sein, die über Zielgrößen hinausgehen, die sich ausschließlich auf „Schrittmacher“-Faktoren von „functional decline“ beziehen, z.B. Ernährung und soziale Teilhabe. Schließlich sollten in einem Studien-Programm Bezüge zu altersgerechten, d.h. altersadaptierten präventiven Angeboten in der Kommune bestehen. Für den Erfolg einer nachhaltigen Implementierung präventiver Maßnahmen im Alltag der Betroffenen ist der individuelle „Zuschnitt“ präventiver Angebote wahrscheinlich sehr wesentlich.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Zu den unter dieser Frage aufgeführten Erläuterungen ist zunächst festzustellen, dass „bedarfsabhängige Besuche“ natürlich nicht eigentlich primärpräventiv sind, sondern in einem sekundär- bis tertiärpräventiven Ansatz dazu dienen, Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit für den Verlust alltagsrelevanter funktioneller Kompetenz frühzeitig zu erfassen und geeigneten Interventionen gemäß dem gesetzlichen Anspruch „Rehabilitation vor Pflege“ zuzuführen.

Der erste Hausbesuch müsste einem multidimensionalen Assessment dienen, das nach Hamburger Erfahrungen ca. zwei Stunden in Anspruch nimmt – ohne Fahrzeit sowie ohne Vor- und Nachbereitung. Es müsste mindestens einen zweiten Besuch/Jahr geben,

der verschiedene Funktionen haben könnte, z.B. Aufarbeitung bisher vernachlässigter Domänen, Erfolgskontrolle, Beratung etc. Eine flexible Lösung, basierend auf einem einheitlichen, vergleichbaren Mindest-Set wäre in Betracht zu ziehen, z.B. adaptiertes STEP oder Albertinen-Haus-Assessment.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?

Entscheidend wäre – natürlich neben einer Definition messbarer Parameter – die Erhebung direkter und indirekter Kosten. Erwähnt sei, dass – aus Hamburger Perspektive und Erfahrung – Hausbesuche um ein Vielfaches teurer sind als beispielsweise die Teilnahme am Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Komm-Struktur).

Die dann letztlich ins Auge gefasste Zielgruppe wird auch hierfür bestimmend sein. Präventive Hausbesuche und Prävention im Rahmen der Gesundheitsförderung für Ältere sind komplementäre, aber keine alternativen Ansätze.

In einem aussagefähigen Projekt müsste sichergestellt sein, dass sämtliche Kosten in einer populationsbasierten Stichprobe betrachtet werden können (s. Kosten-Transparenzgesetz).

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Diese Frage kann meines Erachtens erst beantwortet werden, wenn die oben genannten Fragen entsprechend beantwortet worden sind.

Referenzen

- [AGAST] Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.) (1997): Geriatrisches Basisassessment. Handlungsanleitungen für die Praxis. 2. Auflage. München: MMV Medizin Verlag.
- Bertelsmann Stiftung (2005): Deutscher Präventionspreis 2005 – Gesund in die zweite Lebenshälfte (50plus) Die Preisträger und Nominierten. http://www.deutscher-praeventionspreis.de/praeventionspreis_2005/downloads/preistraeger/Broschuere_2005.pdf [24.2.2006].
- [BMFSFJ] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-5008-3.-Altenbericht-Teil1,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [24.2.2006].
- Lachs, M.S.; Feinstein, A.R.; Cooney, L.M. Jr.; Drickamer, M.A.; Marottoli, R.A.; Pannill, F.C. et al. (1990): A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 112: 699-706. http://www.kcgeriatrie.de/instrumente/lachs.pdf [24.2.2006]
- Meier-Baumgartner, H.P.; Anders, J.; Dapp, U. (2005): Präventive Hausbesuche: Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – als Arbeitsfeld für Pflegekräfte. Hannover: Vincentz Network.
- Meier-Baumgartner, H.P.; Dapp, U. (2001): Geriatrisches Netzwerk: Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 204).
- Renteln-Kruse, W. v.; Anders, J.; Dapp, U.; Meier-Baumgartner, H.P. (2003): Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60jährigen älteren Personen in Hamburg. *Z Gerontol Geriat* 36: 378-391.

- Sandholzer, H.; Hellenbrand, W.; Renteln-Kruse, W. v.; Van Weel, C.; Walker, P. et al. (2004): STEP – Europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte präventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. *Dtsch med Wschr* 129 Suppl. 4: 177-228.
- WHO Regional Office for Europe´s Health Evidence Network (HEN) (2004): What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? WHO.

Frau Priv.-Doz. Dr. med. dent. Ina Nitschke MPH (Antworten verfasst im Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. med. dent. Christoph Benz)

Frau Priv.-Doz. Dr. med. dent. Ina Nitschke MPH

Leiterin des Bereichs Seniorenzahnmedizin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig

Erste Vorsitzende des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V

Herr Prof. Dr. med. dent. Christoph Benz

Außerplanmäßiger Professor mit Arbeitsschwerpunkt Präventive Zahnheilkunde bei älteren Menschen, Ludwig-Maximilians-Universität München

Oberarzt, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, ZMK-Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Zweiter Vorsitzender des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Der Präventive Hausbesuch hat aus zahnmedizinischer Sicht zum Ziel, den diagnostischen, präventiven und therapeutischen Bedarf bei den Patientinnen und Patienten abzuschätzen.

Eine unzureichende präventive Betreuung des Mundbereichs hat drei wichtige negative Folgen:

1. Der Mund stellt eine besondere Eintrittspforte für Mikroorganismen in den Gesamtorganismus dar. So erhöhen z.B. chronische entzündliche Zahnbetterkrankungen (Parodontitis), wissenschaftlich nachgewiesen, das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und COPD deutlich.
2. Der Mund und die Zähne dienen der Ernährung. Funktionsverluste (mangelnde Kauleistung, Schluckbeschwerden, Schmerzen) im stomatognathen System beeinflussen die Nahrungsaufnahme sowie die Nahrungsmittelauswahl und damit unmittelbar die Ernährung.
3. Mund und Zähne haben einen wichtigen Einfluss auf das soziale Auftreten und damit auf die Integration der Seniorinnen und Senioren in die Gesellschaft. Schlechter Mundgeruch, zerstörte und fehlende Zähne wirken auf viele Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner abstoßend und beeinträchtigen z.B. das Sprechvermögen. Die Bereitschaft, in Gesellschaft z.B. zu essen oder zu sprechen, sinkt, und das führt nicht selten dazu, dass Menschen sich kontinuierlich aus dem sozialen Leben zurückziehen. Dies stellt eine starke Einschränkung der Lebensqualität dar.

Bei der jetzt älteren Generation besteht oft der Eindruck, dass Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen sowie Zahnverlust eine unausweichliche Folge des Alterns sind. Wie die Wissenschaft heute klar zeigen kann, manifestieren sich diese Folgen jedoch im Alter nicht durch den Alterungsprozess selbst, sondern allein durch die lange Wirkungsspanne der Noxen.

Ein Präventiver Hausbesuch mit zahnmedizinischer Komponente vermittelt dem älteren Menschen und den Angehörigen den Eindruck, dass Mundgesundheit wichtig sowie in jedem Alter möglich ist, und gibt anhand konkreter Probleme den Anstoß, therapeutische, aber auch präventive Leistungen der Zahnmedizin in Anspruch zu nehmen.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Grundsätzlich würde der zahnmedizinische Komplex besonderen Sinn bei älteren Menschen machen, deren Mobilität in irgendeiner Form eingeschränkt ist. Eingeschränkte Mobilität hat dabei verschiedene Auswirkungen auf die Mundgesundheit:

1. Aufgrund des für die gesetzlich Versicherten eingeführten Bonusheftes finden stabile, aktive Seniorinnen und Senioren häufiger den Weg in die Praxis zur Kontrolluntersuchung als gesundheitlich eingeschränkte. Dies ist jedoch nicht gleich bedeutend damit, dass die Seniorinnen und Senioren die bei der Untersuchung festgestellten Mängel auch behandeln lassen. Bei in der körperlichen und kognitiven Mobilität eingeschränkten Menschen ist der Besuch einer zahnärztlichen Praxis erschwert, und damit entfällt oft eine regelmäßige präventive und therapeutische Betreuung.
2. Der ältere Mensch kann die häusliche Mundpflege möglicherweise nicht mehr optimal umsetzen und/oder sich die notwendigen Hilfsmittel nicht mehr regelmäßig besorgen.
3. Eine entsprechende Pflegestufe oder die Nichtinanspruchnahme einer Zahnärztin/eines Zahnarztes im letzten Jahr (z.B. Fehlen des Bonusstempels) könnten Auswahlkriterien sein.

Der Zugang zur Zielgruppe kann z.B. über ein so genanntes Obleute- oder Patenzahnarztmodell einschließlich qualifizierten Prophylaxepersonals (ZMP, ZMF) gewährleistet werden.

Den Seniorinnen und Senioren, auch den pflegebedürftigen, bleiben alle rechtlichen Kompetenzen erhalten: Rechts-, Einwilligungs-, Delikts- und Geschäftsfähigkeit. Berufsrechtliche Aspekte wie mobile Tätigkeit, fester Praxisstandort, Gewährleistung der „freien Arztwahl“, Delegationsrecht für Prophylaxemaßnahmen sind zu berücksichtigen.

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikationen und in welcher Funktion beteiligt sein)?

Dem zahnmedizinischen Komplex des Präventiven Hausbesuchs wäre mit jeder Struktur und Profession gedient, die zahnmedizinische Kompetenz und „Autorität“ ausstrahlt.

Bislang werden in der Altenpflege- und Krankenpflege-Ausbildung in der Regel (fast) keine mundmedizinischen Inhalte vermittelt. Eine Integration dieser Berufsgruppen in die zahnmedizinische Kompetenz des Präventiven Hausbesuches würde spezielle Zusatzschulungen erfordern.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit zahnmedizinischem Hintergrund (z.B. Zahnärztinnen und Zahnärzte und intensiv gerostomatologisch geschulte Prophylaxe-Assistentinnen/-Assistenten) wären daher sicher ein Idealfall. Es wäre denkbar, ein Netzwerk aufzubauen, wie es aus der Betreuung der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für die Kindergärten und Schulen bereits vorhanden ist. Die Verknüpfung des Präventiven Hausbesuchs mit den LAG erscheint langfristig nicht sinnvoll, da es bei den unterschiedlichen Problemen zu Interessenskonflikten kommen könnte.

Die Seniorenzahnmedizin innerhalb der entsprechenden Zahnärzte-Verbände beginnt sich zurzeit erst zu organisieren (vgl. Leitfrage 7), so dass zu diesem Zeitpunkt noch keine flächendeckende Zusammenarbeit möglich erscheint.

In den Landes-Zahnärztekammern ist die Senioren- und Behindertenbehandlung durch ein entsprechendes Referat vertreten, so dass hier bundesweit ein Ansprechpartner vorhanden wäre. Das Obleute-/Patenzahnarztmodell ist hingegen unterschiedlich ausgebaut und nur eine mögliche Zugangsalternative. Grundsätzlich wäre jedoch hier eine Möglich-

keit zu sehen, den zahnmedizinischen Komplex des Präventiven Hausbesuchs an die Zahnärztekammern oder an andere zahnärztliche Verbände anzugliedern.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Im Präventiven Hausbesuch sollte ein zahnmedizinisches Assessment durchgeführt werden, welches den diagnostischen, präventiven und therapeutischen Bedarf einschätzt und folgende Aspekte umfasst:

1. Hat die Seniorin/der Senior eine Hauszahnärztin/einen Hauszahnarzt, und ist diese/dieser für ihn leicht zu erreichen?
2. Wann war der letzte Zahnarztbesuch?
3. Gibt es einen Eintrag im Bonusheft (GKV-Versicherte)?
4. Ist dem älteren Menschen die eigene Zahnsituation in manchen Situationen peinlich?
5. Hat der ältere Mensch beim Präventiven Hausbesuch Zahnlücken, ist er zahnlos, wird der Zahnersatz getragen?
6. Sind Mundpflege-Hilfsmittel (z.B. Zahnbürste, Zahnpaste) in brauchbarem Zustand vorhanden?
7. Zeigen Zähne, Zunge und gegebenenfalls Prothesen Belag?
8. Kann der ältere Mensch alles essen, oder behindern ihn Funktionsverlust oder Schmerzen?
9. Ist der Zahnersatz funktionstüchtig bzw. wird er getragen?
10. Ist im Gespräch Mundgeruch wahrnehmbar?
11. Sind bei dem älteren Menschen Mundschleimhautveränderungen zu erkennen?

Um die mundbezogene Lebensqualität zu ermitteln, gibt es verschiedene international eingeführte Instrumente, wobei in Deutschland der OHIP (Oral Health Impact Profile) besondere Aufmerksamkeit erfahren hat.

Die Aussagekraft des OHIP hinsichtlich einer Seniorengruppe im Bezug auf den Präventiven Hausbesuch muss jedoch erst überprüft werden, da die subjektive Einschätzung sich gerade bei den Seniorinnen und Senioren oft von der klinischen Beurteilung unterscheidet. Daneben sind spezielle gerostomatologische Belange, wie oben benannt, neben dem OHIP zusätzlich in das Gesamt-Assessment aufzunehmen.

Haben die Patientin oder der Patient keine Zahnärztin/keinen Zahnarzt, bzw. können sie ihre Hauszahnärztin/ihren Hauszahnarzt nicht mehr gut erreichen und/oder überschreiten sie ein bestimmtes Punkte-Score im Assessment, sollte ein Kontakt zu einer sich in der Nähe befindlichen Zahnarztpraxis mit gerostomatologischer Kompetenz hergestellt werden. Hierbei sollte vorher bekannt sein, ob auch Hausbesuche, falls notwendig, von dieser Praxis abgedeckt werden.

Die Kontakte und die Organisation innerhalb der Zahnärzteschaft könnten in die Referate Seniorenzahnmedizin der regionalen zahnärztlichen Bezirksverbände eingebunden werden, die sich zurzeit in Deutschland etablieren.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern? (d.h. welche Besuchsfrequenz/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Der zahnmedizinische Komplex würde seine Wirkung mit halbjährlicher Frequenz optimal entfalten können. Der Besuch sollte ein Gespräch und eine Inspektion der Mundhöhle beinhalten, wobei keine ausführliche klinische Befunderhebung, wie in einer zahnärztlichen Praxis üblich, erfolgen sollte, sondern die/der Untersuchende sich einen groben Überblick zum notwendigen Behandlungsbedarf (z.B. Zahnarztkonsil notwendig ja/nein, Hausbesuch notwendig ja/nein) verschaffen sollte.

Die Erfahrungen im Münchner AOK-Modellprojekt zeigen, dass die eigentliche Untersuchung und das Gespräch mit Begrüßung und Verabschiedung etwa 30 Minuten in Anspruch nehmen.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert werden?

Wie bereits dargestellt, haben zahnmedizinische Aspekte wissenschaftlich nachgewiesene allgemeinmedizinische und soziale Auswirkungen, zu denen wiederum natürlich auch andere Ursachen beitragen. Für die wissenschaftliche Begleitung des Präventiven Hausbesuchs wird es damit nicht möglich sein, mundmedizinische Effekte unmittelbar übergeordneten Zielgrößen zuzuordnen. Da jedoch andererseits die Ursachen-Folgen-Kette für Erkrankungen im Mund wissenschaftlich erwiesen ist, würde es genügen, Verbesserungen im dargestellten Assessment-Score zu bewerten. Gerade im Bereich älterer, später möglicherweise pflegebedürftiger Menschen ist eine Kostenreduktion durch präventive Programme sicher zu erwarten. Transporte und Narkosebehandlungen sind auch bei Immobilität und Demenz dann wesentlich seltener notwendig, wenn eine regelmäßige mundmedizinisch-präventive Betreuung auch beim älteren Menschen durchgeführt wird. Diese Aspekte sozialökonomisch zu werten, erfordert jedoch einen größeren Zeitraum und ist auch Gegenstand des Münchner AOK-Modellprojekts.

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Die Kosten für den zahnmedizinischen Komplex des Präventiven Hausbesuchs liegen allein im personellen Bereich und sind überschaubar. Es wäre durchaus vorstellbar, dass hier eine regionale Kooperation mit Zahnärzteverbänden entstehen kann, die sich im Bereich der Altersmundmedizin engagieren. Derartige Interessengruppen beginnen sich zu organisieren.

Letzter Zahnarztbesuch

in Monaten

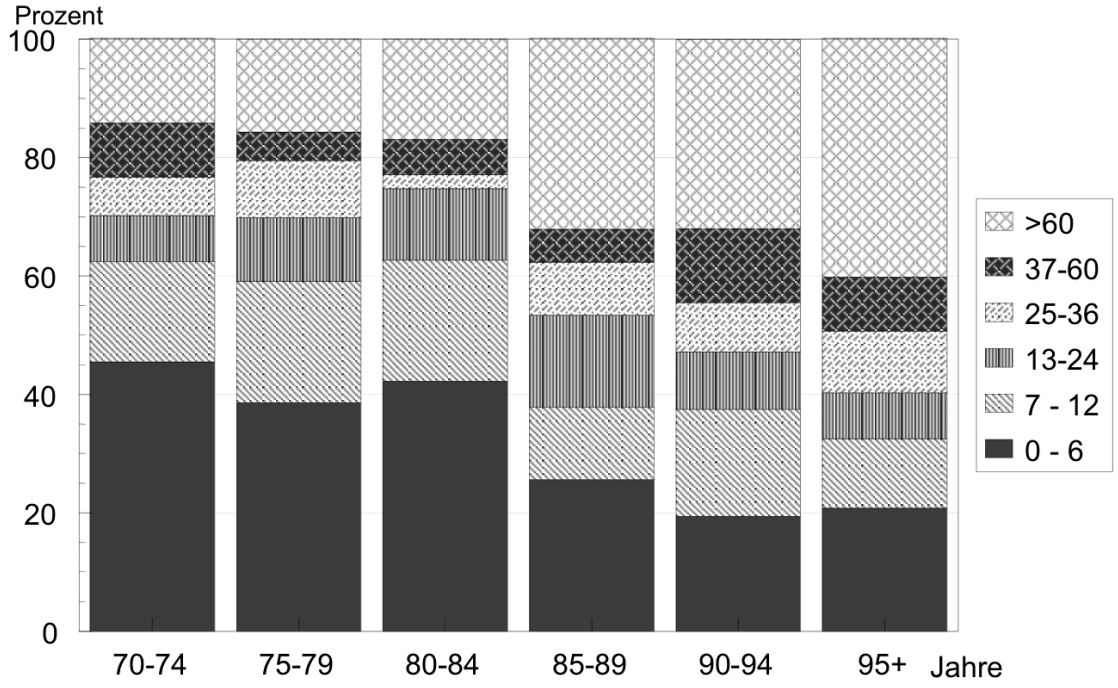

Abbildung: Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch. Quelle: Nitschke, I.; Müller, F.; Hopfenmüller, W. (2001): The uptake of dental services by elderly Germans. *Gerodontology* 18: 114 – 120.

Herr Prof. Dr. phil. Frank Weidner

Herr Prof. Dr. phil. Frank Weidner

Professor für Pflegewissenschaft an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, Fachbereich Gesundheitswesen

Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip)

Grundsätzliche Vorbemerkung

Die vorliegenden Fragen können nicht anhand eindeutiger Evidenz beantwortet werden. Die Leitfragen werden daher nur, wo möglich, evidenzbasiert beantwortet, auf strittige Evidenzlagen wird hingewiesen. Ist letzteres der Fall, werden Empfehlungen aufgrund der Erfahrungen der Autoren aus der wissenschaftlichen Begleitung der Studie **mobil** ausgesprochen.

Nachfolgende Ausführungen beruhen auf folgendem Verständnis des Präventiven Hausbesuchs:

Der Präventive Hausbesuch ist eine Maßnahme, deren Kernelement die Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Gesundheit, Krankheitsvermeidung und selbständiger Lebensführung ist.

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Ziele:

1. Erhaltung und Förderung von Gesundheit und selbständiger Lebensführung im Alter (adding life to years):

- Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit
- lebenssituationsorientierte Ausschöpfung präventiver und gesundheitsförderlicher Potentiale

2. Optimierung der Angebotsstrukturen zur Prävention von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit hinsichtlich der Effektivität von Maßnahmen und der Effizienz im System

3. Stärkung des Vertrauens älterer Menschen in staatliche und kommunale Strukturen:

- Kenntnis der lokalen Ansprechpartner für Seniorenbelange
- Kenntnis der lokalen Seniorenangebote
- Aufbau präventiver und gesundheitsfördernder kommunaler Angebotsstrukturen

Aufgrund der Alterung unserer Gesellschaft sowie der begrenzten finanziellen und personellen gesellschaftlichen Ressourcen sind die Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit durch Ausschöpfung bekannter präventiver Potentiale und die Minimierung von bekannten Gesundheitsrisiken als Hauptziele des Präventiven Hausbesuchs zu nennen.

Soll die Ausschöpfung präventiver Potentiale gelingen, ist sowohl ein individuumsbezogener Zugang als auch ein verhältnisbezogener Ansatz notwendig. Die Sensibilisierung der Stakeholder (Kommunen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere im Gesundheits- und Sozialwesen tätige Berufsgruppen) im Hinblick auf die präventiven Möglichkeiten ist dabei von großer Bedeutung.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Die Frage der Zielgruppe wird unter dem Aspekt der vorhandenen Evidenz und dem Wissen zur Akzeptanz von Präventiven Hausbesuchen beantwortet.

Die Evidenzlage zur Beantwortung der Frage der Zielgruppe ist uneinheitlich. Elkan et al. (2001) kamen in der von ihnen durchgeführten Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass unabhängig vom Alter und dem Beeinträchtigungsgrad der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Hochrisiko- vs. Niedrigrisikogruppe) signifikant positive Effekte durch Präventive Hausbesuche auf Mortalität und Pflegeheimeinzug erzielt werden können.

Stuck et al. (2002) kamen in ihrer Metaanalyse von 2002 zu dem Schluss, dass Präventive Hausbesuche effektiv erscheinen bei Personen mit Niedrigrisikoprofil (geringes Mortalitätsrisiko) und unter 75 Jahren. Voraussetzung ist, dass das Programm bestimmte inhaltliche Bedingungen erfüllt (hierzu mehr unter den Leitfragen 4 und 5). Die aktuellste den Autoren bekannte Veröffentlichung von 2005 unterstützt die These des Niedrigrisikoprofils. Vass et al. (2005) wiesen für die Zielgrößen „funktionale Fähigkeiten“ und „Pflegeheimeinzug“ ebenfalls nur positive Effekte für Personen nach, die zu Beginn der Studie keinen Hilfebedarf hatten. Einschränkend muss hier hinzugefügt werden, dass die eben zitierte Studie nicht den Nachweis des generellen Effektes von Präventiven Hausbesuchen zum Ziel hatte, sondern den Einfluss einer Fortbildung für die Durchführenden.

Der Einfluss von Alter und Beeinträchtigungsgrad auf den Effekt von Präventiven Hausbesuchen ist aufgrund der Evidenzlage noch nicht abschließend zu beantworten.

Ströbel/Weidner (2003a) kamen in der von ihnen durchgeführten Analyse von Studien und Modellprojekten aufgrund der inhaltlichen Hinweise in einzelnen Studien zu dem Schluss, dass Hausbesuchsprogramme dem Beeinträchtigungsgrad angepasst sein müssen. Seniorinnen und Senioren mit einem höheren Risikoprofil benötigen intensivere Unterstützung. In den vorhandenen Veröffentlichungen werden Maßnahmen beschrieben, die Züge von Casemanagement aufweisen (Bernabei et al. 1998; Hall et al. 1992). Seniorinnen und Senioren der Niedrigrisikogruppe profitieren bereits von Empowermentbesuchen. Unter diesem Begriff können Präventive Hausbesuche gefasst werden, in denen Beratung, jedoch keine aktive Unterstützung in Form von Kontaktaufnahmen oder -vermittlung erfolgt.

Die dänischen Erfahrungen zur Akzeptanz von Präventiven Hausbesuchen zeigen, dass Personen über 79 Jahren diese besser annehmen als Jüngere. In der Auswertung aus dem Jahr 1999 wird ersichtlich, dass ca. 50 % der unter 80-Jährigen den Besuch absagen, bei den 80-Jährigen und älteren aber nur noch ein Drittel. Das Resümee der Evaluation ist: „Die Jüngsten lehnen öfter ab“ (Den Sociale Ankelstryrelese-Ankalysekontoret 1999). Positive Effekte der Fortbildung konnten nur bei den 80-Jährigen, jedoch nicht bei den 75-Jährigen nachgewiesen werden.

Aufgrund der uneinheitlichen Evidenz und der dänischen Erfahrungen wurden von Ströbel und Weidner für das von ihnen wissenschaftlich begleitete Projekt **mobil** folgende Kriterien für die Zielgruppe festgelegt:

> 75 Jahre und älter, ohne Einstufung in die Pflegeversicherung sowie ohne bekannte kognitive Beeinträchtigung.

Da keine eindeutige Evidenz für risikoselektiertes Vorgehen besteht, wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer unabhängig von ihrem Beeinträchtigungsgrad aufgenommen. Ausschlusskriterium ist die Einstufung in die Pflegeversicherung, dieses Kriterium ist in **mobil** als Evaluationsgröße definiert. Das Ausschlusskriterium „bekannte kognitive Beeinträchtigung“ auch bei Personen ohne Pflegestufe bildet im Rahmen der uneingeschränkten Risikoselektion die Ausnahme. Begründung ist hier, dass die Umsetzung der

Beratungsinhalte mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten nur sehr begrenzt möglich ist. Die Altersgruppe 75+ wurde gewählt, da die Pflegefallwahrscheinlichkeit ab dem 75. Lebensjahr exponentiell ansteigt und eine höhere Akzeptanz der Maßnahme durch diese Personen als bei jüngeren zu erwarten ist.

Die Erfahrungen des ersten Jahres aus dem Projekt **mobil** zur Akzeptanz der Maßnahme bestätigen die im Vorfeld getroffenen Annahmen zur Zielgruppe. Die Responserate auf eine *einmalige schriftliche* Einladung an die Versicherten durch die Krankenkasse betrug 15%. Für **mobil** haben wir weder eine schriftliche noch eine telefonische Nachrekrutierung vorgenommnen. Lediglich bei Personen, die auf die Einladung hin angerufen haben, wurde versucht, sie für das Projekt zu gewinnen. Hinzuzufügen ist, dass die Einladung, am Projekt teilzunehmen, Mitte Februar 2004 erfolgt ist, kurz nachdem die Gesundheitsreform in Kraft getreten war. Aus den telefonischen Anfragen und Rückmeldungen auf die Einladung wissen wir, dass die durch die Reform verursachte Unsicherheit und Frustration negative Auswirkungen auf den Rücklauf hatte. Ein weiterer Hinweis für eine gute Akzeptanz der Maßnahme in der Zielgruppe ist die nach einem Jahr sehr geringe Aussteigerquote von 2%.

Der Altersmedian der Interventionsgruppe liegt bei 78 Jahren (Durchschnitt 79,7 Jahre). Nach Auskunft der Beraterinnen schlagen Personen mit Niedrigrisikoprofil häufiger eine geringere Frequenz von Hausbesuchen vor als im Konzept vorgesehen, Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hochrisikoprofil hingegen kaum.

Diese Beobachtung wirft jenseits der notwendigen Diskussion um die Effektivität auch die Frage des subjektiv empfundenen Bedarfs auf. Personen mit bereits bestehendem Hilfebedarf ist sicherlich schwer zu vermitteln, dass sie aufgrund ihrer Gebrechlichkeit aus Effektivitätsgründen von einer Beratungsmaßnahme zur Erhaltung von selbständiger Lebensführung im Alter ausgeschlossen werden. Die Fragilität ihrer Situation ist diesen Personen meist sehr bewusst, der „Kampf“, in den eigenen vier Wänden verbleiben zu können, wird jeden Tag mit großer Anstrengung ausgetragen. Wie mit dieser Personengruppe, die Hilfebedarf hat, aber noch nicht pflegebedürftig im Sinne dies SGB XI ist, umgegangen werden kann, muss im Rahmen eines Modellprojekts mitbedacht werden.

Einen weiteren interessanten Hinweis auf einen möglichen Indikator zur Bestimmung der Zielgruppe bietet das in **mobil** eingesetzte Instrument zur Erhebung der funktionalen Fähigkeiten von Interventions- und Kontrollgruppe. Das „Questionaire of functional ability“ (Avlund et al. 1999) erfasst neben der Mobilität der oberen und unteren Extremitäten sowie den Fähigkeiten zur Körperpflege auch den Hilfebedarf einer Person zur Ausübung dieser Aktivitäten sowie die subjektiv empfundene Ermüdung bei ihrer Durchführung.

Die Validität und Reliabilität des Fragebogens konnten für Skandinavien nachgewiesen werden (Avlund et al. 1999). Der Fragebogen wurde in dänischen Studien als Screening-Instrument zur Identifzierung von „Risikopersonen“ eingesetzt (Vass et al. 2005). Avlund et al. (1995) und Avlund et al. (2002) konnten in mehreren Studien den Zusammenhang von selbstberichteter Ermüdung bei den täglichen Aktivitäten und späterer Hilfsbedürftigkeit nachweisen. In der ersten Zwischenauswertung des Projekts **mobil** zeigt sich eine Tendenz, die diese Ergebnisse bestätigt. Weitere Aussagen zur Zielgruppe im Hinblick auf die Effektivität der Maßnahme sind nach einem Jahr Umsetzungszeit aus dem Projekt noch nicht möglich.

Die erwähnten Veröffentlichungen von Avlund et al. und Vass et al. sowie die noch vorsichtig zu interpretierenden ersten Tendenzen aus dem Projekt **mobil** lassen ein selektiertes Vorgehen mit den Kriterien „Ermüdung“ und „Alter“ im Hinblick auf die Auswahl einer Risikogruppe als angezeigt erscheinen. Ob durch Präventive Hausbesuche bei dieser Gruppe Selbständigkeit im Alter erhalten und gefördert werden kann, ist bislang noch nicht bekannt.

Der Zugang zur Zielgruppe kann entweder über die Kostenträger, die Kommunen oder die Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/ Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?

Eindeutige Aussagen zur Qualifikation der beteiligten Akteure sind in den verfügbaren Metaanalysen nicht vorhanden.

Die Initiatoren des schwedischen Modellprojekts zum Präventiven Hausbesuch kamen nach drei Jahren zu dem Schluss, dass Hausbesuche von beruflich qualifizierten Personen durchgeführt werden müssen und nicht von Laien (Hellner 2003). In Schweden wurden die Hausbesuche von „district nurses“, „care managers“, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführt, in Dänemark ist das Spektrum der Durchführenden ähnlich (Vass et al. 2004). In der Schweiz werden die Hausbesuche von dafür eigens weitergebildeten Pflegekräften durchgeführt.

Vass et al. (2005) untersuchten den Effekt einer kurzen Fortbildung für Beraterinnen und Berater sowie für Hausärztinnen und Hausärzte auf mögliche Ergebnisgrößen von Präventiven Hausbesuchen. Effekte der Fortbildung konnten nachgewiesen werden für 80-Jährige, jedoch nicht für 75 Jahre alte Personen. Positive Auswirkungen berichten die Autoren auf den funktionalen Status der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Selbstauskünfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer) und nach Abschluss der Studie auf die Ergebnisgröße „Pflegeheimeinzug“. Weiter profitierten nur Personen, die zu Beginn der Maßnahme keinen Hilfebedarf hatten. Verstärkt werden konnte der Effekt, wenn nicht nur die Hausbesucherinnen und Hausbesucher, sondern auch die Hausärztinnen und Hausärzte der beratenen Personen an einer Fortbildung teilnahmen. Kein signifikanter Effekt konnte für die Ergebnisgröße „Mortalität“ nachgewiesen werden.

Hinweise zur Bedeutung der Qualifikation können auch bei Vetter et al. (1984) und Stuck (2000) gefunden werden. Die Autoren beschreiben jeweils personenbezogene Effekte, die sie in der Qualifikation und dem Engagement der Beraterinnen und Berater vermuten.

Die vorhandene Literatur weist darauf hin, dass die Primärqualifikation der Durchführenden im Bereich der Sozial- und Gesundheitsarbeit angesiedelt sein sollte. In 18 der 20 von Ströbel/Weidner (2003a) analysierten kontrollierten Studien waren Pflegende Teil des Hausbesuchsteams. Dies spricht dafür, dass die Basisqualifikation von Pflegenden für diese Arbeit besonders gut geeignet erscheint. Unabhängig von der Profession benötigen die Beteiligten eine Zusatzqualifikation in präventiver und gesundheitsfördernder Altenarbeit/Gerontologie/Geriatrie. Die im Rahmen eines Modellprojekts angebotene Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen“ (www.familiengesundheitspflege.de) könnte für Pflegende hier eine Qualifikationsmöglichkeit darstellen.

Weidner/Ströbel (2003b) haben dazu bereits 2003 Stellung bezogen: „Zur Qualifikation zukünftiger Leistungserbringer der Präventiven Hausbesuche sollten die berufsgruppenspezifischen Ansätze mit zielgruppenspezifischer Ausprägung (vgl. Meier-Baumgartner et al. 2002) mit denen generalisierter Präventions- und Gesundheitsarbeit zusammengeführt werden“.

	Berufsgruppenspezifische Qualifikation	Berufsgruppenübergreifende Qualifikation
Zielgruppenspezifische Präventionsarbeit	„Pflegekraft für Gesundheitsförderung“ (Meier-Baumgartner et al. 2002)	
Generalisierte Präventionsarbeit	„Public health; Gesundheitsförderung für Pflegende in der EU (DBfK 2001) Familien-Gesundheitssschwester (WHO)	Studiengänge Public health (z.B. Universität Bielefeld), Weiterbildung Gemeindebezogene Gesundheitsförderung (FH Magdeburg)

Übersicht Weidner/Ströbel (2003b): Einordnungsschema unterschiedlicher Qualifikationsansätze

Ein interdisziplinäres Team mit Geriaterin/Geriater, Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Pflegekraft und Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter sollte in jedem Fall im Netzwerk zur Verfügung stehen. Erfahrungen des Projektes **mobil** zeigen, dass eine Frequenz von zwei bis drei Wochen für die Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen durchaus ausreichend ist.

Wir präferieren für die Organisation des Präventiven Hausbesuchs die Ankoppelung an bestehende Strukturen. Dies könnten sowohl die Kommunen als auch die Krankenkassen oder die Hausärztinnen und Hausärzte sein. Die Erprobung der Anbindung der Organisation an verschiedene Strukturen sollte Teil des Modellvorhabens sein.

Vorteil der Anbindung an die Kommunen wäre die Möglichkeit des Zugangs zur Zielgruppe über das Einwohnermeldeamt. In der definierten Zielgruppe könnten, unabhängig von der bisherigen Nutzung des Gesundheits- und Sozialsystems, z.B. auch Personen, die nicht regelmäßig ihre Hausärztin/ihren Hausarzt aufsuchen, erreicht werden. Weiter sind spezielle kommunale Angebote für Seniorinnen und Senioren keine Besonderheit. Bereits heute werden Wohnberatung, Pflegeberatung und ein Seniorenbüro vielerorts angeboten. Ein zugehendes Angebot wie der Präventive Hausbesuch würde als eine neue Serviceleistung der Kommunen wahrgenommen werden. In Skandinavien nehmen ca. 60% der angefragten Personen über die Kommunen den Präventiven Hausbesuch als Vorsorgemaßnahme wahr.

Der Zugang zur Zielgruppe über die Krankenkassen ist möglich. Die bereits beschriebene Responserate von 15% im Projekt **mobil** ist für ein einmaliges Anschreiben in einem Kassenprojekt eine realistische Zielgröße. Im mündlichen Austausch mit Projektmitarbeitern aus dem Team um Andreas Stuck wurde für diesen Zugang in der Schweiz eine ähnliche Beteiligungsrate berichtet. Soll diese erhöht werden, ist bei einem Zugang über die Krankenkasse hier intensivere Anwerbearbeit notwendig. Vorteil des Zugangs über die Kasse ist, dass aufgrund der vorhandenen Datenlage eine Risikoselektion auf der Basis bekannter Diagnosen vorgenommen werden könnte, wie dies bei Diseasemanagementprogrammen bereits genutzt wird.

Die Anbindung des Hausbesuchsprogramms an Hausarztpraxen ist zu diskutieren. Vorteil hier ist der gute Zugang zur Zielgruppe, nahezu jeder ältere Mensch hat eine Hausärztin/einen Hausarzt. Die bisherigen Erfahrungen zur Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten in präventive Programme zeigen aber, dass diese eher zurückhaltend agieren und große Anstrengungen zu ihrer Überzeugung und Einbindung in die Projektarbeit geleistet werden müssen. Hausarztpraxen könnten als Türöffner für die Zielgruppe dienen, des Weiteren ist ein Austausch zwischen Beraterin/Berater und Hausärztin/Hausarzt von Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünschenswert, und eine multiprofessionelle Anbindung an die Hausarztpraxis muss besser gelingen.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleitungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Obwohl Präventive Hausbesuche seit 20 Jahren durchgeführt werden, liegen nur sehr wenige Studien vor, die neben Aussagen zur Wirksamkeit die notwendigen inhaltlichen Komponenten Präventiver Hausbesuche analysieren. Eine Ausnahme bilden die Arbeiten von Stuck et al. (2002) und Ströbel/Weidner (2003a). Es können daher nur bedingt Aussagen zur Bedeutung einzelner Einflussfaktoren vorgenommen werden; randomisierte und kontrollierte Studien, die mit Ausnahme einer Inhaltskomponente vergleichbar aufgebaut sind, liegen nicht vor.

Stuck et al. (2002) ermittelten in ihrer stratifizierten Metaanalyse neben der Zielgruppe zwei inhaltliche Erfolgsdeterminanten:

- Multidimensionales Assessment mit Follow-up
- mehr als 9 Hausbesuche pro Teilnehmer

Ströbel/Weidner (2003a) identifizierten zu den von Stuck et al. (2002) benannten Faktoren noch die Komponenten:

- Beziehungsarbeit und fachliche Beratung
- Interdisziplinäres Team (Fallbesprechungen)
- Durchführende mit Zusatzqualifikation

Die letztgenannten Erfolgsfaktoren „Zusatzqualifikation“ und „interdisziplinäres Team“ werden durch die aktuelle Veröffentlichung von Hendriksen (2005) bestätigt. Wie bereits erwähnt, konnte durch eine zweimal jährlich durchgeführte kurze Fortbildung von Multiplikatoren des kommunalen Präventionsteams sowohl ein positiver Effekt bei 80-Jährigen auf den funktionalen Status als auch nach Abschluss der Studie auf die Heimeinzugsrate nachgewiesen werden. Sie weisen darauf hin, dass sich dieser Effekt verstärkte, wenn die Hausärztinnen und Hausärzte eine Fortbildung in Bezug auf das eingesetzte Assessment erhalten hatten.

Die Notwendigkeit der professionellen Beziehungsarbeit in Präventiven Hausbesuchen wird bislang nur von Ströbel und Weidner thematisiert. In präventiven Prozessen, die eine Verhaltensänderung für potentielle Probleme in der Zukunft anstreben, wird von den Betroffenen eine geringe Dringlichkeit wahrgenommen. Die Verhaltensänderung erfordert zudem häufig große Eigeninitiative. Die Erfahrungen mit Behandlungen in Akutsituationen können nicht auf präventive Prozesse übertragen werden. Eine Therapiecompliance wie sie von Ärztinnen und Ärzten für akute Situationen vorausgesetzt wird, besteht für als nicht bedrohlich empfundene potentielle Risiken nicht. Daher müssen andere Strategien der Vertrauensbildung für präventive Prozesse in der Beratung entwickelt werden.

Aufgrund der Literatur kann für ein zu entwickelndes Hausbesuchsprogramm eine eindeutige Empfehlung zur Durchführung eines multidimensionalen Assessments und von Folgebesuchen gegeben werden. Die Autoren empfehlen weiter interdisziplinäre Fallbesprechungen und ein auf präventive Situationen abgestimmtes Kommunikationskonzept.

Die Liste der „Topthemen“ der Assessmentauswertung des ersten Hausbesuchszyklus des Projekts **mobil** weisen daraufhin, dass ein Screening für Sturzrisiken (Kurztests) und Urininkontinenz enthalten sein sollte, weiterhin Fragen zum Impfschutz, der Ernährung (Trinkverhalten), zur körperlichen Bewegung, zu Schmerz sowie zu den Themen „Hilfe im Notfall“ und „Hilfe bei Pflegebedürftigkeit“.

Die Durchführung von Laboruntersuchungen halten wir für nicht notwendig, diese sind Aufgabe der Hausärztin/des Hausarztes. Mit der Messung des Blutdrucks im Projekt ha-

ben wir hingegen sehr gute Erfahrungen gemacht. Von den 178 Teilnehmerinnen und Teilnehmern hatten 37% einen systolischen Blutdruck von >159 mmHg. Einige dieser Normwertabweichung sind sicher auf die ungewohnte Situation des Assessments zurückzuführen, der größere Teil der erhöhten Werte ist sicher kein einmaliges Ereignis.

Die Assessments in **mobil** werden auf der Grundlage von STEP (Williams et al. 2002) durchgeführt. Dieses Instrument wurde von einer europäischen Forschergemeinschaft als präventives geriatrisches Assessment für den Bereich Primary Care entwickelt. Wir verwenden im Projekt eine modifizierte Version. Es wurden Fragen zur Erfassung der subjektiven Belastung durch Probleme eingefügt, Bereiche wurden gestrichen (z.B. Labor) und es wurden weiterführende Assessments hinterlegt, die im Bedarfsfall eine bessere Einschätzung einzelner Problematiken ermöglichen (z.B. Belastung durch Pflege einer/eines Angehörigen, Depression, Schmerz).

Die Entwicklung von speziellen Angeboten für das Hausbesuchsprogramm halten wir für nicht sinnvoll. Es sollte die Weitervermittlung an bestehende oder im Rahmen des GMG neu entstehende Strukturen angestrebt werden. Ein allgemeiner Ausbau präventiver Angebotsstrukturen hingegen ist wünschenswert, z.B. Seniorengymnastik mit Fokus „Sturzprävention“, Beckenbodengymnastik für Seniorinnen und Senioren oder Angebote zu altersangepasster Ernährung.

Standardisierte Empfehlungen für das weitere Vorgehen mit identifizierten Risiken sollten hingegen entwickelt werden. Als Beispiel sei hier die Diskussion um den Blutdruckwert im Projekt **mobil** angeführt. Zunächst lautete die Vereinbarung, allen Personen mit einem gemessenen Blutdruckwert >159 mmHg systolisch soll die Kontrolle des Blutdrucks bei der Hausärztin/dem Hausarzt empfohlen werden. Im Projektverlauf wurde diese Vereinbarung durch die Rückmeldung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass ihre Ärztinnen/Ärzte einen niedrigeren Wert gemessen oder den Wert von systolisch 165 mmHg als für dieses Alter normal bezeichnet hätten, in Frage gestellt. Die gleiche Problematik besteht unter anderem auch im Hinblick auf Urininkontinenz oder Sturz.

Evidenzgestützte und leicht verständliche Argumentationshilfen im Hinblick auf einzelne Beratungsthemen sollten ebenfalls angedacht werden.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Zur Beantwortung dieser Frage ist die Unterscheidung in Modellvorhaben und Regelleistung notwendig.

Präventive Hausbesuche als Regelleistung stellen nach Ansicht der Autoren eine fortwährend angebotene Leistung für eine bestimmte Zielgruppe dar. Die Wahrnehmung des Angebots muss dabei freiwillig sein. Dauer und Häufigkeit der Hausbesuche können für Modellvorhaben und Regelleistung zusammen beschrieben werden.

Die Evidenz zur Beantwortung dieser Frage ist dürftig. In der bereits mehrmals zitierten Metaanalyse von Stuck et al. (2002) werden mindestens fünf Hausbesuche als Erfolgsdeterminante genannt. Auch Vass et al. (2004) berichten, dass der größte Effekt bei Personen mit einer größeren Interventionsintensität („high intervention dose“) erzielt wurde. Vetter et al. (1984) beschreiben in ihrer Studie nur einen Effekt für die Kohorte der Beraterin, die mehr Leistungen vermittelte.

Ströbel und Weidner kommen in ihrer Überblicksarbeit zu dem Schluss, dass Folgebesuche und eine Dauer von mindestens zwei Jahren zum Erfolg von Präventiven Hausbesuchsprogrammen beitragen.

Das Vorgehen in dem von den Autoren begleiteten Projekt **mobil** hat sich bislang bewährt.

1. Hausbesuch Assessment	2. Hausbesuch Beratungsgespräch nach einem Monat	3.-5. Hausbesuch Beratungsgespräche nach Bedarf	Wieder-holung jährlich
Hausbesuchsfolge innerhalb eines Jahres			

Das Vorgehen im Projekt **mobil** hat sich bewährt. Nur 19 der 178 Teilnehmerinnen und Teilnehmer benötigten einen vierten Hausbesuch und fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen fünften. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit sowohl sehr gutem Gesundheitszustand als auch guten Lebensverhältnissen kam die Rückmeldung, dass zwei Besuche pro Jahr ausreichend seien. Die im Projekt tätigen Beraterinnen schätzen dies ähnlich ein. Eine Anpassung der Hausbesuchsfrequenz wird daher für das Projekt **mobil** diskutiert. In Betracht gezogen werden die Reduzierung der Frequenz, aber auch die Einführung telefonischer Beratungsgespräche.

Die durchschnittlichen Hausbesuchszeiten betragen im Projekt **mobil** für den Assessmentbesuch 75 Minuten und für die nachfolgenden Beratungsbesuche 45 Minuten. Die Fahrzeit (Hin- und Rückfahrt) betrug in der kleinstädtischen/ländlichen Region pro Besuch 35 Minuten. Die Dauer des Assessments liegt mit den genannten 75 Minuten am oberen Ende der Aufmerksamkeitspanne der Beteiligten. Die im schwedischen Modellversuch dokumentierten Beratungszeiten entsprechen denen des Projektes **mobil**, Hausbesuche dauerten hier zwischen 60 und 90 Minuten.

Zur notwendigen Programmdauer für ein Modellprojekt gibt es keine eindeutigen Aussagen. Die Hinweise aus der Literatur deuten darauf hin, dass die Dauer mindestens zwei, besser drei Jahre betragen sollte. So konnten z.B. Vass et al. (2005) die positiven Effekte der Intervention auf die Zielgröße „Pflegeheimeinzug“ erst nach Abschluss der drei Jahre dauernden Studie feststellen.

Für ein Modellvorhaben präferieren die Autoren einen Zeitraum von mindestens drei Jahren, die Dauer der Hausbesuche wird von dem gewählten Einschätzungsinstrument abhängig sein, eine Hausbesuchsfrequenz von zwei bis fünf Hausbesuchen jährlich scheint je nach festgestelltem Bedarf angemessen.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?

Die Zielgrößen des Modellvorhabens sollten sich an den bereits international veröffentlichten Studien orientieren. Dies sind:

- Funktionaler Status
- Anzahl der Pflegeheimtage
- Mortalität
- Gesundheitskosten (soweit bei den Kostenträgern verfügbar)
- Subjektiver Gesundheitszustand

Für Deutschland sollte weiterhin die Größe „Einstufung in die Pflegeversicherung“ erhoben werden.

Denkbar sind kleinschrittigere Größen wie „Anzahl der erlittenen Oberschenkelfrakturen“, „aufgetretene Herzinfarkte oder Schlaganfälle“, Evaluationsgrößen wie „Wissen zu einzelnen Beratungsthemen“ oder die Kenntnisse über lokale Angebotsstrukturen und Ansprechpartner.

Die Größen „funktionaler Status“, „subjektiver Gesundheitszustand“ und „Wissen“ lassen sich gut über einen Fragebogen mit Selbstauskunft erheben. Durch das Controlling kooperierender Krankenkassen könnten die Größen „Anzahl der Pflegeheimtage“, „Mortali-

tät“, „Gesundheitskosten“ und die Einstufung in die Pflegeversichtung erhoben werden, ebenso die Diagnosen.

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Unterschieden werden muss hier zunächst das Kostenaufkommen für die Durchführung eines umfangreicheren Modellvorhabens Präventiver Hausbesuch und das Kostenaufkommen bzw. die Finanzierung einer zukünftigen Regelleistung im Rahmen des Sozialversicherungssystems.

Was das Modellvorhaben anbelangt, hat die Münchner Machbarkeitsstudie brauchbare Hinweise geliefert, auch wenn die Datenbasis der Empirie zu gering gewesen ist und einige methodische Entscheidungen in Frage gestellt werden müssen. Die Autoren sind für den Raum München von Kosten für ein Modellprojekt in zwei Stadtbezirken mit 1120 involvierten Personen für die Dauer von drei Jahren von € 858.720,- ausgegangen. Dies sind die reinen modellprojektbezogenen Kosten, die das Nachfrageverhalten der Betroffenen nach zusätzlichen Gesundheitsdienstleistungen im präventiven Sinne (Investitionsaspekt) nicht einbeziehen (Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health 2002)!

Im Projekt **mobil** kann die Kosten-Nutzen-Relation zumindest als Trend abgebildet werden über die Aufwandskosten für die Durchführung der Präventiven Hausbesuche in der Gegenüberstellung der durch die Interventionsgruppe einerseits nachgefragten Gesundheitsdienstleistungen wie Hausarztbesuche, Medikamentenverschreibungen, Krankenhausaufenthalte etc. und andererseits durch den Nachweis verhinderter Sturzfolgen, verbesserter Blutdruckwerte oder angepasster Ernährungsverhaltensweisen.

Für den belastungsfähigen Nachweis einer Kosten-Nutzen-Effizienz liegen bislang weltweit nur im Ansatz Belege vor. Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass die Komplexität der Faktoren und Datenlagen im Rahmen einzelner Projekte mit begrenzten Laufzeiten nicht ausreichend erfasst werden konnten.

In der von Stuck et al. durchgeführten EIGER Studie machen die Autoren folgende Kostenkalkulation auf (Schmocker 2002):

Komponente	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Durchführung der Präventiven Hausbesuche	+460	+460	+184
Ambulante Gesundheitskosten	+262	+246	+163
Kosten für Spitalbehandlung	0	0	0
Kosten für Pflegeheimbetreuung	0	- 636	- 2683
Total	+ 722	+ 70	- 2336

Die zukünftige Finanzierung Präventiver Hausbesuche könnte über die Ausweitung des Präventionsansatzes in den bestehenden Sozialgesetzbüchern V oder XI erfolgen. Hier sind seitens des Entwurfs des Präventionsgesetzes bereits Ansatzpunkte vorhanden. Selbstverständlich könnten Anteile der Finanzierung auch durch die kommunalen Haushalte (die der Sozialhilfeträger) erfolgen, denn es ist davon auszugehen, dass bei einer Optimierung der Gesundheitssituation älterer Menschen und der Verhinderung von Heimeinweisungen nicht zuletzt auch die Sozialausgaben der Kommunen reduziert werden können.

Zitierte Literatur

- Avlund, K.; Damsgaard, M.T.; Sakari-Rantals, R.; Laukkanen, P.; Schroll, M. (2002): Tiredness in daily activities among nondisabled old people as determinant of onset of disability. *Journal of Clinical Epidemiology* 55: 965-973.
- Avlund, K.; Davidson, M.; Schultz-Larsen, K. (1995): Changes in functional ability from ages 70 to 75. A Danish longitudinal study. *Journal of Aging and Health* 7, 2: 254-282.
- Avlund, K.; Kreiner, S.; Schultz-Larsen, K. (1999): Functional ability scales for the elderly. *European Journal of Public Health* 6, 1: 35-42.
- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health (2002): Machbarkeitsstudie. Prävention im Alter - Geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen.
- Bernabei, R.; Landi, F.; Gambassi, G.; Sgadari, A.; Zuccala, G.; Mor, V.; Rubenstein, L.Z.; Carbonin, P. (1998): Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 316: 1348-1351.
- Den Sociale Ankelstryrelese-Ankalysekontoret (1999): Bericht der Kommunen über die Praxis des vorbeugenden Hausbesuches für ältere Menschen. Ministry of Social Affairs. Kopenhagen.
- Elkan, R.; Kendrick, D.; Dewey, M.; Hewitt, M.; Robinson, J.; Blair, M.; Williams, D.; Brummel, K. (2001): Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 323: 719-725.
- Hall, N.; De Beck, P.; Johnson, D.; Machinnon, K.; Gutman, G.; Glick, N. (1992): Randomized trial of a health promotion programm for frail elders. *Canadian Journal of Ageing* 21: 445-450.
- Hellner, B. (2003): National Board of Health and Welfare. [E-Mail vom 22. September 2003 an Anne Ströbel].
- Hendriksen, C. (2005): Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: S. 31 ff.
- Meier-Baumgartner, H.P.; Anders, J.; Dapp, U. (2002): Curriculum für Kräfte der Alten- und Krankenpflege auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Band 2 des Abschlussberichts 2002 „Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte“ [Unveröffentlichtes Manuskript erstellt für die Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart; inzwischen veröffentlicht unter dem Titel: Meier-Baumgartner, H.P.; Anders, J.; Dapp, U. (2005): Präventive Hausbesuche. Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Alter – als Arbeitsfeld für Pflegekräfte. Hannover: Vincentz Verlag].
- Schmocker, H.; Oggier, W.; Stuck, A.E. (Hrsg.) (2000): Gesundheitsförderung im Alter durch Präventive Hausbesuche. Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht. Interlaken: Verlag Schweiz (SGGP-Schriftenreihe Bd. 62).
- Ströbel, A.; Weidner, F. (2003a): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Ströbel, A.; Weidner, F. (2003b): Präventive Hausbesuche im Alter. Stellungnahme zum Leistungsumfang und zur Qualifikation der Leistungserbringer. Erstellt für die AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung [Unveröffentlichtes Manuskript].

- Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.E.; Beck, J.C. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 287, 8: 1022-1028.
- Stuck, A.E.; Minder, C.E.; Peter-Wuest, I.; Gillmann, G.; Egli, C.; Kesselring A.; Leu, R.; Beck, J.C. (2000): A randomized trail of in home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Inter Med* 169: 977-986.
- Vass, M.; Avlund, K.; Lauridsen, J.; Hendriksen, C. (2005): Feasible model for prevention of functional decline in older people: muncipality-randomized, controlled trial. *JAGS* 53: 563-568.
- Vass, M. et al. (2004): Structured home visits to older peole. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 22, 2: 106-111.
- Vetter, N.J.; Jones, D.A.; Victor, C.R. (1984): Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: a randomized controlled trial. *BMJ* 288: 369-372.
- Williams, E.I.; Fischer, G.; Junius, U.; Sandholzer, H.; Jones, D.; Vass, M. (2002): An evidence-based approach to assessing older people in primary care. London: Royal College of General Practitioners (Occasional paper 82).

Frau Prof. em. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

Frau Prof. em. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

1989-2003 Professorin für Allgemeinmedizin und Direktorin der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (seit 1993 auch Vertretung des Faches Medizin-Soziologie)

Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Die folgende Beantwortung dieser Frage geht von der Prämisse aus, dass Präventive Hausbesuche eine Maßnahme des Gesundheitswesens sind, deren Kosten letztlich, sei es über die GKV oder aus Steuermitteln, solidarisch aufgebracht werden.

Ziele erster Ordnung:

Diese sind in medizinische und funktionale (eigenständiges Leistungsvermögen) zu fassen. Demnach geht es um:

- Mortalität
- Morbidität, wie z.B. Sturzereignis, Hüftfraktur, Schlaganfall, dekompensierte Herzinsuffizienz, Komplikationen bei Diabetes mellitus, Pneumonie, Depression u.a.
- Versorgungsumfang gemessen als: Krankenhaustage, Notfallversorgung, Frequenz der Kontakte zum Gesundheitswesen, z.B. zur Hausärztin/zum Hausarzt, Medikamenten- und Hilfsmittelverordnungen, Maßnahmen der Rehabilitation.
- Pflegebedarf: Dabei spielt der Zeitpunkt des Einsetzens hinsichtlich Alter, Diagnosen sowie der Grad des Pflegebedarfs und dessen Dauer (auch: wie lange zu Hause, bzw. Institutionalisierung?) eine Rolle, ebenso die Frage, wie weit eine Zurückführung von einer höheren in eine niedrigere Pflegestufe erfolgte.

Ziele zweiter Ordnung:

Hierbei geht es um Ziele, die sich auf verbesserte Rahmenbedingungen und die Gesundheitschancen sowie die Lebensentfaltung beziehen – insgesamt also Erleichterungen zur Aufrechterhaltung von Autonomie und Verbesserung der so genannten Lebensqualität.

Hiermit sind also nicht präventive Maßnahmen im engeren Sinne wie Sturzprophylaxe gemeint, sondern ungeachtet der Frage bewiesener Zusammenhänge zur Gesundheit geht es primär um einen als besser erlebten Alltag und Lebensstil.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Die Frage der Zielgruppe ist insbesondere hinsichtlich Alter am jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand auszurichten. Meines Wissens liegen derzeit aus dem angelsächsischen Sprachraum die besten Erfahrungen bei älteren Menschen zwischen ca. 70 bis 85 Jahren vor. Entscheidend ist es, jene zu selektieren, die der Maßnahme trotz entsprechender Altersgruppe nicht bedürfen, und jene, die „zu krank“ sind, um von der Intervention zu profitieren.

Hinsichtlich des Zuweisungsverfahrens folgt, dass dieses einem stufenweisen Ansatz zu folgen hat:

a. Feststellung des Bedarfs durch einen Kurzfragebogen, der in gesundheitlicher Hinsicht Ungefährdete von all jenen älteren Menschen trennt, bei denen gesundheitliche Einschränkungen oder Risiken vorliegen, die eine Hausbesuchsintervention rechtfertigen.
b. Charakterisierung der verbliebenen Gruppe (z.B. 2. Kurzfragebogen) hinsichtlich schwer Erkrankter, z.B. Pflegestufe III, stark eingeschränkte Belastbarkeit, schwere Demenz u.ä.
c. Anfrage und Erläuterung bei der verbliebenen Zielgruppe, inwieweit ein Hausbesuch gewünscht wird.

Wie der Zugang zur Zielgruppe am besten gewährleistet werden kann, hängt von den jeweiligen Versorgungsformen ab (konventionell, DMPs für typische Zielkrankheiten, Hausarztverträge, sonstige integrierte Versorgungsmodelle mit jeweiligen Qualitätsauflagen für die Versorgung alter Menschen und arbeitsteiligen Modellen zwischen Kassenärztinnen/-ärzten und anderen Leistungsträgern (v.a. ambulante geriatrische Reha)).

Denkbar und umfassend ist der Zugang über die Krankenkasse. Bei Hausarztmodellen kann der Zugang auch über die Hausarztpraxis erfolgen, was jedoch hinsichtlich einer Ausschöpfung der potentiellen Zielgruppe unter zeitlicher Perspektive unbefriedigender sein dürfte. Andererseits kann der Bedarf hier im ersten Schritt festgestellt werden, ebenso kann auf Veränderungen des Gesundheitszustands und Risikoprofils sofort mit der Empfehlung zum Präventiven Hausbesuch reagiert werden.

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?

Für eine Studie zum Präventiven Hausbesuch sollte man sich nur auf eine Berufsgruppe beschränken, um die zentrale Frage der Effektivität (vgl. Leitfrage 1) nicht zu erschweren. Sofern eine enge Zusammenarbeit im Projekt mit der Hausärztin/dem Hausarzt gewährleistet ist, kann der Besuch selbst von dafür ausgebildeten anderen Vertreterinnen und Vertretern von Gesundheitsberufen durchgeführt werden. Dafür kommen in Frage: Praxisassistentinnen und -assistenten der Hausärztin/des Hausarztes, Altenpflegerinnen und -pfleger sowie Krankenpflegerinnen und -pfleger. Die Anbindung ist bei den jeweiligen Berufsorganisationen bzw. dem typischen Arbeitgeber der Berufsgruppe (Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Hausarztpraxen, Praxisnetze, Versorgungszentren oder regionale Versorgungsverbünde) zu sehen. Voraussetzung ist für alle Berufsgruppen eine längere, z.B. mindestens 5-jährige Berufserfahrung im Umgang mit alten Menschen und eine einheitliche Schulung für die Tätigkeit des Präventiven Hausbesuchs. Eine Anbindung beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen scheint mir aufgrund möglicher Interessenkonflikte durch Aufsichtsfunktionen im Pflegebereich nicht geeignet, die Krankenkasse selbst als Träger denkbar.

Ich halte im Übrigen den Gedanken, auch Laien entsprechend zu qualifizieren, für attraktiv und für untersuchungswürdig.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist die Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Multidimensionales Assessment (z.B. STEP: Standardized Assessment for Elderly People in Europe), aus dem sich Beratung und Vermittlung ergeben, versus ausschließlich auf Beratung und Vermittlung an entsprechende (bestehende) Angebote angelegter Besuch.

Entscheidende Vernetzungs- und Abgrenzungsfragen stellen sich hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung. Sofern der Präventive Hausbesuch nicht von der Praxis aus erfolgt, ist das erhobene Assessment der geeignete Weg, um die Ergebnisse der Hausärztin/dem Hausarzt zu übermitteln und zugleich die seitens der/des Besuchenden veranlassten Leistungen bzw. Vermittlungen mitzuteilen. (Hier wäre zu prüfen, inwieweit das in der Hausarztpraxis inzwischen eingeführte Assessment zumindest in seiner Systematik und hinsichtlich der nicht-ärztlichen Beurteilungen übernommen werden könnte). Im Falle eines Modells, das ohne Assessment arbeitet, ist auch eine standardisierte Mitteilung an die Hausärztin/den Hausarzt erforderlich.

Die Leistungsabgrenzung ergibt sich aus den dem Besuch folgenden Veranlassungen: sofern es sich um medizinische bzw. rehabilitative Maßnahmen handelt, fallen sie der medizinischen Versorgung zu; sofern pflegerische Leistungen erfolgen, fallen sie dem Pflegebereich zu; allgemeine Beratungs- und Vermittlungsleistungen sowie der Besuch selbst fallen dem jeweiligen Arbeitgeber der Besuchskraft zu. Leistungen auf kommunaler Basis sowie Angebote durch Kirche, Volkshochschule und dergleichen werden wie für alle Bürgerinnen und Bürger außerhalb des Gesundheitswesens der Patientin bzw. dem Patienten je nach Angebot in Rechnung gestellt.

Andere Formen der kooperativen Verarbeitung des Präventiven Hausbesuchs ergeben sich in unterschiedlichen Versorgungsmodellen.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Die Festlegung der Häufigkeit sollte individuell durch die Besucher dem jeweiligen Fall angepasst erfolgen. Für eine Studie scheint es sinnvoll, drei Besuche anzusetzen.

Die Besuche bedürfen jeweils einer klaren Zielsetzung und sind, sofern sich eine solche nicht mehr nachweisen lässt (z.B. dadurch, dass bereits alle Möglichkeiten der Hilfe ausgeschöpft sind, oder der Zustand der/des Betroffenen sich hinreichend gebessert oder erheblich verschlechtert hat; vgl. Ein- und Ausschlusskriterien, Leitfrage 1), zu unterlassen.

Der Besuchsabstand kann ebenfalls innerhalb eines vorgegebenen Zeitrahmens von ein bis sechs Monaten dem individuellen Bedarf angepasst festgelegt werden. Die Programmdauer einer Studie hängt von den gewählten Zielparametern ab. Für die Regelversorgung sollte das Programm bezogen auf den einzelnen alten Menschen nicht limitiert sein.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?

- Morbidität
- Mortalität
- Pflegebedarf (Pflegestufe, Institutionalisierung)
- Krankenhauseinweisungen
- Kontaktrate zum Gesundheitswesen
- Medikamentenverbrauch

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Kostenkalkulation: Kostendifferenz gegenüber der normalen, nicht durch den Präventiven Hausbesuch geprägten Versorgung wird ins Verhältnis gesetzt zu den Aufwendungen für den Hausbesuch.

Sofern eine positive Bilanz resultiert, d.h. also sofern mehr eingespart als ausgegeben wird, wird es möglich sein, die Kosten der GKV anzulasten.

Sollten sich „lediglich“ Effekte hinsichtlich Verbesserung der Lebensqualität zeigen, kann der Hausbesuch als optionale Leistung für die Versicherten angeboten oder aus Steuermitteln aufgebracht werden.

Zur Kosten-Nutzen-Kalkulation sind die erzielten Effekte wie z.B. weniger Krankenhauseinweisungen, weniger Institutionalisierungen wegen Pflegebedarfs u.ä. im Einzelnen zu beleuchten. Dann ist vom Patienten-bezogenen Nutzen her gedacht die Frage zu stellen, was diese Effekte der Solidargemeinschaft bzw. der Gesellschaft „wert“ sind. Hierbei handelt es sich dann um allokative Entscheidungen, die aufgrund ihrer impliziten Wertvorstellungen nicht mehr auf der Ebene des Gesundheitswesens allein gelöst werden können.

Herr Prof. Dr. biol. hom. Rolf Holle

Herr Prof. Dr. biol. hom. Rolf Holle

Außerplanmäßiger Professor mit Lehrtätigkeit im Bereich Public Health, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München

Leiter der AG „Ökonomische Evaluation“, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (IGM), Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit (GSF), Neuherberg/München

Vorbemerkung

In den folgenden Leitfragen, zu denen eine Stellungnahme erbeten wurde, sind vor allem Aspekte der Ausgestaltung des Interventionskonzeptes „Präventiver Hausbesuch“ angesprochen. Als Vertreter der Methodenfächer Biostatistik, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie kann ich mich hierzu nur bedingt äußern: nicht auf Basis eigener Erfahrungen, sondern nur nach Sichtung einschlägiger Studien und Übersichtsarbeiten. Weiterführende Kommentare sind von den Expertinnen und Experten zu erwarten, die stärker in die geriatrische Versorgung eingebunden sind. Stattdessen möchte ich vorab auf einige Fragen des Studiendesigns eingehen, die in den Leitfragen nicht explizit angesprochen sind.

Nach Sichtung der in den letzten 20 Jahren zu dieser Thematik publizierten Studien wird deutlich, dass von einer einzelnen neuen Studie, selbst bei hochwertigem Design und hoher Fallzahl, keine eindeutige Klärung pro oder contra Wirksamkeit Präventiver Hausbesuche zu erwarten ist. Die zu erreichenden Effekte sind vermutlich geringer als bei der Fallzahlplanung früherer Studien angenommen, zumal bei praxisnaher Implementation der Studien zahlreiche Störgrößen die tatsächlichen Effekte überlagern können.

Es wird daher dringend empfohlen, zur Klärung der offenen Fragen und als Basis für eine Entscheidung, *mehrere koordinierte Modellvorhaben* durchzuführen, die in ihrem Studiendesign soweit aufeinander abgestimmt sind, dass eine nachträgliche meta-analytische Auswertung grundsätzlich möglich ist.

Die Studien dürften bzw. sollten sich unterscheiden bzgl. Studienregion (Stadt/Land), Patientenzugang, organisatorische Anbindung, Qualifikation des Personals sowie Teilaspekte der inhaltlichen Ausgestaltung des Präventiven Hausbesuchs, da im Falle einer Übernahme in die Regelversorgung in diesen Punkten ebenfalls eine erhebliche Variationsbreite zu erwarten ist. Eine Vergleichbarkeit der Studien sollte hingegen gegeben sein bzgl. zentraler Designaspekte, wie der Definition und Erhebung von Haupt- und Nebenzielkriterien, der Studiendauer, der Festlegung von Basisvariablen für eventuelle Einfluss- oder Subgruppenanalysen etc.

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?

Die Zielsetzung Präventiver Hausbesuche muss allgemein in der Erhaltung von Gesundheit und selbständiger Lebensführung gesehen werden. Gesundheit und Selbständigkeit beinhalten mehrere Dimensionen bzw. Komponenten, die von dem beabsichtigten Interventionsprogramm unterschiedlich gut beeinflusst werden können. Eine Einschränkung der Zielsetzung auf eine Dimension, wie z.B. der Vermeidung von Schenkelhalsbrüchen als Sturzfolge, ist daher *nicht* sinnvoll.

2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?

Zielgruppe:

Eine Selektion wird in jedem Fall nach dem Alter erfolgen, übliche Grenzen sind 70 oder 75 Jahre. Je niedriger die Grenze gesetzt wird, desto wichtiger ist eine Auswahl nach weiteren Faktoren, allein schon aus Gründen der Finanzierbarkeit. Subgruppenspezifische Auswertungen bisheriger Studien ergeben kein einheitliches Bild, da die Ergebnisse je nach Zielgröße zum Teil unterschiedlich sind.

In den publizierten Studien wurden sowohl „zu gesunde" als auch „zu kranke" Personen ausgeschlossen. Als Grund für den Ausschluss zu kranker Personen wird häufig angegeben, dass diese Personen ohnehin in engmaschiger ärztlicher Betreuung sind. Eine Zusammenstellung der Ergebnisse von acht Studien zum Endpunkt „Heimübertritt" deutet auf bessere Erfolge bei Zielgruppen mit geringerem Risiko (gemessen an der Mortalität in der Kontrollgruppe) hin (Egger 2001). Stuck et al. (2000) fanden in ihrer Studie sogar einen negativen Einfluss der Intervention in der Hoch-Risiko-Gruppe. In scheinbarem Gegensatz dazu stehen Ergebnisse von van Rossum et al. (1993), die nur in der Subgruppe von Personen mit schlechter Gesundheit laut Selbsteinschätzung günstige Interventionseffekte fanden, allerdings nicht bzgl. des Übertritts in ein Pflegeheim.

Bei der Formulierung von Auswahlkriterien zur Definition der Zielgruppe ist die Machbarkeit sowohl im Rahmen der Studie als auch des späteren realen Versorgungskontextes zu beachten. Grundsätzlich soll das Studiendesign die tatsächliche Zielgruppe und die praxisnahe Implementation des Präventiven Hausbesuchs möglichst genau abbilden, um eine valide Nutzenabschätzung zu ermöglichen. Eingeschränkt wird dies aus datenschutzrechtlichen und ethischen Gründen: je nach Art der Randomisation (individuell oder cluster) und abhängig vom Umfang der benötigten Daten sind die Patienten über die Studie zu informieren und ist deren Einverständnis einzuholen. Dies kann zu Selektionseffekten führen.

Für die Durchführung der Selektion geeigneter Personen bieten sich verschiedene Strategien an:

1. Weite Selektion: alle Personen (ab der Altersgrenze) erhalten einen ersten Hausbesuch, um das Risikoprofil vor Ort zu erheben, die Frequenz weiterer Besuche wird davon abhängig gemacht.
2. Enge Selektion: allen Personen (ab der Altersgrenze) wird ein Fragebogen zugeschickt, mit dem das Risikoprofil abgeschätzt wird. Nur Personen mit im Fragebogen festgestellten Auswahlkriterien erhalten einen Hausbesuch.

Die zweite Strategie ist zunächst kostengünstiger und wurde in den meisten Studien angewandt. Im Rahmen einer vergleichenden Studie ist dieser Weg zudem besser, um auch für die Kontrollgruppe (ohne Präventiven Hausbesuch) Baseline-Daten zu erheben.

Zugang zur Zielgruppe:

Der Zugang zur Zielgruppe ist vermutlich nicht einfach, in Studien werden selten Teilnahmeraten im Bereich von über 70% genannt. Um eine hohe Teilnahmerate zu erreichen, scheint der Zugang über die Hausärztin/den Hausarzt am erfolgversprechendsten. Nur wenige Personen (<10%) dieser Altersgruppe sind nicht regelmäßig bei ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt in Behandlung. Bei Zugang über die Hausärztin/den Hausarzt ist allerdings zu klären, ob eine Randomisation im Rahmen von Studien noch individuell erfolgen kann, oder ob eine Cluster-Randomisation von Hausärztinnen/-ärzten angezeigt ist. Letztere ist mit größeren methodischen Schwierigkeiten verbunden: sie erfordert hö-

here Fallzahlen, eine komplexere Auswertung, und sie bringt eher Verzerrungsmöglichkeiten mit sich.

Der Zugang über die Krankenkasse kann eine Alternative sein, insbesondere in städtischen Regionen. Wenn sich nur einzelne Krankenkassen beteiligen, wird keine flächendeckende Versorgung erreicht, im Rahmen von Studien hätte man allerdings in diesem Fall einen guten Zugriff auf Versorgungsdaten für Kostenrechnungen.

3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?

In den meisten Studien wurde nicht-ärztliches Personal mit Pflegeerfahrung eingesetzt, das in enger Kooperation mit der Hausärztin/dem Hausarzt steht. Von der Ausbildung und der Motivation des Personals sowie von der professionellen Vernetzung hängt der Erfolg der Maßnahme „Präventiver Hausbesuch“ sicherlich in besonderem Maße ab. In der Studie von Stuck et al. (2000) werden die deutlich diskrepanten Ergebnisse in einer der drei Regionen der fehlenden Ausbildung der dort agierenden „Hausbesucherin“ zugeschrieben. Daraus folgt auch, dass im Studienkontext der Schulung und der Supervision des Personals eine wichtige Rolle zukommt. Dies würde auch im Falle der Aufnahme des Präventiven Hausbesuchs in die Regelversorgung gelten und ist daher bei einer Kostenkalkulation mit zu berücksichtigen.

Bezüglich der Organisationsform gilt ganz allgemein, dass die Studiendurchführung sich an der später möglichen Versorgungspraxis orientieren muss (naturalistisches Design), da eine einzelne Studie unter Idealbedingungen keine geeignete Entscheidungsgrundlage darstellt.

4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Beim Präventiven Hausbesuch geht es *nicht* um ärztliche diagnostische oder therapeutische Leistungen. Die Verantwortung für diese Leistungen soll weiterhin bei der Hausärztin/dem Hausarzt bleiben. Kernpunkt des Präventiven Hausbesuchs müssen die Dinge sein, die eine Hausärztin/ein Hausarzt aus zeitlichen Gründen im Rahmen ihrer/seiner üblichen Tätigkeit nicht leisten kann bzw. die nur vor Ort in der Wohnumgebung geleistet werden können.

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?

Die bislang vorliegenden Studien deuten auf einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Hausbesuche und dem Erfolg dieser Maßnahmen hin. Die Intensität (Dichte und Dauer) dieser Kontakte ist allerdings auch einer der wichtigsten Faktoren, die die direkten Kosten dieses Programms bestimmen. Daher ist es sinnvoll, die Besuchsfrequenz bedarfsabhängig zu planen.

Es sollte unterschieden werden zwischen einem Basis-Assessment beim ersten Hausbesuch sowie einem Folge-Assessment in größeren regelmäßigen Abständen. Letzteres könnte z.B. jährlich erfolgen, bei Personen mit besonderem Beratungsbedarf auch häufiger. Die Dauer der Hausbesuche lag in den bislang durchgeführten Studien meist bei einer Stunde oder etwas darüber. Für die Kapazitätsplanung ist ein entsprechender Zeitaufwand für die Anfahrt zu berücksichtigen. Telefonische Kontakte bzw. Kontaktbereitschaft können daher, insbesondere aus Kostengründen, sinnvoll sein, sie können jedoch

nicht wiederholte Hausbesuche völlig ersetzen. Regelmäßigere Besuche steigern auch die Bindung der Patientin/des Patienten an die „Hausbesucherin"/den „Hausbesucher" und fördern damit die Compliance bzgl. der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.

Eine zeitliche Limitierung des Programms (außer bei Übergang in ein Pflegeheim) ist nicht sinnvoll, da mit zunehmendem Alter die Problematik eher zunehmen wird. Eine Anpassung der Besuchsfrequenz und -dauer an den Bedarf ist aber sinnvoll. Auch in Studien sollte ein hinreichend langer Zeitraum für die Programmdurchführung und die Erfolgsmessung (mindestens drei Jahre) gewährleistet sein.

6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?

Als Outcome-Parameter kommen insbesondere in Frage:

- Verbleib in der häuslichen Wohnumgebung
- Stationäre Aufenthalte (Anzahl und Dauer)
- Lebensqualität (z.B. EQ5D bei Yamada et al. 2003)
- ADL und IADL
- Medizinische Versorgungsleistungen und -kosten (falls Erhebung über Kassen möglich)
- gegebenenfalls Betreuungsaufwand pflegender Angehöriger

7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

Das Kostenaufkommen des Programms wird zunächst durch folgende Faktoren bestimmt:

- Größe der Zielgruppe (abhängig von Altersgrenze, Selektionskriterien)
- Teilnahmebereitschaft
- Besuchsdichte und -dauer
- Qualifikation der „Hausbesucherinnen" und „Hausbesucher"
- Anzahl und Qualifikation des zusätzlich benötigten Personals (für Schulung, Supervision etc.)

Bei einer flächendeckenden Einführung Präventiver Hausbesuche muss aus den oben genannten Vorgaben berechnet werden, welche regionale Verteilung (d.h. welche Größe der von einer Person zu betreuenden Region) sinnvoll ist. Dies wirkt sich wiederum auf Wegezeiten und somit auch auf die Kosten aus. Auch die Organisationsform des Präventiven Hausbesuchs kann sich auf die regionale Verteilung auswirken.

Dem Kostenaufkommen für die Einführung und Durchführung des Programms sind potentielle Einsparungen aufgrund der erwarteten Effekte gegenüberzustellen. Diese können sowohl im Bereich vermiedener direkter Kosten (ambulante und stationäre Versorgung) als auch im Bereich indirekter Kosten (insbesondere Aufwand für Pflege) liegen.

Auf der Nutzenseite steht der Gewinn an gesundheitsbezogener Lebensqualität und an längerer Selbständigkeit im Vordergrund. Im Idealfall ist eine Berechnung gewonnener qualitäts-adjustierter Lebensjahre (QALYs) möglich, um einen Vergleich der Kosten-Effektivität des Präventiven Hausbesuchs mit anderen Maßnahmen auf der für gesundheitsökonomische Evaluationen üblichen Skala zu ermöglichen.

Die verschiedenen Kosten können im Rahmen einer großen Studie nicht alle detailliert erfasst werden, da ein hoher Erhebungsaufwand nicht zu leisten ist und gegebenenfalls auch ein naturalistisches Studiendesign stören würde. Folgende Zugänge sind prinzipiell möglich:

- durch Patienteninterviews (z.B. Telefoninterviews)
- durch Patiententagebücher
- über Krankenkassendaten

Am wenigsten „invasiv“ wäre eine Erhebung über die Krankenkasse und die soziale Pflegeversicherung. Dies könnte ergänzt werden durch kurze Fragebögen, die auch telefonisch abgefragt werden können.

Eine umfassende gesundheitsökonomische Bewertung darf sich nicht nur auf den üblichen Zeithorizont empirischer Studien beschränken. Fast alle bislang publizierten Studien hatten eine Beobachtungsdauer von 1-3 Jahren. Daher müssen Studien durch modellbasierte Berechnungen ergänzt werden, die auf eine Langzeit-Kosten-Nutzen-Bewertung zielen.

Insgesamt liegen die möglichen Programmkosten für den Präventiven Hausbesuch bei flächendeckender Einführung im Bereich der GKV in Deutschland nach bisherigen Schätzungen bei bis über zwei Milliarden € jährlich (Meinck et al. 2004). Selbst bei einer sinnvollen Einschränkung auf eine spezifischere Population und unter Berücksichtigung einer realistischen Verweigerungsrate ist mit Kosten in Höhe von 500 Millionen € zu rechnen (eigene Berechnungen). Dem stehen potentielle Einsparungen gegenüber, die sich nach jetzigem Stand des Wissens noch nicht zuverlässig abschätzen lassen.

In Anbetracht dieses erheblichen Finanzvolumens ist man gut beraten, auch bei der Planung hochqualitativer Studien eine adäquate Finanzierung zu gewährleisten, um aussagekräftige Daten zu erhalten.

Zitierte Literatur

- Egger, M. (2001): Commentary: When, where, and why do preventive home visits work? *BMJ* 323: 8-9.
- Meinck, M.; Lübke, N.; Lauterberg, J.; Robra, B.P. (2004): Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 66: 732-738.
- Rossum, E. van; Frederiks, C.M.A.; Philipsen, H.; Portengen, K.; Wiskerke, J.; Knipschild, P. (1993): Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 307: 27-32.
- Stuck, A.E.; Minder, C.E.; Peter-Wuest, I.; Gillmann, G.; Egli, C.; Kesselring, A.; Leu, R.; Beck, J.C. (2000): A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Inter Med* 169: 977-986.
- Yamada, Y.; Ikegami, N. (2003): Preventive home visits for community-dwelling frail elderly people based on minimum data set-home care: randomized controlled trial. *Geriatrics and Gerontology International* 3: 236-242.

Ergebnissicherung

Herr Dr. P.H. Matthias Meinck, Dipl.-Soz.

Fachgutachter, Kompetenz-Centrum Geriatrie der MDK-Gemeinschaft und der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen

Frau Dr. rer. soc. Beate Robertz-Grossmann

Moderatorin der AG 3 „Gesund Altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung

Stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Empfehlung eines Studienprogramms zur Erprobung Präventiver Hausbesuche im Alter

Aus Sicht der teilnehmenden Expertinnen und Experten ist die Erprobung Präventiver Hausbesuche für ältere Menschen in Deutschland in Form einer kontrolliert randomisierten multizentrischen Studie wissenschaftlich ausreichend begründet. Eine solche Erprobung stellt eine wichtige Voraussetzung für die stärkere präventive Ausrichtung der Sozial- und Gesundheitssysteme dar und besitzt gerade auch vor dem Hintergrund der anstehenden demographischen Veränderungen in Deutschland eine hohe Relevanz; Genderaspekte sind umfassend zu berücksichtigen.

Die Definitionen der Ziele und der Zielgruppe für ein solches Erprobungsvorhaben können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Gleichzeitig besteht auch ein Bezug der Ziele und der Zielgruppe zu den zu wählenden Zugangsverfahren und den Inhalten der Programme.

Ziele und Zielgruppe

Seitens der Ziele Präventiver Hausbesuche für ältere Menschen wurde durch die Expertinnen und Experten übereinstimmend herausgestellt, dass die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen im Vordergrund steht und der präventive Anteil überwiegen sollte. Risiken für die Aufrechterhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung (insbesondere Pflegebedürftigkeit) sollten zudem erkannt und bearbeitet werden.

Im Hinblick auf die Zielgruppe Präventiver Hausbesuche für ältere Menschen benannten die Expertinnen und Experten mehrere Kriterien übereinstimmend, anhand derer ein Einschluss in ein Studienprogramm vorgenommen werden sollte:

- Altersgrenze von etwa 75 Jahren und älter
- noch kein Pflegebedarf gemäß SGB XI
- sozialer Status ohne nähere Spezifikationen

Hinsichtlich einer Risikostratifizierung wurden die Kriterien „low risk“ und „high risk“ intensiv diskutiert, wobei „high risk“ ein hohes Risiko für kurz- und mittelfristige Funktionsverluste, aber „nicht pflegebedürftig“ bedeutet. Die Mehrheit der Expertinnen und Experten sprach sich für die „low-risk“-Gruppe als Hauptzielgruppe einer Erprobungsstudie aus. Aufgrund der quantitativen Größe dieser Gruppe sei aber eine weitere Spezifikation unverzichtbar. Die Bestimmung des optimalen Zielgruppenprofils blieb noch offen.

Ferner wurden die Angehörigen als eine weitere durch Präventive Hausbesuche zusätzlich erreichbare (sekundäre) Zielgruppe benannt, bei der dann auch spezifische Risiken wie etwa die besondere psychische Belastung zu berücksichtigen seien. In diesem Zusammenhang wurde auf das Beispiel Dänemark verwiesen, wo auch die Angehörigen stets mit im Fokus der Präventionsangebote stünden.

Zugangsverfahren

Präventive Hausbesuche für ältere Menschen sollten in Anbindung an bereits bestehende Versorgungs- und Beratungsangebote erprobt werden.

Alle Möglichkeiten des zielgerichteten Einsatzes von präventiven „Komm-Angeboten“ sollten vor der Erprobung von Präventiven Hausbesuchen als „Bring-Angebot“ für die Zielgruppe umfassend abgeklärt werden.

Ein initiales Zugangsverfahren sollte gestuft aufgebaut werden und neben Screeninginstrumenten auch auf bereits verfügbare Daten (Routinedaten wie z.B. von Krankenkassen oder Arztpraxen) zurückgreifen. Ein Vorschlag für ein erstes Kurz-Screening wurde mit dem Verweis auf die Studie von Pathy et al. (1992) gegeben. Es wurden mehrere Zugangspfade (Hausarztpraxen, Kommunen und Krankenkassen) als nahezu gleichwertig geeignet eingeschätzt, für die jedoch unterschiedliche Vor- und Nachteile benannt wurden. So wurde etwa hinsichtlich des Zugangs über Hausarztpraxen zu bedenken gegeben, dass vermutlich 5-10% der als Zielgruppe für Präventive Hausbesuche in Frage kommenden älteren Menschen gar keinen Hausarzt hätten.

Eine Alternative oder Ergänzung zu den vorbenannten Kriterien mit Eignung für den Einschluss würde der Einsatz von Assessmentinstrumenten im Rahmen des Zugangsverfahrens bieten. Definierte auffällige Screeningbefunde oder Summenscores könnten dann als (zusätzliche) Kriterien herangezogen werden.

Inhalte

Das zentrale inhaltliche Element Präventiver Hausbesuche sollte nach einhelliger Expertenansicht in einem standardisierten, um präventiv beratende Aspekte ergänzten multidimensionalen Assessment bestehen. Das Assessment sollte sowohl somatische als auch psychosoziale Parameter berücksichtigen und könnte z.B. in Anlehnung an STEP (Standardized Assessment for Elderly People in Europe) erfolgen. Die Beratung sollte eine Empfehlung von jeweils geeigneten Präventionsmaßnahmen sowie Informationen über bestehende Präventionsangebote umfassen.

Die Mehrheit der Expertinnen und Experten sprach sich dafür aus, im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen keine Laboruntersuchungen vorzunehmen. Bei auffälligem Assessment-Befund sind die Patientinnen und Patienten in eine entsprechende medizinische Versorgung zu vermitteln. Eine Erfassung der Medikation bzw. Polymedikation der Patientinnen und Patienten wurde als sinnvoll erachtet, jedoch zugleich als schwierig und zeitintensiv befunden.

Insbesondere von gerostomatologischer Seite aus wurde darauf hingewiesen, dass Präventive Hausbesuche nach Möglichkeit auch einen zahnmedizinischen Komplex beinhalten sollten. Einige Expertinnen und Experten plädierten darüber hinaus dafür, neben den genannten „objektiven“ Parametern auch „subjektive“ Parameter abzufragen und die Größen „subjektive Befindlichkeit“ und „Lebensqualität“ mit in das Assessment aufzunehmen.

Professionen und Qualifikationen

Für die Durchführung Präventiver Hausbesuche wurde übereinstimmend eine pflegerische Qualifikation als Basisqualifikation angesehen. Entsprechend wurde die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für die bestgeeignete Profession gehalten. Für Arzthelferinnen und Arzthelfer wurde lediglich die Eignung zur Übernahme von Teilleistungen Präventiver Hausbesuche (z.B. Durchführung eines initialen Kurz-Screenings) erkannt.

Für alle genannten sowie weitere, darüber hinaus denkbare Professionen (z.B. unterschiedliche Therapeutinnen-/Therapeutengruppen) wurde ein grundsätzlicher Bedarf an Zusatzqualifikationen gesehen. Wichtige Anforderungen, die Durchführenden betreffend,

sind aus Sicht der am Experten-Hearing Beteiligten Kommunikationsfähigkeit, Struktur- und Systemkompetenz sowie geriatrisches Know-how.

Die Option des Einsatzes von Freiwilligen im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements wurde für perspektivisch interessant angesehen – nicht nur vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der beschränkten finanziellen Ressourcen, sondern auch, weil eine Gleichaltrigkeit von Patientinnen bzw. Patienten und „Besucherinnen" bzw. „Besucher" geeignet sei, das Vertrauen und die Akzeptanz Präventiver Hausbesuche zu erhöhen. Für das zunächst anstehende Erprobungsvorhaben wurde der Einsatz von Laien jedoch nicht als sinnvoll erachtet, da der für deren Schulung erforderliche Zeit- und Kostenaufwand zu hoch sei und auch eine Evaluation erschwert werde. Bedenken wurden auch hinsichtlich eines Laieneinsatzes im zahnmedizinischen Komplex Präventiver Hausbesuche vorgebracht, da hierfür ein zahnmedizinisches Basiswissen unabdingbar sei.

Zudem wurde darauf hingewiesen, dass zu überprüfen sei, ob etwaige Unterschiede des Bildungsniveaus, der ethnischen Zugehörigkeit oder der Sprachkompetenz der Patientinnen und Patienten entsprechende weitere Qualifikationen der Besucherinnen und Besucher erforderlich machten.

Besuchsfrequenz und Besuchsdauer

Seitens der Expertinnen und Experten wird neben dem Erstbesuch (maximal 60 Minuten) mindestens ein Folgebesuch pro Jahr bei jeder Teilnehmerin bzw. jedem Teilnehmer für erforderlich gehalten (ca. 45 Minuten nach individuellem Bedarf). Weitere Folgebesuche sollten bedarfsorientiert durchgeführt werden. Pro Jahr sollten jedoch nicht mehr als vier Folgebesuche stattfinden. Es wurde hervorgehoben, dass bei der Kalkulation von Besuchsfrequenz und Besuchsdauer zusätzlich auch An- und Abfahrtszeit sowie eine angemessene Nachbereitungszeit in Rechnung zu stellen sind. Möglicherweise könnten einzelne Maßnahmen und Elemente auch auf telefonischem Wege umgesetzt werden. Eine genauere Bestimmung von Besuchsfrequenz und Besuchsdauer hängt von der näheren Bestimmung der Zielgruppen und der Inhalte der Präventiven Hausbesuche ab. Das Assessment sollte zugleich als Evaluationsinstrument fungieren. Als Kriterien, die zu einer Beendigung Präventiver Hausbesuche im Einzelfall führen, wurden genannt:

- eingetretene Pflegebedürftigkeit
- erforderliche gerontopsychiatrische Versorgung

Diese Kriterien führen zu einer Überführung in andere Versorgungsstrukturen.

Dauer, Zielgrößen und Kosten

Eine Studiendauer von 3 Jahren wurde als notwendig angesehen, auch wenn einzelne kontrolliert randomisierte Studien bereits nach weniger als 2 Jahren signifikante Effekte aufzeigen konnten. Die Kosten eines Hausbesuchsprogramms fallen ganz wesentlich mit Eintritt der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ein Hausbesuchsprogramm an, mögliche Einsparungen können aber von da an erst in einer ausreichenden Zeitspanne realisiert werden. Insofern sollte eine Aufzeichnung von Kostendaten für zusätzliche 2 Jahre und damit für einen Zeitraum von insgesamt 5 Jahren vorgesehen werden.

Folgende Zielgrößen wurden benannt: Verbleib in der Häuslichkeit, Krankenhausaufnahmen (Anzahl und Dauer), Lebensqualität, ADL/IADL (Activities of Daily Living/Instrumental Acitivities of Daily Living), Behandlungsleistungen/-kosten. Als primärer Endpunkt wurde der Verbleib in der Häuslichkeit, kombiniert mit selbständiger Lebensführung, vorgeschlagen.

Die Kosten einer dreijährigen multizentrischen Studie mit vier Studienarmen zu je insgesamt 500 Teilnehmerinnen/Teilnehmern in den Interventions- und Kontrollgruppen (Gesamt: N = 4.000 Teilnehmerinnen/Teilnehmer) würden bei jährlichen Durchschnittskosten für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer am Hausbesuchsprogramm von € 200 - 400 einen Finanzbedarf mit 3 bis 10 Millionen € veranschlagt. Eine genauere Kalkulation war im Rahmen des Hearings noch nicht möglich. Die ökonomischen Analysen im Rahmen der Studie sollen eine Zuordnung der Anteile erzielter Einsparungen bei unterschiedlichen Leistungsträgern (z.B. GKV, SPV, Kommunen) ermöglichen, um die jeweiligen Anteile bei einer sich eventuell anschließenden Regelfinanzierung bestimmen zu können.

Für ein Studienprogramm wird eine ein- bis zweijährige Vorbereitungsphase für erforderlich gehalten.

Bei der näheren Planung eines kontrolliert randomisierten multizentrischen Studienprogramms sollten die im Zusammenhang mit dem regional begrenzten Modellprojekt „Gesund älter werden“ gewonnenen Erfahrungen berücksichtigt werden. Dieses Projekt wird von der AOK Niedersachsen finanziert und von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wissenschaftlich begleitet. Projektstart war Anfang 2004, die Auswertung der Ergebnisse soll bis Mitte 2007 erfolgen. Nach Angaben der Projektleitung handelt es sich dabei um die erste kontrolliert randomisierte Studie zu Präventiven Hausbesuchen in Deutschland. Im Rahmen der Studie sollen bis Ende 2006 bis zu 650 Versicherte der AOK Niedersachsen besucht werden, die zwischen 68 und 79 Jahre alt sind und im Raum Hannover leben. Die Besuche umfassen ein geriatrisches Assessment, Gesundheitsberatung, Information über geeignete Präventionsangebote sowie den Abschluss einer individuellen Zielvereinbarung, deren Einhaltung mit einem Individualbonus nach § 65 b SGB V „belohnt“ werden kann. In der Projektphase sind pro Teilnehmerin bzw. Teilnehmer durchschnittlich 5-6 Hausbesuche vorgesehen. Die Studie soll Aufschluss geben über die Effekte der Präventiven Hausbesuche hinsichtlich des Gesundheitsstatus und der Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, über die nähere Definition der profitierenden Zielgruppen sowie über die Wirtschaftlichkeit Präventiver Hausbesuche.

Empfehlungen

Die Expertinnen und Experten empfehlen die Einrichtung einer Arbeitsgruppe, die sich mit allen weiteren Fragen der methodischen und fachlichen Planung eines randomisiert kontrollierten multizentrischen Studienprogramms auseinander setzt, und regen das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung an, sich für die Bildung einer solchen Arbeitsgruppe und das Zustandekommen einer Studienförderung zur Erprobung Präventiver Hausbesuche für ältere Menschen einzusetzen.

Zitierte Literatur

Pathy, M.S. et al. (1992): Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 340: 890-893.

Ausblick

Frau Dr. rer. soc. Beate Robertz-Grossmann

Moderatorin der AG 3 „Gesund Altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung
Stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Die Ergebnisse des Experten-Hearings zeigen, dass die notwendigen Voraussetzungen für eine flächendeckende Einführung des Präventiven Hausbesuchs in Deutschland derzeit noch nicht gegeben sind. Gleichwohl aber gibt es für randomisiert kontrollierte Modellvorhaben zur Klärung der noch offenen Fragen hinsichtlich der Erfolgsdeterminanten eine hinreichende Begründung.

Ein mögliches Ergebnis des Experten-Hearings könnte es deshalb sein, auf der Grundlage der Empfehlungen eine konsentierte Entscheidung der AG 3 über die konkrete Festlegung systematisch zu variierender Erfolgsdeterminanten herbeizuführen und/oder zusammen mit den Expertinnen und Experten die Eckdaten für die geforderte multizentrische Studie zu formulieren. Auf jeden Fall wird die Arbeitsgruppe die Experten-Empfehlungen an die für die Umsetzung des geforderten Modellvorhabens entscheidenden Zielgruppen kommunizieren, um sie zu ermutigen, einen wichtigen Schritt in Richtung einer stärkeren präventiven Ausrichtung der Sozial- und Gesundheitssysteme zu gehen.

Anhang: Tagesordnung

Tagesordnung zum
Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch“
der AG 3 „Gesund altern“
des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung
am 23. November 2005 in Bonn, 9.00 – 17.30 Uhr

Beginn: 9.00 Uhr

TOP 1 **Überblick und Stand der Diskussion in der AG 3**

Frau Dr. rer. soc. Beate Robertz-Grossmann

TOP 2 **Moderierte Fachdiskussion anhand von Leitfragen (I)**

Moderation: Frau Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmey

1. Welches Ziel/welche Ziele sollte/sollten mit dem Präventiven Hausbesuch erreicht werden?
2. Für welche Zielgruppe/Zielgruppen sollten Präventive Hausbesuche durchgeführt werden, und wie sollte das Zuweisungsverfahren erfolgen? Wie kann der Zugang zur jeweiligen Zielgruppe gewährleistet werden?
3. In welcher Struktur sollten Präventive Hausbesuche stattfinden (d.h. welche Professionen sollten in welcher Anbindung/Organisationsform mit welcher Primär-/Zusatzqualifikation und in welcher Funktion beteiligt sein)?
4. Welche Inhalte der Versorgungsleistungen sollten einbezogen werden? Wie kann die Abgrenzung zu bestehenden Versorgungsleistungen jeweils gewährleistet werden? Wie ist eine Vernetzung mit anderen Angeboten möglich, und welche Rolle kann der Baustein „Präventiver Hausbesuch“ dabei einnehmen?

Mittagspause: 12.00 – 13.00 Uhr

Moderierte Fachdiskussion anhand von Leitfragen (II)

Moderation: Frau Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmey

5. Wie häufig sollten Präventive Hausbesuche sein, und wie lange sollten sie dauern (d.h. welche Besuchsfrequenzen/-dauer und/oder Programmgesamtdauer sollten Präventive Hausbesuche haben)?
6. Welche Zielgrößen sollten vorab definiert und standortübergreifend standardisiert erhoben werden?
7. Wie wird das mögliche Kostenaufkommen kalkuliert, und wie könnte eine Finanzierung in der Zukunft aussehen? Wie kann eine entsprechende Kosten-Nutzen-Kalkulation aussehen?

TOP 3 **Abschlussdiskussion: Empfehlungen zum weiteren Vorgehen**

Veranstaltungsende: 17.30 Uhr

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Telefon: 02 28 / 9 87 27-0
Fax: 02 28 / 6 42 00 24, E-Mail: bfge.ba@bfge-6.de
Internet: www.bvgesundheit.de

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. wird institutionell gefördert
vom Bundesministerium für Gesundheit.