

Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen von PHB: Erkenntnisse aus einer explorativen Literaturstudie

Dr. Grit Braeseke, IGES Institut

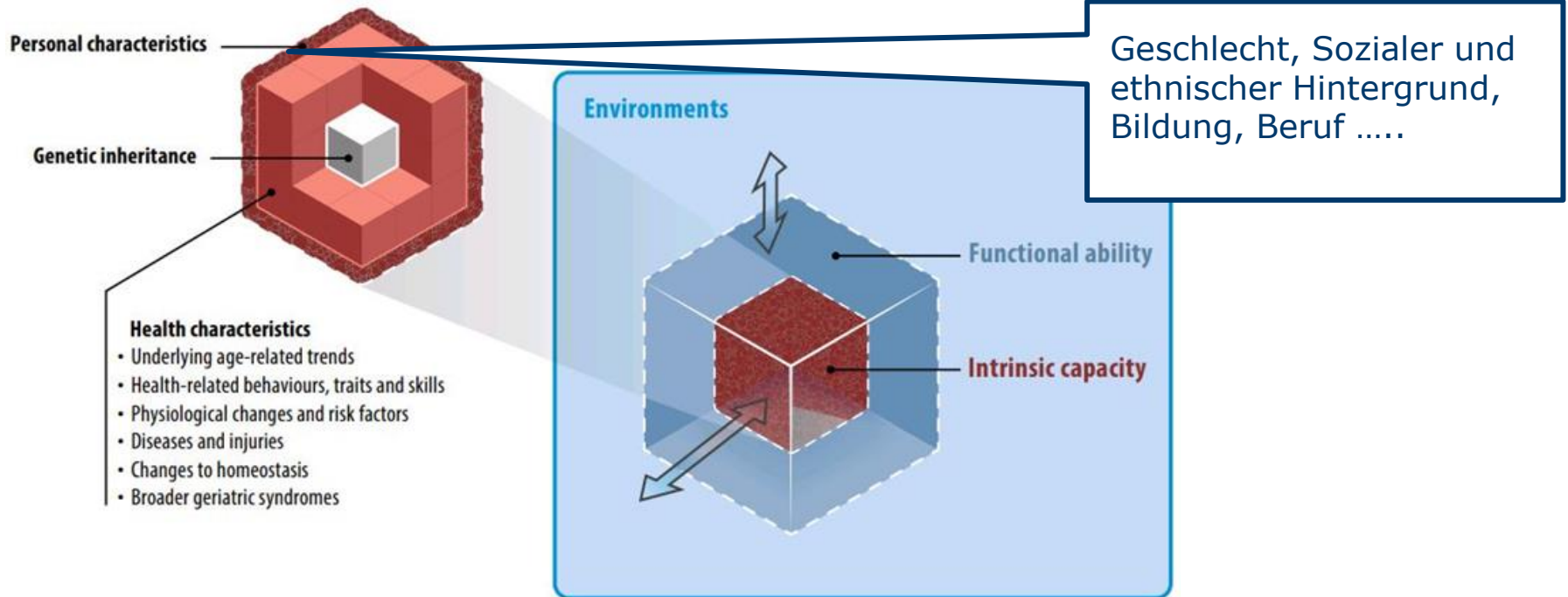
PHB - der neue Weg zur Förderung der Gesundheit und sozialen Teilhabe im Alter
Hameln, 28. Juni 2023

- 1. Das WHO-Konzept Healthy Ageing (2015)**
- 2. Ziel der Literaturstudie und Forschungsfragen**
- 3. Definition PHB**
- 4. Kriterien der Literaturrecherche und Pool**
- 5. Erkenntnisse zu den Forschungsfragen**

Weltbericht über Altern und Gesundheit (WHO 2015)

- Weltweit hat sich die Lebenserwartung deutlich erhöht (plus 20 Jahre in den letzten 50 Jahren)
 - Sichtweise auf Lebensabschnitte und Leben im Alter verändert sich
 - Die Chancen, die sich aus einer höheren Lebenserwartung ergeben, hängen wesentlich von einem Faktor ab: der Gesundheit.
-
- **Können die zusätzlichen Jahre überwiegend in guter Gesundheit verbracht werden oder werden sie vom Nachlassen der körperlichen und geistigen Kapazität dominiert?**
 - **Sind Ältere nur ein Kostenfaktor für die Gesundheitssysteme oder leisten sie einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag?**
 - **Wie müssen Gesundheitssysteme ausgestaltet werden, um möglichst vielen Menschen ein langes Leben in guter Gesundheit zu ermöglichen?**

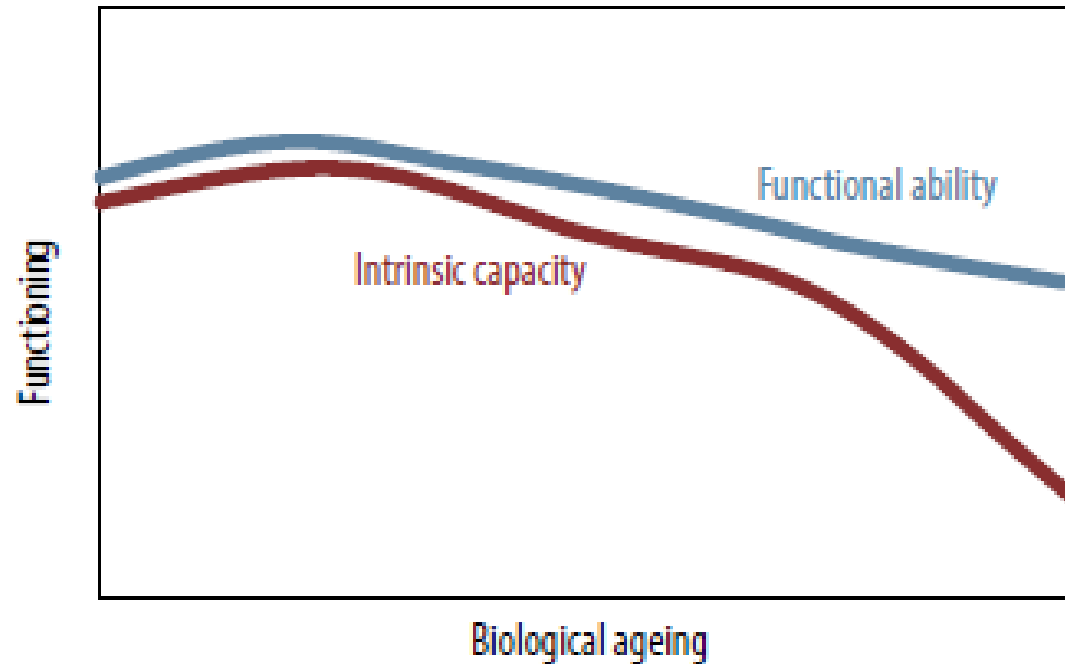
Was heißt „gesundes Altern“?



- Unterschiede in den gesundheitlichen Ressourcen, die sich im Alter beobachten lassen, sind zu rund 25 % auf genetische Faktoren zurückzuführen und rund 75 % sind das Ergebnis der im Laufe des Lebens an den Tag gelegten Verhaltensweisen und äußeren Einflüsse.

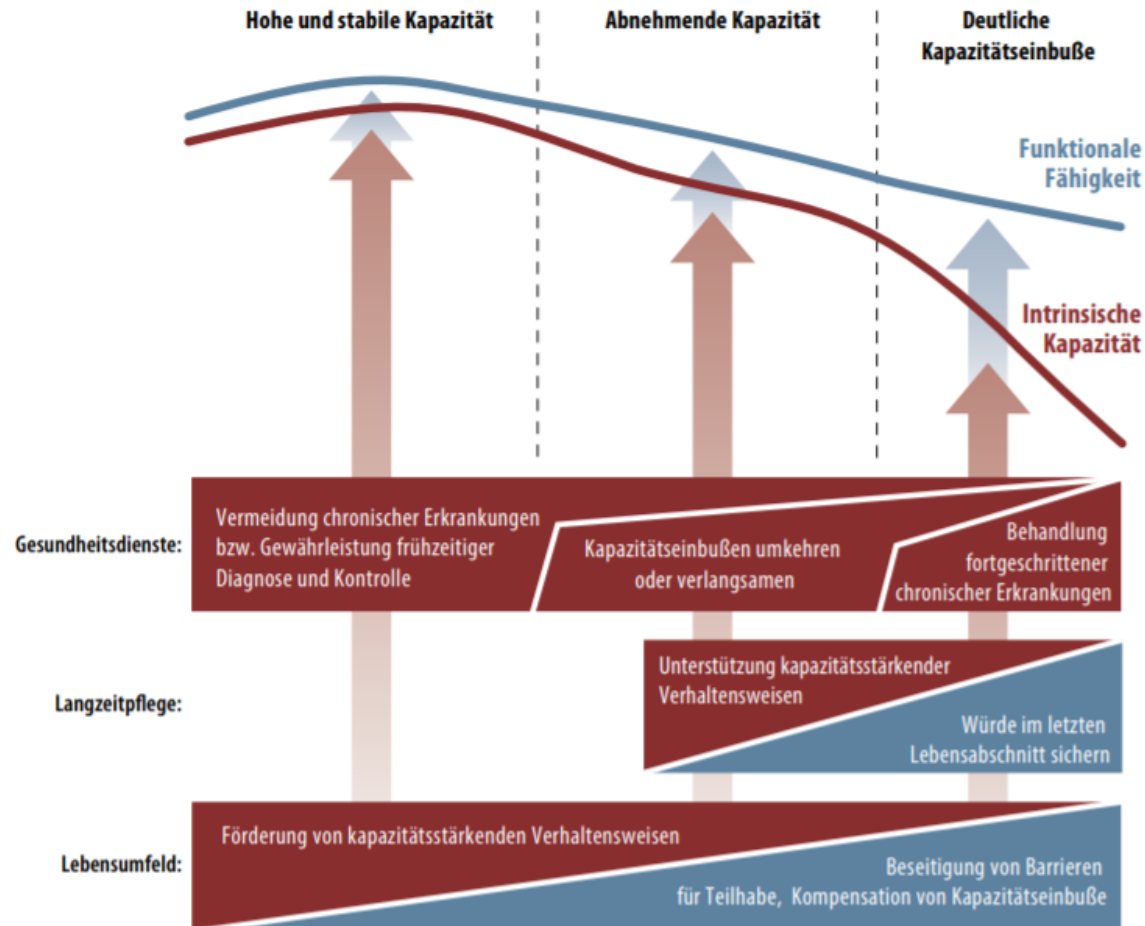
Quelle: WHO 2015 World Report on Ageing and Health: 28

Veränderung der Kapazitäten im Zeitverlauf



Quelle: WHO 2015 World Report on Ageing and Health: 32

Konzeptioneller Rahmen *Gesundes Altern* der WHO



Quelle: WHO 2016 Zusammenfassung Weltbericht über Altern und Gesundheit: 16

- Präventive Hausbesuche (PHB) gelten als eine Möglichkeit, die auch im höheren Alter noch bestehenden erheblichen Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll zu erschließen.
- PHB mit dem Ziel, „möglichst frühzeitig Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode)
- Literaturstudie im Auftrag der Bzga (2019)
- Ziel war es, die in Hausbesuchsprogrammen für ältere Menschen eingesetzten Instrumente, Zugangswege und Bausteine der Gesundheitsförderung und Prävention zu explorieren.
- Zeitraum der Veröffentlichungen: Juni 2014 bis Juni 2019

- Gibt es **Teilzielgruppen** mit erhöhten Präventionsbedarfen?
- Welche **Instrumente** zur Identifikation dieser Zielgruppen gibt es?
- Welche **Zugangswege** sichern eine höchstmögliche Akzeptanz des Angebotes der PHB?
- Welche **Bausteine der Gesundheitsförderung und Prävention** im Rahmen der präventiven Hausbesuche wurden bereits erprobt, mit welchem Ergebnis?
- Lassen sich aus den aufgefundenen Bausteinen Anforderungen für notwendige **Qualifizierungsmaßnahmen** für die Durchführenden der präventiven Hausbesuche ableiten?

- Als präventiver Hausbesuch (PHB) wird „die systematische Erfassung individueller Bedarfe älterer, zu Hause lebender Menschen im Rahmen eines anlassunabhängigen Hausbesuchs“ definiert (van Haastregt et al. 2000).
- Breites Spektrum von PHB – von eher sozial ausgerichteten, von Kommunen initiierten Projekten bis hin zu stärker auf die Gesundheitsversorgung fokussierten Ansätzen von Krankenkassen oder medizinischen Leistungserbringern.
- ➔ **Immer präventiver Ansatz, d. h. ein frühzeitiges Sensibilisieren und Identifizieren von sich abzeichnenden gesundheitlichen und sozialen Problemlagen sowie die proaktive Bedarfsermittlung**

Zielgruppe

- ältere, in der eigenen Häuslichkeit lebende Menschen und ihre Angehörigen, ab 65 Jahren (gem. NPK „Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune“)

Setting

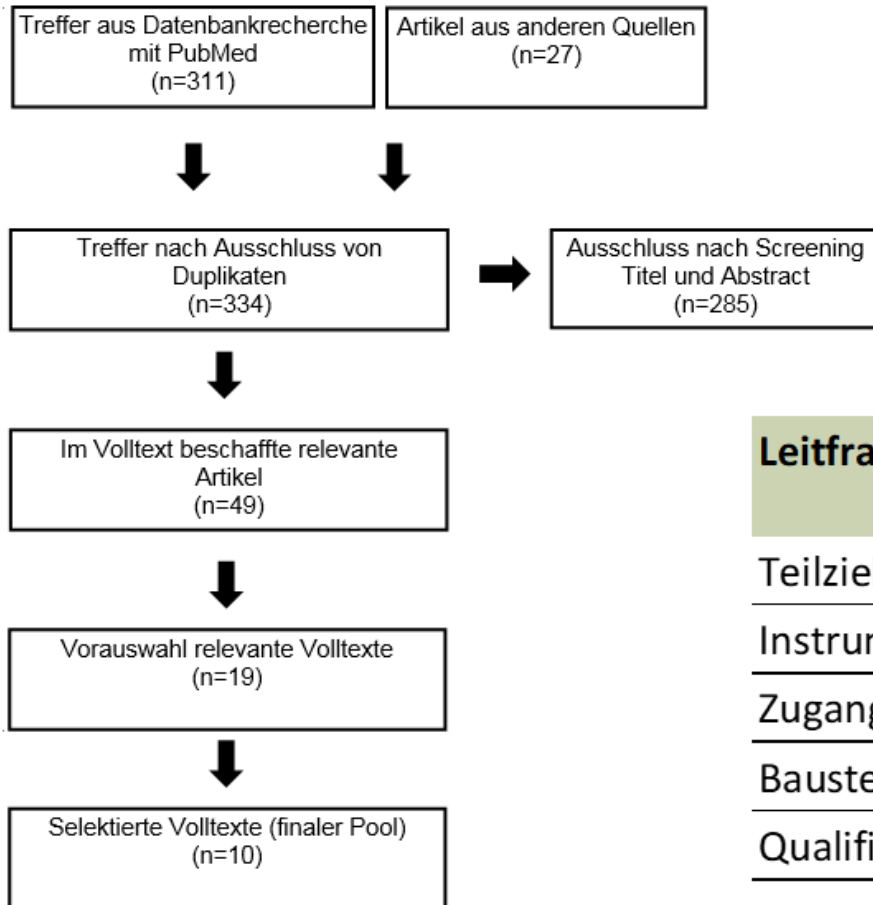
- Lebensort nicht in stationären Einrichtungen

Intervention

- PHB, d. h. Hausbesuche als gesundheitsförderliche bzw. präventive Aktivität verstanden werden bzw. entsprechende Komponenten einbinden (beispielsweise Beratungen zu Themen eines gesundheitsförderlichen Lebensstils)

Zielgrößen

- insb. Informationen zu Teilzielgruppen, Instrumenten, Zugangswegen, Bausteinen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Qualifizierungsmaßnahmen



Die 49 Volltexte wurden bezgl. der Informationen zu den Leitfragen analysiert. Es wurden 10 Studiensteckbriefe erstellt.

Leitfrage	Anzahl zugeordneter Texte
Teilzielgruppen	20
Instrumente	7
Zugangswege	11
Bausteine	26
Qualifizierung	7

- Unterschiedliche Altersgruppen – ab 60 Jahre, ab 80 Jahre -
mehrheitlich über 70 Jahre
- Frauen überwiegen in den Studienpopulationen (über 60 %)
- Hinweise auf Teilzielgruppen können teilweise aus Gründen für die
Nicht-Teilnahme geschlossen werden: z. B. guter, subjektiv
empfundener Gesundheitszustand („Präventionsparadox“)
- ➔ **Tendenziell sind PHB bei Personen mit einer geringen
Zahl an Komorbiditäten und einer subjektiv besser
eingeschätzten Gesundheit erfolgversprechend.**
- Eine weitere Teilzielgruppe, die für Angebote zur
Gesundheitsförderung und Prävention als schwierig zu erreichen gilt,
bilden ältere Menschen mit geringem Bildungsstand sowie solche mit
bestehender Multimorbidität.
- Besonders profitieren von Präventionsangeboten können auch
Personen mit chronischen Erkrankungen*, Schmerzen und Frailty.

* Nutznachweis in 7 von 11 Studien (Vandiver *et al.* (2018))

Instrumente zur Identifikation der Zielgruppen

- Instrumente, die sich zur Erfassung von Pre-Frailty und Frailty eignen
- Software-gestütztes Screening von Patientendaten und ergänzender Fragebogen zu Frailty (Groningen Frailty Indicator), Pflegebedarf und Wohlbefinden
- In Hamburg: LUCAS-Funktionsindex - zwölf alltagsrelevante Fragen zu Risiken und Ressourcen
- Selbsteinschätzungsinstrument, um die funktionale Gesundheit der Teilnehmenden zu ermitteln, oder zu thematischen Schwerpunkten, darunter Stürze, Ernährung, Mehrfachmedikation und kognitive Beeinträchtigung
- Fragen zu Ressourcen und Herausforderungen in den Bereichen des täglichen Lebens
- Einsatz validierter Schmerzskalen – multidimensionale Skalen schnitten besser ab

- Ansprache der Zielgruppe über die Hausarztpraxis in Verbindung mit einem regulär durchgeführten Screening, auch LUCAS-Studie rekrutierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Hausarztpraxen in Hamburg
- Über Krankenversicherung (Auswertung von Routinedaten)
- Über Kommunen (z. B. durch Anschreiben vom Bürgermeister oder Sozialamt, Adressen über Einwohnermeldeamt), mit Infomaterial und teilw. anschließender telefonischer Kontaktaufnahme
- Mund-zu-Mund-Propaganda (im ländlichen Raum)
- Kooperation zwischen Hochschule, Gemeinde und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (in Norwegen)
- Förderlich zeigt sich eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit (Infomaterial, Medienberichte, Veranstaltungen)
- LUCAS-Studie: nur 9 % der Angesprochenen wählte den Hausbesuch, der Großteil bevorzugte die Gruppenintervention (aber: Langzeitkohorte!)

- Programme mit Hausbesuchskomponente enthalten in der Regel präventive und/oder gesundheitsförderliche Bestandteile.
- Meist handelt es sich um komplexe Interventionen mit mehreren, aufeinander abgestimmten Komponenten.
- Den Kern bilden Aktivitäten, die unter Anleitung einer spezialisierten Fachkraft in der Häuslichkeit der Teilnehmenden durchgeführt werden.
- Neben präventiv und gesundheitsförderlich ausgerichteten Anteilen beinhalten die Hausbesuchsprogramme in der Regel weitere Komponenten, die stärker behandlungs- oder pflegeorientiert sind (wie z. B. Medikamentenmanagement oder Schmerzassessment und -management)
- Fast immer wird zunächst ein geriatrisches Assessment oder ein strukturierter Fragebogen eingesetzt.

Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen umfassten u. a.

- Aufklärung über bestimmte Erkrankungen, Risikofaktoren für Stürze
- Beratung im Hinblick auf Bewegung, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum,
- eine Optimierung der Medikation,
- die Überwachung des Elektrolythaushalts
- die Vermittlung von Selbstmanagementtechniken
- Empfehlungen hinsichtlich anderer Leistungserbringer und lokaler Angebote und Möglichkeiten
- psychologische Begleitung
- Aufklärung über Maßnahmen zur Schmerzkontrolle, zum angemessenen Einsatz von Schmerzmitteln, zur Prävention des Wiederauftretens von Beingeschwüren

- Assessment und die Verbesserung des generellen Muskeltonus und der Fitness
- Bewegungsprogramme.
- **Interventionen werden meist spezifisch anhand des individuellen Bedarfs umgesetzt – das erschwert den Wirksamkeitsnachweis.**
- **Hinweise, dass nach PHB die Zahl der Aufnahmen in ein Pflegeheim sowie der stationären Krankenhaustage reduziert werden konnten,**
- **auch eine verbesserte physische Funktionalität und Lebensqualität sowie reduzierte Sterblichkeit.**

Häufigkeit von PHB

- Von einmalig bis 12x pro Jahr

- Generell gab es dazu nur wenig aussagekräftige Informationen
- In fast allen Studien wurden „fachlich qualifizierte Leistungserbringer“ eingesetzt
- am häufigsten kommen examinierte Pflegekräfte zum Einsatz
- Vertreten sind aber auch ärztliche, pharmazeutische oder physio- und ergotherapeutische Fachkräfte, Care Manager, Arzthelferinnen und -helfer sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.
- In einigen Studien verfügten die Fachkräfte über eine spezifische geriatrische oder gerontologische Weiterbildung.
- Mehrere Studie arbeiten mit interdisziplinär zusammengesetzten Teams, darunter auch die LUCAS-Studie.
- Mehrere Studien berichten von Schulungsmaßnahmen für die eingesetzten Fachkräfte.
- Eine Studie erläuterte, dass examinierte Pflegekräfte in der Durchführung inhaltlich standardisierter Beratungen und Informationsvermittlung geschult wurden.

IGES Institut
Dr. Grit Braeseke

www.iges.com