

SCIENCE TO BUSINESS GmbH
Hochschule Osnabrück

Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“

**Abschlussbericht der wissenschaftlichen Be-
gleitung und Evaluation des Modellprojekts
„Präventive Hausbesuche“
in Niedersachsen**

(01.01.2021 – 31.12.2023)

Abschlussbericht des Modellprojekts „Präventive Hausbesuche“ in Niedersachsen

Projektbericht über den Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.12.2023

Wissenschaftliche Projektleitung

Science to Business GmbH – Hochschule Osnabrück

Frau Prof. Dr. Stefanie Seeling[†]

Professur Pflegewissenschaft

Albert-Einstein-Str. 1

49076 Osnabrück

Hochschule Osnabrück

Fakultät Management, Kultur und Technik

Kaiserstraße 10c

49808 Lingen

Koordinatorin der Projektimplementation

Science to Business GmbH – Hochschule Osnabrück

Frau Dr. Britta Blotenberg

Ph.D. in Pflegewissenschaft

Albert-Einstein-Str. 1

49076 Osnabrück

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

Autorinnen

Blotenberg, B.; Seeling, S.

Projektförderung

Das Modellprojekt wurde vom Land Niedersachsen finanziert, durchgeführt wurde es vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Osnabrück, im Dezember 2023

Vorwort

Mit dem vorliegenden Abschlussbericht werden die Erkenntnisse und Ergebnisse des vom Land Niedersachsen initiierten Modellprojekts „Präventive Hausbesuche“ in drei Modellkommunen in Niedersachsen dargelegt.

Das Themengebiet der Prävention weiter auszubauen und im kommunalen Kontext zu stärken, gewinnt von Jahr zu Jahr an Bedeutung. Auch hierauf liegt der Fokus des vom Land Niedersachsen im Jahr 2021 neu initiierten Modellprojekts. *Präventive Hausbesuche* stellen ein niedrigschwelliges Beratungs- und Begleitkonzept dar, das regionaler Anpassungen bedarf. Wissen verfügbar zu machen, ist das Ziel dieser Hausbesuche. Durch die Vermittlung von regionalen sowie überregionalen Angeboten, Kontaktdaten, Unterstützungsleistungen etc. wird die Ausgangslage der Senior*innen grundlegend verändert und eine aktive Entscheidung für die eigene Gesundheitsförderung und Prävention kann getroffen werden.

Im vorliegenden Bericht werden die unterschiedlichen Konzepte der Modellkommunen dargelegt und relevante Erkenntnisse aufgrund deren Verschiedenartigkeit herausgearbeitet. Der vorliegende Abschlussbericht bezieht sich auf den Zeitraum 01/2021 bis 12/2023.

Wir danken dem Land Niedersachsen für den Auftrag, das Modellprojekt und insbesondere die Modellkommunen bei dem bedeutenden Schritt begleiten zu dürfen, Prävention auf die kommunale Ebene zu bringen.

In Gedenken an Frau Prof. Dr. Stefanie Seeling (verstorben am 09.08.2023), Professorin für Pflegewissenschaft und wissenschaftliche Projektleitung.

Osnabrück, im Dezember 2023



Dr. Britta Blotenberg

Ph.D. in Pflegewissenschaft

Expertin für Präventive Hausbesuche

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
Abstract	7
1. Einleitung	8
2. Hintergrund	12
2.1 Ziele und Zielgruppen des Modellprojekts.....	12
2.2 Positionsbestimmung <i>Präventive Hausbesuche</i>	12
3. Methodik innerhalb des Modellprojekts	14
3.1 Projektphasen und -organisation.....	14
3.2 Rahmenkonzept.....	15
4. Evaluationskonzept und methodische Umsetzung	18
4.1 Evaluationskonzept.....	18
4.2 Umsetzung der Evaluation.....	19
4.3 Ethik und Datenschutz.....	22
5. Ausgangslage in den Modellkommunen	24
6. Ergebnisse der Umsetzung in den Modellkommunen	27
6.1 Modellkommune Braunschweig.....	27
6.2 Modellkommune Hameln.....	34
6.3 Modellkommune Zetel.....	38
7. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung	43
7.1 Information der regionalen Begleitgremien und der Steuergruppe.....	43
7.2 Begleitung und Beratung der Projektverantwortlichen.....	44
7.3 Die Begleitung der Fachkräfte im Modellprojekt.....	45
8. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung	49
8.1 Wirksamkeit der <i>Präventiven Hausbesuche</i> in den Modellkommunen.....	49
8.2 Praktikabilität der unterschiedlichen Konzepte <i>Präventiver Hausbesuche</i>	69
8.3 Nachhaltigkeit der <i>Präventiven Hausbesuche</i> in den Modellkommunen.....	75
9. Diskussion	79
10. Ausblick	87
Literaturverzeichnis	88
Anhang	93

Abbildungsverzeichnis.....Seite

Abbildung 1: Die wissenschaftliche Begleitung.....	16
Abbildung 2: Die wissenschaftliche Begleitforschung.....	18
Abbildung 3: Der Zeitplan zur wissenschaftlichen Begleitforschung.....	19
Abbildung 4: Übersichtskarte Niedersachsen	24
Abbildung 5: Die gemeinsame Austauschplattform ‚TEAMS‘	44
Abbildung 6: Die Phasen der Wirksamkeit <i>Präventiver Hausbesuche</i>	54

Tabellenverzeichnis.....Seite

Tabelle 1: Wesentliche Merkmale von Pflegeberatung und <i>Präventiven Hausbesuchen</i>	13
Tabelle 2: Bewertungskriterien der wissenschaftlichen Begleitforschung	20
Tabelle 3: Pflegestatistik 2019 für die Modellkommunen	26
Tabelle 4: (Ehemaliger) Beruf und Erfahrungen der Ehrenamtlichen.....	29
Tabelle 5: Charakteristika aller Teilnehmenden.....	50
Tabelle 6: Charakteristika aller Interviewten	53
Tabelle 7: Datenvergleich der Ausgangslage, des Zwischen- und Abschlussberichts.....	73

Zusammenfassung

Das vom Land Niedersachsen initiierte und geförderte Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ startete Anfang 2021 und hatte eine Laufzeit von drei Jahren. In drei Modellkommunen (Braunschweig, Hameln und Zetel) wurde das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und -erhaltung erprobt, damit Menschen ab 80 Jahren so lange wie möglich zu Hause leben können. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgte durch die Science to Business GmbH – Hochschule Osnabrück. Das Ziel war, die verschiedenen Konzepte der Modellkommunen und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen und auf Wirksamkeit, Praktikabilität und Nachhaltigkeit zu evaluieren. Das wissenschaftliche Team beriet die jeweiligen Beteiligten in den Modellkommunen bei der Durchführung und unterstützte bei der Netzwerkbildung untereinander.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Akzeptanz der *Präventiven Hausbesuche* sehr hoch und durchweg positiv war. Die Wirksamkeit kennzeichnete sich durch drei Phasen aus: (1) Zunächst durch die vorhandenen Sorgen um die Zukunft, die die Senior*innen (stark) belasten. (2) Diese können durch den Erhalt von Wissen reduziert oder gar vertrieben werden und (3) dadurch bewirken die Hausbesuche letztlich große Dankbarkeit. In der ersten Phase war das Gefühl von Unsicherheit prägnant und zeigte die hohe Relevanz des niedrigschwelligen Beratungs- und Begleitkonzepts für die Senior*innen auf. Das Gefühl von Wohlbefinden dominierte die zweite Phase, da indem Wissen verfügbar gemacht wurde, Entscheidungen durch die Senior*innen selbst getroffen werden konnten. Die Gesundheit wurde durch die Beratungen und Empfehlungen positiv beeinflusst und das Gefühl der Zufriedenheit gesteigert. Die dritte Phase zeigte, dass die Dankbarkeit für das Angebot und somit für das Kümmern um die Senior*innen groß war. Die Hausbesuche bewirkten ein Gefühl der Sicherheit, jederzeit an Informationen zu gelangen und eine*n Ansprechpartner*in vor Ort zu haben. Aufgrund dieses erlebten Prozesses ist der Wunsch der Senior*innen nach einer Verstetigung zentral.

Die wissenschaftliche Begleitforschung gibt Implikationen zur Anpassung des Konzepts und zur Implementierung einer zukünftigen flächendeckenden Etablierung *Präventiver Hausbesuche*. Aufgrund der neuen Erkenntnisse wird empfohlen, die *Präventiven Hausbesuche* als kommunales Angebot zu implementieren. Es ist erforderlich, dass der Bund oder auch die Krankenkassen eine Teilfinanzierung übernehmen. Die Kommunen müssen sich ebenfalls verantwortlich zeigen, dass die Bürger*innen lange gesund bleiben, da so den älteren Menschen ermöglicht wird, eigenständig und selbstbestimmt in ihrer gewohnten Umgebung zu leben.

Abstract

The model project “preventive home visits”, initiated and funded by the state of Lower Saxony, started at the beginning of 2021 and had a duration of three years. The concept of preventive home visits was tested in three model municipalities (Braunschweig, Hameln and Zetel) with the aim of health promotion and maintenance to enable people aged 80 years and over to live at home as long as possible. The scientific support and evaluation were part of the Science to Business GmbH – Osnabrück University of Applied Sciences. The aim was to compare the different concepts of the model municipalities as well as the results and to evaluate them for practicability, sustainability and effectiveness. The scientific team advised the respective stakeholders in the model municipalities on implementation and supported on networking among each other.

The results show that the acceptance of the preventive home visits was very high and consistently positive. The effectiveness was characterised by three phases: (1) Firstly, through the existing worries about the future, which (heavily) burden the senior citizens. (2) These can be reduced or even dispelled through the receipt of knowledge and (3) finally the home visits cause great gratitude. In the first phase, the feeling of insecurity was prominent and demonstrated the high relevance of the low-threshold counselling and support concept for the senior citizens. The feeling of well-being dominated the second phase, as by making knowledge available, decisions could be made by the senior citizens themselves. Health was positively influenced by the counselling and recommendations as well as the feeling of satisfaction increased. The third phase showed that there was a great deal of gratitude for the offer and for taking care of the senior citizens. Ultimately, the home visits resulted in a feeling of security, being able to access information at any time and having a contact person on site. Due to this experienced process, the senior citizens' desire for a continuation of the preventive home visits is fundamental.

The accompanying scientific research provides implications for adapting the concept and implementing preventive home visits nationwide in the future. Based on the new findings, it is recommended to implement preventive home visits as a municipal offer. It is necessary that the federal government or even the health insurance provide partial funding. Local authorities must also take responsibility for ensuring that citizens remain healthy for a long time, as this enables older people to live independently and self-determined lives in their familiar surroundings.

1. Einleitung

Die zunehmende Zahl der hochbetagten Menschen in der Gesellschaft stellt ein globales Phänomen dar und ist unbestritten. Da der Gesundheitszustand in Korrelation mit dem Alter abnimmt, steigt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Die Gesundheitsförderung und -erhaltung älterer Menschen ist eines der relevantesten Themen, da zukünftig mehr alte Menschen die Erde bevölkern werden als je zuvor (WHO, 2011). Die weltweite Prognose für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist enorm. Im Zeitraum von 2010 bis 2050 steigt sie weltweit von 350 auf 614 Millionen Menschen, die pflegebedürftig werden (Statista, 2023). Diese Prognose wird auch für Deutschland anhand der Zahlen des Statistischen Bundesamts und für Niedersachsen mit den Zahlen des Landesamts für Statistik bestätigt.

Insgesamt wurden in Deutschland 5 Millionen Pflegebedürftige innerhalb der Pflegestatistik 2021 erfasst, Tendenz weiter steigend. Im Jahr 2019 waren es noch 4,1 Millionen und schon damals 21 % mehr als im Jahr 2017. Davon werden 16 % (2019: 20 %) in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen vollstationär und 84 % (2019: 80 %) zu Hause versorgt. Letztere Form umfasst die Versorgung allein durch Angehörige und zusammen mit/durch ambulante Pflege-/Betreuungsdienste. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die allein durch Angehörige (entspricht den Empfänger*innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI) versorgt werden, ist auf 2,55 Millionen (2019: 2,12) gestiegen. Zusammen mit/durch ambulante Pflege-/Betreuungsdienste werden weitere 1,05 Millionen (2019: 983.000) Pflegebedürftige (Destatis, 2020; Destatis, 2022). Diese Zahlen verdeutlichen, dass eine große Zielgruppe *Präventiver Hausbesuche* die pflegenden Angehörigen bilden, die eine große Stütze des Gesundheitssystems darstellen und ohne die die zukünftige Versorgung der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger nicht umsetzbar wäre.

Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI erhalten, steigt ebenfalls laut den Zahlen des Landesamts für Statistik von Jahr zu Jahr an (LSN, 2021). Es ist daher von großer Bedeutung, das Risiko, pflegebedürftig zu werden, zu reduzieren. Besonders erfolgversprechend sind settingbezogene Präventionsmaßnahmen, die sich gezielt an ältere Menschen richten (BM, 2019).

Diese Zielgruppe zeigt seit ein paar Jahren mehrheitlich eine optimistische und motivierte Lebensführung, um lange aktiv am sozialen und kulturellen Gesellschaftsleben teilzuhaben. Dazu gehören vor allem der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, die Erhaltung des funktionellen Status und die gewollte Mitverantwortungsübernahme durch Ehrenämter, unabhängig von

der persönlichen Gesundheitsbilanz. Alternative Versorgungsformen wie *Präventive Hausbesuche* sind für diese Zielgruppe somit hoch relevant. Die aufsuchenden Beratungskontakte durch Fachkräfte sollen einer Pflegelage/-bedürftigkeit vorbeugen. „Als *Präventiver Hausbesuch* wird eine Maßnahme bezeichnet, deren Kernelemente die Information und Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Themen der selbstständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung ist.“ (Schmidt et al., 2009, S. 53)

Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention verabschiedet. Ziel ist es, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen (Deutscher Bundestag, 2015). Für Deutschland deuten schon seit Jahren verschiedene Projekte auf einen anhaltenden gesellschaftlichen Bedarf für und Interesse an *Präventiven Hausbesuchen* hin (Frommelt et al., 2008; Weidner et al., 2004). Das Ziel *Präventiver Hausbesuche* ist es, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und dadurch im Alter eigenständiges Wohnen in der gewählten Häuslichkeit zu ermöglichen (Blotenberg et al., 2018). Dies gelingt, wenn Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter erhalten werden (DIP, 2008). Ein „perspektivisch vielversprechendes Mittel zur Prävention im Alter sind *Präventive Hausbesuche*“ (Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung 2005, S. 36).

Allerdings können unter anderem das Geschlecht, die Kontinuität des Kontakts und das Alter Einfluss auf die Effekte *Präventiver Hausbesuche* nehmen (BfG, 2005). Deshalb erzielten Letztere teilweise heterogene Effekte bezogen auf die Mortalität, den stationären Krankenhausaufenthalt, die Aufnahme in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, das Sturzereignis, den funktionellen Status und die Lebensqualität (Blotenberg et al., 2020). Dennoch können sie die Sterblichkeitsrate signifikant reduzieren (Elkan et al., 2001) und die Anzahl der Sturzereignisse verringern (Dapp et al., 2011). Allerdings kann nur, wenn ein geriatrisches Assessment oder ein Assessment zur Sturzprävention eingesetzt wird, eine signifikante Reduzierung der Stürze erreicht werden (Beswick et al., 2008). Zudem können *Präventive Hausbesuche* der Verbesserung des funktionellen Status, d. h. der Beweglichkeit und der körperlichen Funktionsfähigkeit (Costa-de Lima et al., 2015; Liimatta et al., 2019), dienen und dadurch zum Beispiel das Risiko von Krankenhauseinweisungen (Costa-de Lima et al., 2015) oder die Anzahl der Einweisungen in stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen verringern (Liimatta et al., 2019). Es ist deutlich darauf hinzuweisen, dass durch das Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit in einem Jahr über 15.000 Euro eingespart werden können (s. [Anhang I](#)). Diese Berechnung be-

zieht sich beispielhaft auf eine Person mit Pflegegrad 3, die in einer vollstationären Langzeitpflegeeinrichtung als Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung versorgt wird (Informationsportal, 2022). Dieser Betrag erhöht sich natürlich bei mehreren Personen erheblich und hat wiederum Auswirkungen auf die möglichen Einsparungen durch die *Präventiven Hausbesuche*. Demnach ist es „(...) weniger ein Thema des OB, sondern des WIE“ (Schulz-Nieswandt et al., 2018, S. 8) das Angebot ausgebracht werden sollte.

In Dänemark sind *Präventive Hausbesuche* bereits seit 25 Jahren (1998) innerhalb der regulären Gesundheitsversorgung fest verankert. Hier sind alle Kommunen gesetzlich dazu verpflichtet, zweimal im Jahr einen beratenden Hausbesuch für Senior*innen anzubieten, die 75 Jahre alt und älter sind (Meinck, 2012; Vass et al., 2002). Da die Menschen immer aktiver alt werden, liegt die Mindestaltersgrenze für eine jährliche Vorsorgeuntersuchung mittlerweile bei 80 Jahren. Darüber hinaus kann jede*r Senior*in zwischen 65 und 79 Jahren, die/der gefährdet oder sozial exponiert ist, bei Bedarf einen *Präventiven Hausbesuch* erhalten (MoH, 2017). Die Hauptziele des dänischen Gesetzes sind die Stärkung des Vertrauens älterer Menschen in das Sozialsystem und das frühzeitige Erkennen eines Hilfebedarfs bei der Zielgruppe (Meinck, 2012).

Die Umsetzung von Pflegeprävention innerhalb Deutschlands ist weitaus schwieriger als in Dänemark. Der Grund ist, dass das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* eine Schnittstelle der deutschen Sozialgesetzgebung berührt. Durch *Präventive Hausbesuche* können die Gesundheit verbessert und demnach die Nutzung des Gesundheitssystems sowie die Kosten reduziert werden (Costa-de Lima et al., 2015; Liimatta et al., 2019). Welche Aspekte für die Wirksamkeit der Programme verantwortlich sind, ist jedoch unklar (Liimatta et al., 2019). Vor allem stellt sich die Frage, warum Krankenkassen Maßnahmen bezahlen sollten, von denen ein anderer Leistungsträger (Pflegekassen) profitieren würde? Unklar ist daher auch in Zukunft, wer diese Leistungen finanziert. Dabei wird mit den *Präventiven Hausbesuchen* die Verhütung sozialer Isolation bzw. Verwahrlosung verfolgt. Gerade angesichts der aktuellen COVID-19-Pandemie bedürfen diese Problembereiche stärkerer Beachtung.

Die Pandemie betreffend liegen aktuelle Studienergebnisse vor. Es konnte nachgewiesen werden, dass von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften durchgeführte *Präventive Hausbesuche* signifikant positive Effekte auf den psychischen Gesundheitszustand älterer Menschen (65–85 Jahre) haben. Das heißt, dass *Präventive Hausbesuche* die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessern. Dieser Nachweis war aufgrund der COVID-19-Pandemie möglich, die

soziale Isolation darstellt (Blotenberg et al., 2023a). Demnach lässt sich schlussfolgern, dass soziale Isolation und somit auch deren Folgeschäden für die Gesundheit durch die *Präventiven Hausbesuche* verringert oder eventuell sogar vermieden werden.

Insbesondere aufgrund des andauernden Fachkräftemangels und des demografischen Wandels müssen alternative Versorgungsformen innerhalb des Gesundheitssystems konzipiert und implementiert werden (SVR, 2014). Das vom Land Niedersachsen neu initiierte [Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“](#) hatte eine Projektlaufzeit von drei Jahren – 01/2021 bis 12/2023. Während der 36 Monate wurde das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* für Senior*innen innerhalb von drei Modellkommunen entwickelt, implementiert und evaluiert. Das Projektziel war, in den verschiedenen Modellkommunen gewonnenen Erfahrungen über die Umsetzung und Wirkfaktoren zu sammeln. Des Weiteren wurden wesentliche Erkenntnisse dazu gewonnen, wie Senior*innen zielorientiert unterstützt werden können. Die Modellkommunen wurden dabei wissenschaftlich (MS, 2020) durch die Science to Business GmbH (StB) begleitet. Die Projektleitung oblag Frau Prof. Dr. Stefanie Seeling, die Koordination der Projektimplementation führte Frau Dr. Britta Blotenberg (Ph.D. in Pflegewissenschaft) durch. Im vorausgegangenen [Projekt „DaHeim – in Emlichheim“](#) (vgl. Blotenberg et al., 2017) konnte nicht nur der signifikant positive Effekt auf den psychischen Gesundheitszustand nachgewiesen werden, sondern es erwies sich auch, dass das Empowerment der Senior*innen durch die *Präventiven Hausbesuche* deutlich gestärkt und ausgebaut wurde. Zudem zeigten sich Gefühle des Wohlbefindens innerhalb der Beratungssituationen, der Zufriedenheit mit den Empfehlungen, eines sehr engen Vertrauensverhältnisses mit den Berater*innen und der Ambivalenz. Letztere wurde beispielsweise dadurch deutlich, dass die Senior*innen äußerten, keine Unterstützung zu benötigen, obgleich sie psychisch überaus belastet waren und dringend Unterstützung benötigten.

2. Hintergrund

2.1 Ziele und Zielgruppen des Modellprojekts

Das Angebot *Präventiver Hausbesuche* galt der Zielgruppe der Menschen ab 80 Jahren. Sie durften keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 und § 15 SGB XI aufweisen. Die Hausbesuche bei den Senior*innen erfolgten in deren Häuslichkeit. Die Beratung sollte sich nicht nur auf die alters- und senior*innengerechte Ausstattung der Wohnung beziehen, sondern auch Informationen über Hilfsangebote wie Mittagstische, Einkaufshilfen, Nachbarschaftsaktivitäten, Alltagsbegleitung, technische Unterstützungsmöglichkeiten oder Hausnotrufsysteme beinhalten. Darüber hinaus sollten auch die gesundheitliche Situation, Ernährung, Bewegung und soziale Kontakte Thema sein. Ziel der *Präventiven Hausbesuche* war es, die Menschen dabei zu unterstützen, so lange, so selbstbestimmt und so eigenständig wie möglich zu Hause zu leben. „Gut gelingen kann das, wenn es passende Hilfsangebote gibt und diese auch bekannt sind. Darüber hinaus sind soziale und kulturelle Teilhabeangebote im Wohnumfeld wesentliche Faktoren. Doch oft kennen viele ältere Menschen diese Angebote vor der eigenen Haustür nicht. *Präventive Hausbesuche* sollen das ändern.“ (MS, 2020)

2.2 Positionsbestimmung *Präventive Hausbesuche*

Beachtung finden muss, dass der Begriff *Präventive Hausbesuche* nicht allgemeingültig verwendet wird (Barthelmes et al., 2020). Dies ist jedoch notwendig, um die Implementierung anhand eines Konzepts vorzunehmen, bei dem alle bereits in der Literatur beschriebenen Empfehlungen berücksichtigt werden. Demnach muss eine klare sowie einheitliche Beschreibung des niedrighschwelligen Beratungs- und Begleitkonzepts der *Präventiven Hausbesuche* formuliert und genutzt werden. Zudem muss das Konzept individuell an die Bedarfe der Bürger*innen in der jeweiligen Region angepasst werden (Blotenberg et al., 2023c).

Präventive Hausbesuche zeichnen sich durch einen niedrighschwelligen Zugang im Sinne einer aufsuchenden Einzelfallberatung älterer Menschen im häuslichen Umfeld aus. Dazu werden assessmentgestützte Hausbesuche durchgeführt. Die Betroffenen werden über einen vorab definierten Zeitraum regelmäßig besucht und individuell beraten. *Präventive Hausbesuche* folgen dem Prinzip der Bedarfserfassung und dann der Lösung des Problems mittels des Beratungsprozesses (DIP, 2008). Ein lokaler und niedrighschwelliger Zugangsweg wird für das Angebot der *Präventive Hausbesuche* als Vorteil gesehen (Barthelmes et al., 2020). Zudem ist es für die Zielgruppe nicht verpflichtend und unabhängig von einem Anlass, beispielsweise einem

Sturzereignis (Renz & Meinck, 2018). Letztlich ermöglichen *Präventive Hausbesuche* eine gezielte Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt, indem u. a. zahlreiche unentdeckte Probleme im psychischen, physischen und sozialen Bereich älterer Menschen festgestellt und gelöst werden (Hendriksen et al., 1984; Stuck et al., 2002).

Anhand von Tabelle 1 lässt sich ein direkter Vergleich der wesentlichen Merkmale der Pflegeberatung und der *Präventiven Hausbesuche* erkennen (ZQP, 2013, S. 14).

Tabelle 1: Wesentliche Merkmale von Pflegeberatung und *Präventiven Hausbesuchen*

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

Somit wird deutlich, dass auf der einen Seite Pflegeberatung eine Intervention im Rahmen der pflegerischen Versorgung der Menschen ist und auf der anderen Seite die *Präventiven Hausbesuche* eine Selbstbefähigung der Senior*innen zur Förderung der persönlichen Gesundheit anstreben.

3. Methodik innerhalb des Modellprojekts

3.1 Projektphasen und -organisation

Das Projekt bestand aus unterschiedlichen Phasen, die aufgrund der Projektorganisation vorgegeben waren. Diese begannen mit der Ausschreibung und endeten mit dem Projektabschluss. Im Folgenden werden die Projektphasen der Vollständigkeit halber kurz aufgeführt.

I. Phase: Hier erfolgte die Ausschreibung des Interessensbekundungsverfahrens, um an dem Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ als Modellkommune teilzunehmen. Dieses war in zwei Stufen unterteilt mit dem ersten Bewerbungsschluss zum 15.04.2020.

II. Phase: In der zweiten Phase, die ebenfalls die zweite Stufe des Interessensbekundungsverfahrens darstellt, wurden ausgewählte Kommunen gebeten, vollständige Zuwendungsanträge einzureichen.

III. Phase: Nach Auswahl der Modellkommunen wurde ebenfalls eine Aufforderung zur Angebotsabgabe an die Niedersächsischen Hochschulen versandt, um die wissenschaftliche Begleitung des Projekts sicherzustellen. Hier war der Bewerbungsschluss der 08.11.2020, welches im Rahmen eines wettbewerblichen Vergabeverfahrens durchgeführt wurde.

IV. Phase: Anschließend erfolgte das Kennenlernen der Projektpartner*innen im Rahmen einer Kick-off Veranstaltung, inklusive der Konzeptvorstellungen vonseiten der Wissenschaft und der Modellkommunen.

V. Phase: Die fünfte Phase beinhaltete das Kennenlernen der Modellkommunen vor Ort, um einen detaillierten Einblick in die Strukturen zu erhalten: Wie sind die Gegebenheiten für die Senior*innen vor Ort, welche Angebote sind vorhanden und wie sind diese von außen erkennbar.

VI. Phase: Der gegenseitige Ergebnisaustausch diente dazu, mit Blick auf Transparenz und Nachhaltigkeit darüber zu sprechen, ob und weshalb die Konzepte der *Präventiven Hausbesuche* erfolgreich waren und welche Effekte sie auf kommunaler Ebene, für die Projektpartner*innen und für die Senior*innen, hervorgerufen haben.

VII. Phase: Der Projektschluss fasste alle Resultate im Abschlussbericht schriftlich zusammen. Die organisatorische Durchführung des Modellprojekts „Präventive Hausbesuche“ oblag im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, Referat 303.

3.2 Rahmenkonzept

Das Rahmenkonzept im Modellprojekt beinhaltet das der Modellkommunen und das der wissenschaftlichen Begleitforschung. Beide Rahmenkonzepte und die Beeinflussung dieser durch externe Faktoren werden im Folgenden dargestellt.

Das Rahmenkonzept der Modellkommunen

Das Rahmenkonzept der Modellkommunen lässt sich von den Fördervoraussetzung ableiten. Hier waren die Förderung von drei unterschiedlichen Größen von Modellkommunen vorgesehen. Zudem musste je eine die folgenden Vorgaben erfüllen:

1. eine große Kommune, d. h. eine kreisfreie bzw. eine große selbstständige Stadt,
2. eine mittelgroße Kommune, d. h. eine Kreisstadt, und
3. eine kleine Kommune, d. h. kreisangehörig im ländlichen Raum.

Es gab Voraussetzungen zur Altersstruktur, der Infrastruktur, ehrenamtliches Engagement, aufsuchende Wohnberatung und die Bezeichnung einer Gesundheitsregion oder Teil dieser zu sein. Auch ein Eigenanteil der Kommunen wurde eingefordert.

Ansonsten sah das Rahmenkonzept eine eigenständige Durchführung und individuelle Gestaltung der *Präventiven Hausbesuche* innerhalb der Modellkommunen vor, d. h. die Umsetzung (Wirksamkeit, vgl. [Kapitel 8.1](#)), die Entwicklung oder regionale Anpassung des Konzepts (Praktikabilität, vgl. [Kapitel 8.2](#)) und auch die Weiterentwicklung, z. B. struktureller Veränderungen innerhalb der Kommune (Nachhaltigkeit, vgl. [Kapitel 8.3](#)). Lediglich die Vorgaben bzgl. Ziele und Zielgruppen des Modellprojekts (s. [Kapitel 2.1](#)) mussten Beachtung finden und ein Projekttitle je Kommune wurde vonseiten des Ministeriums erwünscht. Die Projektpartnerinnen vonseiten der Wissenschaft hatten keinen direkten Einfluss auf die Konzepte der Modellkommunen.

Das Rahmenkonzept der Wissenschaft

Das Rahmenkonzept der wissenschaftlichen Begleitung sah drei Bereiche vor: Information der regionalen Begleitgremien und einer Steuergruppe, die Begleitung und Beratung der Projektverantwortlichen sowie die Begleitung der Fachkräfte im Modellprojekt wie in Abbildung 1 aufgezeigt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte fortlaufend.

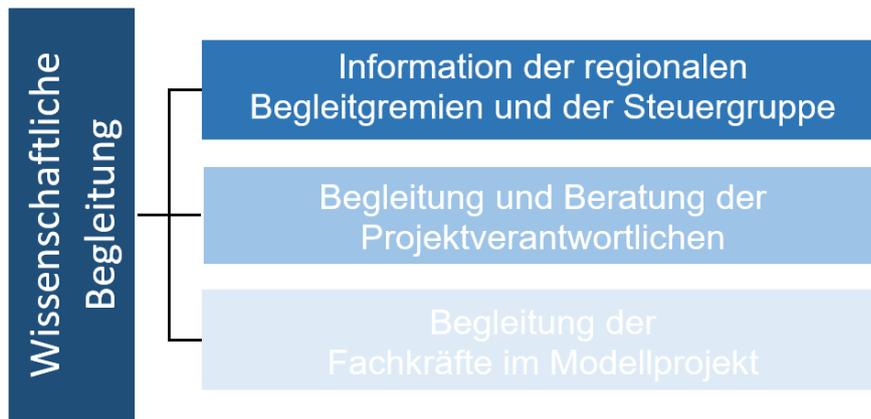


Abbildung 1: Die wissenschaftliche Begleitung

Die Information der regionalen Begleitgremien und der Steuergruppe beinhaltet die folgenden Punkte (s. [Kapitel 7.1](#)):

1. die Definition und Benennung der Personen innerhalb der Steuergruppe,
2. ein regelhaftes Treffen der Steuergruppe und Berichtswesen,
3. die Erfassung der Zielsetzung und der Charakteristika der regionalen Begleitgremien und
4. ein Selbstbericht der Begleitgremien zu regionalen und kommunalen Schwerpunkten sowie
5. Treffen in den regionalen Begleitgremien zum Anfang, Mitte und Ende des Projekts.

Die Begleitung und Beratung der Projektverantwortlichen umfassen (s. [Kapitel 7.2](#)):

1. eine standortübergreifende Fokusgruppe mit den Projektverantwortlichen aus jeder Modellkommune, um den Beratungsbedarf zu erfassen,
2. die Entwicklung eines Frequently-Asked-Questions(FAQ)-Katalogs,
3. eine Netzwerkbildung zwischen den verschiedenen Modellkommunen,
4. die Vereinbarung einer individuellen regelgeleiteten Rahmung für die Begleitung wie Sprechzeiten, Besuche vor Ort (unter Vorbehalt der COVID-19-Pandemie), z. B. 1x im Jahr und
5. die Herstellung von Konzepttransparenz und Nachhaltigkeit der *Präventiven Hausbesuche* in den jeweiligen Modellkommunen.

Die Begleitung der Fachkräfte im Modellprojekt sah die folgenden Handlungen vor (s. [Kapitel 7.3](#)):

1. eine standortübergreifende Fokusgruppe mit den Fachkräften aus den Modellkommunen zur Erfassung des Beratungs- und Schulungsbedarfes sowie des Verständnisses zum Konzept *Präventiver Hausbesuche*,
2. die Vereinbarung von regelmäßigen Sprechzeiten über ein Online Portal,
3. die Herstellung und Förderung der Netzwerkbildung der Fachkräfte,

4. die Erfassung eines Profils der Fachkräfte basierend auf den Bildungskarrieren und den Kompetenzen,
5. eine standortübergreifende Fokusgruppe, um die Probleme bei den Besuchen, zur Aussagekraft der *Präventiven Hausbesuche* und den gemachten Erfahrungen zu erfassen und
6. die Bereitstellung eines Tools zur Prozessdokumentation der Probleme und der Beratungsbedarfe/-inhalte der Zielgruppe.

Beeinflussende externe Faktoren

Als elementarer externer Faktor, der das Modellprojekt von Beginn an beeinflusste, muss die COVID-19-Pandemie aufgeführt werden. Zu Beginn des Modellprojekts gab es in Niedersachsen 109.810 COVID-19-Fälle und 2.016 COVID-19-Todesfälle, die an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt wurden. Dies entspricht 25,2 Todesfälle pro 100.000 Einwohner (RKI, 2021; Stand 02.01.2021, 0:00 Uhr). Zum Stichtag des Zwischenberichts, dem 30.06.2022, der die Halbzeit des Modellprojekts markiert, lagen die Fallzahlen für Niedersachsen bei insgesamt 2.632.555 kumulativen Fällen und 9.684 Todesfällen. Dies entspricht 121 Todesfällen pro 100.000 Einwohner (RKI, 2022; Stand 30.06.2022, 0:00 Uhr).

Dementsprechend erfolgte im ersten Jahr aufgrund der Schutzmaßnahmen kein persönliches Kennenlernen der Projektpartner*innen. Außerdem wurden durch die Modellkommunen Hygienemaßnahmen zur Umsetzung der Hausbesuche aufgestellt und umgesetzt.

Ebenfalls konnte die Projektlaufzeit von 36 Monaten und somit die Implementierung der *Präventiven Hausbesuche* aufgrund der Pandemie nicht vollkommen ausgeschöpft werden. Der Beginn des Projekts variierte je Modellkommune stark (s. [Kapitel 6](#)).

4. Evaluationskonzept und methodische Umsetzung

Das Evaluationskonzept und die methodische Umsetzung innerhalb der wissenschaftlichen Begleitung wurden explizit für dieses Modellprojekt entwickelt. Die Frage zur Evaluation lautete: Welche Effekte haben *Präventive Hausbesuche* in den unterschiedlichen Modellkommunen (Lebensformen)?

4.1 Evaluationskonzept

Das Evaluationskonzept der wissenschaftlichen Begleitung hatte zum Ziel, die unterschiedlichen Konzepte der drei Modellkommunen aufzuzeigen und deren Effekte zu evaluieren. Die Umsetzung des Evaluationskonzepts erfolgte auf drei Ebenen: der Mikro-, Meso- und Makroebene (s. Abbildung 2), die auch die IV. Phase der Datenanalyse betreffen (s. [Kapitel 8](#)).

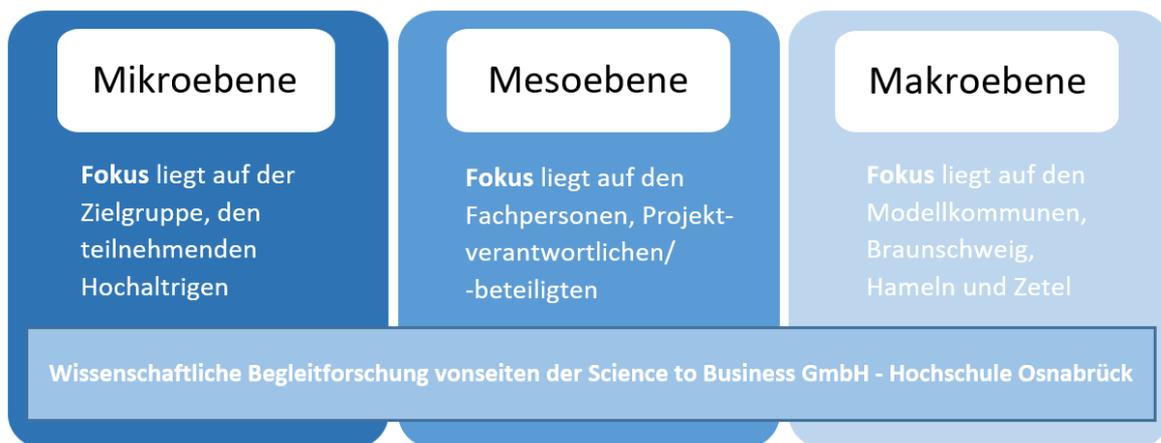


Abbildung 2: Die wissenschaftliche Begleitforschung (Darstellung angelehnt an Gebert et al., 2018)

Die Mikroebene

Der Fokus auf der Mikroebene lag auf den Projektteilnehmer*innen. Auf dieser Ebene erfolgte eine Bedarfsanalyse der aufgesuchten Senior*innen. Weitere Details sind im folgenden Unterkapitel im Rahmen der III. Phase der Datenanalyse (s. [Kapitel 8.1](#)) aufgeführt.

Die Mesoebene

Der Fokus auf der Mesoebene lag auf der Sammlung der Erfahrungen der Projektbeteiligten in den Modellkommunen über die Umsetzung der *Präventiven Hausbesuche*. Weitere Details sind im folgenden Unterkapitel im Rahmen der IV. Phase der Datenanalyse (s. [Kapitel 8.2](#)) aufgeführt.

Die Makroebene

Der Fokus auf der Makroebene lag auf der Erfassung der Unterstützungsmöglichkeiten für Senior*innen. Weitere Details sind im folgenden Unterkapitel im Rahmen der II. Phase der Datenanalyse (s. [Kapitel 8.3](#)) aufgeführt.

4.2 Umsetzung der Evaluation

Der Fokus während der Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitung lag durchweg auf der Evaluation von Wirksamkeit, Praktikabilität und Nachhaltigkeit. Dafür wurden die unterschiedlichen Konzepte der teilnehmenden Modellkommunen hinsichtlich der regionalen Zielsetzung gesichtet und bewertet.

Die wissenschaftliche Begleitforschung

Im Folgenden wird der Zeitplan zum Modellprojekt dargestellt (s. Abbildung 3). Die Datenanalyse erfolgte innerhalb von vier Phasen. Diese bauen auf einander auf und streckten sich über die gesamte Projektlaufzeit von 36 Monaten.

	I. Quartal 2021	II. Quartal 2021	III. Quartal 2021	IV. Quartal 2021	I. Quartal 2022	II. Quartal 2022	III. Quartal 2022	IV. Quartal 2022	I. Quartal 2023	II. Quartal 2023	III. Quartal 2023	IV. Quartal 2023
Erstellung des Evaluationskonzepts												
Abstimmen des Evaluationskonzepts mit der Steuerungsgruppe												
I. Phase Datenanalyse: Überblick der Angebotsstruktur der PHB												
II. Phase Datenanalyse: Bestandsaufnahme der Modellkommunen												
III. Phase Datenanalyse: statistische Daten bez. auf die Effekte PHB												
Zwischenbericht (Abgabe 10/2022)												
IV. Phase Datenanalyse: Konzeptanalyse												
Finalisierung der Evaluation (bis 09/2023)												
Abschlussbericht (Abgabe 12/2023)												

Abbildung 3: Der Zeitplan zur wissenschaftlichen Begleitforschung

Die Umsetzung der Evaluation wurde zu Projektbeginn detailliert geplant, ein Konzept erstellt und dieses im Rahmen der Steuergruppe abgestimmt.

I. Phase der Datenanalyse

In dieser Phase wurde auf die Bewertungskriterien geschaut, die in Tabelle 2 aufgeführt sind und im Folgenden beschrieben werden: die Zielgruppe, die Fachpersonen und die Kommunen.

Tabelle 2: Bewertungskriterien der wissenschaftlichen Begleitforschung

Zielgruppe (Mikroebene)	Soziodemographische Merkmale der erreichten Zielgruppe Zielsetzung der Teilnahme (intrinsische oder extrinsische Motivation) Zugangsweg zur Zielgruppe Instrumente zur Analyse der Bedarfe Charakteristika der teilnehmenden Hochaltrigen IST-Stand zum regionalen Bedarf
Fachpersonen (Mesoebene)	Qualifikation der Fachkraft, die die Präventiven Hausbesuche (PHB) durchführt: Bildungskarriere, regionale Netzwerkerfahrungen, regionale Charakteristik der Personen (z. B. Sprache); sowie deren Qualifikations- und Schulungserfordernisse
Kommune (Makroebene)	Anbindung, Organisation und Umsetzung des Konzepts PHB regionale Schwerpunkte/ örtliche Charakteristika (geographische Lage, Bevölkerung, Krankheiten, Infrastruktur wie der ÖPNV, Gesundheitseinrichtungen etc.) Verortung des Konzeptes innerhalb der Kommune, Beteiligung von Kooperationspartnern, u. a. regionale Vereine, Einsatz von qualifizierten, ehrenamtlichen DUO-Seniorenbegleiter*innen Hilfsangebote, Bereitstellung von Unterstützungsmitteln, z. B. Apps, Laptops, Dokumentationsformulare, Netzwerkkonzept der Kommune

Die Zielsetzung war, die verschiedenen Konzepte zu verstehen und gegenüberzustellen sowie die regionalen Spezifika, die Analyse der erforderlichen Kompetenz der aufsuchenden Person zu benennen und den Nutzen bzw. die Bedarfsschwerpunkte zu erfassen. Die Analysekriterien wurden aus der Literatur, aus abgeschlossenen eigenen und anderen veröffentlichten Projekten abgeleitet.

Auf regionaler Ebene wurden Referenzpunkte in den demographischen Gegebenheiten, insbesondere Alter, Morbidität und Inzidenzen von chronischen Krankheiten, soweit verfügbar, erfasst. Lokal feststellbare Auswirkungen und Einflüsse der COVID-19-Pandemie wurden ebenfalls berücksichtigt.

II. Phase der Datenanalyse

Die zweite Phase der Datenanalyse diente der Bestandsaufnahme innerhalb der drei Modellkommunen auf der Makroebene.

1. Überblick der Angebotsstruktur der teilnehmenden Kommunen,
2. Bestandsanalyse der Versorgungseinrichtungen, Schwerpunkt Pflege/Medizin, z. B. Kliniken, stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, Hospiz,
3. Daten zu exemplarischen Patientenkarrieren,
4. Trägerstruktur der Einrichtungen, in der die Fachkräfte lokalisiert sind,
5. Netzwerkstruktur der Kommunen sowie Zugang der Zielgruppe zu diesem Netzwerk und
6. Bewohnerstruktur: Zielgröße der Teilnehmeranzahl.

III. Phase der Datenanalyse

Innerhalb der dritten Phase wurden statistische Messparameter bezogen auf die Effekte *Präventive Hausbesuche* (Mikroebene) in die Datenanalyse einbezogen, wenn diese verfügbar waren (s. Anmerkung zur Pflegestatistik 2023, [Kapitel 8.1](#)).

Messparameter waren

- Mortalität,
- stationärer Krankenhausaufenthalt und
- Aufnahme in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung,
- Sturzereignis,
- funktioneller Status,
- Lebensqualität (Überschneidung Phase IV) und
- Begründung bei Abbruch der Projektteilnahme.

Die Primärdatenquelle je Modellkommune stellt die Dokumentation der Fachpersonen im Statusassessment dar.

IV. Phase der Datenanalyse

Die vierte Phase der Datenanalyse betraf die Konzeptanalyse und alle drei Ebenen der wissenschaftlichen Begleitforschung. In dieser Phase wurde das angewandte Konzept der *Präventiven Hausbesuche* auf die folgenden drei Ausprägungen analysiert:

1. Wirksamkeit (Mikroebene)

telefonische, leitfadengestützte Interviews im Nachgang des letzten *Präventiven Hausbesuchs*

- Somit konnten Aussagen zum Effekt und zur Akzeptanz der *Präventive Hausbesuche* für die jeweilige Modellkommune getroffen werden.

Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert und alle Daten wurden anonymisiert. Die Auswertung erfolgte mit MAXQDA 2020 by VERBI Software. Die inhaltsanalytische Auswertung wurde nach Mayring (2015) durchgeführt.

2. Praktikabilität (Mesoebene)

Dauer, Anzahl, Intervalle der Besuche; formale Netzwerkstrukturen der Kommune

- Im Hinblick auf förderliche und hemmende Faktoren, Rekrutierung etc.

3. Nachhaltigkeit (Makroebene)

strukturelle Veränderungen innerhalb der Kommunen

- Wird zukünftig Geld im Haushalt der jeweiligen Modellkommune eingeplant?

4.3 Ethik und Datenschutz

Zu Beginn des Modellprojekts wurde kein Ethikantrag gestellt, da innerhalb des gesamten Projektzeitraums darauf geachtet wurde, den Datenschutz zu wahren. Dies geschah, indem keine personenbezogenen Daten für die wissenschaftliche Begleitforschung zur Verfügung gestellt wurden. Erst zum Zeitpunkt der telefonischen, leitfadengestützten Interviews wurde der Austausch personenbezogener Daten, im Speziellen der Namen und Telefonnummern der interessierten Interviewteilnehmer*innen, notwendig.

Im Anschluss an den letzten *Präventiven Hausbesuch* wurde das Erleben der Hausbesuche von den Senior*innen anhand telefonischer Interviews erfasst. Für diese wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden verwendet. Die Hauptinterviewfragen wurden vom Forschungsteam auf der Grundlage der Literatur und im Hinblick auf die Forschungsfragen entwickelt, um einerseits Aspekte in Bezug auf das gewählte Modell zu identifizieren und andererseits neue zu finden, um das aktuelle Wissen über *Präventive Hausbesuche* zu vervollständigen. Auch wurden Fragen zum psychischen und physischen Gesundheitszustand (vgl. Morfeld et al., 2012) integriert, um Aussagen der erreichten Zielgruppe darüber treffen zu können. Anhand der neu gewonnenen Erkenntnisse der mithilfe der durch die Interviews gewonnen Daten können Angaben zum Effekt und zur Akzeptanz *Präventiver Hausbesuche* für die jeweilige Modelkommune gemacht werden.

Hier wurde im Vorfeld des Datenaustauschs und demnach auch vor der Kontaktaufnahme vonseiten der Wissenschaft ein positives Ethikvotum (Votum: HSOS/2023/1/1) durch die Ethikkommission der Hochschule Osnabrück erteilt. Als Zugang zur Zielgruppe fungierten die Praxispartner*innen als sogenannte Gatekeeper. Sie hatten bereits ein Vertrauensverhältnis zu den Projektteilnehmer*innen und erfragten im ersten Schritt, ob Interesse an einer mündlichen Befragung bestehe (Weitergabe der Aufklärungsschreiben und Einwilligungserklärungen, die im Rahmen des Ethikantrags begutachtet wurden) und die personenbezogenen Daten (Name und Telefonnummer) an die Forscherin weitergegeben werden dürften. Erst dann erfolgte der Erstkontakt durch die Forscherin, innerhalb dessen das Aufklärungsgespräch sowie eine Terminabsprache für das Interview durchgeführt wurden. Außerdem konnten offengebliebene Fragen gestellt und beantwortet werden. Besonders wurde darauf hingewiesen, dass die Studienteilnahme freiwillig sei und Teilnehmende jederzeit sowie ohne eine Angabe von Gründen davon zurücktreten könnten.

Der halbstrukturierte Interviewleitfaden beinhaltete zehn Fragen darüber, wie die Senior*innen auf das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* aufmerksam geworden sind und was ihre intrinsische oder extrinsische Motivation war, es zu beanspruchen. Es folgten Fragen zum Gesundheitszustand im Allgemeinen und im Speziellen bezüglich des psychischen und physischen Wohlergehens. Auch wurden Fragen zum Empfinden der Hausbesuche und die Integration der Angebote aus den Beratungsgesprächen in den Alltag sowie deren Auswirkungen, beispielsweise auf das Wohlbefinden, gestellt. Ebenso wurde nach der Bedeutung der Hausbesuche gefragt und ob sie als hilfreich empfunden wurden. Abschließend wurde nach der Weiterempfehlung des Angebots und ob es dieses auch anderswo geben sollte gefragt.

Die Pseudonymisierung der gewonnenen Erkenntnisse war innerhalb des gesamten Zeitraums der Datenerhebung gegeben. Die Anonymisierung der erhobenen Daten erfolgte nach Studienende. Während der Studienlaufzeit sollte die Zuordnung der erhobenen Daten zu den jeweiligen Teilnehmenden möglich sein, um relevante Zusammenhänge – beispielsweise der personenbezogenen Merkmale und der generierten Erkenntnisse – darstellen zu können.

Im folgenden Kapitel werden die Ausgangslage und die Umsetzung in den Modellkommunen sowie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Begleitforschung dargestellt. Im Kapitel zur Diskussion der Ergebnisse werden theoretische Hintergründe hinzugezogen. Abschließend wird ein Ausblick mit Empfehlungen vonseiten der Wissenschaft gegeben.

5. Ausgangslage in den Modellkommunen

Die nachfolgende Grafik zeigt die Kommunen und ihre geographische Verteilung über Niedersachsen auf (s. Abbildung 4).



Abbildung 4: Übersichtskarte Niedersachsen (Land Niedersachsen, 2023)

Die Struktur der Modellkommunen weist wie vom Land Niedersachsen gewünscht eine Heterogenität auf. Als Repräsentant für die große Kommune wurde die Stadt Braunschweig ausgewählt. Braunschweig liegt in Südostniedersachsen und ist mit insgesamt 251.551 Einwohner*innen mit Abstand die größte Modellkommune. Braunschweig ist eine Universitäts- und Arbeitgeber-Stadt mit vielen 20- bis 30-Jährigen und Menschen im erwerbsfähigen Alter. Der Anteil älterer Menschen ist dennoch vergleichsweise hoch. Die Anzahl der potentiellen Pro-

jektteilnehmer*innen der beschriebenen Altersgruppe, über 80 Jahre alt, wies in Braunschweig 17.439 Personen auf; ohne die Anzahl der pflegebedürftigen Einwohner*innen blieben 10.408 Personen übrig (Stichtag 31.12.2019). Lediglich der Projektverantwortlichen der Großstadt Braunschweig lagen Zahlen über die pflegebedürftigen Einwohner*innen vor und demnach war hier zu Projektbeginn eine genaue Berechnung der potentiellen Projektteilnehmer*innen möglich.

Als Repräsentant für die mittelgroße Kommune wurde die Stadt Hameln ausgewählt. Hameln liegt im Weserbergland, eine Stunde Fahrtzeit südwestlich von Hannover entfernt, und hat insgesamt 59.365 Einwohner. In Hameln als Sitz des Landkreises Hameln-Pyrmont zeigt die Bevölkerungsstruktur überdurchschnittlich viele über 65-Jährige und einen hohen Anteil an Sekundärmigration. Die Anzahl der potentiellen Projektteilnehmer*innen der beschriebenen Altersgruppe, über 80 Jahre alt, wies in Hameln 5.019 Personen auf. Der Stadt lagen keine Zahlen der pflegebedürftigen Einwohner*innen vor, sodass zu Projektbeginn keine genaue Berechnung der potentiellen Projektteilnehmer*innen möglich war.

Als Repräsentant für die kleine Kommune wurde die Gemeinde Zetel im Landkreis Friesland ausgewählt. Sie liegt im Norden von Niedersachsen, besitzt 800 m Deichlinie und ist mit insgesamt 11.934 Einwohnern mit Abstand die kleinste Modellkommune. Zur Gemeinde Zetel gehören 15 Ortsteile. Die nächstgrößeren Städte sind Varel mit ca. 16 km und die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven mit ca. 20 km Entfernung. Die Gemeinde Zetel verfügt über keinen eigenen Bahnanschluss. Die Anzahl der potentiellen Projektteilnehmer*innen der beschriebenen Altersgruppe, über 80 Jahre alt, wies in Zetel 1.162 Personen auf. Der Gemeinde Zetel lagen ebenfalls keine Zahlen der pflegebedürftigen Einwohner*innen vor, sodass zu Projektbeginn keine genaue Berechnung der potentiellen Projektteilnehmer*innen möglich war.

Die Zahlen haben die Projektverantwortlichen aus der eigenen Statistik je Modellkommune zur Verfügung gestellt.

Die kalkulierte Teilnehmeranzahl

Die nachfolgenden Daten wurden vom Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN, 2019) zur Verfügung gestellt. Auf das Modellprojekt bezogen wird in Tabelle 3 die Anzahl der Pflegebedürftigen je Modellkommune gezeigt, die im Jahr 2019 ambulant oder stationär (inklusive teilstationär) betreut wurden. Der Berichtskreis setzte sich aus den Pflegediensten und -heimen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zusammen. Der Stichtag war der 15. Dezem-

ber 2019. In Braunschweig lebten insgesamt 6.218 pflegebedürftige Menschen aller Altersstufen, von denen 4.325 Senior*innen die Zielgruppe betrafen. In Hameln lebten insgesamt 2.219, von denen 1.501 Senior*innen die Zielgruppe betrafen. In Zetel lebten insgesamt 355, von denen 259 Senior*innen die Zielgruppe betrafen. In Braunschweig waren 34 Betriebe, in Hameln 20 Betriebe und in Zetel vier Betriebe für die Versorgung der Pflegebedürftigen zuständig. Vor allem für das Alter der 80- bis 90-Jährigen zeigten die Zahlen die Kluft zwischen den weiblichen und männlichen hochaltrigen Pflegebedürftigen auf.

Tabelle 3: Pflegestatistik 2019 für die Modellkommunen (LSN, 2019)

Regionale Ebene	Pflegebedürftige insgesamt					Anzahl der Betriebe
	zusammen	80 - 90		> 90		
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Ambulant						
Braunschweig, Stadt	3111	375	1007	155	516	41
Hameln, Stadt	980	111	315	45	167	13
Zetel	142	22	55	7	15	3
Stationär (incl. teilstationäre Pflege)						
Braunschweig, Stadt	3107	360	1005	161	746	34
Hameln, Stadt	1239	142	381	58	282	20
Zetel	213	29	71	9	51	4

Die kalkulierte Teilnehmeranzahl lag demnach für Braunschweig bei 13.114, für Hameln bei 3.518 und für Zetel bei 903 Senior*innen ohne Pflegegrad. Hier bestand eine Diskrepanz der Daten, die der Stadt Braunschweig vorlagen und die vom Landesamt zur Verfügung gestellt wurden. Der Grund ist, dass dem Landesamt nur Daten der Pflegebedürftigen gemeldet werden, die Pflegegeldleistungen erhalten (vgl. LSN, 2022).

6. Ergebnisse der Umsetzung in den Modellkommunen

Innerhalb der I. und II. Phase der Datenanalyse wurde die Umsetzung des Konzepts der *Präventiven Hausbesuche* analysiert, indem eine Sichtung der Unterlagen und eine Befragung der Verantwortlichen aus den Modellkommunen erfolgten. In der III. und IV. Phase der Datenanalyse wurden statistische Messparameter sowie die Mikro-, Meso- und Makroebene betreffenden gewonnenen Daten hinzugezogen.

Die vom Land vorgegebenen Projektziele, Einschlusskriterien und Beratungsinhalte konnten als homogen bezeichnet werden, die eigens ausgearbeiteten Konzepte der drei Kommunen wiesen jedoch große Heterogenität auf. Im Folgenden werden die Konzepte, ein Zwischenstand (Stichtag 30.06.2022) und der Abschlussdatensatz (Stichtag 30.11.2023) explizit je Modellkommune detailliert dargestellt. Aufgrund der zu Beginn des Modellprojekts herrschenden COVID-19-Pandemie wurden Hygienemaßnahmen durch die Modellkommunen zur Umsetzung der Hausbesuche aufgestellt und umgesetzt, die im Folgenden ebenfalls aufgeführt werden. Die verwendeten Daten wurden, wenn nicht anders angegeben, von den Modellkommunen selbst zur Verfügung gestellt.

6.1 Modellkommune Braunschweig

Projekttitel: „Braunschweiger Senior*innen selbstbestimmt – präventive Hausbesuche“

Die Großstadt Braunschweig hob sich deutlich von den anderen beiden Modellkommunen ab. Die Projektverantwortliche kam aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und war als Ansprechpartnerin und Koordinatorin auf kommunaler Ebene tätig. Sie war seit dem 01.06.2021 mit 39 Stunden pro Woche und seit dem 01.10.2022 mit einem 25 % Stellenanteil im Sozialreferat der Stadt angestellt. Sie musste sich zunächst in das Projekt einarbeiten und übernahm dann die Rolle einer Kümmererin: Sie war Ansprechpartnerin vor Ort, war zentral verortet mit einem Büro im Stadtzentrum, nutzte die gegebenen Strukturen, vermittelte weiter und bildete das pflegerische, kommunale Versorgungszentrum ab. Alle Interessensbekundungen gingen über das Telefon oder per E-Mail der Projektverantwortlichen ein. Aber es gab auch Senior*innen, die die angegebene Telefonnummer als Informationsquelle – ohne einen Hausbesuch – nutzten. Hier gab es Fragen und Sorgen wie: Wer ist der/die richtige Fachärzt*in in meiner Situation? Wir haben im Haus eine demente Frau wohnen und niemand kümmert sich um sie. Wo bekomme ich meine vierte Impfung (gegen COVID-19)? Wie fülle ich den Antrag auf Grundsteuer aus? Wo gibt es die Anträge für Wohngeld? Wie kann ich meine Möbel bei Umzug an das Fairkaufhaus spenden? Ich kümmere mich ab und zu um einen älteren Herrn. Er

erzählte mir, dass ihm ein Nachbar sein Haus abkaufen möchte und er sich im Gegenzug um alles kümmern würde, wenn der Herr verstorben ist. Er hat keine eigenen Angehörigen. Nun ist er verunsichert, ob er das Angebot annehmen kann. Wer kann ihn unterstützen, um zu prüfen, ob das Angebot seriös ist?

Seit dem 28.07.2021 wurde für die administrative Begleitung im Projekt eine akademisch qualifizierte Fachkraft mit dem Abschluss ‚Management im Gesundheitswesen‘ (B. A.) beauftragt. Sie übernahm zunächst zehn Stunden pro Woche und ist seit dem 01.10.2022 mit einem Stellenanteil von 50 % angestellt. Ab diesem Zeitpunkt übernahm die Projektverantwortliche zusätzlich die Funktion als Koordinatorin zum Handlungskonzept Altersarmut, das zukünftig voraussichtlich das Netzwerk erweitern und Synergien zur Projektarbeit schaffen würde.

Das Konzept und die Umsetzung der *Präventiven Hausbesuche*

Am 01.11.2021 wurde ein Anschreiben (s. [Anhang II](#)), das in leichter Sprache verfasst ist, mit der Unterschrift der Stadträtin und dem Briefkopf des Oberbürgermeisters inklusive eines selbst erstellten Flyers (s. [Anhang III](#)) an alle potentiellen Projektteilnehmer*innen mit der Bitte um aktive Rückmeldung versandt. Quartalsweise wurden dann alle Senior*innen, die ihren 80. Geburtstag hatten, angeschrieben und eingeladen, sich für einen *Präventiven Hausbesuch* anzumelden. Dies betraf ca. 600 Senior*innen in drei Monaten. Zum 01.07.2023 wurden die letzten Anschreiben versandt. Beendet wurde dies aufgrund eines längeren Ausfalls der Projektkoordinatorin im Oktober, da sie, wie zuvor beschrieben, alle Anmeldungen entgegennahm. Bis zum Ende des Projekts wurden somit insgesamt 16.844 Senior*innen angeschrieben (Stichtag 30.11.2023).

Im Jahr 2022 musste ein Nachdruck der Flyer erfolgen, sodass insgesamt ca. 26.000 Exemplare in Umlauf gebracht wurden. Außerdem wurde aktiv für die Inanspruchnahme der *Präventiven Hausbesuche* geworben – über Kooperationen mit Hausarztpraxen in Braunschweig, Plakate (200 Exemplare in DIN-A3-Format), Zeitungsartikel ([Beispielexemplar](#)) und im [Rathaus Kompass 2022](#). Es wurden beispielsweise vor dem Seniorenrat, weiteren Seniorengruppen und auf dem [15. Niedersächsisches Gerontopsychiatrisches Symposium](#) in Hannover (06.09.2023) Vorträge gehalten, ein Infostand am [Tag der Senioren](#) (16.06.2023) besetzt, verschiedene Stadtteilzeitungen angeschrieben, ein Radiointerview gegeben und für Juni 2022 Zeitungsartikel über die Pressestelle an diverse Zeitungen, inklusive der Information des Projektendes, verschickt ([Beispielexemplar](#)). Außerdem wurde eine eigene [Projekthomepage](#) erstellt, auf der sich Interessierte über das Modellprojekt informieren konnten.

Das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* in der Stadt Braunschweig sah die Durchführung der Hausbesuche durch Ehrenamtliche vor. Aufgrund der Anzahl an potentiellen Projektteilnehmer*innen war die Ausbringung durch Fachkräfte nicht realisierbar. Die Rekrutierung von Ehrenamtlichen mit Vorerfahrungen erfolgte im August 2021 über einen Zeitungsartikel mit dem Hinweis, dass Ehrenamtliche für die Durchführung der *Präventiven Hausbesuche* gesucht werden. Hierauf haben sich 91 potentielle Ehrenamtliche zu einer Auftaktveranstaltung angemeldet, die in der Stadthalle durchgeführt wurde. Es nahmen 62 Interessierte teil, von denen 42 interessiert blieben. Für diese Ehrenamtlichen wurden Schulungen organisiert und durchgeführt, beispielsweise zur Anwendung des Assessments innerhalb des ersten Hausbesuchs oder zum Thema „Beginn und Ende eines Gesprächs“. Drei Ehrenamtliche fielen anschließend wegen längerer Krankheit aus und eine beendete ihr Engagement, da zwei Senior*innen berichteten, nach dem Erstgespräch keinen weiteren Kontakt gehabt zu haben. Nach Recherche der Projektverantwortlichen waren jedoch alle vier Senior*innen, die die Ehrenamtliche besucht hatte, entweder durch sie selbst oder die Nachbarschaftshilfen ein zweites Mal kontaktiert worden. Letztlich waren es dann bis zum Projektende noch 35 Personen, die die Hausbesuche ausbrachten, 29 Frauen und sechs Männer. Der Älteste ist 1943 und der Jüngste 1990 geboren. In Tabelle 4 werden der (ehemalige) Beruf und die Erfahrungen der Ehrenamtlichen aufgezeigt, die die Hausbesuche durchführten. Bestenfalls wiesen sie Vorkenntnisse aus dem gesundheitlichen bzw. pflegerischen Bereich auf oder besaßen Erfahrung im Umgang mit älteren Menschen.

Tabelle 4: (Ehemaliger) Beruf und Erfahrungen der Ehrenamtlichen

(ehemaliger) Beruf (m/w)	Erfahrungen im Vorfeld
Arzthelfer	Altenhilfe
Betreuungskraft	Altenpflege
Dipl.-Verwaltungswirt	Betreutes Wohnen
ehrenamtlicher Richter	Betreuung von Nachbarn
examinierter Altenpfleger	Betreuung von Senioren
Hausfrau	Familienhilfe
Industriekaufleute	Gesprächsführung mit Älteren
Jugendamtsleitung	Grüne Damen (u. a. Geriatrie)
kaufm. Angestellte	Mitarbeiterführung
Krankenschwester	Nachbarschaftshilfe
Lehrer	Nachtwache
Mediator	Pflege von Angehörigen
Medizinisch-technische Assistenz	Pflege von Eltern
pädagogische Mitarbeiter	psycho-soziale Beratung
Postbetriebsinspektor	Seniorenangebote
Psychologe	Seniorenarbeit (Bürgerstiftung)
Servicefachkraft	Seniorenbegleitung
Sozialpädagoge	Sozialstation
Speditionskaufmann	stationäre Pflege in Kliniken
systemischer Berater	
Verwaltungsangestellter	
Wirtschaftsfachwirt	
Zollberater	

Die Betreuung der Ehrenamtlichen geschah ausschließlich durch die Projektverantwortliche und es bestand ein enger Austausch zwischen ihnen und ihr. Nach dem Erhalt der Interessensbekundungen der Senior*innen erfolgte die Terminabstimmung direkt über die Ehrenamtlichen. Hierfür gab die Projektverantwortliche die Kontaktdaten der interessierten Senior*innen an die Ehrenamtlichen weiter, damit sie einen Termin nach ihrem Zeitplan festlegen konnten. Anschließend versandte die Projektverantwortliche Jutebeutel an die Ehrenamtlichen, inklusive des Assessments und des Informationsmaterials für die Hausbesuche. Um bei den Senior*innen ein Gefühl der Sicherheit zu erzeugen und dieses gewähren zu können, gab es das Angebot, ein Code-Wort für den Anruf der Ehrenamtlichen zu benennen. Die vereinbarten Termine wurden dann dem Projektteam gemeldet und in einer Datenbank notiert. Jedoch waren die Telefonanrufe der am Angebot Interessierten nach dem ersten persönlichen Anschreiben an die Senior*innen so hochfrequentiert, dass es unmöglich war, mit allen ein Codewort abzusprechen. Daher wurden die Besuchstermine in den ersten vier Monaten auch dem Präventionsteam der Polizei gemeldet, damit Betrugsmaschen wie Enkeltricks vorgebeugt und den Senior*innen somit Sicherheit geboten werden konnte. Es wurde demnach von Beginn an Kontakt zum Präventivteam der Polizei aufgenommen, um Trittbrettfahrer zu vermeiden und alle notwendigen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.

Nach den erfolgreich durchgeführten Erstbesuchen gaben die Ehrenamtlichen die Assessmentbögen bei der Projektverantwortlichen wieder ab. Sie führte nach dem ersten Hausbesuch die Beurteilung des Assessments und des sich daraus ergebenden Beratungs- und Handlungsbedarfs durch. Einige hatten einen umfangreicheren Unterstützungsbedarf. Diese Bögen sandte sie an die Nachbarschaftshilfen weiter, mit der Bitte eines Zweitbesuchs und einer entsprechenden Beratung. Auf anderen Assessmentbögen war der Wunsch nach einer Reinigungskraft im Haushalt notiert. Diese Senior*innen rief die Projektverantwortliche an und gab Kontakte von Dienstleistern in Braunschweig weiter. Assessmentbögen, die offensichtlich machten, dass ein Pflegegrad notwendig war, beantwortete sie schriftlich. Diese Senior*innen wurden mit der Bitte angeschrieben, sich von ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zur Einstufung in einen Pflegegrad zusenden zu lassen. Für den Fall, dass Hilfe beim Ausfüllen erforderlich war, wurde ihnen prophylaktisch die Ansprechpartner*innen des jeweiligen Quartiers der Sozialstationen zugesandt, die den Antrag mit den Senior*innen zu Hause ausfüllen würden. Im Vorfeld kontaktierte die Projektverantwortliche diesbezüglich alle Sozialarbeiter*innen der Sozialstationen. Ferner wurden die Senior*innen,

die mit ihrem Gesundheitszustand nicht zufrieden waren oder Hilfsmittel benötigten, angerufen und an die jeweiligen Hausärzt*innen verwiesen. Jede betroffene Person sollte demnach einen zweiten Kontakt in Bezug auf die *Präventiven Hausbesuche* erhalten. Nur wenige Senior*innen nahmen aus Neugier teil. Hier zeigt sich, dass kein weiterer Beratungsbedarf bestand. Das Ziel der *Präventiven Hausbesuche* war hier, eine Bedarfserfassung mit einer gezielten Weitervermittlung durchzuführen.

Der Ist-Stand der *Präventiven Hausbesuche*

Bereits im Zeitraum vom 03.11. bis 27.12.2021 gingen ca. 440 Anmeldungen interessierter Bürger*innen (inklusive Interesse und Besuch von Ehepaaren, die einzeln erfasst wurden) ein. Auf Wunsch der Senior*innen wurden auch zusammenlebende Ehepaare besucht. Diese erhielten je einen eigenen Assessmentbogen. Diesem Wunsch wurde nachgegangen, da niemand vom Projekt ausgeschlossen werden sollte.

Der erste Hausbesuch wurde am 08.11.2021 durchgeführt. Bis zum 13.06.2022 erfolgten insgesamt 816 Kontakte: 435 Erstbesuche, 381 Zweitbesuche/-kontakte per Telefon oder per Post und 24 Drittbesuche zur Evaluation. Letztlich erfolgten bis zum Ende des Projekts insgesamt 1.255 Hausbesuche/Kontakte (Stichtag 30.11.2023): davon 583 Erstbesuche, 464 Zweitbesuche/-kontakte und 208 Drittbesuche zur Evaluation.

Insgesamt wurde das Angebot überaus erfolgreich angenommen, da alle Stadtteile der Großstadt Braunschweig bis auf einen zum Projektende hin mehr als 3 % besuchte Senior*innen vorwiesen. Ein direkter Vergleich von 09/2022 zu 10/2023 ist im [Anhang IV](#) graphisch dargestellt. Für die anfangs schwächeren Bereiche (0–3 % Erreichbarkeit) ist aus sozioökonomischer Sicht festzustellen, dass dies bekannte Stadtteile mit besonderem Handlungsbedarf und einer schwer erreichbaren Klientel sind. In einigen dieser Gebiete wurden demnach gezielt die Spaziergänge angesetzt. Zudem wurden die Senior*innen der Stadtteile weiterhin gezielt angeschrieben. Möglicherweise hat es sich in den Quartieren herumgesprochen, dass solch ein kommunales Angebot initiiert wurde oder Menschen konnten durch die Spaziergänge, zu denen es im Quartier stets Aushänge gab, ermutigt werden, einen *Präventiven Hausbesuch* in Anspruch zu nehmen. Selbst Personen, die sich zu der Zeit im Krankenhaus befanden, riefen an und wollten einen Hausbesuch erhalten. Zudem wünschten zwei Senior*innen ein Gespräch im Büro und wollten keinen Hausbesuch. Diese Treffen wurden dem Wunsch entsprechend im Sozialreferat durchgeführt.

Als Assessment (s. [Anhang V](#)) für den ersten Hausbesuch diente das überarbeitete und stark gekürzte Assessmentinstrument STEP-m (Standardized Assessment of Elderly People in Primary Care in Europe mit dem Modul Mobilität) (vgl. DIP, 2008). Hintergrund der starken Kürzung des Assessments war, dass die Ehrenamtlichen dieses ohne Vorkenntnisse anwenden konnten. Bei den Ehrenamtlichen zeigte sich beispielsweise, dass sie sich beim Fragen nach Inkontinenz oder nach der finanziellen Situation unwohl fühlten. Dementsprechend wurden diese Fragen ausgelassen. Insgesamt gab es während des ersten Hausbesuchs elf Gesprächsabbrüche, die nicht für die weitere Datenerhebung und -analyse berücksichtigt wurden: Bei vier Personen lag ein diagnostizierter Pflegegrad vor, was erst im Gespräch bekannt wurde und zuvor eine Falschauskunft gegeben wurde; bei drei Personen hat der Sohn/die Tochter den Besuch verboten; eine Person hatte das Mindestalter nicht erreicht und drei Personen gaben während des Gesprächs akute Schmerzen an (Stichtag 07.06.2023).



Foto 1: Jutebeutel mit Informationsmaterialien

Innerhalb des ersten Hausbesuchs wurde ein Jutebeutel ‚Braunschweiger Senior*innen selbstbestimmt – präventive Hausbesuche‘ mit unterschiedlichen Informationsmaterialien überreicht (s. Foto 1). Dieser beinhaltete Bewegungskarten, den [Seniorenwegweiser](#), einen Flyer über die [Nachbarschaftshilfen in Braunschweig](#), eine Notfall-Karte, Informationsmaterial vom Präventionsteam der Polizei (Broschüre und Aufsteller für zu Hause) und den Flyer über das Projekt. Die Notfallkarte für die Briefftasche ist ähnlich einer Notfalldose. Dort sind alle zentralen Ansprechpartner*innen (Hausärzt*innen, Angehörige und Betreuer*innen), Allergien und der Medikationsplan eingetragen. Da die Materialien an die Ehrenamtlichen per Post verschickt wurden und der Versand der Notfalldosen aufgrund der Größe schwierig geworden wäre, wurde sich gegen diesen entschieden. Im späteren Verlauf des Projekts wurden Notfalldosen für die Besuche mitgegeben, wenn direkter Kontakt mit den Ehrenamtlichen stattfand. Der Gutschein für ein Café wurde nur hinzugelegt, wenn es schon bei der Anmeldung zu einem Hausbesuch um Angehörige mit Demenz ging. Das Café ist ein Projekt, das bis 12/2023 finanziert wurde. Dort hin konnten Senior*innen ihre an Demenz erkrankten Angehörigen zum Kaffeetrinken bringen. Die Helfer*innen vor Ort übernahmen die Betreuung, sodass die pflegenden Angehörigen eine Stunde Zeit für sich hatten, ohne sich kümmern zu müssen.

Themen innerhalb der *Präventiven Hausbesuche* waren: Einsamkeit bzw. der Wunsch nach mehr sozialen Kontakten, Vollmachten/Patientenverfügung, Freizeitgestaltung/-angebote, Ernährung, Pflegebedarf/-beratung, Mobilität, gesundheitliche Situation, Hausnotruf, Nachbarschaftshilfe, Wohnumfeld/Wohnraumgestaltung und Unterstützung im Haushalt (Haushaltshilfe/Reinigungskraft).

Die Hilfsangebote waren u. a.: Freizeitangebote, Vermittlung von Physiotherapie, Alltagsbegleiter*innen und Nachbarschaftshilfen, der Zugang zu einer Psychotherapie, der Erhalt eines Hausnotrufs, Unterstützung durch eine Haushalts-/Einkaufshilfe, Essen auf Rädern, Antworten auf rechtliche Fragestellungen, Hilfe bei Anträgen, Pflegeberatung, der Kontakt zu einer Fußpflege oder auch eine Beratung zu alternativen Wohnformen (vgl. [Anhang VI](#)). Außerdem wurden fünf regelmäßige Spaziergehgruppen in je fünf Quartieren und zwei Ausflüge für die Senior*innen in den Braunschweiger Zoo initiiert. In der vonseiten der Modellkommune durchgeführten Evaluation gaben 12,1 % der Befragten an, dass sie direkt Hilfe erhielten und empowert wurden, 40,8 % wurde Hilfe vermittelt und sie wurden empowert und 47,1 % gaben an, dass sie nur informiert wurden (Stichtag 01.06.2023). Anzumerken ist, dass es – anders als im übrigen Niedersachsen – in Braunschweig keinen Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) gibt.

Das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* wurde im Laufe der Projektlaufzeit angepasst und durch einen Drittbesuch ergänzt. Innerhalb dessen wurden Feedbackbögen für die Evaluation der *Präventiven Hausbesuche* auf Ebene der Modellkommune ausgefüllt und analysiert. Für diese Gespräche wurde ein Fragebogen zur Evaluation erstellt, der von den Ehrenamtlichen bei den Senior*innen angeboten wurde. Es stellte allerdings keine Verpflichtung dar, ihn auszufüllen. Die Fragen bezogen sich auf das Hauptanliegen des Erstkontakts, die Bekanntheit der Nachbarschaftshilfen und Seniorenbüros sowie die Zweitkontakte durch die Projektverantwortliche oder die Nachbarschaftshilfen. Insgesamt gab es 208 solcher Evaluationsbesuche, die 06/2022 begannen. Die Daten werden in einem separaten Abschlussbericht für die Stadt Braunschweig gesichert. Die Evaluationsgespräche zeigten, dass die Senior*innen keinen Bezug zum Projekt herstellen konnten, wenn Beratungsgespräche oder Interventionen durch die Nachbarschaftshilfen oder andere Institutionen stattfanden. Erst bei gezieltem Nachfragen der Ehrenamtlichen konnten sie oftmals einen Zusammenhang zum Projekt sehen, der mit vorwiegend positivem Feedback verknüpft war.

Das Konzept, das in Braunschweig umgesetzt wurde, hat überaus positive Resonanzen erhalten. Demnach wäre eine Verstärkung vonseiten der Projektpartnerinnen wünschenswert (vgl. [Anhang VII](#)).

Das Hygienekonzept aufgrund der COVID-19-Pandemie

Der Inzidenzwert lag bei 93,8 (Quelle: RKI, Stichtag: 26.04.2021). In Braunschweig lag der Inzidenzwert am Stichtag, den 13.06.2022, bei 557,7. Deutschlandweit betrug er 331,8 (Quelle: RKI, Stichtag: 13.06.2022). Die Ehrenamtlichen, die die *Präventiven Hausbesuche* ausführten, waren vollständig geimpft und Selbsttests standen zur Verfügung. Zudem wurde ein Hygienekonzept, das an den jeweils aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen orientiert war, bei allen Zusammenkünften mit den Ehrenamtlichen wie der Auftaktveranstaltung, der Schulung und dem Coaching angewandt.

Ein Alternativangebot, wenn Hausbesuche nicht durchgeführt werden dürften, gab es nicht. Alle gewünschten Hausbesuche wurden durchgeführt, da es vonseiten der Senior*innen dazu keine Anregungen gab. Sie standen dem eher unerschrocken gegenüber und einige boten den Ehrenamtlichen sogar an, die Maske während des Hausbesuches abzunehmen. Bei ausreichendem Abstand entschieden die Ehrenamtlichen selbst. Nur drei Senioren sagten den vorher gewünschten Hausbesuch coronabedingt ab.

6.2 Modellkommune Hameln

Projekttitle: „Zuhause im Quartier“

Für die Stadt Hameln gab es keine Neueinstellung einer oder eines Projektverantwortlichen. Dieser Aufgabenbereich wurde ab dem 01.01.2021 in die bereits vorhandene Vollzeitstelle der Diplom Sozialwirtin integriert, die bereits im Rahmen des Interessensbekundungsverfahrens involviert war. Die Verortung des Angebots ist an die kommunalen Strukturen selbst mit einem in der Innenstadt gelegenen Büro angegliedert.

Innerhalb der Stadt Hameln erfolgte die Ausführung des Projekts durch die Fachkräfte auf der inhaltlichen Ebene. Hier wurden zwei akademisch ausgebildete Fachkräfte mit Masterabschluss im Bereich der Sozialen Arbeit sowie Sozial- und Organisationspädagogik für die Ausbringung der *Präventiven Hausbesuche* eingestellt. Beide Fachkräfte wiesen eine regionale Herkunft auf und es lagen Berufserfahrungen zu den Themengebieten Sekundärmigration, offene Seniorenarbeit, Diätassistenz und Quartiersentwicklung mit dem Schwerpunkt Leben im Alter vor. Zeitweise wurden die Fachkräfte auch in den Bereichen des Integrationsmanagements und der Gemeinwesenarbeit / des Quartiersmanagements eingestellt. So stellten sie

selbst bereits eine vernetzende Rolle innerhalb der Modellkommune dar. Weitere Anknüpfungspunkte vor Ort waren das städtische Gemeinwesenprojekt „[Hameln kann's](#)“, der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen sowie der Treffpunkt für die 2. Lebenshälfte „[A.R.A.](#)“ (Alternativen rund ums Alter). Zudem wurden sieben Stunden pro Woche für offene Seniorenarbeit, Angebote und Veranstaltungen im Quartier geplant. Die ausbringende Fachkraft war Sozialarbeiterin (B. A.), die mit ihrem anderen Stundenanteil den Treffpunkt für die 2. Lebenshälfte „A.R.A.“ leitete. Seit April 2023 ging diese Kollegin in Mutterschutz und Elternzeit. Die Stunden wurden von den beiden Fachkräften, die die Hausbesuche durchführten, übernommen. Auch teilten sie sich ab diesem Zeitpunkt die Treffpunktleitungsstelle.

Die Fachkräfte nahmen an unterschiedlichen Schulungen, Fortbildungen und Veranstaltungen teil. Darunter waren: Partizipation als Handlungsfrage, (generalisierte) Angststörungen im Alter, Angebote gegen Isolation und Einsamkeit im Alter konkret umsetzen, CAREalisieren „Umgang mit sexualisiertem Verhalten in der Pflege“, Gemeinsam schmeckt's am besten! – Nachbarschaftstische initiieren, Lange zuhause leben – mit digitalen Assistenzsystemen, Gesundheit im Quartier, Körper Demografie-Symposium, Gerontopsychiatrisches Symposium, Arbeitstagung zum Thema „Auf dem Weg zu einer Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“ und die Landespflegekonferenz Niedersachsen.

Auch in Hameln gab es Senior*innen, die anriefen, obgleich sie (noch) keinen Beratungsbedarf hatten. Hier erfolgten Aussagen wie: Danke, aber ich möchte nicht, oder Ich komme zu einem späteren Zeitpunkt gerne darauf zurück. Insgesamt gab es 90 Rückmeldungen von Senior*innen, die den Einschlusskriterien aufgrund eines Pflegegrads, des Alters etc. nicht entsprachen. Dies entspräche einer Rücklaufquote von 5,67 % (insgesamt 287). Diese 90 Personen wurden dann, wenn möglich am Telefon mit Informationen versorgt oder weiterverwiesen. Auch zeigte sich bei vierzig Senior*innen, dass sie ihren Pflegegrad nicht oder im Laufe des Erstbesuchs zu spät bekannt gaben. Demnach konnten sie nicht weiter am Modellprojekt teilnehmen. Ein Senior hatte den ersten Hausbesuch bereits abgestimmt, der jedoch nie durchgeführt wurde. Erst sagte er diesen ab und führte lediglich Telefonate zu seinen Anliegen, dann verstarb er ca. 8,5 Monate später.

Das Konzept und die Umsetzung der *Präventiven Hausbesuche*

In Hameln wurde der Zugangsweg zur Zielgruppe mittels eines persönlichen Anschreibens (s. [Anhang VIII](#)) je Quartier vom Oberbürgermeister gewählt, das ab dem 16.09.2021 versandt wurde. Aufgrund der bereits vorhandenen Strukturen und Netzwerke wurden erst die durch

„Hameln kann's“ bekannten Quartiere angeschrieben. Diese vier Quartiere sind Hameln Süd-stadt, Altstadt, Nordstadt und Kuckuck. Erst daran anschließend wurden nach und nach auch die anderen Quartiere Hamelns mit diesem persönlichen Anschreiben kontaktiert. Bis zum Ende des Projekts wurden insgesamt 5.062 Briefe versandt (Stichtag 30.11.2023) und alle Senior*innen der Zielgruppe in allen Stadtteilen erreicht.

Es wurde zudem eine eigene [Projekthomepage](#) erstellt, auf der sich Interessierte über das Modellprojekt informieren konnten. Außerdem erfolgte die Einladung, einen *Präventiven Hausbesuch* in Anspruch zu nehmen, über das offizielle Gratulationsschreiben der Stadt zum 80. Geburtstag der Senior*innen. Hierfür wurde ein Dokument erstellt, das die Anliegen in einem Anschreiben vereint. Seit September 2021 wurden jeden Monat die neu 80 Jahre alt gewordenen Senior*innen mit dem Gratulationsschreiben angeschrieben und so über das Angebot informiert. Dies erfolgte stadtweit. Zudem wurden ein Flyer (ca. 6.000 Exemplare) und ein Gutschein (s. [Anhang IX](#)), der an die Zielgruppe verschenkt werden kann, erstellt, um weitere Interessierte zu werben. Ebenfalls wurden ein Roll-up für weitere Werbemaßnahmen entworfen und eine Karte bei Abwesenheit der Senior*innen sowie eine für den Kühlschrank (s. [Anhang X](#)) erstellt. Auch wurde für die Inanspruchnahme eines *Präventiven Hausbesuchs* über Zeitungsartikel ([Beispiexemplar](#)), Radiobeiträge ([Beispielbeitrag](#)), unterschiedliche kirchliche Gemeindebriefe u. a. zu Weihnachten oder mit dem Hinweis auf bevorstehende Veranstaltungen, auf Social Media und auf dem Marktplatz an einem Infostand in Zusammenarbeit mit den „[Digitalen Engeln](#)“ (18.03.2022) geworben. Zudem erfolgten Projektvorstellungen in Seniorenkreisen und in Ärztegremien. Während der Projektlaufzeit gab es auch Nachfragen, warum noch nicht alle Senior*innen einen Brief erhalten haben. Dies konnte dadurch erklärt werden, dass die Anschreiben nach und nach in alle Stadtteile versandt wurden. Auf Nachfrage wurde das Anschreiben dann verfrüht verschickt. Der Idealfall sah vor, dass bis zum Projektende allen Senior*innen der Zielgruppe das Angebot eines *Präventiven Hausbesuchs* unterbreitet wurde, d. h., dass jede und jeder aus der Zielgruppe ein Anschreiben erhalten hatte. Dieser Idealfall trat ein. Durchweg wurde um eine aktive Rückmeldung gebeten. Das Ziel der *Präventiven Hausbesuche* war hier die Förderung von Partizipation und Selbstwirksamkeit.

Der Ist-Stand der *Präventiven Hausbesuche*

Bis zum 31.12.2021 lagen bereits 26 Anmeldungen vor. Der erste Hausbesuch wurde am 20.09.2021 durchgeführt. Seitdem wurden bis zum Stichtag, dem 30.06.2022, insgesamt 63

Erstbesuche und elf Zweitbesuche durchgeführt. Letztlich erfolgten bis zum Ende des Projekts insgesamt 187 Hausbesuche (Stichtag 30.11.2023): davon 157 Erstbesuche, inklusive sieben Gesprächen im Büro des Treffpunkts für die 2. Lebenshälfte, 24 Zweitbesuche, inklusive zwei Zweitgespräche im Treffpunkt für die 2. Lebenshälfte „A.R.A.“, und sechs Drittbesuche. Auffällig ist, dass eine 79-Jährige in das Projekt aufgenommen wurde, da sie acht Monate später Geburtstag hatte und ihr Ehemann ebenfalls teilnehmen wollte, der die Einschlusskriterien erfüllte. Wenn die Einschlusskriterien die Teilnahme von Senior*innen mit Pflegegrad, Jüngere etc. zugelassen hätte, wären hier insgesamt 199 Besuche innerhalb des Projektzeitraums durchgeführt worden (das entspräche einer Rücklaufquote von 3,93 %).

Zudem kamen überaus viele Folgetelefonate (u. a. um Unterstützung für Dritte zu erbitten), auch mehrmals mit derselben Person, und zufällige Gespräche beispielsweise beim Spaziergang, in der Stadt oder im Treffpunkt für die 2. Lebenshälfte „A.R.A.“ zustande. Wenn es erforderlich war, wurde eine Fallbesprechung durchgeführt. Teilnehmende waren die Fachkräfte und bei Bedarf die Projektverantwortliche sowie die Leitung des Treffpunkts für offene Seniorenarbeit, die ebenfalls für die Veranstaltungen im Quartier zuständig war. Die letzten beiden Stadtteile wurden erst im Dezember 2023 angeschrieben, sodass mit einer Rückmeldung von weiteren Senior*innen zu rechnen ist (vgl. [Kapitel 8.3](#)).

Der Fokus innerhalb der Hausbesuche lag auf der gesellschaftlichen Teilhabe und der Verringerung sozialer Isolation. Dieser wird durch die offene, dezentrale Seniorenarbeit in den Stadtquartieren ergänzt. Als Gesprächsgrundlage für den ersten Hausbesuch diente ein Leitfaden (s. [Anhang XI](#)), der in Anlehnung an das STEP-m Assessmentinstrument (vgl. DIP, 2008) erstellt wurde und digital im Serviceportal der Stadt Hameln zur Verfügung steht. Im Rahmen des ersten Hausbesuchs wurde eine Notfalldose an die Senior*innen verschenkt und deren Funktion erklärt.

Die Themen innerhalb der *Präventiven Hausbesuche* waren: persönliche Anliegen, Einsamkeit, Alltags- und Freizeitgestaltung, soziale Kontakte, Wohnumfeld und -situation, pflegerische Hilfen, Beantragung eines Pflegegrades, Pflege von Angehörigen, gesundheitliche Situation, Information über Angebote und Dienstleistungen im Quartier, Vorsorge und digitale Unterstützung sowie allgemeiner Informationsbedarf. Angebote, die aufgrund der Empfehlungen innerhalb der Beratungsgespräche angenommen wurden, waren zahlreiche ambulante Alltagshilfen und vielfältige spezielle Beratungsangebote: Essen auf Rädern, Hausnotruf, Wohnraum-, Pflegeberatung (Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zur Einstufung in einen

Pflegegrad), psychosoziale Beratung, Haushaltshilfe oder weitere Angebote zur Unterstützung im Alltag, Quartiersangebote, Veranstaltungen und ehrenamtliche Unterstützung (vgl. [Anhang XII](#)). Im Laufe der Projektarbeit konnte die Beteiligung der folgenden Kooperationspartner erreicht werden, die sich stetig weiterentwickelte: Team Prävention der Polizeiinspektion Hameln-Pyrmont mit dem Präventionsrat der Stadt Hameln und dem Förderverein Kriminalprävention, lokale Wohnungsunternehmen, Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege, ambulante Dienstleister, Kirchengemeinden, soziale Vereine und Verbände, der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) sowie der Ärzteverein Hameln. Leider konnte kein Zugang zu den Sozialarbeiter*innen im Krankenhaus erreicht werden.

Es wurden insgesamt 23 Veranstaltungen wie Gedächtnistraining, Informationsvorträge des Präventionsteams der Polizei und eines Arztes (einziger Geriater in Hameln), Quartiersspaziergänge, Informationsstand in Kooperation mit den „Digitalen Engeln“, Veranstaltungen in Kooperation mit dem Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen, Infostand am Tag der Familie, Mittagstisch in Kooperation mit der Quartiersarbeit sowie eine Begegnung zwischen älteren Menschen und Geflüchteten in Kooperation mit dem Verein Deutsche Gesellschaft initiiert (s. [Anhang XIII](#)). Der prozentuale Anteil der Besuchten mit positivem Feedback liegt subjektiv durch die Projektpartner*innen bewertet bei 95 %.

Das Konzept, das in Hameln umgesetzt wurde, hat sich als effektiv erwiesen. Demnach wäre eine Verstetigung vonseiten der Projektpartnerinnen wünschenswert (vgl. [Anhang XIV](#)).

Das Hygienekonzept aufgrund der COVID-19-Pandemie

Zu Projektbeginn lag der Inzidenzwert für den Landkreis Hameln-Pyrmont bei 96,9 (Quelle: Nds. Landesgesundheitsamt, Stichtag 01.04.2022). Zum Stichtag am 30.06.2022 war dieser auf 1.054,0 gestiegen (RKI, 2022). Es erfolgen regelmäßige Testung der Beraterinnen, ein FFP2-Mundschutz wurde bei den Hausbesuchen getragen und im Dezember 2021 wurde das Versenden von Einladungsschreiben pausiert, um die hohen Inzidenzen zu umgehen. Des Weiteren wurde zu Hochzeiten der Pandemie bei der Terminvereinbarung nachgefragt, ob ein Hausbesuch zu diesem Zeitpunkt gewünscht sei oder zu einem anderen Zeitpunkt erfolgen solle.

6.3 Modellkommune Zetel

Projekttitel: „Präventive Hausbesuche – Beratung daheim in Zetel“

Für die Gemeinde Zetel gab es ebenfalls keine Neueinstellung einer oder eines Projektverantwortlichen. Dieser Aufgabenbereich wurde in die bereits vorhandene Vollzeitstelle der Diplom

Sozialwissenschaftlerin ab dem 01.01.2021 integriert, die bereits im Rahmen des Interessensbekundungsverfahrens involviert war. Die Verortung des Angebots war wie in den anderen Modellkommunen an die kommunalen Strukturen selbst angegliedert und in einem zentral gelegenen Büro verortet. In Zetel erregte die Bekanntgabe der Teilnahme am Modellprojekt viel Aufsehen. Es gab viele Anrufe durch interessierte Bürger*innen und 48 Bewerbungen auf die ausgeschriebene Stelle für die Ausbringung der *Präventiven Hausbesuche*. Diese Stelle wurde ab Mai 2021 durch zwei Personen besetzt, einen Krankenpfleger mit 25 und eine Krankenschwester mit 15 Stunden pro Woche. Beide hatten langjährige Berufserfahrung. Dazu gehören Erfahrungen im Klinik- und Altenheimbereich, ambulante Versorgung, Tätigkeit in der Hausarztpraxis, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Palliative Care, Wundexpertise, Fortbildungen zur Pain Nurse, Weiterbildungen im Hinblick auf Hygieneberatung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Dementsprechend weisen sie eine hohe Fachlichkeit auf. Beide sind in Zetel bekannt und verstehen sowie sprechen die plattdeutsche Sprache. Innerhalb von Zetel erfolgte die Ausführung des Projekts durch die Fachkräfte auf der inhaltlichen Ebene.

Die Besonderheiten der in Zetel wohnhaften Senior*innen ist, dass sie durch den ländlichen Raum eine eingeschränkte Mobilität haben und überwiegend gut situiert sind. Oftmals leben die Kinder nicht am Ort und die bisherigen Nachbarschaften ändern sich. Auch leben die Betroffenen vorwiegend allein in Einfamilienhäusern. Laut dem Bürgerbüro wohnten 993 über 80-Jährige Senior*innen am 09.09.2021 in Zetel, davon ca. 12 % in Altenheimen, 3 % im betreuten Wohnen, 2 % in Altenwohnungen, 4 % in Mehrfamilienhäusern und 79 % in Einfamilien-, Reihen- oder Doppelhäusern.

Das Konzept und die Umsetzung der *Präventiven Hausbesuche*

In Zetel wurde der Zugangsweg über ein Anschreiben (s. [Anhang XV](#)) an alle potentiellen Projektteilnehmer*innen gewählt. Dieses war ein persönliches Anschreiben des Bürgermeisters, das seit Anfang August 2021 an die 1.162 Bürger*innen (auch mit Pflegegrad), inklusive eines selbst erstellten Flyers (ca. 3.000 Exemplare; s. [Anhang XVI](#)), verschickt wurde. Im Laufe der Projektphase wurden zudem 120 Geburtstagsanschreiben mit dem Angebot der *Präventiven Hausbesuche* an die neu 80 Jahre alt gewordenen Senior*innen gesandt. Außerdem wurde aktiv für die Inanspruchnahme des Angebots geworben, u. a. durch 16 Zeitungsartikel ([Beispiel](#)), 17 Informationsveranstaltungen und Weiterempfehlungen. Auch wurden bei-

spielsweise vor dem Seniorenbeirat Bardowick (Landkreis Lüneburg), Seniorenbeirat Westerstede und dem Kreissenorenbeirat Ammerland sowie auf dem Fachtag „Grenzen überwinden: Schwer erreichbare Klientel im Spannungsfeld zwischen System und Gesellschaft“ in Lingen (15.11.2023) Vorträge gehalten. Für die Wiedererkennung des Angebots der *Präventiven Hausbesuche* in Zetel wurde speziell ein Logo erstellt. Als Grundlage für das Konzept dienten die Projekte „[mobil](#)“ (vgl. DIP, 2008) und „[DaHeim – in Emlichheim](#)“ (Blotenberg, 2023).

Auffällig ist, dass für die dörfliche Struktur nicht von Beginn an Überlegungen hinsichtlich der Kriminalprävention erfolgten. Hier zeigte sich, dass ein dörfliches Netzwerk eine adäquate Grundlage für die Verbreitung ist und auch, dass es eine gegenseitig getragene Sicherheit gibt. Ganz nach dem Prinzip: ‚Hier kennt sich jeder.‘ Zudem gab es zu Projektbeginn lediglich vier und zum Projektende zehn Senior*innen mit Migrationshintergrund, sodass ebenfalls keine Überlegungen bzgl. einer Dolmetscherin bzw. eines Übersetzungsservices getroffen werden mussten. Das Ziel der *Präventiven Hausbesuche* war hier, das selbstbestimmte und möglichst eigenständige Leben der Betroffenen zu erhalten.

Der Ist-Stand der *Präventiven Hausbesuche*

Zum 31.12.2021 lagen bereits 38 Anmeldungen vor. Der erste Hausbesuch wurde am 10.08.2021 durchgeführt. Bis zum Stichtag, dem 30.06.2022, erfolgten insgesamt 102 Hausbesuche: davon 50 Erstbesuche, 42 Zweitbesuche und zehn Drittbesuche. Letztlich erfolgten bis zum Ende des Projekts insgesamt 209 Hausbesuche (Stichtag 30.11.2023): davon wurden 73 Erstbesuche, 67 Zweitbesuche, 48 Drittbesuche, 14 Viertbesuche, sechs Fünftbesuche und ein Sechstbesuch durchgeführt. Der zeitliche Abstand zwischen dem Erst- und Zweitbesuch lag bei ca. ein bis zwei Monaten und bei ca. sechs Monaten zum Drittbesuch. Bei Bedarf führten die Pflegefachpersonen eine Fallbesprechung durch, wenn nötig auch mit der Projektverantwortlichen. Auffällig ist, dass eine 79-Jährige in das Projekt aufgenommen wurde, da sie einen Monat später Geburtstag hatte und ihr Ehemann ebenfalls teilnehmen wollte, der die Einschlusskriterien erfüllte.

Für den ersten Hausbesuch wurde das STEP-m Assessmentinstrument (DIP, 2008) im Original und um zwei Fragen erweitert verwendet. Zunächst konnte eine digitale Version Anwendung finden, deren Anbieter mit der Zeit jedoch unzuverlässig wurde, bis letztlich kein Zugriff mehr auf das Onlinedokument möglich war. Die Erstbesuche dauerten in der Regel zwei bis drei Stunden, da die Senior*innen großen Gesprächsbedarf hatten.

Die Themenschwerpunkte innerhalb der *Präventiven Hausbesuche* waren: Mobilität, Einsamkeit, Corona, Ansprechpartner*in für alle Lebenslagen, Angst vor dem Krieg, die ein großes, belastendes Thema war, Hilfsangebote, seniorengerechte Wohnungen und eine seniorengerechte Infrastruktur. Die Hilfsangebote der Fachkräfte waren: Vermittlung von haushaltsnahen Dienstleistungen, Weitergabe von Informationsmaterial, Weitervermittlung an entsprechende Fachstellen und Dienste, zusätzliche Hausbesuche bei Bedarf, Planen und Organisieren



Foto 2: Notfalldose

von Veranstaltungen zur Prävention. Außerdem wurden Hilfsmittel wie die Notfalldose (s. Foto 2), ein Notfallordner, verschiedene Informationsmaterialien, Kontaktdaten zu anderen Ansprechpartner*innen, Trinkprotokolle und eine Anleitung für Bewegungsübungen innerhalb der *Präventiven Hausbesuche* bereitgestellt (vgl. [Anhang XVII](#)). Das bestehende Konzept der Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle (IAV-Stelle) wurde

übernommen und genutzt. Ferner wurden unterschiedliche Veranstaltungen initiiert, wie ein Spaziergang mit anschließendem Kaffeetrinken im Mehrgenerationenhaus oder auch das kostenlose Mobilitätsprogramm „Trittsicher“ (vgl. Soltau, 2022). Fünf Senior*innen erfüllten aufgrund eines Pflegegrads nicht die Einschlusskriterien, aber sie wollten u. a. unbedingt an den (Präventions)Veranstaltungen teilnehmen.

Zudem wurde ein seniorenbezogenes Netzwerk auch über den Ort hinaus entwickelt. Im Laufe der Projektarbeit konnte die Beteiligung der folgenden Kooperationspartner erreicht werden, die sich stetig weiterentwickelte: Landkreis Friesland, Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Friesland, Sozialstation, AOK Niedersachsen, Besuchsdienst, Mehrgenerationenhaus, Sportvereine, Kirchen, Hospizdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst Landkreis Friesland, Ehrenamtliche zur Vermittlung von Dienstleistungen, Polizei, Landfrauen in Kooperation mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Deutscher Verkehrssicherheitsrat (DVR), Niedersächsische Landesforsten, Seniorenbüro Varel, Anbieter*innen verschiedener Dienstleistungen für Senior*innen, Digitale Engel, Rechtsanwalt Peter Grabbe, Firma im Bereich Hausnotrufsysteme, Ruheforst Grabhorn, Chefarzt der Geriatrie Friesland, Sozialdienst der Ammerland-Klinik, Sozialdienst Klinikum Wilhelmshaven, Sozialdienst Sanderbusch, Sozialdienst St. Joannes-Hospital, Demenzbeauftragter der Friesland Kliniken.

Der prozentuale Anteil der Besuchten mit positivem Feedback liegt subjektiv durch die Projektpartner*innen bewertet bei 100 %. Eine Seniorin meldete zurück, dass sie das Ende des

Modellprojekts sehr bedauere, da sie somit eine ‚Institution ihres Vertrauens‘ verliert. Die Senior*innen gaben durchweg positives Feedback und hatten keinerlei Misstrauen den Projektpartner*innen gegenüber. Selbst die Angehörigen gaben Informationen weiter, beispielsweise dass die Mutter jetzt ins betreute Wohnen einziehen müsse. Auch Ehepaare wollen ‚Bescheid geben‘ was mit ihnen passiert bzw. über ihre nächsten Schritte informieren. Selbst zum Ende des Projekts wollten die Senior*innen die Fachkräfte darüber informieren, wie es für sie weitergeht: Eine Seniorin war am 27.12.2023 mit ihrer Tochter im Büro, um Informationen zum Thema Pflegegrad zu erhalten (Selbstständigkeitsmeter, Pflegeleitfaden). Aber sie war auch dort, um die Fachkräfte zu informieren, dass sie bald in eine Wohnung mit Betreuung ziehen wolle bzw. müsse, da sie mit dem großen Haus überfordert sei.

Teilweise staunten die Besuchten über die Vielzahl von Angeboten für Senior*innen. Auch wurde es als positive Überraschung wahrgenommen, dass die Besuche, Beratungen und Unterstützungen kostenfrei waren und es kein Zeitlimit der Gespräche gab. Eine schnelle Umsetzung von Hilfsangeboten durch ‚kurze Wege‘ war besonders prägnant.

Das Konzept, das in Zetel umgesetzt wurde, hat sich in jeder Hinsicht als positiv erwiesen. Demnach steht vonseiten der Projektpartner*innen fest, dass das Angebot genauso weitergeführt werden würde (vgl. [Anhang XVIII](#)), wenn die Finanzierung gesichert wäre.

Das Hygienekonzept aufgrund der COVID-19-Pandemie

Zum Stichtag, dem 30.06.2022, lag der Inzidenzwert bei 804 (ohne Quelle). Vor einem *Präventiven Hausbesuch* wurde noch einmal nachgefragt, ob die zu beratende Person unter den gegebenen Umständen besucht werden möchte. In Absprache mit dem Betriebsarzt wurde ein entsprechendes Hygienekonzept erarbeitet, damit es möglich war, mit dem Projekt zu beginnen. Dieses Hygienekonzept sah vor, dass ein Mundschutz während der *Präventiven Hausbesuche* getragen wird, die Fachkräfte sich im Vorfeld des Besuchs testen und notfalls Terminabsagen/-verschiebungen etc. erfolgen. Die Fachpersonen waren zudem geimpft und geboostert. Durch das medizinische Fachwissen der Fachkräfte wurde darüber hinaus ein Gefühl von Sicherheit vermittelt.

7. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Die Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitung orientierte sich am in [Kapitel 3.2](#) dargestellten Rahmenkonzept. Das Auftaktmeeting zum Modellprojekt und somit das Kennenlernen aller Beteiligten fand am 15.02.2021 statt. Als Grundlage für die Evaluation wurde im ersten Schritt vonseiten des Ministeriums, der Wissenschaft und der Modellkommunen ein gleicher Wissensstand zwischen allen Projektbeteiligten hergestellt.

Die Information der regionalen Begleitgremien und der Steuergruppe, die Begleitung und Beratung der Projektverantwortlichen sowie die Begleitung der Fachkräfte im Modellprojekt (vgl. Abbildung 1) wurden, wie im Folgenden beschrieben, umgesetzt.

7.1 Information der regionalen Begleitgremien und der Steuergruppe

Zu Beginn wurde die Definition und die Benennung der Mitglieder der Steuergruppe vorgenommen. Diese setzte sich aus Vertreter*innen des Ministeriums und der Science to Business GmbH zusammen. Das Auftaktmeeting der Steuergruppe fand am 27.01.2021, danach am 16.03.2021 und am 15.06.2022 statt.

Die Erfassung der Zielsetzung und der Charakteristika der regionalen Begleitgremien und ein Selbstbericht zu regionalen und kommunalen Schwerpunkten waren nicht möglich, da innerhalb der Modellkommunen solche Begleitgremien nicht existieren. Als Alternative wurde deshalb eine Lenkungsgruppe initiiert. Sie setzt sich aus Vertreter*innen des Ministeriums, der Science to Business GmbH und der Modellkommunen zusammen. Das Auftaktmeeting der Lenkungsgruppe fand am 23.02.2021, danach am 11.05., 09.11., 22.03. und 30.11.2022 statt. Zu den Treffen der Steuer- und der Lenkungsgruppe wurden Ergebnisprotokolle vonseiten der Wissenschaft geführt und den Teilnehmenden im Nachgang zur Verfügung gestellt. Die Treffen der jeweiligen Gruppe wurden zu Projektbeginn für jedes Jahr festgeschrieben (s. [Anhang XIX](#)), um einen regelmäßigen Austausch zu ermöglichen. Diese Termine waren unabhängig von denen der Fokusgruppen, die auf der Mesoebene durchgeführt wurden.

Die Herstellung von Konzepttransparenz

Da es zu Projektbeginn große Verunsicherungen vonseiten der Modellkommunen gab, wurde am 06.09.2021 ein Treffen der Projektverantwortlichen, der Fachkräfte und der Wissenschaft durchgeführt. Hier konnten offene Fragen und Unklarheiten geklärt werden, z. B. dass vonseiten der Wissenschaft kein direkter Einfluss auf die Konzepte der Modellkommunen genommen wird, sondern lediglich Empfehlungen geäußert werden. Zudem war der Wunsch des ge-

samten Teams der Modellkommunen, das Evaluationskonzept noch einmal vorgestellt zu bekommen. Von Projektbeginn an wurden zwei standortübergreifende Fokusgruppen vonseiten der Wissenschaft für einen engmaschigen, regelmäßigen Austausch initiiert. Die eine fokussierte den Austausch auf Ebene der Projektverantwortlichen, die andere auf Ebene der Fachkräfte.

7.2 Begleitung und Beratung der Projektverantwortlichen

Die standortübergreifende Fokusgruppe mit den Projektverantwortlichen aus jeder Modellkommune wurde initiiert, um den Beratungsbedarf zu erfassen. Sie fand einmal im Quartal statt, da es zusätzlich den weiteren Austausch innerhalb der Lenkungsgruppe gab. Das Auftaktmeeting der Fokusgruppe der Projektverantwortlichen fand am 07.10.2021, danach am 08.12., 20.04. (kurzes Update, dann verschoben auf den 26.04.) und 30.08.2022 statt. Im Jahr 2023 wurde lediglich ein Treffen am 19.04. umgesetzt, da viele Treffen in Persona in den jeweiligen Modellkommunen erfolgten (s. im Folgenden). Außerdem wurde ein gemeinsames Treffen der Fokusgruppe der Projektverantwortlichen und der Fachkräfte am 15.06.2023 in Vorbereitung auf die Fachtagung in Hameln durchgeführt (vgl. [Kapitel 7.3](#)).

Vonseiten der Wissenschaft wurde Zugang zu einer gemeinsamen Austauschplattform geschaffen (s. Abbildung 5; Teams von Microsoft®), um Informationen wie Kontaktdaten, Dateien (z. B. Protokolle, Literatur und das Konzept betreffende Dokumente aus den Modellkommunen) untereinander verfügbar zu machen und schnellen Austausch untereinander über eine Chatfunktion zu ermöglichen.

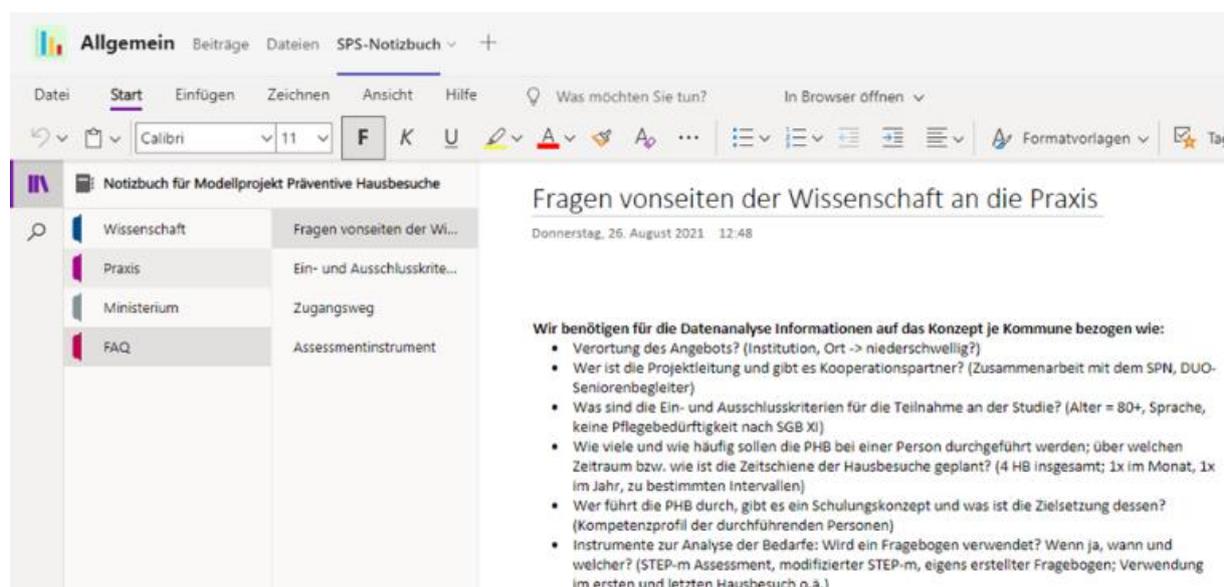


Abbildung 5: Die gemeinsame Austauschplattform ‚TEAMS‘

Hier wurde der Frequently-Asked-Questions(FAQ)-Katalog hinterlegt, der speziell für dieses Projekt entwickelt und kontinuierlich ergänzt wurde. Dieser diente u. a. zur Herstellung der Konzepttransparenz.

Aufgrund der herrschenden COVID-19-Pandemie wurde das Rahmenkonzept im Modellprojekt angepasst und es wurden Vorsichtsmaßnahmen getroffen, die die Projektarbeit beeinflussten. Auch wurde eine individuelle, regelgeleitete Rahmung für die Begleitung der Modellkommunen vereinbart. Hier wurden Besuche vor Ort als relevantestes Kriterium für die Möglichkeit des persönlichen Kennenlernens identifiziert und dementsprechend wurde das Kennenlernen der Modellkommunen im Jahr 2022 anstelle der Online-Treffen umgesetzt. Für den 06.05.2022 erfolgte die Einladung nach Zetel, am 16.06.2022 nach Hameln und am 04.10.2022 nach Braunschweig. Diese Treffen zum Kennenlernen der Modellkommunen hatten viele positive Effekte: die Projektbeteiligten lernten sich persönlich kennen und die Gegebenheiten vor Ort wurden fassbarer. Nachdem die persönlichen Treffen im Jahr 2022 als hilfreich für die Teamentwicklung und -stärkung empfunden wurden, hatten die Projektpartner*innen vonseiten der Modellkommunen den Wunsch nach weiteren Treffen vor Ort. Der Grund vonseiten der Wissenschaft war, dass die Treffen innerhalb der Modellkommunen viele Aspekte offenbart hatten, die zuvor nicht ersichtlich waren. Zudem förderte das persönliche Treffen den Austausch untereinander. Dementsprechend erfolgten weitere Einladungen am 28.06.2023 nach Hameln, am 23.09.2023 nach Zetel und am 14.12.2023 nach Braunschweig. Auch das Kennenlernen der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, wurde vonseiten der Praxis gewünscht, weshalb die finalen Absprachen zum Evaluationsbericht am 23.11.2023 in Lingen stattfanden.

7.3 Die Begleitung der Fachkräfte im Modellprojekt

In die standortübergreifende Fokusgruppe mit den Fachkräften aus den Modellkommunen zur Erfassung des Beratungs- und Schulungsbedarfes sowie des Verständnisses zum Konzept *Präventiver Hausbesuche* waren die Personen einbezogen, die die Hausbesuche ausbrachten. Lediglich für Braunschweig übernahm dies die Projektverantwortliche, da die Organisation der regelmäßigen Treffen mit solch einer großen Anzahl an Ehrenamtlichen kaum umsetzbar gewesen wäre. Demnach vermittelte die Projektverantwortliche die Informationen vonseiten der Ehrenamtlichen an die Fokusgruppe der Fachkräfte und andersherum. Die Treffen der Fokusgruppe erfolgten ab Oktober 2021 engmaschig und ab dem Jahr 2022 regelmäßig alle sechs Wochen. Das Auftaktmeeting Fokusgruppe der Fachkräfte erfolgte am 07.10.2021 und die

weiteren Meetings am 21.10., 18.11. und 16.12.2021 sowie im Folgejahr am 25.01., 08.03., 21.04., 09.06., 21.07., 15.09., 25.10. und 24.11.2022. Im Jahr 2023 fanden die Treffen am 17.01., 02.03., 18.04., 03.08., 12.10. und 07.12. statt.

Es wurde ein Tool zur Prozessdokumentation der *Präventiven Hausbesuche* zur Verfügung gestellt. Dieses bestand aus zwei Tabellen, einer Kodierungsliste (s. [Anhang XX](#)) und einer Datei für die Zuarbeit weiterführender Informationen aus den Modellkommunen (s. [Anhang XXI](#)). Es diente dazu, die soziodemografischen Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, Familienstand und Haushalt), Motivation, Probleme und Beratungsbedarfe sowie -inhalte der Projektteilnehmer*innen zu erfassen.

Die Netzwerkbildung zwischen den Modellkommunen

Die Ergebnisse zeigten eindeutig, dass die Netzwerkbildung aufgrund der Treffen der Fokusgruppen erfolgreich war: die Fachkräfte lernten überregional voneinander, was vonseiten des Ministeriums auch ausdrücklich erwünscht war. Durch den Austausch innerhalb der Fokusgruppen wurden Gedanken und verschiedene Prozesse angeregt, die ohne diese Treffen vermutlich nicht stattgefunden hätten. Beispielsweise wurde in Hameln das Angebot eines gemeinsamen Spaziergangs mit den Projektteilnehmer*innen geschaffen. Dieses wurde gut angenommen und war so erfolgreich, dass es bereits verstetigt wurde. Daraufhin zeigte das Projektteam aus Zetel ebenfalls Interesse, solch eine Möglichkeit zu schaffen. Auch dort stieß das Angebot auf großes Interesse und der Idealfall zeigte, dass unter den Teilnehmenden sogar Hilfestellungen wie ein Fahrdienst geschaffen und angehende Freundschaften geschlossen wurden. Auch konnten Kooperationen zu einzelnen Anbietern vor Ort durch neu initiierte Veranstaltungen weiter ausgebaut und gefestigt werden, beispielsweise zum Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen und den Mehrgenerationenhäusern. Hier zeigte sich, dass viele ältere Menschen die Angebote vor der eigenen Haustür nicht kannten oder die Kommune weitere Angebote aufgrund fehlender Daten und Fakten über vorhandenen Bedarf nicht machen konnte.



Foto 3: Bewegungskarten

Die Hilfsmittel, die während der Hausbesuche ausgegeben wurden, unterschieden sich voneinander. Vor allem während des Kennenlernens der Modellkommunen konnten diese, z. B. Bewegungskarten (s. Foto 3), Wegweiser für Senior*innen, Notfalldosen etc., entdeckt werden. Dies führte dazu, dass teilweise direkt im Nachgang

ebenfalls solche oder ähnliche Hilfsmittel für die Ausgabe an die Senior*innen bestellt wurden. Durch die Netzwerkbildung innerhalb des Modellprojekts wurde demnach eine bessere Reflexion des eigenen Konzepts im Hinblick auf die Praktikabilität erzielt, bei Herausforderungen lösungsorientiert zu denken und um Lösungsansätze zu bitten sowie Nachhaltigkeit und dementsprechende Maßnahmen wie Vorstellungen innerhalb von Ausschusssitzungen im Blick zu behalten.

Aufgrund der erfolgreichen Netzwerkbildung gelang es, zusammen Öffentlichkeitsarbeit vorzunehmen. Es erfolgte eine gemeinsame Präsentation des Modellprojekts bei der Veranstaltung „Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft“ am 10.12.2021 und beim „IV. Netzwerktreffen der Stadt Norden“ am 30.03.2022. Die gemeinschaftliche Vorstellung auf dem Seniorentag 2021 fand coronabedingt nicht statt.

Aber nicht nur Veranstalter, sondern auch Anfragen von interessierten Bürger*innen aus anderen Städten und Gemeinden wurden an die Projektpartner*innen herangetragen. Zu Projektbeginn suchten aber auch die Fachkräfte aus Zetel nach Informationen über das Konzept *Präventiver Hausbesuche* und die Durchführung dessen bei Expert*innen, die dieses bereits durchgeführt hatten. Hier kontaktierten sie die akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte, die die Hausbesuche im Rahmen des Projekts „DaHeim – in Emlichheim“ durchführten, und tauschten sich aus. Innerhalb dieses Projekts war das Versorgungskonzept der *Präventiven Hausbesuche* von Oktober 2017 bis September 2020 im Westen Niedersachsens für die Samtgemeinde Emlichheim entwickelt und erprobt worden.

Auch die Fachkraft aus Hameln suchte nach Gleichgesinnten. Das Ziel war es, u. a. das Konzept zu schärfen, wobei sie auf ein Projekt der Stadt Leipzig stieß und zu dessen Projektverantwortliche Kontakt aufnahm. Dies geschah nun erneut, nur andersherum. In Arnsberg wird zukünftig das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* implementiert, woraufhin nun die Fachkräfte in Hameln für einen Austausch kontaktiert wurden.

Innerhalb des Telefonats mit der Projektverantwortlichen aus Leipzig bekundete die Fachkraft aus Hameln Interesse an einem bundeslandübergreifenden Online-Austausch und nahm auch daran teil (vgl. [Pressemitteilung](#)). Hier treffen sich Interessierte, die *Präventive Hausbesuche* bereits implementiert haben oder planen, diese umzusetzen. Im Rahmen des ersten Online-austauschs entstand auch die Idee einer überregionalen Fachtagung in Hameln. Am 28.06.2023 fand dann die [Fachtagung](#) „Präventive Hausbesuche – der neue Weg zur Förderung der Gesundheit und sozialen Teilhabe im Alter“ statt. Die Fachtagung wurde gemeinsam

durch die Stadt Hameln mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. angeregt und durchgeführt. Hier hatten die Projektpartner*innen vonseiten der Praxis und der Wissenschaft erneut die Möglichkeit, das vom Land Niedersachsen initiierte Modellprojekt zu präsentieren. Es war überraschend, wie viele Kommunen sich bereits mit der Thematik *Präventiver Hausbesuche* beschäftigen. Die Tagung war eine gelungene Plattform zum Austausch der Akteure. Das vom Land Niedersachsen initiierte Modellprojekt wurde durchweg positiv und als Vorbild für die anderen Bundesländer gesehen. Der nächste Fachtag ist für den 19.09.2024 in Leipzig geplant, da ein bundeslandübergreifender Austausch in Persona über dieses niedrigschwellige Beratungs- und Begleitkonzept von allen Beteiligten als überaus hilfreich empfunden wird.

8. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung

Mit den weiteren Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung werden im Folgenden nicht mehr explizit die jeweiligen Modellkommunen fokussiert, sondern die Effekte innerhalb des gesamten Projekts.

8.1 Wirksamkeit der *Präventiven Hausbesuche* in den Modellkommunen

Die Wirksamkeit der *Präventiven Hausbesuche* wird mithilfe der Charakteristika aller Teilnehmenden und Interviewten sowie deren herausgearbeiteten Phänomenen im Folgenden dargestellt.

Die Resonanz auf das Angebot *Präventiver Hausbesuche*

Die Projektpartner*innen aus den Modellkommunen (s. [Kapitel 7](#)) gaben während der gesamten Projektlaufzeit überaus positive Rückmeldungen. Bereits durch die ersten Eindrücke wurde bestätigt, dass das Versorgungskonzept der *Präventiven Hausbesuche* für Personen ab 80 Jahren, die noch nicht pflegebedürftig sind, eine elementare Unterstützung darstellt, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in ihrer Häuslichkeit zu führen, z. B. durch bedarfsorientierte Unterstützungsangebote oder weiterführende Informationen zu individuellen Problemen und Sorgen. Diese Eindrücke festigten sich bis zum Projektende.

Die Intention der Senior*innen, das Angebot in Anspruch zu nehmen, war vorwiegend für die Erhaltung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität, zur Unterstützung bzw. als Hilfe im Alltag, um Informationen über Angebote und Leistungen in der Umgebung zu erhalten oder aus reiner Neugierde. In allen drei Modellkommunen konnte eine große Bandbreite der sozialen Schichten abgedeckt werden: von Professor*innen über Schneider*innen, Ärzt*innen, Hausfrauen/-männer, Sekretär*innen und Einzelhandelskauffrauen/-männer, Maler*innen, Maurer*innen, Landwirt*innen, Schornsteinfeger*innen, Justizangestellte, Lehrer*innen, Chemiker*innen, Dolmetscher*innen, Kindergärtner*innen, Arzthelfer*innen, Apotheker*innen, Elektroinstallateur*innen, Kosmetiker*innen, Friseur*innen und Justizinspektor*innen bis hin zu Psycholog*innen und Polizeibeamt*innen.

Der psychische und physische Gesundheitszustand der erreichten Zielgruppe kann anhand der Aufzeichnungen der Fachkräfte aus der Datei für die Zuarbeit weiterführender Informationen (s. [Anhang XXI](#)) als überaus heterogen bezeichnet werden. Einige Senior*innen fühlten sich durchaus gesund, wiesen laut eigener Aussagen einen guten Gesundheitszustand auf und hatten viele soziale Kontakte. Andere waren verunsichert, psychisch und/oder physisch stark belastet und hatten teilweise keine sozialen Kontakte.

Anhand von Tabelle 5 wird der große Erfolg des Modellprojekts aufgezeigt. Insgesamt konnten in den drei Modellkommunen 813 Senior*innen mit dem Angebot eines *Präventiven Hausbesuchs* erreicht werden.

Tabelle 5: Charakteristika aller Teilnehmenden (nicht alle Daten lagen vollständig vor)

Merkmale erfasst beim ersten Hausbesuch mittels Assessment	Braunschweig (n = 583)	Hameln (n = 157)	Zetel (n = 73)
Geschlecht			
weiblich	379	94	43
männlich	207	61	30
Alter in Jahre			
80-84	361	97	41
85-89	172	48	18
90-94	36	8	7
95-99	6	3	0
>100	0	0	0
Lebenssituation			
allein lebend	334	83	22
mit Partner	237	71	26
bei/mit den Kindern	2	1	4
sonstiges (Enkeltochter/Mutter/ betreutes Wohnen)	2	/	1
Weitere			
Weitere Anwesende	259	3	2
Migrationshintergrund	10	13	0
Pflegende Angehörige	/	27	9
Teilnahme von Ehepaaren	6	15	5

Anhand der Altersstruktur der Teilnehmenden ist hinsichtlich aller drei Modellkommunen deutlich, dass vor allem Personen im Alter von 80 bis 84 Jahren das Angebot annahmen. Da in den Modellkommunen alle potentiellen Teilnehmer*innen im Laufe der Projektlaufzeit angeschrieben wurden, können diese Zahlen nicht aufgrund von Schreiben zum 80. Geburtstag verfälscht worden sein.

Für Braunschweig fällt auf, dass es bei vielen Erstbesuchen (259) weitere Anwesende als die zu beratende Person gab. Ob dies im Sinne des Sicherheitsgefühls als Unterstützung diente oder aufgrund purer Neugierde geschah, wurde jedoch nicht erhoben. Da es kein Kriterium aus der Datei für die Zuarbeit weiterführender Informationen darstellt, liegen hierzu keine Zahlen für Hameln und Zetel vor.

In Braunschweig konnten von den ca. tausend Senior*innen mit Migrationshintergrund zehn Personen besucht werden. Sie waren aus Ägypten, Finnland, Schweden, Serbien, Spanien, Südamerika, Südkorea, Türkei und zwei aus Polen migriert. In Hameln wurden in rund zehn Prozent der *Präventiven Hausbesuche* Senior*innen mit Migrationshintergrund erreicht. Sie zeigten eine besonders hohe Wertschätzung des Angebots und freuten sich, dass die Stadt

etwas für sie tut. Die Senior*innen waren aus Indonesien, Italien, Kroatien, Mazedonien, Österreich, Polen, Russland, Schweden, der Türkei und der Ukraine migriert. Drei Personen machten keine Angabe zu ihrem Herkunftsland. Demnach war es teilweise notwendig, für die Hausbesuche auf die Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen zurückzugreifen.

In Hameln konnten 27 und in Zetel neun pflegende Angehörige erreicht werden. Für Braunschweig liegen keine Daten diesbezüglich vor.

Die Pflegestatistik des Landes Niedersachsen wird alle zwei Jahre erhoben. Die für das Jahr 2023 liegt bisher noch nicht vor. Der Vergleich der Pflegestatistik aus dem Jahr 2019 zum Jahr 2021 (s. [Anhang XXII](#)) zeigt auf, dass die Anzahl der Betriebe in Braunschweig im ambulanten um zwei und im stationären (inklusive teilstationären) Bereich um vier gestiegen ist. In Hameln gibt es einen ambulanten Betrieb weniger und dafür einen stationären (inklusive teilstationären) mehr. In Zetel gibt es einen ambulanten Betrieb mehr und nur hier ist der stationäre (inklusive teilstationäre) Bereich konstant geblieben. In allen drei Modellkommunen hat sich die Anzahl der ambulant betreuten Senior*innen (leicht) verbessert. Auch die Anzahl der betreuten Senior*innen im stationären (inklusive teilstationären) Bereich hat sich für Hameln und Zetel leicht verbessert, jedoch für Braunschweig verschlechtert. In Letzterem könnte der deutliche Anstieg der betreuten Senior*innen im stationären (inklusive teilstationären) Bereich damit erklärt werden, dass viele Beratungen (71) zum Thema Pflegegrad gezielt stattfanden. Dieses Phänomen kann dadurch bedingt sein, dass anhand *Präventiver Hausbesuche* pflegebedürftige Personen identifiziert werden, die keine Kenntnisse über eine bereits vorhandene Pflegebedürftigkeit hatten (Blotenberg et al., 2020).

In Braunschweig gab es drei Abbrüche der Projektteilnehmer*innen während der Projektlaufzeit: eine Person hatte sich selbst informiert, eine hatte einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 % und benötigte einen Pflegegrad und im dritten Fall wollten die Söhne die Teilnahme nicht. Teilweise lehnten die Senior*innen weitere Unterstützung ab, meldeten sich nicht mehr oder waren nicht mehr zu erreichen. In Hameln entwickelten sieben Senior*innen einen Pflegegrad bzw. bekamen diesen bewilligt und 13 Personen hatten sich diesbezüglich bereits Gedanken gemacht oder befanden sich in der Antragsphase. Fünf Projektteilnehmer*innen verstarben während der Projektlaufzeit. In Zetel entwickelten elf Senior*innen einen Pflegegrad und vier Projektteilnehmer*innen verstarben während der Projektlaufzeit. Außerdem zog eine Seniorin in ein Pflegeheim und eine in eine seniorengerechte Wohnanlage, da die Anfrage nach einem Pflegeplatz im benachbarten Pflegeheim bisher ohne Erfolg war.

Aufgrund der Drittbesuche zur Evaluation lagen für Braunschweig zusätzliche Daten über die Senior*innen beispielsweise zum Verlassen der Wohnung und bezüglich der Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr vor: 13 verließen ihre Wohnung nie, eine Person nach einer Operation nicht, eine nur, um zur/m Ärzt*in zu gehen, eine nur zum Einkaufen, eine ab und zu und eine nur einmal wöchentlich, zehn Personen sehr selten und selten, 133 mindestens zweimal die Woche und 406 täglich. Ferner waren 162 Personen im letzten Jahr im Krankenhaus, sieben Personen sogar mehrfach, eine ambulant und 388 gaben an, im letzten Jahr keinen Aufenthalt im Krankenhaus gehabt zu haben. Des Weiteren hatten 133 Senior*innen einen Rollator, 170 einen Gehstock und vier einen Rollstuhl als Hilfsmittel zur Verfügung. Sieben Personen wurden nur gezielt mit dem Thema Sturz in Verbindung gebracht: Zwei hatten einen Sturz mit dem Fahrrad, drei befanden sich in einem Zustand nach einem Sturz (inklusive einer Operation), einmal wurde zur Prävention von Sturzfolgen und einmal bezüglich eines zu hohen Duscheintritts und damit verbundener Sturzgefahr beraten.

Auch in den Beratungssituationen in Hameln gab es zwölf Senior*innen, die gestürzt waren, davon hatten sieben schwerwiegende Folgen wie Brüche von Schulter- und Handgelenk. In Zetel gab es lediglich zwei Senioren, die sich aufgrund von Schwindel als sturzgefährdet einschätzten. Auch wenn die Anzahl der Senioren gering erscheint, konnten Wohnraumberatungen und auch Angebote wie das kostenlose Mobilitätsprogramm „Trittsicher“ als präventive Maßnahmen durchgeführt werden.

Eine Aussage über eine eventuelle Reduktion der Mortalität der Projektteilnehmer*innen durch die *Präventiven Hausbesuche* kann situationsbedingt nicht getroffen werden. Laut der Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020 bis 2023 des Statistischen Bundesamts (Destatis, 2023a) wird die Entwicklung weiterhin von der COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen bestimmt. Auch gab es in Folge der Pandemie im Jahr 2023 zwei Grippewellen, die die Zahl der Sterbefälle prägnant beeinflussten.

Die Bedarfsanalyse der aufgesuchten Senior*innen

Für die Bedarfsanalyse wurden vonseiten der Wissenschaft mit 45, je Modellkommune 15, der aufgesuchten Senior*innen im Zeitraum von 05/2023 bis 08/2023 leitfadengestützte Interviews geführt. Sie beantworteten die Fragen nach der Wirksamkeit *Präventiver Hausbesuche*. Aufgrund des ausschließlich telefonischen Kontakts gab es die Möglichkeit, ein Codewort zu vereinbaren, durch das ein Gefühl der Sicherheit geschaffen wurde. Dies nahmen neun Se-

nior*innen in Anspruch. Einmal wurde vergessen, das Codewort weiterzugeben. Das war jedoch in Ordnung, da genug Informationen bereitgestellt wurden, die keinem Außenstehenden hätten bekannt sein können. Auffällig war, dass 14 Interviews spontan durchgeführt werden konnten. Drei Personen widersprachen einer Aufzeichnung, sodass hier handschriftlich Notizen gefertigt wurden. Eine Dame bat zudem am Ende des Interviews darum, eine Abschrift zu erhalten. Insgesamt konnten sechs pflegende Angehörige interviewt werden. In Hameln haben zwei Senior*innen und in Zetel je ein Senior einen Pflegegrad erhalten und einen beantragt.

In Tabelle 6 werden die Charakteristika aller interviewten Senior*innen aufgezeigt, die mittels Assessment innerhalb des ersten Hausbesuchs erfasst wurden.

Tabelle 6: Charakteristika aller Interviewten

Merkmale erfasst beim ersten Hausbesuch mittels Assessment	Insgesamt (n = 45)	Braunschweig (n = 15)	Hameln (n = 15)	Zetel (n = 15)
Geschlecht				
weiblich	29	10	11	8
männlich	16	5	4	7
Alter in Jahre				
80-82	18	6	6	7
83-85	18	6	6	7
86-89	6	3	2	1
90-95	1	0	1	0
Lebenssituation				
allein lebend	18	10	5	3
mit Partner	13	5	2	6
Weitere				
Migrationshintergrund	2	1	1	0

Für Braunschweig zeigen die Daten, dass deutlich mehr Frauen interviewt wurden, nämlich doppelt so viele wie Männer. Wenn diese Angaben mit den Zahlen der Senior*innen verglichen werden, die insgesamt partizipierten, wird deutlich, dass auch hier fast doppelt so viele Frauen am Projekt teilnahmen.

Die Hauptanliegen der Interviewten waren: allgemeine Informationen zu erhalten, Unterstützung im Alltag (u. a. Haushaltshilfe) und für die Zukunft, soziale Kontakte (wie eine*n Partner*in für Spielerunden oder Spaziergänge) sowie Informationen über Kontakte für Senior*innen, Wunsch nach Umzug in eine kleinere Wohnung bzw. Informationen über die verschiedenen Möglichkeiten, zur Vorsorge einen Kontakt zu haben, falls Hilfe benötigt werden sollte, und Hilfsmöglichkeiten, um weiter allein leben zu können. Die Berufe der Interviewten reichten von Realschullehrerin, Lehrer, Sozialpädagogin, Handelsvertreter, Hausfrau/Yogalehrerin,

Kontoristin, Sekretärin, Handelsvertreter, Großhandelskauffrau, Friseurmeisterin, Hotelfachfrau, Fleischermeister und Justizinspektorin bis hin zur Schneiderin.

Die Phasen der Wirksamkeit *Präventiver Hausbesuche*

Anhand der Interviews konnten die individuellen Perspektiven, Erfahrungen, Haltungen und Gefühle der Teilnehmenden erfasst werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Akzeptanz der Präventiven Hausbesuche sehr hoch und durchweg positiv war. Die Wirksamkeit kennzeichnete sich durch drei Phasen aus (s. Abbildung 6): Zunächst durch die vorhandenen *Sorgen um die Zukunft*, die die Senior*innen (stark) belasten. Diese können durch den *Erhalt von Wissen* reduziert oder gar vertrieben werden und dadurch bewirken die Hausbesuche letztlich große *Dankbarkeit*. Aufgrund dieses erlebten Prozesses ist der *Wunsch der Senior*innen nach Verstärkung Präventiver Hausbesuche* zentral.

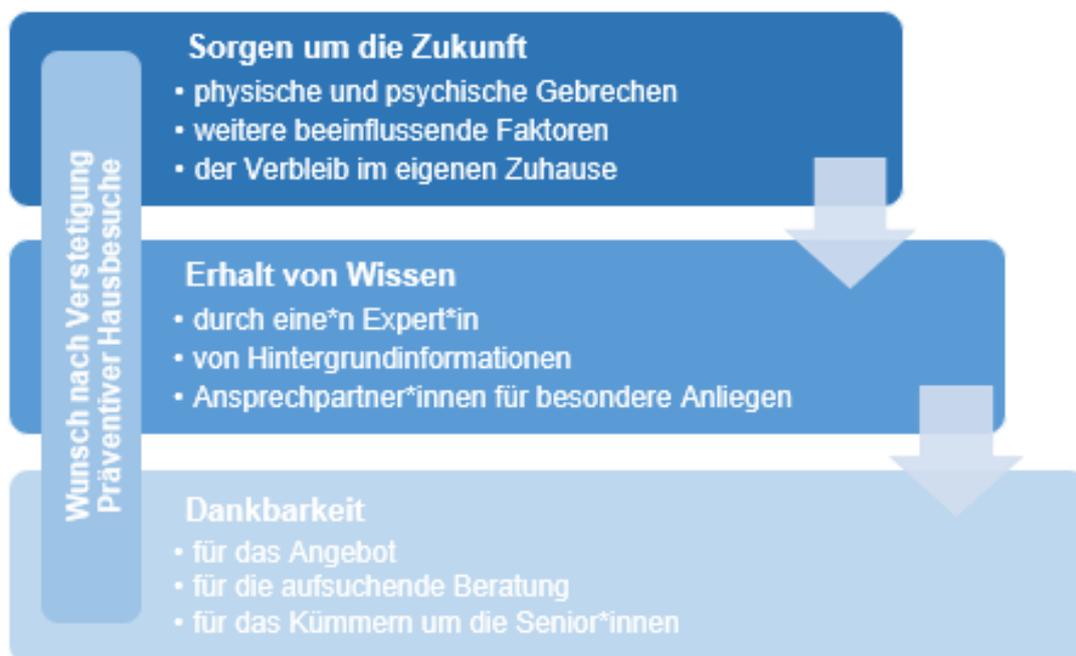


Abbildung 6: Die Phasen der Wirksamkeit *Präventiver Hausbesuche*

Die drei Phasen stellen die Hauptkategorien dar, die sich aus je drei Unterkategorien bilden. Diese wurden aus dem empirischen Material anhand von Interviewpassagen identifiziert. Im Folgenden werden die Unterkategorien dargestellt und anhand von Ankerbeispielen aus dem empirischen Material unterlegt.

Sorgen um die Zukunft

Die Sorgen um die Zukunft werden geprägt von den *psychischen und physischen Gebrechen*, *weitere beeinflussende Faktoren* und somit auch um die Sorge über *den Verbleib in dem eigenen Zuhause*. Das Gefühl von Unsicherheit ist prägnant und zeigt die hohe Relevanz des niedrigschwelligen Beratungs- und Begleitkonzepts für die Senior*innen auf. Der Bedarf aufgrund

der gesundheitlichen Gebrechen und weiterer beeinflussenden Faktoren ist deutlich gegeben. Dennoch erfordert es Mut den ersten Anruf zu tätigen. Ist diese Schwellenangst genommen sind die Senior*innen sehr mitteilungsbedürftig im Hinblick auf ihre Sorgen und Ängste. Hier stechen zudem die Sorgen der pflegenden Angehörigen heraus, da sie sich nicht nur um sich selbst, sondern auch um die Zukunft der Partner*innen sorgen.

Psychische und physische Gebrechen

Der psychische und physische Gesundheitszustand der erreichten Zielgruppe kann als instabil bezeichnet werden. Die psychischen Gebrechen reichen von der Sorge um Corona, keine oder kaum soziale Kontakte, die Belastung als pflegende Angehörige bis hin zu den Kriegsgeschehen in der Welt, die Teilnehmende u. a. als selbst Geflüchtete belasten. Die physischen Gebrechen sind gekennzeichnet dadurch, dass die Kondition abnimmt, alles lange dauert und oftmals mit Schmerzen verbunden ist.

Weil ich seit drei Jahren fast gar nicht, durch die Corona-Zeit bedingt sowieso nicht rausgegangen bin, weil ich Angst vor Corona hatte, dass ich das nicht überstehen würde, wenn ich mich anstecke... Ich komme gar nicht mehr aus dem Haus raus. ...Wir gehen nirgends mehr hin. Ja, ich bin schon ans Haus gefesselt. (B1: 77)

Das Auto habe ich abgegeben..., weil ich kann sowieso nicht weg. Durch Corona kamen wir eh nicht raus...und mein Mann kommt gar nicht raus. (B2: 27, 43)

Ich sage nicht zu viel –ich unterhalte mich ja auch ab und zu mit älteren–, dass die Gefühle von uns alten Menschen, nicht mehr so wichtig genommen werden...als alter Mensch fühlt man anders. Man denkt ja auch anders. Wir haben ja auch viele Erfahrungen gesammelt. (B8: 33)

Im Alter ist doch nichts schlimmer als Einsamkeit. (B3: 165)

Ich habe Depressionen. Aber so schnell, wie sie kommen, so schnell können sie auch wieder weg sein. Ich denke, das hängt manchmal mit der Einsamkeit zusammen. Ich habe das während der Corona-Zeit immer so stark gemerkt. Und als dann der Krieg kam. Im Krieg ist mir was Schreckliches passiert als Sechsjährige. Und das hängt mir auch noch an. Das will ich Ihnen jetzt aber nicht erzählen. (B14: 251)

Man kann es kaum erzählen was ich alles schon durchgemacht habe. Hierzu zählen schlechte Erfahrungen mit meiner Frau im Heim und der Verlust meiner Eltern im Krieg. Ich bekomme kaum Schlaf, die Erinnerungen kommen immer wieder hoch. Ich gehe kaputt dabei. (Z12: keine Aufzeichnung)

Jetzt bei der Hitze musste ich mich natürlich in den Hintern treten, dass ich losgehe. Da hatte man keine Lust. Und man muss laufen. Im ersten Coronajahr, da bin ich jeden Tag losgelaufen, bin rausgefahren und so. Aber irgendwann hatte ich dann keine Lust mehr, immer alleine zu latschen, ne? (B4: 67)

Ich hatte vor Kurzem gesagt... also heute hätte ich mir die Jacke anziehen können und weglaufen. Und da sagt er, du, ich würde noch nicht mal eine Jacke anziehen, ich würde weglaufen. Und da haben wir also beide herzlich drüber gelacht...Und der, wie gesagt, pflegt auch seine Frau, ist aber aus dem Gesundheitswesen. Aber jetzt ist es schon so, dass sie nur noch liegt zu Hause. Und wie gesagt, dann lachen wir und...dann geht es mir besser, ihm geht es besser. (B2: 87)

Ich kann mich selber anziehen, selber waschen und so weiter und so fort. Aber es kann natürlich auch mal sein...na, ich weiß jetzt auch nicht, was auf mich zukommt. Im Moment bin ich noch so einigermaßen fit. Nur meine Augen wollen nicht mehr so und da brauche ich jemand, der mir mal hier meine Anträge, die ich kriege, liest. Weil ich da manchmal trotz Brille auch das nicht mehr lange lesen kann. Dann läuft mir das Wasser aus den Augen. Und dass ich demnächst so irgendwie eine Hilfe brauche, die mir mal bei Anträgen und so was vielleicht hilft, ne? (B4: 17)

Aber ich habe so starke Arthrose, die Hände machen jetzt nicht mehr mit, ich habe keine Kraft...es sieht nicht so aus, dass ich alleine fertig werden würde. (B1: 31)

Die Kräfte lassen nach und ich kann wesentlich weniger als früher, muss viel schneller pausieren. (B15: 17)

Nur wenn es mir nicht gut geht/gehen würde, ja, dann haben wir ein riesen Problem ich mache das seit fünf Jahren. (Pflegerische Angehörige B2: 21, 23)

Weitere beeinflussende Faktoren

Die Sorgen um die Zukunft sind zudem durch weitere beeinflussende Faktoren wie Mobilität, Finanzen, zu viel Bürokratie und der Digitalisierung geprägt. Da kann selbst der Besuch bei der Bank eine Herausforderung darstellen, weil die Nutzung der Automaten für die Senior*innen immer schwieriger wird. Die Kinder sind oft berufstätig oder müssen sich wiederum um ihre eigenen Kinder kümmern. Das gefährdet die Zukunft im eigenen Zuhause, wenn niemand Unterstützung leisten kann oder die finanziellen Möglichkeiten nicht gegeben sind. Hier gibt es Senior*innen, die gut, aber auch welche, die schlecht situiert sind. Dann fehlt u. a. ein Fahrdienst zur/m Ärzt*in und die Taxikosten übersteigen das monatliche Budget – insbesondere

auf dem Land kann der Termin bei der/dem Augenärzt*in aufgrund der Fahrtkosten schnell bei 140 Euro liegen. Das Thema ‚Pflegergrad‘ ist für die Altersgruppe zentral: ab 80 Jahren sollte ein Pflegegrad aufgrund des allgemeinen Gesundheitszustands ohne Antrag genehmigt werden.

Ich denke überhaupt in einer ländlichen Gegend, wo die Leute nicht so die Möglichkeit haben, mit dem Bus in die Stadt zu fahren. Da fahren Busse selten mal. Und ja, dann kommt man wieder nicht zurück, wenn die da nur alle paar Stunden fahren. Das ist schwierig für alte Leute (B1: 91)

Ich hatte ihn dreimal hier in einer Kurzzeitpflege, weil eine Familienfeier anstand. Aber da gibt es so viele Hürden. Vom Gesetzgeber stehen einem 28 Tage zu. Aber finden Sie mal ein Heim, der nur mal einen Patienten für drei Tage aufnimmt. Die wollen alle für länger. Das Gleiche ist, wenn Sie in den Urlaub fahren. Die wollen ja auch nicht eine Nacht, die wollen ein bisschen länger. Und so weiter. Und da sind Sie dann als Angehörige und sagen sie lass es, ne? Und es ist dann oft keine Entlastung. (B2: 27)

Ich hatte vor längerer Zeit schon mal den Antrag gestellt auf Pflegegrad. Ist eben deswegen, weil man, wenn man alleine ist, man kriegt keine Hilfe. Und wenn ich jetzt den Pflegegrad habe, wenn ich nur eins habe, bin ich an und für sich auf der sicheren Seite... Ich brauche keine Versicherung für die Leute, und ich brauche nicht haften, wenn was passiert, und Ähnliches. Das ist sehr wichtig. Und ich meine, meine Meinung ist: Wenn man 80 ist, dann wäre für alle der Pflegegrad eins die Erlösung, ne? – ohne Pflegegrad kriegen Sie keine Hilfe. Dann, mit Pflegegrad, dann können Sie das nachlesen beim Pflegedienst: Eine Haushaltshilfe. Sie kriegen Hilfe, wenn Sie zum Arzt fahren müssen. Sie kriegen Hilfe, wenn Sie sonstige Probleme haben. Und es ist versichert. Sie brauchen keine Angst haben...Wenn Sie die Frau jetzt beauftragen und sagen, sie möchte für Sie eben einkaufen gehen, weil Sie nicht können, dann kann sie das. Und wenn sie unterwegs einen Unfall hat, dann hat das mit mir nichts mehr zu tun. Dann ist das ein Unfall der Firma in dem Sinne. Das ist der wichtigste Punkt, den ich habe. (Z1: 9)

Die Ausgrenzung der älteren Bevölkerung finde ich also ganz schlimm. Zum Beispiel, Sie wollen eine Reise machen. Dann ist es häufig so, dass Sie das nur noch online buchen können. Und da ist unsereins, ja, da kommen Sie nicht weiter, ne. (Z10: 149)

Der Verbleib im eigenen Zuhause

Eine gute Nachbarschaft ist ausschlaggebend –wo die Bürger*innen aufeinander achten– und es sind auch die Angebote in unmittelbarer Nähe wie Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte und

eine Apotheke bedeutend, um im eigenen Zuhause verbleiben zu können. Es gibt Senior*innen, die bereits präventiv unterwegs sind und dies beispielsweise bei ihrem Zuhause bedacht haben. Allerdings gibt es auch Herausforderungen wie Handwerker für einen Umbau des Badezimmers zu bekommen, was die Situation im Zuhause erschwert. Zudem gibt es aber auch Lebensumstände, die einen Umzug unumgänglich machen. Für einige Senior*innen ist es das erste Mal in ihrem/seinem Leben Mieter*in zu sein. Der Weg in eine Langzeitpflegeeinrichtung ist dennoch für viele Senior*innen auch aufgrund schlechter Erfahrungen nicht vorstellbar. Vor allem wären für den Verbleib im eigenen Zuhause bedarfsgerechte Angebote erforderlich, insbesondere auch für pflegende Angehörige. Es hat sich schon vieles geändert im Vergleich zu früher wie die Möglichkeit des Antrags auf ein Pflegebett, Pflegegeld bis hin zur Unterstützung durch die häusliche Pflege etc., aber es sind dennoch weitere Bedarfe vorhanden und es ist nicht mehr wie früher: „da wurde das in der Familie gewuppt. (B2: 165)“

Wir wohnen in der zweiten Etage und haben keinen Aufzug – wir wohnen hier 63 Jahre in dem Haus oder 62...haben viel Platz und haben uns das so eingerichtet...Aber was bringt es, wenn ich Parterre wohne und habe fünf Stufen, kriege ich meinen Mann auch nicht runter. (B2: 27, 45, 49)

Wir haben eine Wohnung auf zwei Ebenen mit alles in allem wohl 119 Quadratmetern. Da muss ich sagen, ja, das ist schon heftig. Wir suchen gerade eine Haushaltshilfe...also wir würden das auch schaffen, aber dann ist man natürlich auch unheimlich k.o. Das muss man sich ja vielleicht gar nicht antun. (B3: 13, 21)

Ich kann zum Beispiel zum Friseur, dann mache ich das in der Mittagszeit. Da muss er im Bett sein, weil er sonst vielleicht sich hochzieht im Rollstuhl, was wir schon hatten, dass er dann lag, weil er sich irgendwie hochgezogen hat. Also ich kann ihn drei Stunden, vier Stunden, wenn es hart kommt, auch allein lassen und mache Besorgungen. Und dann muss er eben warten bis ich komme. Denn wir hätten einen Anspruch, dass jemand kommt mit ihm redet oder ihm was vorliest. Ja, aber das möchte er nicht. Und außerdem...Die machen ja nichts an der Person. Also sind die 125 Euro, die man monatlich in Anspruch nehmen könnte...aber mache ich nicht. Weil das bringt/hilft nichts. (B2: 31)

Und das gipfelt jetzt darin – ich habe Gott sei Dank am Wochenende...Jetzt hört die Kurzzeitpflege auf, die geht ja nun nur vier Wochen. Und dann gab es noch eine Verhinderungspflege, weil ich für sie als Pfleger auch zu Hause eingesetzt war. Dass ich sie so weit gebracht habe, dass sie doch erst mal noch im Heim in eine Vollzeitpflege geht. Ja, ich wüsste nicht, wie

ich zurzeit hier zu Hause – wenn sie nach Hause kommen würde, müsste ich ja zu Hause morgens und abends jemand zum Anziehen, Ausziehen, Waschen und so weiter haben. Das kann sie nicht alleine. Ich wüsste aber nicht, wo ich den von jetzt auf gleich herkriegern sollte. Der Armutswahn, meine Frau hat immer nur im Kopf, das können wir alles gar nicht bezahlen. (B5: 61)

Wenn Sie ins Altenheim kommen, wissen Sie ja auch, dass die Pflegekräfte fehlen. Und das wird immer schlimmer. Und das macht auch ein bisschen Angst. Deswegen sehe ich immer zu, dass ich noch vieles selber mache. Und zusehe, dass ich noch hier zu Hause bleiben kann. (B4: 163–165)

Also einen Alten verpflanzen ist nicht schön...Einen alten Baum verpflanzt man nicht, sagt man immer. Die gehen dann ein. (H12: 187–191)

Erhalt von Wissen

Der Erhalt von Wissen zeichnet sich durch die Wissensweitergabe *durch eine Expert*in* und von *Hintergrundinformationen* sowie die Vermittlung von *Ansprechpartner*innen für besondere Anliegen* aus. Hier ist nicht nur die Vermittlung von Ansprechpartner*innen, sondern auch von Unterstützung elementar. Die Senior*innen, die bereits präventiv unterwegs sind, tolerieren die Hausbesuche und empfinden es als überaus positiv auf die Beratungsgespräche zurückgreifen zu können, wenn es einem doch mal schlechter gehen sollte.

Durch eine Expert*in

Eine Wahlmöglichkeit der ausführenden Fachkraft, die die Hausbesuche durchführte, zu haben, wurde positiv empfunden. Teilweise wurde aufgrund von Sympathie oder Vorkenntnissen über die Fachkraft eine gezielte Wahl getroffen, was eine generelle Ablehnung des Angebots bis hin zum Projektabbruch verhinderte. Bewegung, Ernährung oder ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol und ein rauchfreies Leben sind Einflussfaktoren, mit denen Krankheits- und Todesfälle verhindert werden können. Mithilfe der *Präventiven Hausbesuche* konnten Problemlagen diesbezüglich aufgedeckt und anhand von Unterstützungsmöglichkeiten verbessert oder gar gelöst werden. Insbesondere durch das Versterben von Ehepartner*in wurde die Abhängigkeit untereinander verdeutlicht. Ad hoc müssen Aufgaben übernommen werden, die teilweise Wissen voraussetzen, das nicht vorhanden ist bzw. zunächst angeeignet werden muss. Der Wissenszuwachs durch ein*e Expert*in stärkte demnach auch die Eigeninitiative der Senior*innen und Autonomie konnte (zurück)gewonnen werden. Dies löste das Gefühl von Wohlbefinden aus, da indem Wissen verfügbar gemacht wurde, Entscheidungen

durch die Senior*innen selbst getroffen werden konnten. Letztlich wurde das Gefühl eines sehr engen Vertrauensverhältnisses zur ausführenden Fachkraft geschaffen.

Weil ich da bis jetzt schlecht informiert war, was die Nachbarn erzählen, und andere Leute, weiß ich nicht, ob man sich da so darauf verlassen kann. Und da kam eine Person, die wirklich Ahnung davon hatte. ... Von verschiedenen Sachen wusste ich gar nicht. (B1: 7, 71)

Dieses Beratungsgespräch...hat mich bestärkt, dass ich Hilfe brauche. (H5: 35)

Ich denke es weitet den Blick, was ist alles möglich. (B15: 127, 129)

Im Prinzip tut das gut, dass Sie oder dass die Seniorinnen und Senioren...einen Zuhörer haben und einen Vermittler. Und eben dann so ein Bindeglied zur Gemeinde, dass die Sorgen oder Anliegen auch weitervermittelt werden. (Z1: 32)

Für mich war es sehr wichtig, also ich wollte es nicht missen. Hängt auch mit den Personen zusammen, das sind einfach sympathische Menschen, die irgendwie verstehen auf einen zuzugehen. (Z2: 73)

Die hat mir den Weg gezeigt, den ich gehen muss. (H9: 114)

Das ist ganz, ganz wichtig. Es ist eine Schwelle und eine Hürde für Senioren aus verschiedenen Gründen. Die haben ja ganz unterschiedliche Ansätze. Ich würde das mal so mehrere Kategorien aufteilen...Also es gibt ja Leute, die also wirklich immer selbstständig waren, die alles regeln können und immer geregelt haben, es sei denn, wenn sie nun krank werden und das nicht mehr können, dann ist es eine andere Relation. Aber wenn sie alleine geblieben sind, der Ehepartner gestorben ist, kommen die im Allgemeinen mit ihrer neuen Lage durchaus gut zurecht. Dann gibt es wieder andere, wo der Ehepartner alles geregelt hat im Haushalt...Und wenn der andere Partner, der das gemacht hat, wegstirbt, dann wird es ganz schwierig, dann braucht der auch eine Anlaufstation. Und dann gibt es die Ehepaare, die merken: „Mensch, wir werden alt, wir können das gar nicht mehr. Aber wer kann uns da mal einen Rat geben?“ Dann wird in der Nachbarschaft gefragt, oder Bekannte und Freunde angesprochen. Und das sind alles dann immer so Halbweisheiten, die dann vermittelt werden. Die bringen die Leute auch nicht weiter. Und insofern finde ich es gut, wenn Profis da sind, die da einen vernünftigen Rat geben können. (H7: 15)

Von Hintergrundinformationen

Oftmals fehlen schlichtweg Hintergrundinformationen beispielsweise zu einem Pflegegrad: Wozu benötige und wie beantrage ich einen Pflegegrad, an wen muss ich mich wenden und unter welchen Umständen bekomme ich einen Pflegegrad, wer kommt für die Begutachtung

zu mir nach Hause? Hier bestehen große Unsicherheiten, das Gefühl von Ungerechtigkeit und einer Bittstellung gegenüber der Pflegekassen. Besonders waren gebündelte Informationen beispielsweise für Entfaltungsmöglichkeiten pflegender Angehörige, zum Pflegegrad, Pflegeheim von Interesse.

Und wenn ich das nicht bekommen hätte, hätte ich mir wahrscheinlich alles einzeln suchen müssen (B1: 45)

Ich fand das spannend, weil ich ja hier Pflegegrad vier im Haus habe. Und dann habe ich gedacht, also was habe ich für einen Anspruch...wo ich irgendwelche Entlastung haben könnte. (B2: 3)

Ich weiß aber nicht, welche Beschwerden man haben muss, um einen Pflegegrad zu bekommen. Und ich weiß auch nicht, wo man den beantragen kann. Ich nehme an, bei der Krankenkasse. (B3: 233)

Nein, ich wusste nichts damit anzufangen. Das heißt immer, ich kann 125 Euro ausgeben für Pflegedienste. Und jetzt habe ich vorige Woche, durch...erfahren, dass auch Nachbarschaftshilfe [dazuzählt]. Ich brauche unbedingt Hilfe hier im Haushalt. Das ist sehr unordentlich geworden. Ich kann meinen Haushalt nicht mehr sauber halten. Und die sagte, dass ich das...von diesem Pflegestufengeld kann ich die bezahlen. (B9: 15)

Ansprechpartner*in für besondere Anliegen

Es war zudem für die Senior*innen von Relevanz, nicht nur die Hintergrundinformationen für bestimmte Anliegen zu erhalten, sondern auch die richtigen Ansprechpartner*innen weitervermittelt zu bekommen oder deren Kontaktdaten zu erhalten. Auch mussten manche Senior*innen ganz gezielt beraten werden, um zurück in die Gesellschaft zu finden. Fehlende Informationen führten hin bis zur sozialen Isolation.

Ich wusste auch gar nicht, dass es diese Nachbarschaftshilfe gibt. Ich habe das mal einmal irgendwo gehört, aber es war für mich irgendwie nicht relevant. Und ich hatte mich da auch nie drum gekümmert. Aber so im Laufe der Zeit ist das vielleicht doch ganz interessant. (B3: 189)

Und dann jetzt raten Sie mir mal, was ich machen soll für meine Person? Das habe ich aber in den fünf Jahren schon fast verlernt, ne? (pflegende Angehörige B2: 57)

Ich denke immer, wenn man einen Gesprächspartner hat über dieses Thema, dann setzt man sich da noch mehr mit auseinander und ist noch motivierter. Und sonst denkt man so, ach ja, das könnte man alles machen, ja, klar, und dann hakt man es ab. Aber so hat man ja, fühlt

man sich auch so ein bisschen in die Pflicht genommen, etwas zu unternehmen für sich. (Z13: 91)

Da ich alleine im Familienwohnhaus wohne, habe ich nun eine Haushalts- und Gartenhilfe. Eine finanzielle Unterstützung wäre aber wünschenswert. Hierfür werde ich den Senioren- und Pflegestützpunkt kontaktieren. (H10: Keine Aufzeichnung)

(Also, seit einem Jahr verlassen Sie so gut wie gar nicht oder wirklich überhaupt nicht die Wohnung?) Also, ich muss jetzt ganz ehrlich sagen, zur Beerdigung meines Mannes war es ganz schlimm. Aber ich habe mich zu aufgerafft. Mein Bruder hat mir einen Rollator gekauft. Und dann sind wir da zur Beerdigung hingefahren. Und dann hat er mich immer geschoben oder meine Pflegerin. Die Treppe runter getragen haben mich von meinem Bruder drei Feuerwehrleute. Die hat er gebeten, ob die mich die Treppe runtertragen würden. Ja, das haben sie gemacht. Den Pflegegrad habe ich so eine Woche nach dem Tode meines Mannes bekommen. (B13: 37, 47)

Dankbarkeit

Durch den Erhalt von Wissen, die Unterstützungsangebote und eine Ansprechpartner*in vor Ort zu haben ist das Gefühl einer verbesserten Lebensqualität gegeben. Die psychische und physische Gesundheit wurde durch die Beratungen und Empfehlungen positiv beeinflusst, und dadurch wurde ebenso das Gefühl der Zufriedenheit gesteigert. Die Dankbarkeit *für das Angebot* generell, *für die aufsuchende Beratung* und *für das Kümmern um die Senior*innen* war groß.

Für das Angebot

Die *Präventiven Hausbesuche* vermittelten das Gefühl des Gesehenwerdens, das für die Senior*innen von großer Bedeutung war. Es erfolgte nicht nur eine Informationsweitergabe über das Angebot an andere Senior*innen, sondern auch über die weiteren Angebote vor Ort, beispielsweise Informationsveranstaltungen über Trickbetrüger als Warnung und Aufklärung. Aber es wurde auch Kritik geäußert, da die physische Leistungsfähigkeit im Alter schnell abnimmt, wären mehr Angebote als nur die Initiierung eines Spaziergangs toll. Die Angebote animieren die Senior*innen wieder aktiver zu werden. Auch wurde der Fokus auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger gerichtet und eingefordert.

Ja, und da bin ich...dankbar. Vielleicht hätte ich noch eine ganze Weile gewartet und mich hier rumgeplagt. Jetzt kann ich wenigstens Pläne machen. (B1: 85)

Ich finde es eine sehr gute Möglichkeit, ältere Leute da so ein bisschen zu unterstützen. (Z13: 111)

Ich habe ihr auch schon meine Prospekte gezeigt und habe ihr das erzählt, dass es sowas gibt...Hilfe kann man immer gebrauchen. (B1: 87, 95)

Ich kann nur sagen, ich kann dieses ganze Projekt wirklich nur positiv bewerten...Das ist so dieser Auslöser für mich gewesen. Ich muss wissen, wo kann ich mich hinwenden, wenn ich Hilfe brauche. Und dann ist das schon dieser Ballast, der vorher war: Oh wei, oh wei. Hoffentlich findest du jemanden, der dir da helfen kann, der dir da beistehen kann. Der ist dann schon weg. Dass ich weiß, Mensch, da ist die Adresse, da kannst du hingehen und kannst dich melden und so weiter. Und dann weiß ich, das kommt in Gang. Das ist eine ganz, ganz große Erleichterung. Und ich glaube, das ist bei ganz bestimmt vielen alten Menschen der Fall. (Z4: 89, 91)

Also sonst hätte ich das nicht gewusst und hätte mich da auch gar nicht weiter drum gekümmert. Aber ich fühle mich sicherer, wenn ich weiß, da ist auch jemand, wenn irgendetwas ist. (H13: 15)

Ich hatte das Gefühl, dass die gut für mich waren. Eben schon durch den ersten Brief. Ich fühlte mich angesprochen. (B14: 446)

Für die aufsuchende Beratung

Das Konzept der aufsuchenden Beratung wurde wertgeschätzt und gar vermisst, wenn die Hausbesuche beendet wurden. Die Senior*innen wunderten sich darüber was die Stadt alles für die Älteren tut und waren überaus erfreut darüber. Gerade für die Senior*innen, die keine Verwandten haben oder diese nicht in der Nähe wohnhaft sind, empfanden die aufsuchende Beratung als Vorteil um ihre Situation besser darzustellen. Der bedarfsorientierte Ansatz, dass die Menschen sich mitteilen können und sie dadurch nicht mehr alleine mit dem Problem dastehen, war entscheidend.

Und leider habe ich die Dame nie wiedergesehen...Diese Begleitung wäre schon nicht schlecht. Manchmal hat man auch Fragen, die man vielleicht in der Runde gar nicht so sagen mag, aber vielleicht so eine Begleitung doch fragen würde. (B3.:169, 179)

Weil, wenn man keine Gebrechen hat, interessiert man sich nicht so sehr dafür und schiebt alles weiter. Aber dann so mit 80, wenn es unerträglich wird, dann wird man wach: Oh, ja, jetzt bin ich alt, jetzt muss ich mir vielleicht jemanden suchen, der mir ein bisschen hilft. (B: 71)

Es kommt dann auch eine gewisse Schwelle dazu. Also ich weiß das aus dem Bekanntenkreis, dass die Senioren ungern irgendwelche Stationen anlaufen, um sich da einen Rat zu holen, weil sie alles Mögliche befürchten. Und wenn dann vorher schon so ein gewisses Vertrauensverhältnis da ist, dann ist das sehr, sehr viel wert, sage ich mal so. Ich weiß das von vielen, die in einer schwierigen Lage sind, aber die würden es ungern machen, also dieses Angebot anzunehmen und mit den Leuten darüber zu sprechen. (H7: 21)

Das sind Hemmschwellen, die dann überwunden werden müssen. (Z13: 105)

*Für das Kümmern um die Senior*innen*

Das Zusammenfinden von Gleichgesinnten durch Angebote in den Quartieren wie beispielsweise durch gemeinsame Spaziergänge, um ein Gemeinschaftsgefühl zu schaffen und in die alte Gemeinschaft vor Ort zu gelangen, war für die Senior*innen wohltuend. Freunde zu haben oder neu zu gewinnen wird von den Senior*innen als ganz wichtig angesehen, da man ansonsten Depressionen bekommen würde. Insbesondere für pflegende Angehörige ist es so, dass sie ihre Bedürfnisse oftmals zurückstellen müssen. Durch eine gezielte Beratung ihrer Person kann der Fokus auf beide Lebenspartner gerichtet werden, und somit eine Verbesserung beider Lebensumstände erreicht werden.

Jeder möchte doch jemanden haben, der einem zuhört. (B11: 319)

Wir haben ja nun kein großes Klubleben, meine Frau und ich. Wir sind wohl überall bekannt, aber wir sind ziemlich Einzelgänger. Und dass wir in diesen Genuss gekommen sind, dass hier jemand ist, der uns persönlich von früher her schon schätzen gelernt hat. Und dass wir hier in diesem Kreis mit aufgenommen sind, dass wir Unterstützung bekommen können von einer Seite, wo wir das gar nicht erwartet hätten... Wenn das jetzt auslaufen sollte, dann würde ich das schade finden. (Z15: 205, 207)

Und da ist noch ein Herr in seinem Alter. Die beiden Männer haben sich schon so ein bisschen beschnuppert. Und jetzt kommt der andere Mann auch zu meinem Mann schon mit zum Stammtisch. Das ist doch schon ganz gut, oder? (B3: 159)

Wir fühlen uns auch ein bisschen von der Gemeinde her betreut, anerkannt. Ich weiß nicht, wie ich das jetzt nennen soll. Nicht in der Ecke stehen gelassen. Sondern wer will, kann sich kümmern lassen, so ungefähr. Und das fand ich ganz gut. Finde ich noch ganz gut. (Z3: 121)

Ich habe das als sehr wohltuend, sehr angenehm empfunden. Und vor allen Dingen auch, sie hat uns gleich das Gefühl gegeben, dass wir nicht alleine sind mit unseren Problemen. Hat

auch all die Dinge, bei denen die Stadt eben Hilfe leisten kann oder könnte, hat sie hingewiesen. (H11: 47)

Ich war froh, dass es sowas gibt, und begrüße es, dass man sich um die älteren Menschen kümmert...Und das ist schön, dass sich da jemand darum bemüht, irgendwas auf die Beine zu stellen. (B1: 7, 95)

Wunsch nach Verstetigung Präventiver Hausbesuche

Die Gefühle, die durch das Angebot der *Präventiven Hausbesuche*, ausgelöst wurden, können nicht strikt voneinander getrennt werden, da sie teilweise voneinander abhängig sind. Letztlich bewirkte das Durchleben der drei Phasen den Wunsch nach Verstetigung. Dieser ist durch den *Bedarf eines solchen Angebots vor Ort* und Konzeptanpassungen geprägt, da das Alter von 80 Jahren eine ‚Schallgrenze‘ und das Herabsetzen der Altersgrenze notwendig sei. Richtig und relevant ist, das Angebot auch zukünftig ohne eine Bindung zu einer Kirche oder einem Verein anzubieten. Aus Sicht der Senior*innen sollte dieser niedrigschwellige Beratungs- und Betreuungsansatz auch in Zukunft beibehalten werden. Sie sprachen auch Empfehlungen für andere Regionen aus. Die Hausbesuche bewirkten ein Gefühl der Sicherheit, jederzeit an Informationen zu gelangen und eine*n Ansprechpartner*in vor Ort zu haben.

Bedarf eines solchen Angebots vor Ort

Der Bedarf dieses niedrigschwelligen Beratungs- und Begleitkonzepts wird aufgrund der unterschiedlichen Problemlagen und Bitten um Unterstützung deutlich. Diese reichen von gesundheitlichen Hürden (wie ständige Luftnot) über bürokratische (Arzttermine zu bekommen ist so mühsam) Herausforderungen bis hin zu alltäglichen, die in einem eigenständigen und zumeist nicht seniorenrechtlichen Haushalt auftreten (in die Wanne „klettern“ müssen). – Ein Sozialfall möchten sie nicht werden, jedoch sind Altenpflegeheime kaum leistbar. Einige Senior*innen wollen das Ende des Modellprojekts nicht akzeptieren und haben beschlossen auf jeden Fall den Kontakt zu den Ansprechpartner*innen der Modellkommune beizubehalten, da es eine tolle Sache ist und sie ein gutes Programm mit interessanten Lesungen haben.

Meine Schwägerin hatte keine Kinder und war Einzelkind. Sie musste in ein Pflegeheim, aber wer kann mir helfen? Das war Stress pur...wahnsinnige Unterstützung, dass ich weiß, dass ich da hingehen kann. (H3: keine Aufzeichnung)

Es war wichtig, weil es ein Stückchen Sicherheit vermittelt. Man fühlt sich nicht so alleine, wenn irgendetwas eintritt, was man nicht sofort bewältigen kann. Jetzt fühle ich mich in der

Lage, alle meine Belange zu regeln...ich weiß eben und befürchte, dass irgendwann mal so etwas eintreten kann und da wäre ich dann froh, wenn ich einen professionellen Rat von so einer Stelle bekäme. (H7: 57)

Das war eine gute Idee, vom Oberbürgermeister, dass er das gemacht hat. (H14: 115)

Vor allen Dingen die Sicherheit. Immer dieses Gefühl, da ist jemand, den man irgendwie anrufen kann oder die sich dann um einen auch kümmern. Die Kinder arbeiten. Die sind ja auch kaum zu erreichen. (H13: 25)

Das würde ich schon empfehlen, das auszuweiten...weil viele Menschen ja auch alleine sind und sich vielleicht auch so gar nicht trauen...Ich denke, viele alte Menschen gehen nicht hin und suchen nicht den Ansprechpartner, sondern umgekehrt. (B3: 195–199)

Ich würde mich freuen, wenn man es weiter machen würde. Das würde, denke ich, vielen Leuten helfen. Wie gesagt, die alten Frauen, die hier sich keine Hilfe holen wollen und nicht mehr zurechtkommen, die würden sich sicherlich freuen, wenn jemand ins Haus kommt und Sie berät... Ich wünsche den Leuten also viel Glück, dass Sie das weiter fördern und dass es den Leuten viel, viel Hilfe bringt. (B1: 87, 95–96)

Und ich würde mich freuen, wenn das auch weitergeht. Das ist hier ja zu so einem Spaziergang geworden, der alle 14 Tage ist... das sind so... acht oder zehn Leute. Das ist auch schon so ein kleiner harter Kern geworden. Das sind so sechs oder sieben, die regelmäßig kommen und dann gibt es da ein paar, die ab und zu mal kommen. Oder denen es vielleicht auch nicht gefällt. Ich habe auch eine Liste gemacht und habe erst mal die Telefonnummern so aufgeschrieben...Und dann sitzen wir noch im Gemeindehaus und trinken ein Tässchen Kaffee. Ich gehe davon aus, wenn wir keine Bleibe mehr haben, um dieses Tässchen Kaffee nach dem Spaziergang zu trinken, dann fällt diese Gruppe auch wieder auseinander. (B3: 105–109, 131)

Ich bin immer froh, wenn was wieder in Ordnung ist und läuft. Wieder neu organisieren – Ich habe im Moment keine Kraft dazu. Und irgendwo wird man auch müde, wenn man immer die Sachen in die Wege geleitet hat, ausgebaut hat, fällt wieder zusammen...Wenn Sie über 80 sind, dann sagt man, es reicht, ne? (B4: 141)

Wenn man also soweit über 80 hinaus ist, dass es dann nur eine Frage der Zeit ist, dass sich irgendetwas grundlegend ändern kann, und das bedarf da keine lange Anlaufzeit, sondern das kann ja von heute auf morgen gehen. Und da möchte man natürlich gerne Anlaufstationen haben. Meine Kinder sind auch bemüht, aber sie wohnen weit weg. Und so gesehen, wäre es

mir ganz sympathisch, wenn ich selbst aus eigener Erkenntnis weiß, an wen ich mich hier wenden kann...und man braucht im Grunde genommen einen Kompass oder einen Lotsen, der einen so ein wenig durch dieses Labyrinth der vielen Angebote führt... so direkt angesprochen und angeschrieben von der Stadt, ist das natürlich ein Angebot, dass ich gerne dann in Anspruch nehmen würde. (H7: 11, 13)

Wir sind ganz begeistert...Ja, auf alle Kommunen ausdehnen...hier finde ich das hervorragend, wie es angesiedelt ist. Aber ich könnte mir andere Gemeinden denken, die einen anderen Bürgermeister haben oder einen anderen Gemeinderat. Da könnte ich mir auch einen Verein vorstellen, einen Selbsthilfeverein. (Z2: 104, 107)

Ich glaube, dass das mehr und mehr sich verbreiten muss...wir haben jetzt zwei Nachbarn – die eine Dame ist jetzt gerade gestern verstorben. Dann ist in dem Haus daneben auch noch ein älterer Herr, der noch gar nicht so alt ist. Der ist, glaube ich, Anfang 60, aber ich könnte mir vorstellen, dass der auch irgendwie Hilfe gebrauchen könnte. Also, der lebt auch alleine da, und gut, da spielt vielleicht Alkohol auch ein bisschen mit hinein. Und der isst auch gerne, das sieht man auch...da würde es auch nichts schaden, wenn der mal irgendwo eine Unterstützung bekäme...der ist alleine, und ich meine, der hat irgendwie einen entfernten Neffen, oder was. Aber er hat keine Familie und nichts. (H15: 122)

Konzeptanpassungen

Es gab aber auch Empfehlungen der Senior*innen für Anpassungen des Konzeptes betreffend und vor allem für die Ausweitung der Unterstützungsangebote. Der Wunsch der Senior*innen wären weitere solcher Gemeinschaftsangebote wie die Spaziergänge, beispielsweise auch Weihnachtsfeiern für Alleinstehende. Hier würden sie selbst jedoch auch mitaktiv werden und sich kümmern, jedoch bedarf es einer Initiierung. Auch das Herabsetzen der Altersgrenze wurde als notwendig erachtet. Andere Senior*innen beschwerten sich beispielsweise in einer gemeinsamen Laufgruppe darüber, an dem Projekt nicht teilnehmen zu dürfen. Hier bestand Einigkeit, dass alle, die einen Unterstützungsbedarf haben, einen Hausbesuch in Anspruch nehmen dürfen sollten.

Das hat schon viel früher angefangen, aber das will man nicht wahrhaben vielleicht und hofft, dass es noch besser wird. (B1: 73)

Aber es ist ja so, dass mit zunehmendem Alter die Leistung nachlässt. Und ja, das war im November glaube ich, als das in der Zeitung stand. Und inzwischen ist ja nun ein dreiviertel

Jahr vergangen, nicht, und ich merke eigentlich schon und mein Mann wohl auch, ja, so leistungsfähig wie im Frühjahr sind wir nicht mehr. Man macht von Jahr zu Jahr ein paar kleine Abstriche. (B3: 9)

Das möchte ich noch anmerken, das ist von meinem Mann, dass die Altersgrenze eventuell runter gesetzt wird...Ich finde das auch ganz wichtig. Einige sind mit 80 noch nicht alt und einige mit 75 schon alt. (Z3: 177, 183)

Besonderheiten der interviewten Senior*innen

Durch die individuelle Perspektive, die durch die Interviews erfasst wurde, wurden auch Besonderheiten einzelner Personen deutlich. Herausstechend war beispielsweise das erste Interview mit einer Seniorin mit Migrationshintergrund aus Hameln. Sie wollte niemandem – weder ihren Kindern noch Bekannten, Freunden oder anderen Senior*innen – von ihrem Kontakt zur Fachkraft der *Präventiven Hausbesuche* erzählen und behandelte es wie ein Geheimnis. Es war ihr ‚Schatz‘, den sie an niemanden weitervermitteln noch von ihrer Teilnahme erzählen wollte, um die Fachkraft nicht teilen zu müssen.

Ein Senior aus Braunschweig bat zweimal um einen Erstbesuch, da er beim ersten noch mit seiner 102-jährigen Mutter zusammenlebte und Hilfe im Umgang mit ihr haben wollte, weil sie an Demenz litt. Sieben Monate später wollte er gerne nochmals einen Erstbesuch erhalten, da seine Situation sich verändert hatte und seine Mutter verstorben war. Nun war er allein. Trotz Demenz konnte seine Mutter offenbar noch den Haushalt führen, den er nun als sein Problem darstellte. Weil das Interview nach dem erneuten Erstbesuch stattfand, wurden die später erhobenen Daten in die Statistik (vgl. Tabelle 6) aufgenommen, da diese die Ist-Situation für das Interview widerspiegeln.

Daneben war von besonderem Interesse, dass eine Seniorin und ein Senior, der zudem deutlich von Altersarmut betroffen war, aus Braunschweig sowie eine Seniorin aus Hameln erklärten, ihre Wohnung nicht mehr zu verlassen. Dies schränkt nicht nur die sozialen Kontakte ein, sondern verhindert die Teilnahme an Aktivitäten vor Ort und kann das Gefühl von Einsamkeit verstärken. An diesen Personen wird ersichtlich, dass die niedrigschwellige, aufsuchende Methode genau dort ansetzt, wo es vom Land Niedersachsen gewünscht war.

Eine Seniorin aus Braunschweig lehnte sogar eine Begutachtung auf einen Pflegegrad ab, da sie den Kontakt zur Nachbarschaftshilfe beibehalten wollte. Mit Pflegegrad wären die Besuche beendet worden. Eine andere Seniorin aus Hameln erzählte ganz offen, dass sie das Schreiben inklusive des Flyers von der Stadt bekommen und zunächst durchgelesen hat. Anschließend

legte sie es jedoch zur Seite. Erst als sie einen Bandscheibenvorfall hatte und nicht mehr laufen konnte, erinnerte sie sich an das Anschreiben und nahm das Angebot in Anspruch.

Die interviewten Senior*innen zeigten eine Bandbreite an Charaktereigenschaften und Emotionslagen von eher zurückhaltend und unsicher, wohin die Daten gelangen könnten, mit dem Wunsch, nicht namentlich erwähnt zu werden, bis hin zu Begeisterung und der Frage, was sie tun können. Ein Senior konnte aus emotionalen Gründen nicht weiterreden und ein anderer wollte sogar im Nachgang einen Brief an den derzeitigen niedersächsischen Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung Herrn Dr. Philippi schreiben, um das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* aufrechtzuerhalten.

8.2 Praktikabilität der unterschiedlichen Konzepte *Präventiver Hausbesuche*

Eine die Praktikabilität betreffende Herausforderung war das subjektive Empfinden der Bürger*innen, im Kontext Gesundheit nicht genügend Zugang zu Informationen bezüglich ihrer Anliegen zu haben. Dies ist ein nicht zu unterschätzendes Phänomen unserer Gesellschaft, das zu wenig Aufmerksamkeit erfährt: Wo erhalte ich welche Informationen und zu welchem Zeitpunkt sind diese für mich notwendig? Es bedarf daher einer umfassenden und vielfältigen Verbreitungsart sowie einer ständigen Wiederholung, Informationen bereitzustellen. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass sich Menschen erst mit ihrer Gesundheit und deren Erhaltung auseinandersetzen, wenn diese nicht mehr vorhanden ist. Dieses Phänomen sollte auch bei der Zugänglichkeit berücksichtigt werden, was z. B. durch das Nutzen alternativer Wege wie einem Stand auf dem Wochenmarkt in jeder Region ausprobiert wurde. Hameln hat dies getestet und mit der Identifizierung der Quartiere schon in eine spezielle Nutzung herbeigeführt. In Zetel geschah dies durch informelle Netzwerke, wo die Fachkräfte auch morgens beim Bäcker angesprochen wurden, was ein Beispiel für Niedrigschwelligkeit darstellt. In Braunschweig wurde über die Ehrenamtlichen eine Zielgruppe identifiziert, die sich bewährt hat. Sie selbst gaben die Rückmeldung, dass sie die Hausbesuche als wertvoll erachteten und das Angebot gerne fortführen würden. Hier ist eine regionale Praktikabilität anzustreben, die auf einer detaillierten Bedarfsanalyse basieren sollte.

Alle drei Modellkommunen erwiesen sich als optimale Anbieter der *Präventiven Hausbesuche*. Die Ansprechpartner*innen und Koordinator*innen wurden vor Ort gut angenommen und wertgeschätzt (vgl. Gebert et al., 2008). Es konnten Gesundheitsrisiken erfasst sowie soziale und gesundheitliche Ungleichheiten identifiziert werden. Hier wäre demnach das „WIE“ (vgl. Schulz-Nieswandt et al., 2018) geklärt.

Die Implementierung *Präventiver Hausbesuche* in den Modellkommunen

Deutlich wird, dass regionalspezifische Lösungen und Einbettungen auf kommunaler Ebene benötigt werden. Im Projekt gab es innerhalb der Modellkommunen unterschiedliche Entwicklungsstrategien und Umsetzungen der Konzepte *Präventiver Hausbesuche*, immer vor dem Hintergrund der Basisqualifikation der Fachkräfte. Beispielsweise verwendeten die Personen, die die Hausbesuche in der jeweiligen Modellkommune ausbrachten, unterschiedliche Assessmentinstrumente zur Bedarfserfassung innerhalb des ersten Hausbesuchs. Die Grundlage aller bildete das STEP-m Assessment. Teilweise fand die Orientierung nah an Empfehlungen aus der Literatur zum Themengebiet statt, es wurden aber auch Entscheidungen nach Versuch, Irrtum und Engagement getroffen. Die Ehrenamtlichen, die in Braunschweig die Erstbesuche übernahmen, fühlten sich bei einigen Fragen des geriatrischen Assessmentinstruments unwohl. Dies betraf beispielsweise Fragen nach einer vorhandenen Inkontinenz oder nach der finanziellen Situation. Diese Fragen wurden von ihnen beim ersten Hausbesuch ausgelassen, obgleich sie aufgrund der Ungewissheit, ob sanitäre Anlagen sich in erreichbarer Nähe befinden oder kostenpflichtige Angebote für das persönliche Budget unerschwinglich sind, auf eine eingeschränkte Mobilität oder auch geringere soziale Teilhabe hindeuten. An diesem Beispiel zeigte sich deutlich, dass ein professioneller Hintergrund der Berater*innen relevant ist, um eine vollumfängliche Datenanalyse zu erstellen. Vonseiten der Fachkräfte wird zudem ein aktuelles Update über Angebote, Hilfen und Leistungen für Ältere und deren Angehörige als notwendig erachtet.

Reflexion der Einschlusskriterien der Projektteilnehmer*innen

Auf der Mesoebene zeigte sich bereits zu Projektbeginn, dass die Einschlusskriterien der an den *Präventiven Hausbesuchen* potentiellen Teilnehmer*innen vonseiten der Projektverantwortlichen und Fachkräfte aus den Modellkommunen diskutiert wurden. Dies betraf u. a. das Alter und den laut Gesetz definierten Pflegebedarf.

Laut den Zahlen des Statistischen Bundesamts gibt es in Korrelation mit dem Älterwerden einen deutlichen Anstieg des Risikos, von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. Im Jahr 2021 waren in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen rund 9 % pflegebedürftig. In der der 90-Jährigen betrug der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 82 %. Dies war die höchste Pflegequote (DeStatis, 2023b). Zudem sind laut des Landesamts für Statistik Niedersachsen (LSN, 2021) fast die Hälfte der Pflegebedürftigen nur gering beeinträchtigt. Dies bietet die Chance, durch geeignete Maßnahmen eine verbesserte Gesundheit wiederherzustellen.

Dementsprechend wird empfohlen, die Einschlusskriterien aufgrund der aktuellen Kenntnislage zu hinterfragen und für eine mögliche Implementierung in Zukunft, im Sinne der Nachhaltigkeit, zu überdenken.

Im Rahmen der Reflexion der Auswahl der Projektteilnehmer*innen wurde deutlich, dass weitere Anpassungen der Einschlusskriterien notwendig sind. Diese wurden insbesondere von den Projektteilnehmer*innen innerhalb der Treffen der Fokusgruppe Fachkräfte stark diskutiert. Hier zeigte sich der Effekt, dass zu Beginn nicht alle Personen mit Pflegegrad ausgeschlossen wurden. Dies wurde direkt angepasst, widerspricht aber dem Verständnis davon, Unterstützung für Personen zu leisten, die einen Bedarf äußern und die Begründung der Ein- und Ausschlusskriterien nicht nachvollziehen können. Viele Senior*innen mit Pflegegrad meldeten sich und hatten Beratungsbedarf. Sie wurden zum Teil telefonisch beraten bzw. an die eigene Krankenkasse, im Speziellen die Abteilung der Pflegeberatung, verwiesen oder an das Seniorbüro/den Pflegestützpunkt weitervermittelt. Auch wenn hier das Angebot der Pflegeberatung greifen sollte, stellt diese Form von Beratung eher eine Abhandlung von Prozessen dar. Die Beratung innerhalb der *Präventiven Hausbesuche* zielt im Gegensatz zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (vgl. Tabelle 1) eindeutig auf die Gesundheitsförderung und die Fokussierung der Ressourcen der Betroffenen ab. Insbesondere die Themen soziale Teilhabe, Angebote vor Ort, Informationen und lokale Unterstützung scheinen innerhalb von Pflegeberatungen zu eingeschränkt zu sein. Demnach könnte also das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* mit dem Fokus auf Prävention bzw. Stärkung des Empowerments für diese Zielgruppe eine sinnvolle Ergänzung zur Pflegeberatung darstellen.

Die vorhandenen Angebote sollten für alle Senior*innen niedrigschwellig präsentiert und dadurch bekannt werden. Hier könnte zudem übergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden, indem Querschnittsthemen und Synergien genutzt würden. In Zetel wurde dies auch so umgesetzt. Wenn jemand zu verwehrlos drohte, erfolgte beim Aufsuchen der Person vonseiten der Sozialen Informations- Anlauf- und Vermittlungsstelle die Mitnahme der Fachkraft aus dem Bereich der *Präventiven Hausbesuche*. Dies stellte sich als ergänzendes Tandem heraus, da die sozialwissenschaftlichen Aspekte und die Gesundheitsaspekte perfekt erfasst werden konnten. Auch in Zukunft wäre eine enge Zusammenarbeit mit der allgemeinen Sozialberatung sinnvoll.

Die bisher allgemein gültige Definition, dass *Präventive Hausbesuche* sich durch einen niedrigschwelligen Zugang im Sinne einer aufsuchenden Einzelfallberatung auszeichnen, wurde in

Bezug auf den Einzelfall von den Personen, die die Hausbesuche durchführten, und den Senior*innen, die den Einschlusskriterien entsprachen, hinterfragt. Hier wurde kritisiert, dass Ehepaare an den *Präventiven Hausbesuchen* nicht gemeinsam teilnehmen konnten. Einerseits gab es Fragen oder auch Untersuchungen, wie das Messen des Blutdrucks, die nur je Einzelfall gestellt bzw. durchgeführt werden konnten, andererseits lebten die Senior*innen zusammen und beeinflussten den Gesundheitszustand der anderen Person wechselseitig – zum Guten oder zum Schlechten. Dementsprechend wurde eine gemeinsame Beratung beider Ehepartner innerhalb eines Termins, wenn dies gewünscht wurde, von den Projektpartner*innen vonseiten der Modellkommunen als durchaus sinnvoll erachtet.

Der Zugangsweg

Es gab unterschiedliche Einladungsprozedere: (1) einen Brief mit einem Terminvorschlag, (2) einen Telefonanruf des Besuchers und (3) einen Brief ohne Terminvorschlag, sondern mit der Aufforderung, den Besucher diesbezüglich anzurufen (Ekmann et al., 2010). Wie von Lupp et al. (2011) empfohlen, erfolgte die zielgruppenspezifische Ansprache in allen drei Modellkommunen anhand direkter und indirekter Steuerungselemente: indirekt mittels eines zielgruppenorientierten Flyers über das Angebot und direkt über ein persönliches Anschreiben, inklusive einer direkten Aufforderung zur Teilnahme bzw. der Abfrage der Teilnahmebereitschaft. Dieser Zugangsweg hat sich anhand der Ergebnisse durchweg bestätigt. In allen Kommunen wurde viel Werbung gemacht. Dies reichte von Pressekonferenzen über Radiobeiträge und Informationsveranstaltungen bis hin zu Projektvorstellungen bei Ärztevereinen. Diese Maßnahmen konnten ebenfalls als positiv betrachtet werden, da über die unterschiedlichen Informationspfade weitere interessierte oder ggf. auch noch unentschlossene Personen erreicht werden konnten.

Die Ergebnisse zeigen, dass dörfliche Strukturen den Zugang zur Zielgruppe vereinfachen (vgl. Tabelle 7). Eventuell spielten dabei Faktoren der örtlichen Verbundenheit der Senior*innen, das Anschreiben vom Bürgermeister höchst persönlich, Mundpropaganda o. Ä. eine große Rolle. In städtischen Gebieten scheint der Zugangsweg hingegen schwieriger. Von Vorteil sind Angebote, die von den Senior*innen bereits akzeptiert werden und an die das neue Angebot der *Präventiven Hausbesuche* angegliedert werden kann. Hier hat sich in Hameln der Treffpunkt für die 2. Lebenshälfte „A.R.A.“ als besonders herausgestellt, da dort bereits ein Gefühl der Gemeinschaft, u. a. über den Erhalt einer Karte zum Geburtstag, geschaffen wurde. Wenn

adäquate Angebote vor Ort jedoch fehlen oder Kooperationen unter den Anbietern nicht gelingen, beeinflusst dies die Umsetzung innovativer Implementationen stark. Offensichtlich war der Zugangsweg in Braunschweig bereits der Richtige, da ein alternatives Einladungsprozedere, der Brief mit einem Terminvorschlag, eine überaus schlechte Resonanz zeigte.

Tabelle 7: Datenvergleich der Ausgangslage, des Zwischen- und Abschlussberichts

Modellkommune	Braunschweig	Hameln	Zetel
Einwohner gesamt (über 80 Jahre alt) 12/2019	251.551 (17.439)	59.365 (5.019)	11.934 (1.162)
Gesamtstichprobe (Pflegebedürftige) 12/2019	10.408 (4.325)	3.518 (1.501)	903 (259)
Durchgeführte Hausbesuche 06/2022	Erstbesuche: 435 Zweitbesuche/-kontakte: 381 Drittbesuche zur Evaluation: 24	Erstbesuche: 63 Zweitbesuche: 11	Erstbesuche: 50 Zweitbesuche: 42 Drittbesuche: 10
Insgesamt durchgeführte Hausbesuche 11/2023	Erstbesuche: 583 Zweitbesuche/-kontakte: 464 Drittbesuche zur Evaluation: 208 (insgesamt 1.255)	Erstbesuche: 157 Zweitbesuche: 24 Drittbesuche: 6 (insgesamt 187)	Erstbesuche: 73 Zweitbesuche: 67 Drittbesuche: 48 Viertbesuche: 14 Fünftbesuche: 6 Sechstbesuch: 1 (insgesamt 209)
Versandte Anschreiben 11/2023	16.844 (Rücklauf von 3,46 %)	5.062 (Rücklauf von 3,10 %)	1.162 (Rücklauf von 6,37 %)

Die Rücklaufquote aus Tabelle 7 wurde je Modellkommune anhand der insgesamt durchgeführten Erstbesuche und der versandten Anschreiben berechnet. Zu bedenken ist, dass die Senior*innen mit Pflegebedarf bei den Anschreiben nicht exkludiert werden konnten, sodass die tatsächliche Rücklaufquote höher ist.

Themen und Beratungsinhalte innerhalb der Hausbesuche

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es insbesondere bei der Bewältigung des Haushalts, demnach in Form einer Reinigungskraft, Unterstützungsbedarf zu geben scheint. Das Thema Einsamkeit bzw. der Wunsch nach mehr sozialen Kontakten steht für die Senior*innen im Vordergrund. Viele soziale Angebote wie Seniorengruppen fanden aufgrund des Corona-geschehens nicht statt oder wurden sogar abgeschafft. Darunter hatten die Senior*innen zu leiden. Im Umkehrschluss bedeutete es, dass die Senior*innen, die vor der Pandemie gut in die Gemeinschaft eingebunden waren, ggf. heute ohne diese Kontakte auskommen müssen.

Hier wurde empfohlen, weitere Angebote zu initiieren, durch die soziale Teilhabe trotz der COVID-19-Pandemie ermöglicht wird. Beschäftigungen im Freien, wie die gemeinsamen Spaziergänge, haben hier gut gegriffen.

Wie die Evaluationsgespräche in Braunschweig zeigten, schieben die Senior*innen die Auseinandersetzung mit der Thematik Prävention auf, bis Bedarf besteht. Sie verdrängen die Tatsache, dass sich ihr Gesundheitszustand zum Negativen ändern könnte. Es schien, als sei den Senior*innen die Möglichkeit unbekannt, präventiv zu handeln – und ‚präventiv‘ ein Fremdwort. Im Rahmen der Evaluationsgespräche zeigte sich, dass einige der Senior*innen keinen Bezug zum Projekt herstellen konnten, wenn die Beratungsgespräche oder Interventionen durch Nachbarschaftshilfen oder andere Institutionen stattfanden. Dies kann daran liegen, dass unterschiedliche Ansprechpartner*innen involviert waren oder die zu Beginn als Problem bezeichneten Themen aufgrund erfolgreich umgesetzter Maßnahmen offenbar aus dem Fokus gerieten (vgl. Blotenberg, 2023c). Hier wäre zu empfehlen das Konzept im Hinblick auf kontinuierliche Ansprechpartner anzupassen, so dass die Senior*innen das Gefühl von Wohlbefinden zukünftig auch – wie in den anderen Modellkommunen – erleben können. Gegebenenfalls könnte auf die gute Zusammenarbeit mit den Nachbarschaftshilfen aufgebaut werden und diese auf Dauer die Begleitung übernehmen. Die Ansprechpartnerin und Koordinatorin allerdings hat für Braunschweig bereits überzeugen können.

Die Akzeptanz *Präventiver Hausbesuche*

Das innerhalb des Modellprojekts geschaffene Angebote wurde durchweg auf kommunaler Ebene und im Rahmen deren Leistungsspektrums – wie in der Literatur empfohlen – angeboten (Niederer & Wingerter 2021; Blotenberg et al., 2023c). Insgesamt wurden die *Präventiven Hausbesuche* laut den Projektpartner*innen vonseiten der Modellkommunen gut angenommen. Da die Projektpartner*innen auf kommunaler Ebene in der Lage waren, unabhängig von der regionalen Gesundheitsversorgung zu agieren, war Beratungsneutralität gewährleistet, was bei privaten oder kirchlichen Trägern nicht immer der Fall ist. Aufgrund des vom Gesundheitssystem unabhängigen Anbieters konnte von Beginn an ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Berater*innen und den Beratenen geschaffen werden. Es gab sogar Rückmeldungen, dass die Senior*innen sich wertgeschätzt und glücklich gefühlt haben, dass sie solch einen persönlichen Brief mit der Möglichkeit, das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* in Anspruch zu nehmen, erhalten haben. Es wurden Freude und Dankbarkeit über die Wertschät-

zung durch den Oberbürgermeister geäußert, vor allem von den Personen mit Migrationshintergrund. Die Betroffenen waren für den Brief dankbar und gerührt, zum Teil waren sie auch positiv überrascht, dass an die Senior*innen gedacht wird. Einige wollten allerdings lediglich ihren Dank aussprechen und nicht am Projekt teilnehmen.

Das Gesehenwerden wurde als große Wertschätzung empfunden. Die Senior*innen meldeten zudem Erleichterung bezüglich der Zugänge zur Vielfalt an Angeboten, insbesondere für die zugezogenen Senior*innen. Des Weiteren wurde der Zeitaufwand der Fachkräfte während der *Präventiven Hausbesuche* wahrgenommen und wertgeschätzt.

Die Fachkräfte berichteten, dass einige Senior*innen dringend ein fortlaufendes Angebot benötigten, dies wurde beispielweise an regelmäßigem telefonischem Kontakt oder Ansprache vor Ort vonseiten der Betroffenen deutlich. Zudem bekamen sie den Eindruck, dass das Selbstwertgefühl der Senior*innen durch das niedrigschwellige Beratungs- und Begleitkonzept gestärkt wurde.

Zu Beginn des Modellprojekts herrschte die COVID-19-Pandemie und die Auswirkungen sind weiterhin spürbar. Sie nahm deutlichen Einfluss auf die Annahme des Angebots der *Präventiven Hausbesuche*. Teilweise meldeten sich Personen erst Monate nach Erhalt des Anschreibens, um doch von dem Angebot zu profitieren. Dies konnte anhand der Kodierungsliste nachvollzogen und bestätigt werden, da dort das Datum des versandten Briefs sowie das Datum der Kontaktaufnahme vonseiten der Senior*innen vermerkt wurden.

8.3 Nachhaltigkeit der *Präventiven Hausbesuche* in den Modellkommunen

Das Thema Nachhaltigkeit war von Beginn an eines der relevantesten, da die *Präventiven Hausbesuche* auch mit besten Erfolgen ohne ein gut ausgearbeitetes und gegebenenfalls angepasstes Konzept sowie eine gesicherte Finanzierung keine Chance auf eine zukünftige Umsetzung des Konzepts innerhalb der Modellkommunen hätten. Um beide Grundlagen zu erfüllen, gab es in jeder der Modellkommunen großes Engagement, die hohe Relevanz des Angebots sichtbar zu machen und mit den politischen Entscheidungsträgern in Austausch zu kommen. Ziel war es, das Angebot so zu implementieren, dass es vor Ort nicht mehr wegzudenken ist. Eine klare kommunale Einbettung war hierfür wesentlich und eine Beratung auf der Metaebene durch eine*n externe*n Ansprechpartner*in vonseiten der Wissenschaft erwies sich als Vorteil. Zukünftig wäre ein regelmäßiger Austausch vonseiten der Projektpartner*innen, wie er während der gesamten Laufzeit des Modellprojekts stattfand wünschenswert.

Die Vorstellung des Modellprojekts innerhalb der politischen Gremien

Im Sinne der Nachhaltigkeit wurde in Hameln am 24.03.2022 im Rahmen der Sitzung des Ratsausschusses für Familie, Kindertagesstätten, Schulen und Sport, der auch für den Bereich Senior*innen zuständig ist, das Modellprojekt vonseiten der Projektverantwortlichen und der Wissenschaft vorgestellt. Eine erneute Vorstellung des aktuellen Standes fand in Hameln am 13.04.2023 statt. In Zetel erfolgte die gemeinsame Vorstellung bei der Ratssitzung am 20.04.2023 und in Braunschweig im Rahmen der Sitzung des Ausschusses für Soziales und Gesundheit am 01.06.2023. Die Resonanz war durchweg positiv, jedoch blieb immer die große Frage nach der Finanzierung bestehen. Bis heute konnte keine der drei Modellkommunen zusichern, dass das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* wie bisher umgesetzt werden kann, da dies die Haushaltslage momentan nicht ermögliche.

In Braunschweig erfolgte am 27.11.2023 eine erneute Mitteilung über die Projektarbeit im Ausschuss für Soziales und Gesundheit. Das Ergebnis vonseiten der Kommune und der Politik ist Einigkeit darüber, dass die *Präventiven Hausbesuche* fortgesetzt werden sollen. Wenn eine Verstetigung möglich ist, wird die Koordination zukünftig allerdings beim Seniorenbüro angesiedelt, da dort operativ und nicht wie im Sozialreferat strategisch-planerisch gearbeitet wird. Zudem würde die Altersgrenze vermutlich auf 70 Jahre herabgesetzt werden.

Lediglich in Hameln kann zunächst die aufsuchende Beratung der Senior*innen im Rahmen eingeschränkter Möglichkeiten für weitere drei Jahre aufrechterhalten werden. Dies ist jedoch nur dank einer weiteren Förderung des Landesprogramms „Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement – Gute Nachbarschaft“ machbar. Das Projekt „Gemeinsam und gesund – gut leben im Quartier! Alter(n)sgerecht in die Zukunft“ der Abteilung Familie und Soziales der Stadt Hameln wird nun ab Januar 2024 gefördert. Hier möchte die Stadt an die Arbeit und die Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ anknüpfen (Stadt Hameln, 2023) und kann so den laufenden Prozess im Rahmen der dann eingeschränkten Möglichkeiten fortsetzen. Vor diesem Hintergrund werden die Hausbesuche kontinuierlich weitergeführt und sind bereits bis ins Jahr 2024 vereinbart.

In Zetel waren die Bedingungen für die Umsetzung des Konzepts zwar optimal, es gab kurze Wege, wenig bürokratischen Aufwand, ein hohes Vertrauensverhältnis etc. Dies war jedoch für die Verstetigung des Angebots nicht hilfreich. Obgleich die positiven Ergebnisse der *Präventiven Hausbesuche* auf kommunaler Ebene gesehen werden, fehlt es an der Finanzierung, die die kleine Kommune aus eigenen Mitteln nicht übernehmen kann.

Die Verstetigung des Angebots *Präventiver Hausbesuche*

Insbesondere regionale Kooperations- und Netzwerkstrukturen könnten im Sinne der Nachhaltigkeit eine Brücke für eine gelingende Implementierung strukturierter, assessmentgestützter, präventiver und fallbegleitender Beratung darstellen (Blotenberg et al., 2023c). Dementsprechend ist auf der Makroebene der Austausch innerhalb der Modellkommunen zu empfehlen, um Angebote besser zu bündeln und sichtbar zu machen. Hier könnte insbesondere innerhalb von Städten das Konzept der Kümmerer*in hilfreich sein (Blotenberg & Seeling, 2021). Diese*r stellt eine Ansprechpartner*in und Koordinator*in auf kommunaler Ebene dar. Sie ist demnach eine gute Ergänzung sowie das Bindeglied zwischen vorhandenen Angeboten, z. B. der Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsens und Mehrgenerationenhäusern wie DUO Seniorenbegleiter*innen, Wohnraumberater*innen etc. Die Kümmerer*in bündelt diese im Sinne der Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene. Durch die *Präventiven Hausbesuche* können die Angebote dann bei der jeweiligen Zielgruppe sichtbar und dementsprechend zugänglich gemacht werden.

Die Modellkommunen Hameln und Braunschweig hatten dies mit der Verortung an bekannten Stellen bzw. der Einbindung der Gruppe der Ehrenamtlichen umgesetzt. Hier wäre auch zukünftig zu prüfen, welche beruflichen Qualifikationen diese Personen benötigen. Des Weiteren ist zu definieren, wie die Prävention aussehen soll und welche Perspektive angestrebt wird. Soll es die persönliche Sicht der Nutzer oder die der Kommune sein, wo Bedarf gesehen wird (z. B. bestimmte Quartiere, die mit besonderem Entwicklungsbedarf identifiziert wurden, aber den die dort lebenden Bürger nicht sehen). In Zetel war es mit Sitz in der Kommune in einem Gebäude neben einer teilstationären Senioren-Tagespflegeeinrichtung mitten in einem Wohngebiet genau der Ort, der zentral ist und von vielen Bürger*innen besucht wird. Aufgrund der Flächengemeinde ist hier zu prüfen, ob es auf dem Land zukünftig eines mobilen Infobusses o. Ä. bedarf, da weite Wege und kein adäquater öffentlicher Nahverkehr vorliegen. Für eine Verstetigung des Angebots wäre die Weiterbeschäftigung der Projektpartner*innen von großem Nutzen gewesen, da diese in den vergangenen Jahren wertvolle Expertise erlangt haben. Die erfolgreiche Arbeit sowie die neu initiierten Angebote innerhalb der Modellkommunen können auch heute nicht durch die bestehenden Strukturen aufgefangen werden. Weder können dies die Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsens, die dezentral aufgestellt sind und schon vor Projektbeginn existierten, noch sonstige Anlaufstellen ausfüllen – wie in Zetel die Soziale Informations- Anlauf- und Vermittlungsstelle, in Hameln der Treffpunkt für

die 2. Lebenshälfte „A.R.A.“ sowie „Hameln kann`s“ oder in Braunschweig das Seniorenbüro und die Nachbarschaftshilfen. Mit den Nachbarschaftshilfen gab es am 06.12.2023 ein Abschlusstreffen, um über den aktuellen Stand zum Projekt zu informieren und ein Dankeschön für die gute Zusammenarbeit, die sich über die Jahre entwickelt hat, auszusprechen. Dennoch fehlen den bereits vorhandenen Angeboten weiterhin die wesentlichen Merkmale der *Präventiven Hausbesuche* (ZQP 2013): Früherkennung und Prävention von Risiken, Verbesserung bzw. Erhalt der Selbstständigkeit bzw. Förderung der noch vorhandenen Kompetenzen, eine ‚Bringstruktur‘, zwingend in der häuslichen Umgebung, Stärkung des Selbstmanagements und umfassende komplexe Intervention sowie ein niedrigschwelliges Angebot an eine weit gefasste Zielgruppe.

Die Senior*innen haben berechtigte Sorgen, dass die in den vergangenen Jahren aufgebauten Strukturen und Netzwerke sich nach Abschluss des Modellprojekts wieder auflösen. Der Wunsch der Zielgruppe ist es, die Vertrauenspersonen innerhalb der Gemeinden beizubehalten und den neu ausgerichteten Fokus auf die älteren Gemeindemitglieder nicht erneut aus den Augen zu verlieren.

Der Fokus der Verstetigung des Angebots liegt aber auf der Frage, welchen Geldbetrag die Kommune gewillt ist bzw. sie zur Sicherung der Prävention für die Bürger*innen zur Verfügung stellen kann. Hier ist ein Umdenken an der Beteiligung erforderlich, dass der Bund oder auch die Krankenkassen eine Teilfinanzierung übernehmen, aber die Kommune sich verantwortlich zeigen muss, dass die Bürger*innen lange gesund bleiben.

Es müssen Schnittstellen identifiziert werden, wo eine Beratung in Gesundheitseinrichtungen oder eine Vermittlung von *Präventiven Hausbesuchen* möglich ist, z. B. Krankenhaus (Entlassungsmanagement), stationäre Langzeitpflegeeinrichtung oder Selbsthilfegruppe für Angehörige.

9. Diskussion

Die Ergebnisse des vorliegenden Abschlussberichts zeigen, dass überaus positive Erkenntnisse im Hinblick auf Wirksamkeit, Praktikabilität und Nachhaltigkeit gewonnen werden konnten. Die Gesamtevaluation zeigt auf, dass es oftmals eines Anstoßes bedarf, damit die Senior*innen aus ihrer Problemlage herausgeholt werden (können). Unabhängig davon, ob es Einsamkeit aufgrund fehlender sozialer Teilhabe, eine schlechte Gesundheitsversorgung oder auch eine schwierige Wohnsituation betrifft (vgl. Beneker, 2023a) – die Fachkräfte konnten durch die *Präventiven Hausbesuche* die individuelle Situation der Senior*innen kennenlernen, analysieren und aktiv Unterstützung leisten. „Wir wollen vor allem die erreichen, die sonst nirgends auftauchen“ (Beneker, 2023b) und das ist den Projektpartner*innen gelungen. Durch die neu gewonnen Erkenntnisse kann bestätigt werden, dass Gesundheitsförderung und -erhaltung heute für jeden Bürger existentiell sind (vgl. Deutscher Bundestag, 2015). Aufgrund der komplexen Intervention, die einerseits die Erfassung bestimmter Effekte erschwert, können andererseits höchst unterschiedliche Merkmale des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt beeinflusst werden.

Anpassungen des Konzepts *Präventiver Hausbesuche*

Die Eigeninitiative der Zielgruppe, d. h., dass sich die Interessierten aktiv zurückmelden müssen, um das Angebot *Präventiver Hausbesuche* in Anspruch zu nehmen, hat sich in der Vergangenheit laut verschiedener Studien (vgl. Lupp et al., 2011; Blotenberg et al., 2023c) bewährt und sollte demnach auch in Zukunft eingefordert werden. Dies (vgl. Tabelle 7) und das proaktive Zugehen auf die Senior*innen wurde auch innerhalb des Modellprojekts als erfolgreiche Maßnahme beschrieben.

Laut einer Studie von Ekmann et al. (2010), die Zahlen einer Sekundärdatenanalyse einer dänischen Interventionsstudie verwendeten, lehnen signifikant mehr Männer als Frauen den ersten *Präventiven Hausbesuch* ab. Durch die Anpassung des Konzepts, auch Ehepaaren das Angebot zur Verfügung zu stellen, würden demnach eventuell auch mehr Männer erreicht werden. In den Fällen, in denen Ehepaare einen gemeinsamen Hausbesuch erhalten sollten, da sie dies explizit wünschen, müsste dann jedoch die individuelle Problemlage für jeden Fall einzeln ausgearbeitet werden. Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen auf, dass auch Personen in einer Partnerschaft unterschiedliche Bedürfnisse haben und dementsprechend individuell gesehen werden müssen.

Bereits 2005 verwies Ploeg (2005) darauf, dass Interventionen für Menschen ab dem 65. Lebensjahr dazu beitragen können, die Mortalität zu senken und einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erreichen. Ein positiver Effekt bezogen auf die Mortalität wurde bei jüngeren (≤ 77 Jahre alt), jedoch nicht bei älteren Studienteilnehmer*innen (≥ 80 Jahre alt) beobachtet (Huss et al., 2008). Jüngere Teilnehmer*innen (≤ 74 Jahre alt) zeigen aufgrund *Präventiver Hausbesuche* im Vergleich zu den Älteren bei allen Ergebnissen eine höhere Tendenz zu profitieren, mit Ausnahme der Krankenhauseinweisung und des Einzugs in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung (Beswick et al., 2008). Präventive Maßnahmen scheinen in einem Alter zwischen 65 und 85 Jahren besonders sinnvoll, um präventiv wirken zu können, die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder gar zu vermeiden und so die individuelle Lebensqualität der Bürger*innen im häuslichen Bereich zu erhalten. Allerdings ist der physische Gesundheitszustand im Alter zwischen 80 und 85 Jahren auch signifikant schlechter als der der jüngeren Altersgruppen (Blotenberg et al., 2023c). Da im Rahmen des Modellprojekts ‚Beschwerden‘ von Personen geäußert wurden, die gerne einen *Präventiven Hausbesuch* erhalten hätten, aber laut der Einschlusskriterien zu jung waren, wurde auch dieses Einschlusskriterium in Frage gestellt. Anhand der Anzahl der Verstorbenen, Personen mit Pflegegrad und Sturzereignis (vgl. [Kapitel 8.1](#)) sollte eine Anpassung des Einschlusskriteriums Alter (vgl. [Kapitel 8.2](#)) vorgenommen werden, um in solchen Fällen tatsächlich (noch) präventiv agieren zu können. Dennoch sollten die Hausbesuche, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, auch bei Senior*innen, die über die 85 Jahre alt sind, angeboten werden, da es ebenso hochaltrige Senior*innen gibt, die sich soziale Teilhabe, Informationen, Unterstützung etc. wünschen.

Die schwer belastende Situation aufgrund der Pandemie und ihrer Ausläufe, durch die die sozialen Kontakte teilweise weiterhin eingeschränkt sind, darf nicht unterschätzt werden, da sie laut Blotenberg et al. (2023a) nachweislich den psychischen Gesundheitszustand verschlechtert und die *Präventiven Hausbesuche* dem entgegenwirken können. Auch wenn das akute Pandemiegeschehen vorüber ist, wären weitere hoch relevante Themen, die bisher noch nicht explizit fokussiert wurden, beispielsweise die Unterstützung pflegender Angehöriger, Polypharmazie, Altersarmut und die Inklusion von Migrant*innen. Hier stellt sich die Frage, wie die Fachkräfte pflegende Angehörige im Speziellen entlasten könnten, um eine Überforderung und die Vernachlässigung der eigenen Wünsche und Bedarfe zu vermeiden. Des Weiteren ist zu eruieren, wie Fachkräfte mit Ärzten zusammenarbeiten könnten, um Medikamente oder

deren Neben-/Wechselwirkungen zu reduzieren. Wie können Senior*innen, die von Altersarmut betroffen sind, dennoch am sozialen Leben teilhaben? Wie können Migrant*innen über kommunale Angebote in die Gesellschaft integriert werden? Das Konzept der *Präventiven Hausbesuche* ist hier überaus vielseitig einsetzbar. Zudem könnten in Zukunft gezielt weitere hilfreiche Angebote wie eine (digitale) Notfallmappe oder auch die Kommunikation über eine Applikation (App) in das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* integriert werden. Die Pandemiesituation hat gezeigt, dass der Einsatz digitaler Medien für die Senior*innen von Nutzen sein könnte, um auch in Zeiten zwischen den Hausbesuchen mit der Fachkraft in Kontakt zu bleiben.

Empfehlenswert ist aufgrund der Ergebnisse aus der Literatur, das Angebot der *Präventiven Hausbesuche* auch in den Folgejahren des Modellprojekts anzubieten und nicht nur zeitlich beschränkt. Die bestätigen die vorliegenden Ergebnisse, da sich die Lebenssituation der Senior*innen ständig im Wandel befindet. Laut Liimatta et al. (2019) verringern *Präventive Hausbesuche* die negativen Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, wenn die Intervention mit einer umfassenden geriatrischen Beurteilung durchgeführt wird. Dieser Effekt lässt jedoch nach Beendigung der Hausbesuche nach.

Laut eines Expertenhearings bedarf die Durchführung *Präventiver Hausbesuche* einer pflegerischen Ausbildung als Basisqualifikation (BfG, 2005). Der Einsatz von Pflegefachkräften hat sich bereits bewährt (vgl. RP, 2023; Blotenberg 2023b), da sie aufgrund der erworbenen Kompetenzen in Pflege und Gesundheitsmanagement die Prävention fördern und die Gesundheitsversorgung verbessern. Dennoch zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass lokal-regional spezifische und nicht länderübergreifende bzw. bundesweite Angebote, wie von Schulz-Nieswandt (2018) empfohlen, vonnöten sind. In Dänemark bleibt die Ausgestaltung den Gemeinden überlassen. Hier gibt es verschiedene Berater*innen, die die Hausbesuche durchführen, wie Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter*innen, Ergotherapeut*innen oder Hausärzt*innen (DIP, 2008). Empfehlenswert wäre dies auch für Deutschland. In Braunschweig hätte z. B. solch einer großen Nachfrage an *Präventiven Hausbesuchen* durch den Einsatz von Pflegefachkräften nicht nachgekommen werden können. Der Handlungsbedarf ist hier allerdings besonders deutlich zu sehen: Die Anzahl der potentiellen Projektteilnehmer*innen stieg bereits innerhalb von drei Jahren von 10.408 (Stichtag 31.12.2019, vgl. [Kapitel 5](#)) auf eine Anzahl von 11.312 Senior*innen (Stand 31.12.2022). Dies sind innerhalb der Projektlaufzeit bereits 904

Personen, die gegebenenfalls von diesem niedrigschwelligen Beratungs- und Begleitkonzept profitieren hätten können.

Bisher gibt es keine allgemeingültige Definition *Präventiver Hausbesuche* (vgl. [Kapitel 2.2](#)), was die Planung und Umsetzung erschwert (Blotenberg et al., 2018). Daher erweist sich eine enge Begleitung und Beratung auf der Metaebene durch eine*n externe*n Ansprechpartner*in und Koordinator*in der Implementation auf Landesebene als Vorteil, um eine erfolgreiche kommunale Einbettung unter der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu gewährleisten (vgl. RP, 2023). Innerhalb des Modellprojekts schaffte die wissenschaftliche Begleitung ein Gefühl der Sicherheit, da durchweg eine Begleitung gegeben war und bei Bedarf jederzeit Nachfragen gestellt werden konnten.

Die Vielfalt des Konzepts *Präventiver Hausbesuche*

Die bereits bestehenden Programme und Projekte sind überaus heterogen, sodass es schwierig ist, einen Überblick zu gewinnen. Die Finanzierung der Programme reicht von einer Krankenkasse über Förderprogramme bis hin zu Landesinitiativen.

Das Vorzeigeprojekt „[Gemeindeschwester^{plus}](#)“ ist seit 2015 namentlich benannt und seit 2023 vom Modellprojekt zum Landesprogramm verstetigt (vgl. RP, 2023). Dennoch ist nicht allen am Themengebiet Interessierten bekannt, dass es sich hierbei um die Umsetzung *Präventiver Hausbesuche* handelt – obgleich der Titel das Konzept darlegt: Hier erfolgt der Einsatz der ehemaligen Gemeindeschwester, allerdings mit erweiterten Kompetenzen. Bei den Fachkräften handelt es sich um examinierte Pflegefachkräfte mit mehrjähriger Erfahrung in der Pflege, Kooperationsbereitschaft etc. Das Programm „[Gesund Älter Werden](#)“ der AOK Niedersachsen (2022) ist überwiegend unbekannt, obgleich hier *Präventive Hausbesuche* ebenfalls kostenfrei für Senior*innen angeboten werden. Die Versicherten werden aktiv für eine Teilnahme angesprochen oder können sich melden.

Hier zeigt sich, dass es eine einheitliche, bundeslandübergreifende Benennung geben sollte, um Missverständnissen vorzubeugen. Das Konzept *Präventiver Hausbesuche* erweckt jedes Jahr mehr Interesse. In den vergangenen Monaten bis hin zu Jahren wurden Projekte u. a. in [Arnsberg](#), [Bayreuth](#), [Berlin](#), [Bremen](#) in Zusammenarbeit mit [Bremerhaven](#), [Brühl](#), [Chemnitz](#), [Cuxhaven](#), [Donnersberg](#), [Flensburg](#), [Hamburg](#), [Kamp-Lintfort](#), [Kiel](#), [Kreis Bergstraße \(Odenwald\)](#), [Kreis Heinsberg](#), [Kreis Lippe](#), [Kreis Pinneberg](#), [Kreis Rendsburg-Eckernförde](#), [Kreis Segeberg](#), [Land Rheinland-Pfalz](#), [Leipzig](#), [Lübeck](#), [Magdeburg](#), [München](#), [Neumünster](#), [Stuttgart](#) und [Ulm](#) geplant, teilweise bereits umgesetzt, wieder eingestellt oder gar verstetigt. Da es

keine systematische Erfassung dieser Angebote gibt, gibt es auch keinen Überblick über die Konzepte, die implementiert werden. Dennoch gibt es zumeist eine wissenschaftliche Begleitforschung von Beginn an, was positiv zu bewerten ist. Auch sind erste Erfolge zu verzeichnen, wie der bundeslandübergreifende Online-Austausch verdeutlicht (vgl. [Kapitel 8.3](#)). Aber dieser informelle Austausch zwischen den Kommunen muss dringend auf eine formelle Ebene gehoben werden. Empfehlenswert wäre eine bundesweite Dachorganisation.

Vonseiten der Wissenschaft wird empfohlen, Informationen über *Präventive Hausbesuche* verfügbar zu machen, unabhängig davon, ob es die Konzepte, neu gewonnenen Ergebnisse oder Empfehlungen betrifft. Nur so können die Akteure von den Fehlern und Erfolgen der jeweils anderen profitieren und zukünftige Implementierungen *Präventiver Hausbesuche* können nach den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden. Letztlich sollte der Aufbau eines Netzwerkes über die Kommunen hinweg zur Sicherstellung der Reflexion der Angebote angestrebt werden. So können auch zukünftig die gewonnen Erkenntnisse über das Konzept *Präventiver Hausbesuche* effektiv genutzt werden. Ideal wäre es, einen Part im SGB zu finden, sodass die Anwendung in eine regelgeleitete Versorgung in Kombination mit einer kommunalen Beteiligung führt. Hier kann das Beispiel des Gesundheitskiosks genannt werden, der diese Kombination in der Finanzierung darstellt (vgl. BMG, 2022).

Das Konzept *Präventiver Hausbesuche* für die Zukunft

Zusammenfassend wird aufgrund der Ergebnisse empfohlen, dass in Zukunft der Begriff ‚Präventive Hausbesuche‘ als Eigenname verwendet werden sollte. Das Angebot sollte von einem vom Gesundheitssystem unabhängigen Unternehmen auf kommunaler Ebene umgesetzt und individuell durchgeführt werden. Es sollte ein aktiver und regional spezifisch angepasster Ansatz verfolgt sowie ein freiwilliges und kostenfreies Angebot darstellen, das in der persönlichen Umgebung durchgeführt wird. Ein Wiedererkennungseffekt, z. B. durch Informationsveranstaltungen, zielgruppenspezifische Ansprache mit direkten und indirekten Steuerungselementen etc., erhöht die Akzeptanz, indem dieser im Vorfeld der Hausbesuche ein Gefühl der Sicherheit schafft. Auch sollte das Interesse an der Teilnahme beworben werden, z. B. auf der Homepage des Anbieters und durch Zeitungsberichte. Zudem wird die Annahme des Angebots durch gut geschulte, qualifizierte (Pflege)Fachkräfte als Ansprechpartner*innen vor Ort gesteigert. Ferner werden mehrere aufeinander folgende Hausbesuche, die Verwendung einer Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in der Basisberatung und Folgetermine bei Be-

darf empfohlen. Zudem sollten auch ältere Menschen einbezogen werden, die sich noch gesund fühlen. Zu guter Letzt ist die Anonymität der Betroffenen von großer Bedeutung, damit niemand weiß, wer Unterstützung sucht (vgl. Blotenberg et al., 2023b).

Voraussetzungen für eine zukünftige Implementierung *Präventiver Hausbesuche*

Kritisch zu sehen ist, dass bereits im Jahr 2018 im Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2018, Zeilen 4487 bis 4490) festgehalten wurde: „Wir wollen möglichst frühzeitig Pflegebedürftigkeit vermeiden. Dafür fördern wir den präventiven Hausbesuch durch Mittel des Präventionsgesetzes. Kommunen sollen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote vor Ort im Rahmen der Versorgungsverträge erhalten.“ Diesbezüglich gibt es bis heute kaum ersichtliche Maßnahmen, die ergriffen wurden. Daher ist das Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ für Niedersachsen optimal, um zu prüfen, inwiefern eine flächendeckende, auf die jeweilige Region angepasste Implementierung sinnvoll und umsetzbar wäre (MS, 2020). Im Jahr 2025 endet der Koalitionsvertrag der Bundesregierung, daher ist jetzt die Chance gegeben, die Effekte *Präventiver Hausbesuche* aufzuzeigen, um Empfehlungen für die Zukunft aussprechen zu können.

Auch in dem im vergangenen Jahr für das Land Niedersachsen geschlossenen Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) dem Landesverband Niedersachsen und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Niedersachsen (2022, S. 83) heißt es: „Damit gute Pflege zu Hause gelingen kann, bedarf es unterstützender, koordinierender und sektorenübergreifender Angebote, die medizinische, pflegerische und betreuende Versorgung zusammenfassen. Wir fördern daher gemeindenahe Ansätze des Community Health Nursing („Gemeindegewester Plus“), die sich insbesondere für den ländlichen Raum anbieten und schaffen die Rahmenbedingungen für deren dauerhafte Etablierung.“ Dies ist ein starkes Signal und das benannte Projekt „Gemeindegewester^{plus}“, das als Vorzeigeprojekt zum Themengebiet gilt, wurde bereits in der Modellphase seit dem Jahr 2015 vom Land Rheinland-Pfalz vollständig finanziert. Zwischen 2019 und 2022 erfolgte die Finanzierung gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbänden. Im Anschluss an die Projektphasen wird das Angebot seit 2023 durch die Landesregierung stufenweise ausgebaut und flächendeckend implementiert. Seine Finanzierung erfolgt aus Landesmitteln. Der Fokus liegt, wie in dem vom Land Niedersachsen initiierten Modellprojekt, auf einem präventiven und gesundheitsför-

dernden Beratungs- und Vernetzungsangebot (RP, 2023). Allerdings sollte das Konzept *Präventiver Hausbesuche* nicht erst bei guter Pflege zu Hause (vgl. Koalitionsvertrag) greifen, sondern weit im Voraus, wie in Dänemark.

Das Land Niedersachsen hat mit dem Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ nach dem Land Rheinland-Pfalz eine Vorreiterrolle eingenommen. Diese sollte auch zukünftig wahrgenommen werden, da nicht nur der Wunsch der Senior*innen nach Verstetigung gilt, sondern sich auch unterschiedliche Interessenvertretungen wie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) in ihrem [Positionspapier](#) und der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. in seinem [Positionspapier](#) positiv für die flächendeckende Implementierung *Präventiver Hausbesuche* aussprechen.

Für Braunschweig nimmt die sozialpolitische Sprecherin der SPD-Ratsfraktion gegenüber dem Angebot der *Präventiven Hausbesuche* eine befürwortende Position ein: „Da das Hilfsangebot so zahlreich genutzt wird und eine wirkungsvolle Unterstützung für ältere Menschen in Braunschweig darstellt, sollte geprüft werden, ob das Konzept in Zusammenarbeit von Kommune mit Kranken- oder Pflegekassen fortgesetzt werden kann. Kranken- und Pflegekassen können mit zugelassenen Leistungs- und Pflegeerbringern Verträge zur Versorgung der Bevölkerung in verschiedenen Sektoren abschließen. Zu klären sei nun, ob in einem solchen Rahmen auch die präventiven Hausbesuche fortgeführt werden können.“ (Verlag Medien für die Region GmbH, 2023)

Für Hameln kann dem Protokoll über die Sitzung des Ausschusses für Familie, Kindertagesstätten, Schulen und Sport (2023) vom 13. April 2023, öffentlicher Tagesordnungspunkt TOP 2, dem Sachstandsbericht zum Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ Folgendes entnommen werden: „Es schließt sich eine Diskussion an, an der sich Vertreter aller Fraktionen beteiligen. Einhellig zeigen sich die Ausschussmitglieder von dem Projekt überzeugt und betonen, dass dieses Projekt verstetigt und fortgeführt werden müsse.“

Für Zetel gibt es ebenfalls ein politisches Statement, das im [Katteker der CDU](#) erschienen ist: „Im August 2023 wurde die Gemeinde vom Sozialministerium darüber informiert, dass das Projekt aus Kostengründen eingestellt werden muss, da keine Landesmittel mehr zur Verfügung gestellt werden können. Die CDU bedauert diesen Schritt außerordentlich.“ (Mondorf, 2023)

Die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen: Ohne die Politik ist die Verstetigung *Präventiver Hausbesuche* auf kommunaler Ebene kaum umsetzbar. Es müssen zunächst die Strukturen

geschaffen werden, die die Umsetzung des Angebots durch die Kommunen ermöglichen, um dem demographischen Wandel und der immer weiterwachsenden Zielgruppe begegnen zu können. Durch das Land Niedersachsen könnte es gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbänden sowie den Kommunen oder den Landkreisen als Kostenträger ein nachhaltiges Geschäftsmodell für die Zukunft geben. Dementsprechend sind *Präventive Hausbesuche* als Bestandteil der Regelfinanzierung medizinischer und/oder pflegerischer Kostenträger elementar, da es den älteren Menschen ermöglicht wird, eigenständig und selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung zu leben. Die gewonnenen Forschungsergebnisse sollten nun im nächsten Schritt dazu genutzt werden, die Gesundheitsversorgung innerhalb Niedersachsens zu verbessern und den Fokus auf Gesundheitsförderung und -erhaltung auszurichten.

10. Ausblick

Elementar für die Zukunft ist, dass die hohe Relevanz der Sensibilisierung im Hinblick auf Gesundheitsförderung und -erhaltung der Bürger*innen durch die professionelle Beratung und Begleitung erkannt wird. Die Politik ist aufgefordert, das Präventionsgesetz verpflichtend umzusetzen, weil der Bedarf der Senior*innen (auch ohne diagnostizierte Pflegebedürftigkeit) vorhanden ist. Hier müssen Vorgaben an die Kranken- und Pflegekassen erfolgen. Schließlich haben alle älteren Bürger*innen bereits laut SGB V und XI ein Recht auf frühzeitige unterstützende Leistungen, um den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und demzufolge den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Wesentlich ist der Einzug *Präventiver Hausbesuche* in die Gesetzgebung, jedoch fehlen deutschlandweit vertragliche Regelungen, was die Implementierung erschwert.

Die Frage ist, ob die Implementierung *Präventiver Hausbesuche* Aufgabe der jeweiligen Bundesländer ist oder auch auf Landesebene u. a. die Benennung und die Konzeptschärfung betreffend eine Entscheidung getroffen werden muss. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass es eine auf das einzelne Bundesland bezogene begleitete Implementierung des Konzepts der *Präventiven Hausbesuche* geben kann, allerdings wird ein bundeslandübergreifender Austausch nahegelegt. Eine die Bundesländer übergreifende Vernetzung ist anzuraten, um von Beginn einer Implementierung an voneinander zu lernen sowie Doppelstrukturen und ineffektive Maßnahmen zu vermeiden. Da die Initiierungen der Projekte innerhalb Deutschlands heterogen sind und vor allem die Finanzierung die Umsetzung und somit die Effekte der *Präventiven Hausbesuche* bestimmt, sollte hierauf geachtet werden.

Letztlich ist die Implementierung des Konzepts der *Präventiven Hausbesuche* aufgrund der durchweg positiven Ergebnisse des Modellprojekts zu empfehlen, um die Gesundheitsversorgung innerhalb Niedersachsens und darüber hinaus zu stärken. Die Vertreter*innen der Politik, der Kommunen und der Krankenkassen/-verbände (vgl. RP, 2023) sollten gemeinsam den Bedarf und den Nutzen des niedrigschwelligen Beratungs- und Begleitkonzepts erkennen und auf kommunaler Ebene im Sinne der Daseinsvorsorge umsetzen wollen. Ein Lösungsvorschlag wäre ein kommunales Angebot mit einem Besuch pro Jahr bei Personen ab 80 Jahren sowie bei Personen zwischen 65 und 79 Jahren, die gefährdet oder sozial exponiert sind, um einen Hilfe-/Beratungsbedarf bei der Zielgruppe frühzeitig zu erkennen und somit die Notwendigkeit einer Begleitung durch eine Fachkraft feststellen zu können. Möglich wäre dies beispielsweise in Form eines ‚Präventiven ambulanten Dienstes‘.

Literaturverzeichnis

- AOK Niedersachsen (2022). AOK-Programm „Gesund Älter Werden“. <https://www.aok.de/pk/niedersachsen/inhalt/aok-programm-gesund-aelter-werden/>, abgerufen am 09.09.2022.
- Ausschusses für Familie, Kindertagesstätten, Schulen und Sport (13.04.2023). Öffentlicher Tagesordnungspunkt. TOP 2: Sachstandsbericht zum Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“. Protokoll.
- Barthelmes, I., Geyer, J., & Braeseke, G. (2020). Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Beneker, C. (2023a). Präventive Hausbesuche: Umsorgen statt versorgen. https://www.aerztezeitung.de/Panorama/Praeventive-Hausbesuche-Umsorgen-statt-versorg_en-442002.html abgerufen am 06.09.2023.
- Beneker, C. (2023b). Finanzierung präventiver Hausbesuche in niedersächsischen Kommunen unsicher. https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Finanzierung-praeventiver-Hausbesuche_in-niedersaechsischen-Kommunen-unsicher-440859.html abgerufen am 06.09.2023.
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 371(9614), 725–735.
- BfG, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg) (2005). Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung. Bonn.
- Blotenberg, B. (2023). Pilotierung aufsuchender Beratungsmöglichkeiten im ländlichen Raum – eine empirische Untersuchung der Akzeptanz Präventiver Hausbesuche. (Nicht veröffentlichte Dissertation). Universität Witten/Herdecke, Deutschland.
- Blotenberg, B., Hejna, U., Büscher, A., & Seeling, S. (2020). Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping Review über das innovative Versorgungsmodell Präventiver Hausbesuche. *Prävention und Gesundheitsförderung* 15, 226–235.
- Blotenberg, B., & Seeling, S. (2021). Durch Präventive Hausbesuche länger Zuhause wohnen bleiben. In B. Reime & C. Weidmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum* (S. 94-108). Bern: Hogrefe.
- Blotenberg, B., Seeling, S., Breukelman, M., Meding, D., & Platje, K. (2017). Zuhause alt werden – wie geht das? Durchführung des Pilotprojekts „DaHeim – in Emlichheim“. In Heimatverein der Grafschaft Bentheim (Hrsg.), *Bentheimer Jahrbuch 2018* (S. 231–238). 1. Auflage. Nordhorn: Heimatverein der Grafschaft Bentheim e.V.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2023a). The health-related quality of life of older people through preventive home visits: A quantitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 00, 1–12.

- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2023b). Acceptance of preventive home visits by nurses - The user perspective. Public Health Nursing, 00, 1–10.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2018). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Ein Forschungsdesign zur Akzeptanzanalyse Präventiver Hausbesuche. Pflegewissenschaft 20(11/12), 472–479.
- Blotenberg, B., Seeling, S., Naber, M., & Paul, A. (2023c). Präventive Hausbesuche im ländlichen Raum. Eine Chance für die Gesundheitsförderung und -erhaltung älterer Menschen. Prävention und Gesundheitsförderung 18, 242–252.
- BM, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2019). Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen. Wien.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2022). Gesundheitskiosk. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk> abgerufen am 06.09.2023.
- Costa-de Lima, K., Peixoto-Veras, R., Pereira-Caldas, C., Motta, L.-Bd., Bonfada, D., Marques-Dos Santos, M., Bezerra-de Souza, D. L., & Jerez-Roig, J. (2015). Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. Salud Publica Mex 57(3), 265–274.
- Dapp, U., Anders, J. A. M, Renteln-Kruse, W. von, Minder, C. E., Meier-Baumgartner, H. P., Swift, C. G., Gillmann, G., Egger, M., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2011). A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 66(5):591–598.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2023a). Sterbefälle und Lebenserwartung. Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020 bis 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html> abgerufen am 20.12.2023.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2023b). Bevölkerung. Mehr Pflegebedürftige. Deutschlandergebnisse. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html> abgerufen am 14.09.2023.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2022). Pflege. Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html?nn=210648> abgerufen am 08.11.2023.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2020). Pflegestatistik 2019. Deutschlandergebnisse.
- Deutscher Bundestag (2015). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. (Präventionsgesetz – PräVG). Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
- Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (2005). Präventiver Hausbesuch. Beschluss des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung vorbereitet durch die AG 3 „Gesund altern“.

- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg) (2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Schlütersche Verl-Ges, Hannover.
- Ekmann, A., Vass, M., & Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Community* 18(6), 563–571.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 323(7315), 719–25.
- Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., & Wendt, W.-R. (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management, die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.). Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre.
- Gebert, A., Weidner, F., Brünnett, M., Ehling, C., Seifert, K., & Sachs, S. (2018). Abschlussbericht des Modellvorhabens „PräSenZ“ in Baden-Württemberg (2014 – 2017). Köln: DIP e.V.
- Hendriksen, C., Lund, E., & Stromgard, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *BMJ* 289, 1522–1524.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., Clough-Gorr, K. M. (2008) Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63(3), 298–307.
- Informationsportal: Gesetzliche & Private Pflegeversicherung (2022). Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab 01.01.2022. https://www.pflegeversicherung-tarif.de/pflege_versicherung/leistungen-gesetzliche-pflegeversicherung, abgerufen am 09.09.2022.
- Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2018). Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode, Berlin.
- Land Niedersachsen (2023). Niedersachsen-Karten. Übersichtskarte Niedersachsen. https://www.niedersachsen.de/startseite/land_leute/das_land/karten/niedersachsen-karten-20063.html abgerufen am 04.09.2023.
- Liimatta H, Lampela P, Laitinen-Parkkonen P, Pitkala KH (2019) Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scand J Prim Health Care* 37(1), 90–97.
- LSN, Landesamt für Statistik Niedersachsen (2022). Pflege in Niedersachsen. Hannover. <https://www.statistik.niedersachsen.de/pflegestatistik/pflege-in-niedersachsen-207902.html> abgerufen am 09.09.2022.

- LSN, Landesamt für Statistik Niedersachsen (2021). Pflegestatistik Niedersachsen. <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/pflege/zahlen-und-fakten-zu-r-pflege-14070.html> abgerufen am 09.09.2022.
- LSN, Landesamt für Statistik Niedersachsen (2021). Pflegestatistik der Modellkommunen 2021. Hannover.
- LSN, Landesamt für Statistik Niedersachsen (2019). Pflegestatistik der Modellkommunen 2019. Hannover.
- Lupp, K., Patzelt, C., Hummers-Pradier, E., Deitermann, B., Stahmeyer, J., Walter, U., Krauth, C., Theile, G., & Heim, S. (2011). Ältere gezielt erreichen (AeGE): Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs; Abschlussbericht. Technische Informationsbibliothek u. Universitätsbibliothek.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Meinck, M. (2012). Präventive Hausbesuche für ältere Menschen. In: Günster, C., Klose, J., Schmacke, N., & Bartholomey, S. (Hrsg.) (2012). Versorgungsreport. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer, Stuttgart, S. 249–257.
- MoH, Ministry of Health. Healthcare in Denmark: An overview. 2017, Ministry of Health, Denmark.
- Mondorf, J. (2023). Präventive Hausbesuche. Katteker, S. 11.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2012). SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Selbstbeurteilungsbogen, Zeitfenster 4 Wochen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- MS, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2020). Land initiiert Projekt der "Präventiven Hausbesuche" für Seniorinnen und Senioren. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/jugend_familie/senioren_generationen/praventive_hausbesuche/modellkommunen-gesucht-land-startet-praventionsprojekt-fur-seniorinnen-und-senioren-186074.html, abgerufen am 09.09.2022.
- Niederer, P., & Wingerter, U. (2021). Präventiv: Hausbesuch von der Gemeindegewalt. Pflege 74, 36–37.
- Ploeg, J., Feightner, J., Hutchison, B., Patterson, C., Sigouin, C., & Gauld, M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. Canadian Family Physician, 51, 1244-1245.
- Renz, J.-C., Meinck, M. (2018). Wirksamkeit präventiver Hausbesuche bei älteren Menschen: Systematische Bewertung der aktuellen Literatur. Z Gerontol Geriatr 51(8), 924–930.
- RKI, Robert Koch Institut (30.06.2022). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19).
- RKI, Robert Koch Institut (13.06.2022). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19).
- RKI, Robert Koch Institut (13.07.2021). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19).

- RP, Rheinland-Pfalz (2023). Gemeindegewer plus. <https://mastd.rlp.de/themen/soziales/gut-leben-im-alter/gemeindegewer-plus>, abgerufen am 06.12.2023.
- Schmidt, C., Gebert, A., & Weidner, F. (2009). Beraterhandbuch - Präventive Hausbesuche bei Senioren. Reihe: Pflegeforschung, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Hannover: Schlütersche.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., & Mann, K. (2018). Evaluation des Modellprojekts „Gemeindegewerplus“ des Landes Rheinland-Pfalz. Universität zu Köln.
- Soltau, T. (2022, 20. August). Mit Balance durchs hohe Alter. Friesländer Boten, S. 15.
- Stadt Hameln (2023). Wie ein altersgerechtes Miteinander gelingen kann. <https://www.hameln.de/de/buergerservice-verwaltung/die-stadtverwaltung/pressemitteilungen-und-kontakt/stadt-buerger/wie-ein-altersgerechtes-miteinander-gelingen-kann?> abgerufen am 22.11.2023.
- Statista (2023). Prognose zur Entwicklung von Pflegebedürftigkeit nach Weltregion im Zeitraum von 2010 bis 2050. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/274028>
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C., & Beck, J. C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. JAMA 8, 287.
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbe-reiche. Gutachten 2014, Kurzfassung. Bonn/Berlin.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Andersen, C. K., & Keiding, N. (2002) Preventive home visits to older people in Denmark: methodology of a randomized controlled study. Aging Clin Exp Res 14(6), 509–515.
- Verlag Medien für die Region GmbH (27.10.2023). Braunschweig als Modellkommune: Präventive Hausbesuche für Senioren. <https://regionalheute.de/braunschweig/braunschweig-als-modell-kommune-praeventive-hausbesuche-fuer-senioren-braunschweig-1698416216/> abgerufen am 22.11.2023.
- Weidner, F., Schulz-Nieswandt, F., Brandenburg, H., Uzarewicz, C., von Renteln-Kruse, W., Klein, M; Isfort, M., & Schmidt, C. (2004). Gutachten. "Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW - Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen". Köln: DIP e.V.
- WHO, World Health Organization (2011). Global Health and Aging. National Institute of Health Publication 11, 7737.
- ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2013). Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzepts für Präventive Hausbesuche. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut GmbH.

Anhang

<u>Anhang I: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab 01.01.2022</u>	94
<u>Anhang II: Anschreiben der Modellkommune Braunschweig</u>	95
<u>Anhang III: Flyer der Modellkommune Braunschweig</u>	97
<u>Anhang IV: Karte besuchter Senior*innen der Modellkommune Braunschweig</u>	98
<u>Anhang V: Assessment der Modellkommune Braunschweig</u>	99
<u>Anhang VI: Fallbeispiele der Modellkommune Braunschweig</u>	102
<u>Anhang VII: Finanzierungsmodelle der Modellkommune Braunschweig</u>	105
<u>Anhang VIII: Anschreiben der Modellkommune Hameln</u>	107
<u>Anhang IX: Flyer der Modellkommune Hameln und Gutschein für eine Beratung</u>	109
<u>Anhang X: Karte bei Abwesenheit und Karte für den Kühlschrank</u>	111
<u>Anhang XI: Assessment der Modellkommune Hameln</u>	112
<u>Anhang XII: Fallbeispiele der Modellkommune Hameln</u>	129
<u>Anhang XIII: Veranstaltungen der Modellkommune Hameln</u>	134
<u>Anhang XIV: Finanzierungsmodell der Modellkommune Hameln</u>	136
<u>Anhang XV: Anschreiben der Modellkommune Zetel</u>	137
<u>Anhang XVI: Flyer der Modellkommune Zetel</u>	139
<u>Anhang XVII: Fallbeispiele der Modellkommune Zetel</u>	140
<u>Anhang XVIII: Finanzierungsmodell der Modellkommune Zetel</u>	143
<u>Anhang XIX: Treffen der Steuer- und Lenkungsgruppe</u>	144
<u>Anhang XX: Ausschnitt der Kodierungsliste</u>	145
<u>Anhang XXI: Zuarbeit aus den Modellkommunen</u>	146
<u>Anhang XXII: Tabelle der Pflegestatistik 2019 und 2021</u>	147

Anhang I: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab 01.01.2022 (Informationsportal, 2022)

	Häusliche / ambulante Pflege		Vollstationäre Pflege
	Durch Angehörige / Bekannte	Durch den ambulanten Dienst oder teilstationäre Pflege	
Pflegegrad 1	0 € *	0 € *	125 €
Pflegegrad 2	316 € *	724 € *	770 €
Pflegegrad 3	545 € *	1363 € *	1262 €
Pflegegrad 4	728 € *	1693 € *	1775 €
Pflegegrad 5	901 € *	2095 € *	2005 €
Entlastungsbetrag	* bis 125 € monatlich zusätzlich bei häuslicher / ambulanter Pflege		

Anhang II: Anschreiben der Modellkommune Braunschweig

Stadt  **Braunschweig** Der Oberbürgermeister

Postanschrift: Stadt Braunschweig, Postfach 3309, 38023 Braunschweig

Sozialreferat - Projektkoordination Braun-
schweiger Senior*innen selbstbestimmt
Schuhstraße 24

Name: Frau Ternité

Zimmer: 2.02

Telefon: 0531 470-7372

0162 2493638

Vermittlung: 0531 470-1

Fax: 0531 470-6044

E-Mail: praeventive.hausbesuche@braunschweig.de

Tag und Zeichen Ihres
Schreibens

(Bitte bei Antwort angeben)
Mein Zeichen

Tag

0500

29. Oktober 2021

„Braunschweiger Senior*innen selbstbestimmt – Präventive Hausbesuche“ ein Projekt der Stadt Braunschweig, gefördert durch das Land Niedersachsen **Wir besuchen Sie gern!**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Projekt **Präventive Hausbesuche** unterstützen wir Sie dabei, so lange wie
möglich gut in Ihren eigenen vier Wänden leben zu können.

Bei diesem Projekt machen geschulte Ehrenamtliche der Stadt Braunschweig einen
Hausbesuch bei Ihnen. Hier können Sie dann Fragen stellen und Ihre Wünsche
sagen, z. B. zur Hilfe im Haushalt, Freizeitangebote, soziale Kontakte, Ihre Wohn-
situation, mobil unterwegs sein und andere Themen.

Herzlich lade ich Sie ein: Melden Sie sich für einen Hausbesuch an. Rufen Sie uns
dafür an oder schreiben Sie uns eine E-Mail. Die Kontaktdaten stehen oben rechts.

...

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Internet:
Sprechzeiten:

NORD/LB Landessparkasse IBAN DE21 2505 0000 0000 8150 01
Postbank IBAN DE05 2501 0030 0010 8543 07
Volksbank eG BS-WOB IBAN DE60 2699 1066 6036 8640 00

Gläubiger ID: DE 09BS100000094285
Umsatzsteuer-ID: DE 11 48 78 770
Umsatzsteuernummer: 14/201/00553

- 2 -

Frau Ternité ist die Ansprechpartnerin für das Projekt und freut sich über einen Anruf von Ihnen unter der

Telefonnummer 0531 470-7372 oder eine
E-Mail an praeventive.hausbesuche@braunschweig.de.

Ich freue mich, wenn Sie mitmachen! Mehr Informationen zum Projekt finden Sie in dem Informationsblatt.

Mit freundlichen Grüßen
i. V.

Dr. Christine Arbogast
Stadträtin

Anhang III: Flyer der Modellkommune Braunschweig



Projektkoordinatorin
Anne-Kathrin Ternité
Schuhstraße 24
38100 Braunschweig
www.braunschweig.de/praeventive-hausbesuche



Rufen Sie uns an:

Telefon 0531 4707372
Mobil 0162 2493638

**oder schreiben Sie uns
eine E-Mail an:**
praeventive.hausbesuche@braunschweig.de

Gefördert durch:



**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung**

Stand: September 2021



Selbstbestimmt in der eigenen Wohnung

Das wünschen sich die meisten Menschen auch im hohen Lebensalter. Sie sind noch sehr aktiv, fragen sich aber, wie Sie später zurechtkommen in Ihrer Wohnung, falls Sie Hilfe benötigen? Oder wünschen Sie schon jetzt in einigen Bereichen Unterstützung? Möchten Sie gut informiert und selbstbestimmt Ihr Wohnumfeld auch im hohen Alter gestalten? Dann laden wir Sie herzlich ein, an einem kostenlosen Hausbesuch teilzunehmen.

Themen der präventiven Hausbesuche

- Wohnumfeld/ Wohnraumgestaltung
- Hauswirtschaftliche Hilfen
- Pflegebedarf
- Mobilität
- Gesundheitliche Situation
- Ernährung
- Freizeitgestaltung
- Soziale Kontakte
- Vollmachten/ Patientenverfügung



Braunschweiger Senior*innen selbstbestimmt – Präventive Hausbesuche

Kostenlos und freiwillig –
Beratungsangebot der Stadt Braunschweig
für alle Braunschweiger*innen ab dem
80. Geburtstag, die keinen Pflegegrad haben

Der präventive Hausbesuch auf einen Blick

In einem Erstgespräch werden geschulte Ehrenamtliche mit Hilfe eines Leitfadens Ihren Bedarf in einem persönlichen Gespräch bei Ihnen zu Hause dokumentieren

Dabei liegen uns Ihre eigenen Wünsche und Themen am Herzen

In einem Zweitbesuch bekommen Sie eine fachliche Beratung zu Hause über mögliche Unterstützungsangebote unserer Stadt z.B. durch die Nachbarschaftshilfen.

Alle Gespräche finden vertraulich statt. Sie können auch gern eine Person ihres Vertrauens zu den Gesprächen dazu bitten.

Die Hausbesuche sind freiwillig und kostenlos. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Gespräch zu beenden.

Ab November 2021 erhalten alle Senior*innen ab 80 Jahren eine Einladung per Post nach Hause. Danach bitten wir Sie sehr herzlich, einen Termin für einen präventiven Hausbesuch mit uns zu vereinbaren. Bei Interesse können Sie oder Ihre Angehörigen auch auf diesem Weg einen Termin ab November 2021 vereinbaren.



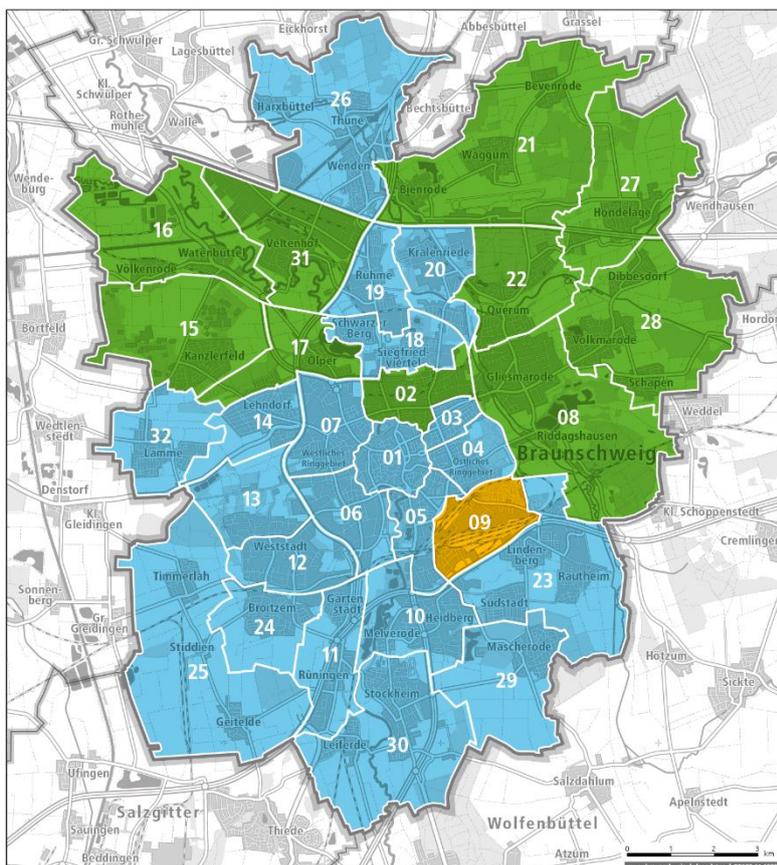
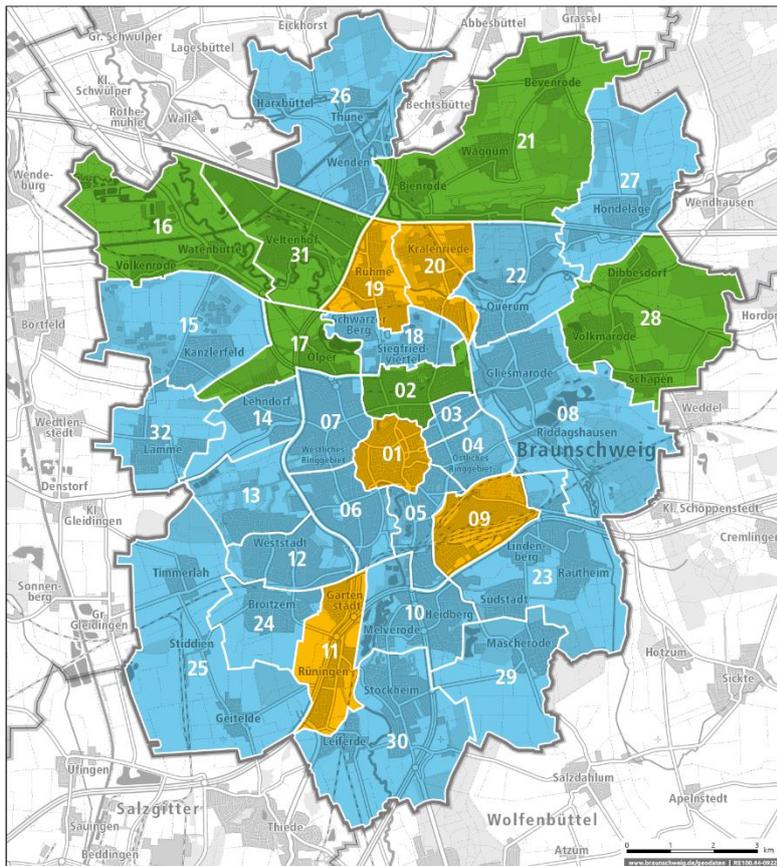
Rufen Sie uns an:

Telefon 0531 4707372
Mobil 0162 2493638



www.braunschweig.de/praeventive-hausbesuche

Anhang IV: Karte besuchter Senior*innen der Modellkommune Braunschweig



Anhang V: Assessment der Modellkommune Braunschweig

„Präventive Hausbesuche“

Leitfaden zum Erstgespräch (angelehnt an Step-m, vgl. DIP 2008)

1. Persönliche Daten	
1. Datum	
2. Name, Vorname	
3. Adresse	
4. Alter	
5. Geschlecht	
6. Aktuelle Lebenssituation: 1. alleinlebend 2. mit Partner 3. bei Kindern 4. sonstiges	
7. Ist eine weitere Person beim Gespräch anwesend?	Wenn ja, wer:
2. Mobilität	
Bitte kreuzen Sie an	
• Aufstehen aus dem Bett/ vom Stuhl	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Gehen in der Wohnung	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel
• Hindernisse in der Wohnung? (z.B. Türschwellen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Treppe möglich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Wie viele Stufen müssen Sie steigen	
• Verlassen der Wohnung	<input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> mind. 2x wöchentlich <input type="checkbox"/> nie
• Ist Ihnen oft schwindelig	<input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> mind. 2x wöchentlich <input type="checkbox"/> nie
• Sind sie in den letzten 6 Monaten gestürzt	Wie oft:
• Nutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Arztbesuche	<input type="checkbox"/> Allein <input type="checkbox"/> in Begleitung
Welche Hilfen wünschen Sie sich? →	
3. Sehen und Hören	
• Sehen	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> blind
• Brille	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> genutzt
• Hören	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> taub
• Hörgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Sicherer Umgang mit dem Hörgerät	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unsicher
4. Körperpflege	
• Waschen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Duschen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• An- und ausziehen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Toilettengang	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe

Welche Hilfen wünschen Sie sich? →	
5. Ernährung	
• Appetit	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig
• Abbeißen und Kauen	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> eingeschränkt
• Gewichtsverlust im letzten halben Jahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Wenn ja, wieviel KG?	
• Verdauung	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> eingeschränkt
• Wieviel trinken Sie am Tag?	
6. Aktivitäten des tägl. Lebens	
• Telefonieren	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Einkaufen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Kochen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Wäschewaschen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Wäsche aufhängen	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
• Finanzielle Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Welche Hilfen wünschen Sie sich? →	
7. Psychosoziale Situation	Skala von 1-10 (1 keine Auffälligkeit- 10 starke Belastung)
• Stimmung	
• Schlaf	
• Schmerz	
• Gedächtnis	
• Hilfe durch Angehörige in der Nähe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Hilfe durch Bekannte/ Freunde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Hilfen wünschen Sie sich? →	
8. Freizeitgestaltung/ Kirche/ Verein	
Bitte ergänzen →	
Wünschen Sie sich mehr Freizeitaktivitäten? → Wenn ja, welche?	
9. Hilfsdienste vorhanden?	
• Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
• Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

• Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Fußpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie sich Hilfsdienste? Wenn ja, welche? →		
10. Werden Hilfsmittel benutzt?		
• Rollator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Gehstock	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• WC- Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Haltegriffe im Badezimmer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Handlauf an der Treppe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Rampe ins Haus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Sonstige		
Welche Hilfsmittel fehlen Ihnen? →		
11. Vollmacht		
• Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
• Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

Einverständniserklärung

Ich bin mit der Erhebung der Daten des Fragebogens einverstanden.
 Daten dieses Fragebogens werden nur für das Projekt „Präventive Hausbesuche“ benutzt
 und nicht an Dritte weitergegeben.

 Ort/ Datum

 Unterschrift des Befragten

 Ort/ Datum

 Unterschrift des Beraters

Name:	Frau G.
Alter:	81 Jahre
Ortsteil:	Volkmarode

Themen:

- Versorgung des Ehemanns bei Beginn des Demenz
- soziale Kontakte schaffen ein, da Ehemann im Vordergrund steht

Situation:

- lebt mit Ehemann
- keine Angehörigen in der Nähe
- keine Einkaufsmöglichkeit in der Nähe
- kein eigenes Führerschein

2. Besuch durch Nachbarschaftshilfe:

Vorschläge:

- Antrag PG für Ehemann
- Tagespflege zur Entlastung
- Einkaufshilfe durch NH oder online-Bestellung
- Einladung Quartiersspaziergang

Ergebnis:

- Regelmäßige Teilnahme am Spaziergang mit Ehemann
- Einkaufshilfe durch NH
- Ehemann hat PG III erhalten → Tagespflege wird überlegt

Name: Herr B.

Alter: 86 Jahre

Ortsteil: westl. Ringgebiet

Themen:

- Ehefrau vor 10 Monaten verstorben
 - Trauerverarbeitung
 - Einsamkeit
 - Haushaltsversorgung

⇒ Weitervermittlung an Nachbarschaftshilfe

2. Besuch durch Nachbarschaftshilfe:

Vorschläge:

- Einladung zur Spaziergruppe im Quartier
- Einladung zu Aktivitäten der Nachbarschaftshilfe
- Alltagsbegleitung zur Bewältigung des Haushalts (Einkaufshilfe)
- Trauergrouppe

Ergebnis:

- kommt zur wöchentlichen Spaziergruppe
- geht zum wöchentlichen Frühstück zu Nachbarschaftshilfe
- Herr B. hat neuen Lebensmut gefasst und bedankte sich für unser Ausdrücken, was in der Trauerzeit das erste Angebot war, Hilfe zu bekommen. Sich Hilfe allein zu holen - dazu fehlte die Kraft!

Name: Fr. T.
Alter: 82 Jahre
Ortsteil: Viewegs Garten

Themen:

- gesundheitlich stark belastet
- Mobilität eingeschränkt
- durch Corona Isolation aus Gruppen

Situation:

- lebt mit Enkel, welcher ganztags arbeitet
- Haushalt durch Enkel versorgt
- ängstlich und unsicher → Fallangst
- hat 2 Joke die Wohnung nicht verlassen

Vorschläge:

- Beratung zur Antragsstellung eines Pflegegrads
- Einladung zu Spaziergangsgruppe im Quartier

Ergebnis:

- kommt regelmäßig zu Spaziergangsgruppe
- lud zum Kaffee bei sich zu Hause ein
↳ einen Kontakt zu einer anderen Seniorin
regelmäßig
- Pflegegeldantrag gestellt (Ergebnis steht aus)

Anhang VII: Finanzierungsmodelle der Modellkommune Braunschweig

1. Altersgruppe 80+

„Fortführung bestehender Strukturen“ mit Aufweichen der Zielgruppe

Leistung	Kosten	Summe 3 Jahre
Personalkosten Projektkoordination 12,5 % S15 + 12,5 % E9c	<u>monatlich</u> S: 818,76 € E: 620,94 € <u>Jährlich, geschätzt</u> 10.000,- € 8.000,- €	ca. 55.000,- €
Porto Anschreiben	ca. 1. Jahr 2.400 2. Jahr 2.400 3. Jahr 2.400	7.200 €
Öffentlichkeitsarbeit	ca. 3.000 €	9.000 €
Ehrenamtliche	ca. 3.000 €	9.000 €
Gesamtkosten, ca.		80.200,- €

2. Altersgruppe 80+

ähnlich der Präventiven Hausbesuche mit Aufweichen der Zielgruppe, Hauptamt

Leistung	Kosten	Summe 3 Jahre
Personalkosten Projektkoordination 25 % S15 + 25 % E9c	<u>monatlich</u> S: 1.637,51 € E: 1.241,88 € <u>Jährlich, geschätzt</u> S: 20.000,- € E: 15.500,- €	ca. 107.000,- €
Porto Anschreiben	ca. 1. Jahr 2.400 2. Jahr 2.400 3. Jahr 2.400	7.200 €
Öffentlichkeitsarbeit	ca. 3.000 €	9.000 €
Ehrenamtliche	ca. 3.000 €	9.000 €
Gesamtkosten		132.200,- €

3. Altersgruppe 75+

Leistung	Kosten	Summe 3 Jahre
Personalkosten Projektkoordination 100 % S11 b	<u>monatlich</u> 5.610,34 € <u>Jährlich</u> 67.324,08 €	201.972,24 €
Porto Anschreiben	ca. 1. Jahr 30.000 2. Jahr 8.000 3. Jahr 8.000	46.000 €
Öffentlichkeitsarbeit	ca. 3.000	9.000 €
Gesamtkosten		256.972,24 €

4. Altersgruppe 75+

ähnlich der Präventiven Hausbesuche, ausgewählter Quartiersbezug

Leistung	Kosten	Summe 3 Jahre
Personalkosten Projektkoordination 25 % S15 + 25 % E9c	<u>Monatlich (ca.)</u> S: 1.637,51 € E: 1.241,88 € <u>Jährlich (ca.)</u> S: 20.000,- € E: 15.500,- €	ca. 107.000,- €
Porto Anschreiben	1. Jahr 2.300 2. Jahr 2.300 3. Jahr 2.300	7.000 €
Öffentlichkeitsarbeit	ca. 3.000 €	9.000 €
Ehrenamtliche	ca. 3.000 €	9.000 €
Sonstiges (z. B. Fortbildungen, Fahrtkosten)	ca. 3.000 €	3.000 €
Gesamtkosten, ca.		135.000,- €

* geschätzte Kosten

** Personalkosten entsprechen Durchschnittsverdiensten 2022

Anhang VIII: Anschreiben der Modellkommune Hameln



Claudio Griese

Oberbürgermeister der Stadt Hameln

Stadt Hameln, Postfach, 31784 Hameln

Herrn/ Frau

X

X

X

Hameln, den 1. November 2021

Sehr geehrter Herr/ Frau X,

die Stadt Hameln möchte für ältere Menschen auch in Ihrem besonderen Alter die Lebensqualität so lange wie möglich erhalten und Sie am gesellschaftlichen Miteinander teilhaben lassen. Der Wunsch, im Alter zuhause leben zu können, auch wenn es persönliche Veränderungen gibt, wird von vielen Menschen geteilt. Um diesem Anliegen nachzukommen, startet das Modellprojekt „Zuhause im Quartier – Präventive Hausbesuche“ in Hameln.

- Sie möchten von Ihrer persönlichen Lebenssituation erzählen?
- Sie sind interessiert an neuen Kontakten oder gemeinsamen Aktivitäten in Ihrer Nachbarschaft?
- Sie suchen für sich und/ oder Ihre Bekannten Unterstützungsangebote?
- Sie kennen Hameln und haben Ideen und Verbesserungsvorschläge, wie die Stadt Hameln altersfreundlicher werden kann?

Dann freue ich mich Ihnen im Rahmen des Modellprojektes „Zuhause im Quartier“ des Landes Niedersachsen einen Besuch von **Frau Lissel** oder **Frau Schnee** anbieten zu können.

...

- 2 -

Bei den Besuchen handelt es sich um ein freiwilliges und kostenloses Angebot für die über 80-jährigen Seniorinnen und Senioren in der Stadt Hameln, die noch keinen Pflegegrad haben. Selbstverständlich werden die Inhalte im Gespräch vertraulich behandelt.

Ich würde mich freuen, wenn Sie Interesse haben, einen Termin zu vereinbaren. Melden Sie sich hierfür bitte im Büro für Präventive Hausbesuche der Stadt Hameln unter der Telefonnummer ☎ **05151 – 202 1406** oder ☎ **05151 – 202 1853** oder per E-Mail unter ✉ **zuhause-im-quartier@hameln.de**.

Sollten Sie einen besonderen Bedarf haben, zum Beispiel eine Beratung in einer anderen Sprache benötigen, zögern Sie nicht, uns zu informieren. Wir finden gemeinsam eine Lösung.

Sie kennen jemand der Interesse an diesem Angebot hätte? Dann geben Sie den beiliegenden Flyer gerne weiter. Wir freuen uns über Ihren Anruf.

Mit freundlichen Grüßen

Claudio Griese

Anhang IX: Flyer der Modellkommune Hameln und Gutschein für eine Beratung



Ihre Beraterinnen

Francesca Lissel & Miriam Schnee

Neben der Stadt Hameln wurden die Stadt Braunschweig und die Gemeinde Zetel im Landkreis Friesland als Modellkommunen für das Projekt „Präventive Hausbesuche“ des Landes Niedersachsen ausgewählt.

Telefonische Sprechzeiten des Büros:

Dienstag: 10:00 - 12:00 Uhr
Donnerstag: 14:00 - 16:00 Uhr
Und nach Vereinbarung.
☎ 05151-202 1406 / ☎ 05151-202 1853

Adresse:

Kurie Jerusalem, Alte Marktstraße 20
31785 Hameln
✉ zuhause-im-quartier@hameln.de

Zuhause im Quartier - Präventive Hausbesuche

Stadt Hameln
Abteilung: Familie & Soziales

Kontakt: Seniorenbeauftragte & Projektleitung

Hilke Meyer
Alte Marktstraße 20 (Kurie Jerusalem)
31785 Hameln
☎ 05151-202 1271
✉ meyer@hameln.de

Ansprechpartnerinnen:

Francesca Lissel
Alte Marktstraße 20
(Kurie Jerusalem)
31785 Hameln
☎ 05151-202 1406
✉ francesca.lissel@hameln.de



Miriam Schnee
Alte Marktstraße 20
(Kurie Jerusalem)
31785 Hameln
☎ 05151-202 1853
✉ miriam.schnee@hameln.de



Fotos: Stadt Hameln

Gefördert durch:



Wissenschaftliche Begleitung:



Präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen

Fachbereich: Bildung, Familie & Soziales
Abteilung: Familie und Soziales

Zuhause im Quartier

Gut informiert zu Hause leben

Ein aktives und selbstbestimmtes Leben – das wünschen sich die allermeisten Menschen. Damit verbunden besteht oftmals der Wunsch, so lange wie möglich zu Hause zu wohnen.

Hierbei sind die Angebote und Dienstleistungen im Quartier eine wichtige Unterstützung. Diese sind der Inhalt der Präventiven Hausbesuche.

In einem persönlichen Gespräch können Sie von ihrer Lebenssituation berichten und sich über verschiedene Angebote und Dienstleistungen in ihrem Stadtteil informieren lassen. Auf Wunsch vermitteln die Beraterinnen den Kontakt zu Angeboten und den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern.

Auf besondere Bedarfe oder den Wunsch zum Beispiel nach einer fremdsprachlichen Beratung, gehen wir gerne ein.

Präventive Hausbesuche

Während des Hausbesuchs informieren wir Sie gerne vertraulich zu allen Fragen rund ums Alter und unterstützen Sie, möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu Hause zu führen.

Mögliche Themen sind...

- ... persönliche Anliegen
- ... Alltagsgestaltung
- ... soziale Kontakte
- ... Wohnumfeld und Wohnsituation
- ... pflegerische Hilfen
- ... gesundheitliche Situation



So sind sie dabei

Die Stadt Hameln informiert die über 80-jährigen Seniorinnen und Senioren aus den Hamelner Stadtbezirken (vor allem der Quartiere Nordstadt, Südstadt und Altstadt) in einem Brief über die Hausbesuche. Diese sind ein **freiwilliges** und **kostenloses** Angebot der Kommune.

Alternativ können Sie gerne zu den Ansprechpartnerinnen des Projektes Kontakt aufnehmen.

Wie läuft ein Hausbesuch ab?

Die Besuche können bei allen über 80-jährigen Seniorinnen und Senioren stattfinden, die in einer Wohnung oder einem Haus in Hameln leben und noch keinen Pflegegrad haben. Selbstverständlich besteht jederzeit die Möglichkeit das Gespräch zu beenden.

Persönliche Daten werden **anonymisiert** und nur für die wissenschaftliche Auswertung durch die Hochschule Osnabrück verwendet.

Gutschein



Für eine Beratung zu allen
Themen rund ums „Älterwerden“

Das Projekt „Zuhause im Quartier - Präventive Hausbesuche“ ist ein Modellprojekt des Landes Niedersachsen. Neben der Stadt Hameln wurden die Stadt Braunschweig und die Gemeinde Zetel im Landkreis Friesland als Modellkommunen für das Projekt ausgewählt.

Gut informiert zu Hause leben



Die Beratung wird vom Büro für Präventive Hausbesuche (Stadt Hameln, Abt. Familie & Soziales) durchgeführt. Die Beratung erfolgt direkt bei Ihnen zuhause und ist selbstverständlich vertraulich. Sie können telefonisch einen Termin vereinbaren unter ☎ 05151 202 1853 oder ☎ 05151 202 1406. Oder schreiben Sie eine E-Mail an ✉ zuhause-im-quartier@hameln.de

Ihre Beraterinnen
Francesca Lissel & Miriam Schnee



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Zuhause im Quartier - Präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen

Schade, dass ich Sie am _____
um _____ nicht angetroffen habe.
Wir können gerne einen neuen Termin für
einen Hausbesuch vereinbaren. Melden
Sie sich hierzu im **Büro für Präventive
Hausbesuche** unter 05151 202 1406 oder
05151 202 1853.



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Zuhause im Quartier - Präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren in Niedersachsen

Wichtige Telefonnummern:

Büro für Präventive Hausbesuche 05151 202 1406
(Francesca Lissel/ Miriam Schnee) 05151 202 1853

A.R.A. Treffpunkt für die zweite Lebenshälfte 05151 202 1344

Team Prävention Polizei Hameln-Pyrmont 05151 933 107

Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117

Hausarzt _____

(hier ist Platz für den Eintrag einer für Sie wichtigen Kontaktperson)

Anhang XI: Assessment der Modellkommune Hameln

(digital im Serviceportal der Stadt Hameln; angelehnt an Step-m, vgl. DIP 2008)



Serviceportal

ANMELDEN ➔ MENÜ ☰

Projekt Präventive Hausbesuche

Gebühren

Es fallen keine Gebühren an.

Anmeldung

- Hat sich selbst angemeldet
- Wurde angeschrieben

Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Geburtsjahr

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- Lebensgemeinschaft
- keine Angabe

ischaft

E-Mail-Adresse

Quartier

Wie lange wohnen Sie schon im Quartier?

Telefon

Vorwahl

Rufnummer

Geschlecht

m

w

d

Geburtsjahr

Frühere Berufstätigkeit

Migrationshintergrund

ja

nein

War eine Vertrauensperson anwesend

ja

nein

Wenn ja wer?

Sonstiges

Motivation

Intention

Aktuelle Lebenssituation

- Allein lebend
- In einer Partnerschaft
- Mit Familie (Kindern) im Haus/ Wohnung
- keine Angabe
- Sonstiges

Kinder

- ja
- nein
- keine Angabe

wenn ja, Anzahl

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- +

wo lebend?

- In der Region (HM-Pyrmont)
- 10-50 km entfernt
- > 50 km entfernt
- > 100 km entfernt
- keine Angabe

ernst

Alltag

Unterstützung im Alltag vorhanden?

- ja
- nein
- keine Angabe

wenn ja, von wem (z. B. Sohn/ Tochter, Nachbarin, etc.)?

wenn ja, welche Unterstützung (z. B. Einkauf, Haushalt)?

Persönliche Versorgung

Hauswirtschaftliche Situation

Welche Aufgaben im Haushalt und ggf. im Garten können Sie zu Ihrer Zufriedenheit selbständig erledigen?

- Einkaufen
- Kochen
- Wäsche waschen
- Putzen
- Haustiere versorgen
- Handwerkliche Arbeiten
- Gartenarbeit
- keine Angabe

Gibt es jemanden, der Sie unterstützt, wenn Sie Hilfe benötigen?

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angaben

Wenn ja, wer?

- Familie
- Freunde
- Nachbarn
- Sonstige

Sonstige:

Würden Sie sich über eine Haushaltsunterstützung freuen?

- ja
- nein
- keine Angaben

Wohnsituation

Gibt es etwas, das Ihnen das Leben in Ihrer Wohnung erschwert?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wenn ja, was erschwert Ihnen das Leben?

- Treppen
- Bad (z.B. Ein- und Ausstieg aus der Badewanne/ Dusche, fehlende Haltegriffe)
- Toilette (z.B. ungünstige Sitzhöhe)
- Unfallquellen (z.B. fehlende Beleuchtung, Türschwelle, defekte Geräte)
- keine Angabe

Sonstiges:

Wie gehen Sie mit den Einschränkungen um?



1 Einschränkungen um?

Hilfsmittel

Benutzen Sie ein Hilfsmittel zur Fortbewegung innerhalb/ außerhalb der Wohnung/ des Hauses?

- ja
- nein
- keine Angabe

Haben Sie weitere Hilfsmittel (z.B. Badewannelifter)?

- ja
- nein
- keine Angabe

Empfinden Sie die Nutzung eines Hilfsmittels als Belastung ?

- ja
- nein
- keine Angabe

Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt?

- ja
- nein
- keine Angabe

Haben Sie Angst/ Sorge, dass Sie einmal/ wieder stürzen könnten?

- ja
- nein
- keine Angabe

Psychosoziales Wohlbefinden

Vorbefinden

Kontakte

Wie haben sich ihre sozialen Kontakte in der letzten Zeit entwickelt?

- Ich habe neue Bekannte gewonnen
- Keine Veränderung
- Einige Kontakte habe ich aufgeben müssen
- Habe nahezu alle wichtigen Kontakte verloren (z. B. Lebenspartner)
- keine Angabe

Kommentar/ Begründung:

Wünschen Sie mehr Kontakte?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Situation?

Haben Sie enge Bezugspersonen?

- ja
- nein
- keine Angabe

wenn ja, wer ist diese Person (z. B. Sohn/ Tochter, Nachbarin, etc.):

Person (z. B. Sohn/ Tochter, Nachbarin, etc.):

Vertrauensperson

Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen können und dem Sie sich anvertrauen?

- ja
- nein
- weiß nicht
- keine Angabe

Stimmung

Hatten Sie im vergangenen Monat weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen?

- ja
- nein
- keine Angabe

Macht Ihnen der Verlust eines nahestehenden Menschen noch Kummer?

- ja
- nein
- keine Angabe

Fehlt Ihnen der Antrieb für alltägliche Aufgaben?

- ja
- nein
- keine Angabe

Grübeln Sie viel?

- ja
- nein
- keine Angabe

Sind Sie wegen gedrückter Stimmung in ärztlicher Behandlung?

- ja
- nein
- keine Angabe

Was tröstet Sie und tut Ihnen gut?

Allgemeine Pflegesituation

Gibt es jemanden, der Ihnen hilft, wenn Sie akut krank sind?

- ja
- nein
- keine Angabe

Gibt es jemanden, der Ihnen helfen würde, wenn Sie über längerer Zeit pflegebedürftig wären?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wurde bereits ein Pflegegrad beantragt?

- ja
- nein
- keine Angabe

Freizeitgestaltung

Hobbies und Sport

Welche Aktivitäten/ Hobbies haben Sie, die Ihnen besondere Freude machen und wie oft betreiben Sie diese?

Machen Sie Sport/ Gymnastik oder bewegen Sie sich regelmäßig?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wie lange bewegen Sie sich täglich, dass Sie etwas außer Atem sind, ohne dabei ins Schwitzen zu kommen?

Wie lange bewegen Sie sich täglich, dass Sie etwas außer Atem sind, ohne dabei ins Schwitzen zu kommen?

Minuten

Sind Sie in einem Verein, in einem Kreis oder einer Gruppe?

- ja
- nein
- keine Angabe

Angebote

Was machen Sie gerne in ihrer Freizeit?

- Sport
- Freunde
- Familie
- Garten
- Quartierangebote
- Sonstiges

Sonstiges:

Unternehmen Sie viel mit Freunden oder ihrer Familie?

- ja
- nein
- keine Angabe

Besuchen Sie kulturelle Angebote?

- ja
- nein
- keine Angabe

Welche Angebote für SeniorInnen sind Ihnen bekannt?

- Treffpunkt für die zweite Lebenshälfte „A.R.A.“
- Seniorenstützpunkt Niedersachsen



Stützpunkt Niedersachsen

Sonstiges:

Welche Angebote besuchen Sie?

- Treffpunkt für die zweite Lebenshälfte „A.R.A.“
- Seniorenstützpunkt Niedersachsen
- keine Angabe

Sonstiges:

Freiwilliges Engagement

Üben Sie ein Ehrenamt aus?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wenn ja, welches?

Digitalisierung

Nutzen Sie digitale Geräte?

- ja
- nein
- keine Angabe

Sonstiges:

Wie gut können Sie mit digitalen Geräten umgehen?

- sehr gut
- einigermaßen
- ein bisschen
- gar nicht

Wie gut können Sie mit digitalen Geräten umgehen?

- sehr gut
- einigermaßen
- ein bisschen
- gar nicht
- keine Angabe

Wie oft nutzen Sie digitale Geräte?

- oft
- ab und zu
- selten
- keine Angabe

Wo haben Sie den Umgang mit digitalen Geräten erlernt?

- Familie
- Freunde
- Sonstiges
- keine Angabe

Wo haben Sie einen Internetzugang?

- zu Hause
- Bei Freunden
- Bei der Familie
- keine Angabe

Sonstiges:

Wünschen Sie sich Unterstützung?

- ja
- nein
- keine Angabe

Mobilität

Fortbewegung/ Transport

Wie oft verlassen Sie ihre Wohnung (z. B. Einkaufen, Garten, Spaziergehen)?

- täglich
- mindestens ein- bis zweimal pro Woche
- seltener als einmal pro Woche
- (fast) nie
- keine Angabe

Welche der folgenden Transportmittel nutzen Sie selbständig?

- Fahrrad
- PKW
- ÖPNV (Busse, Bahnen)
- Taxi
- keine Angabe

Welche der folgenden Transportmittel nutzen Sie nur mit Unterstützung/ in Begleitung?

- Fahrrad
- PKW
- ÖPNV (Busse, Bahnen)
- Taxi
- keine Angabe

Wenn Sie Begleitung/ Unterstützung benötigen, wer kommt mit?

Nutzen Sie Fahrdienste?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wird die Nutzung der Fahrdienste durch die Stadt Hameln gefördert?

Unterstützung benötigen, wer kommt mit?

Nutzen Sie Fahrdienste?

- ja
- nein
- keine Angabe

Würde Ihnen ein Fahrdienst den Alltag erleichtern? (z. B. Arztbesuche, Freizeitaktivitäten)

- ja
- nein
- keine Angabe

Gesundheit

Allgemeine ärztliche Versorgung

Haben Sie einen Hausarzt?

- ja
- nein
- keine Angabe

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in häuslicher/ ärztlicher Behandlung?

- ja
- nein
- keine Angabe

Wie kommen Sie zu Ihrem Hausarzt/ Arzt?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ja
- nein
- keine Angabe

Richten Sie ihre Medikamente selbst?

- ja
- nein
- keine Angabe

Ernährung

Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag?

- Weniger als 3
- 3 Mahlzeiten
- 4 bis 5 Mahlzeiten
- Mehr als 5 Mahlzeiten
- keine Angabe

Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit?

- ja
- nein
- keine Angabe

Kochen Sie selbst?

- ja
- nein
- keine Angabe

Nehmen Sie Essen auf Rädern in Anspruch?

- ja
- nein
- keine Angabe

Bewegungsfähigkeit

Haben Sie Schwierigkeiten, wenn Sie ohne Hilfe einer anderen Person (evtl. mit Hilfsmittel) Folgendes durchführen?

- aus dem Bett aufstehen
- zu Fuß gehen
- das Haus verlassen
- die Straße überqueren
- sich hinknien oder bücken
- nein ich habe keinen Schwierigkeiten
- keine Angabe

Wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um?

Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht

Haben Sie eine Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht?

- ja
- nein
- keine Angabe

Haben Sie Interesse an einer Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung?

- ja
- nein
- keine Angabe

Abschluss

Vorschläge für die/die SeniorIn von der BeraterIn (Angebote, Versorgungsmöglichkeiten, Infomaterialien, AnsprechpartnerInnen):



Abschluss

Vorschläge für die/die SeniorIn von der BeraterIn (Angebote, Versorgungsmöglichkeiten, Infomaterialien, AnsprechpartnerInnen):

Haben Sie Wünsche/ Anregungen für das Quartier?

Ist ein weiterer Besuch oder (alternativ) eine telefonische Beratung gewünscht?

- ja
- nein
- keine Angabe

Termin vereinbart?

- ja
- nein
- keine Angabe

Anmerkungen:

Das Gespräch

- wurde bis zum Ende geführt
- wurde vorzeitig abgebrochen

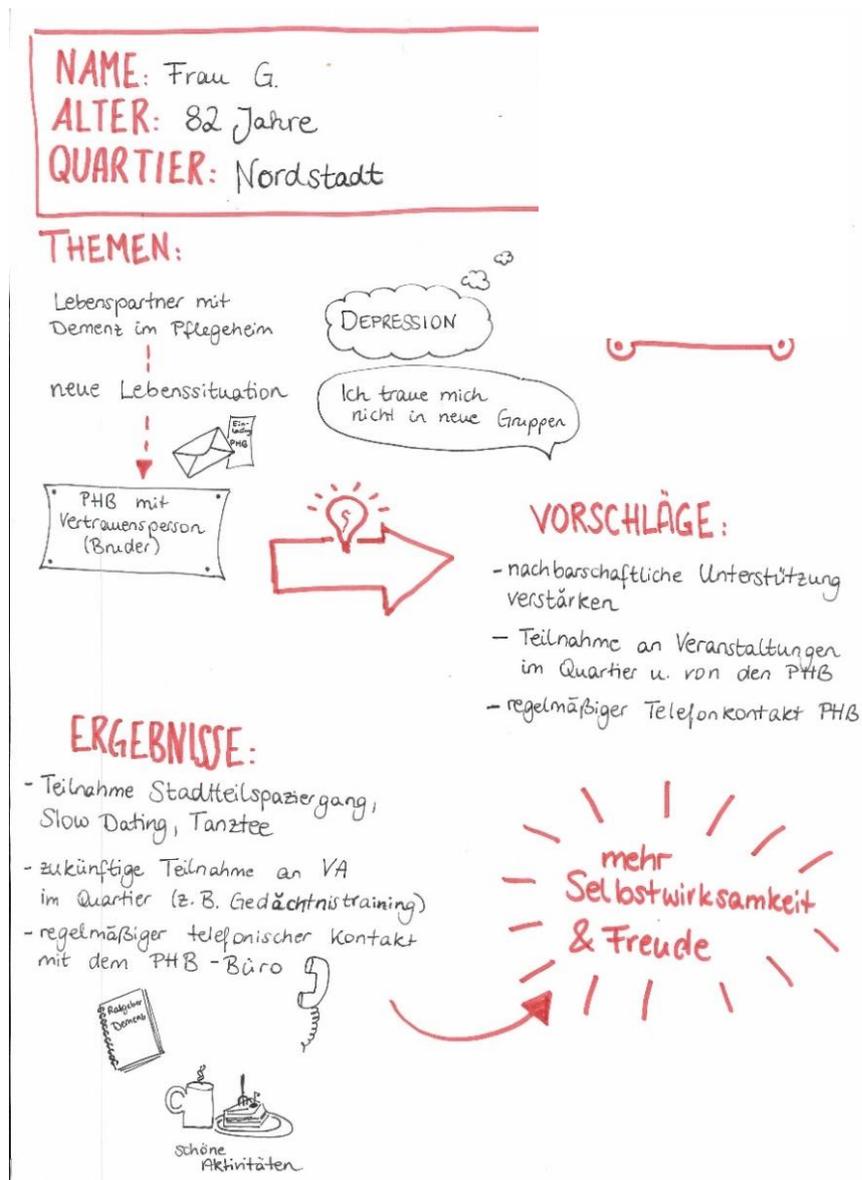
Datenschutz

Allgemeine Informationen zum Datenschutz und Widerrufshinweise finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.*

Weiter

Anhang XII: Fallbeispiele der Modellkommune Hameln



Beraterin: Studium Soziale Arbeit (M.A.)

Erster HB: 29.11.2021, zweiter HB wurde von Fr. G. abgesagt

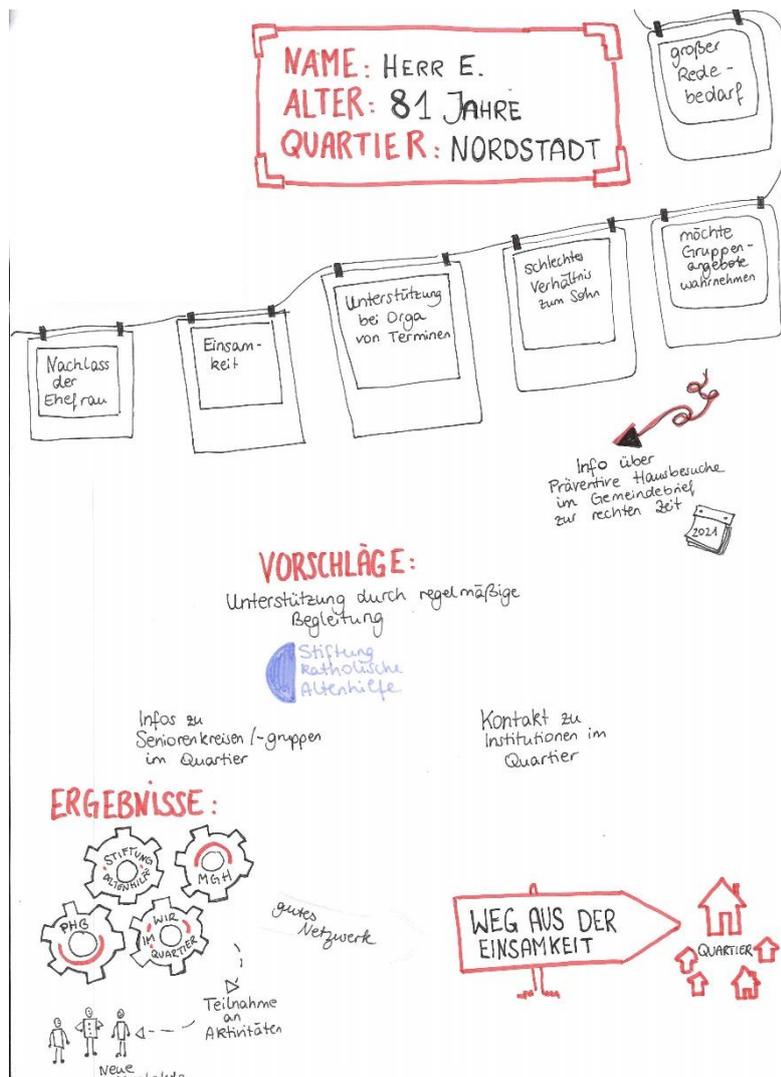
Lebenssituation durch einschneidendes Ereignis (langjähriger Lebenspartner kam mit Diagnose Demenz ins Pflegeheim) stark verändert. Traut sich wenig allein zu, daher PHB mit dem Bruder und Schwägerin als Vertrauenspersonen.

Vorschläge durch direkte Ansprache und Begleitung der akademisch ausgebildeten Fachkraft zu Institutionen, sowie Ermutigung das eigene Unterstützungsnetzwerk (z. B. Familie, Nachbarn) auch in Anspruch zu nehmen.

Ergebnis: Teilnahme an vielen Veranstaltungen (Spaziergang (einmalig), Slow Dating, Tanztee) -> Stärkung des Selbstwertgefühls!

Regelmäßiger telefonischer Kontakt zur akademisch ausgebildeten Fachkraft sowie regelmäßige Teilnahme an Veranstaltungen im Treffpunkt für die 2. Lebenshälfte „A.R.A.“, z. B. Bewegung und Vorträge

Herbst 2023 Veränderung der Situation durch Tod des Lebenspartners, der sie emotional zurückwirft. Regelmäßiger Kontakt durch die akademisch ausgebildete Fachkraft; weitere Hausbesuch angedacht, um mit ihr die neue Lebensrealität zu strukturieren



Beraterin: Studium Sozial- und Organisationspädagogik (M.A.)

Erster HB: 20.09.2021, zweiter HB: 19.01.2022, dritter HB: 17.11.2023

Wäscheleine (s. Abbildung) macht deutlich, dass es mehrere Themen gab, die die akute Situation bestimmen; Information über die PHB im Gemeindebrief kam da passend

Vorschläge durch den Hausbesuch: Begleitung durch Stiftung kath. Altenhilfe und Teilhabe/Unterstützung im Quartier.

Ergebnis: Alles greift ineinander und fördert den Weg des Herrn E. aus der Einsamkeit -> er ist inzwischen gut integriert und bekannt im Stadtteil, regelmäßige Teilnahme an Spaziergängen und Gruppen im Quartier (MGH, Wir im Quartier (Quartiersarbeit der Töneböen Stiftung))

Regelmäßiger Kontakt zur akademisch ausgebildeten Fachkraft

Vorfall 17.11.2023: Herr E. kontaktiert die akademisch ausgebildete Fachkraft, möchte am Telefon keinen Grund nennen, bittet um weiteren PHB (schnellstmöglich) -> er ist auf einen Betrüger reingefallen, hat viel Geld verloren und nicht die Polizei informiert. Akademisch ausgebildete Fachkraft hat gemeinsam mit ihm das Konto gesperrt und die Polizei kontaktiert Herr E. hat über den gesamten Zeitraum nur wenig Kontakt zu seinen Kindern, spricht mit Ihnen nicht über seine finanzielle Situation und hat „Angst“ vor dem Stiefsohn (dieser möchte viel Geld haben, stände ihm zu aus dem Nachlass seiner Mutter)

Regelmäßige Anrufe von Stiftung kath. Altenhilfe über aktuelle Situation

Anruf 11.07.2023 Von Herrn G. - er ist der neue Betreuer von Herrn E. und kümmert sich um alles. Wollte sich informieren über Beziehung zu Herrn E. (woher die Initiative einer Betreuung kam, ist nicht bekannt)

NAME: FRAU F.
ALTER: 81 Jahre
QUARTIER: Südstadt

THEMEN:



<p>ANGEBOTE & KONTAKTE</p> <p>YOGA</p> <p>VERANSTALTUNGEN</p> <p>ARA & PHB</p>	<p>Stiftung katholische Altenhilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heimplatz Schwägerin - Unterstützung bei Wohnungsauflösung 	<p>FAHRDIENST</p> <p>Reha geschafft</p>
--	--	---

Weniger Sorgen

↓

Teilhabe in Hameln

Beraterin: Studium Sozial- und Organisationspädagogik (M.A.)

Erster HB: 19.01.2022, zweiter HB: 17.05.2022 sowie Teilnahme am Interview

Zugezogen (während Corona) aus den Niederlanden, weil die Schwägerin hier wohnt -> Feststellung, dass diese demenz ist, erst nach dem Umzug

Muss sich um die Versorgung der Schwägerin kümmern (erst in der Wohnung, danach einen Heimplatz organisieren) -> war überfordert

Kennt keinen in der Umgebung, kennt Angebotsvielfalt nicht

Knie OP steht bevor mit anschließender Reha (Angst um Schwägerin ist ständiger Begleiter)

Vorschläge: Aufklärung, Vermittlung von Unterstützungsangeboten der Stiftung Kath. Altenhilfe bei der Versorgung der Schwägerin, Fahrdienst zum Arzt (weiter entfernt) in Anspruch genommen

Ergebnis: Integration in Angebote vor Ort (Slow Dating), Erleichterung durch Unterstützung

NAME: Frau H
 ALTER: 91 JAHRE
 QUARTIER: BASBERG



Beraterin: Studium Sozial- und Organisationspädagogik (M.A.)

Erster HB: 16.11.2022, zweiter HB: 14.12.2022

Hinweis von der Polizei (Weißer Ring), dass Dame auf Betrüger hereingefallen ist und Unterstützung bedarf, Hausbesuche wäre ggf. sinnvoll

Frau H. ist auf Trickbetrüger am Telefon reingefallen (Unfall ihres Sohnes vorgetäuscht), Geld hat sie aufgrund der Initiative ihrer Haushaltshilfe nicht verloren. Seitdem verlässt sie kaum noch das Haus, wesensverändert, „wie gelähmt“

Telefonat mit Sohn -> fand HB ebenfalls sinnvoll, da er selbst weiter entfernt lebt

Begleitung auch von einem Arzt vom Weißen Ring

Gespräch mit Frau H. eher einseitig, möchte nicht so viel erzählen (ggf. aufgrund dessen, dass eine Bekannte dabei war (sollte Frau H. nach dem Vorfall unterstützen) -> redet sehr wenig von sich aus, kann ihr eigenes Empfinden nicht so richtig beschreiben, hätte nach wie vor Lust zu ihrer Spielgruppe zu gehen, kann sich aber noch nicht richtig überwinden. Fühlt sich unwohl alleine zu Hause

Vorschläge: Gespräche über die Situation und Ermutigung wieder in den Alltag zurück zu kehren und ggf. Hilfen in Anspruch nehmen (z. B. Fahrdienst)

2. HB: Positive Entwicklung, hat wieder den Alltag aufgenommen, geht regelmäßig zum Spielen und zum Kegeln, nimmt 3x pro Woche Essen auf Rädern in Anspruch, kocht ansonsten selbst. Wünscht sich einen Fahrdienst, da Taxifahrten auf die Dauer zu teuer sind und sie den Weg zum Bus nicht mehr alleine schafft, Verlust ihrer Tochter (1997, Lungenkrebs) und schlechtes Verhältnis zum Schwiegersohn beschäftigen sie immer noch.

Ergebnis: besucht wieder ihre Freundesgruppe, geht zum Kegeln und ist in ihrem Quartier mobil

NAME: HERR P.
 ALTER: 89 JAHRE
 QUARTIER: BASBERG

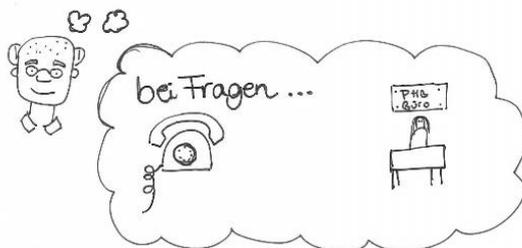


ERGEBNISSE:

Antrag
 Pflegegrad
 für Frau P.



professionelle Unterstützung:
 · im Haushalt
 · Medikamente
 · Gesellschaft & Betreuung



Beraterin: Studium Soziale Arbeit (M.A.)

Erster HB: 03.12.2021, zweiter HB: 18.03.2022

Herrn P. wurde durch seine Kinder dazu geraten, sich für einen PHB zu melden.

Seine Frau wird immer vergesslicher, was er aber auch kaum wahrhaben möchte. Die ärztliche Diagnose Demenz lag bereits vor.

Vorschläge: Beantragung des Pflegegrades für seine Ehefrau. Dieser wurde auch gewährt, sogar für etwa 1,5 Jahre rückwirkend.

Ergebnis: Unterstützung durch einen Pflegedienst, besonders für die Tablettengabe, die Organisation des Haushalts und für Betreuung seiner Frau, wenn er alleinige Aktivitäten wie seinen Gang zum Markt erledigen möchte. Bei Fragen ist das Büro für ihn weiterhin ein Ort, an den er sich gerne wendet.

Anhang XIII: Veranstaltungen der Modellkommune Hameln

Offene Seniorenarbeit 07/2022 – 06/2023:

Datum	Veranstaltung	Ort
21.03.2022	Stadtteilspaziergang	Nordstadt & Mehrgenerationenhaus
22.04.2022	Achtsamkeitsspaziergang im Wald	Stadtforst Wehl (Nordstadt)
25.04.-29.04.2022	Selbstschutztraining Intensivwoche	Treffpunkt A.R.A.
25.04.2022	Vortrag Sicherheit im Alter	Gemeindezentrum St. Vizelin (Klein Berkel)
26.04.2022	Schnupperkurs Life Kinetik	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
27.04.2022	Vortrag Multimedikation	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
28.04.2022	Slow Dating – das etwas andere Kennenlernen	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
01.05.2022	Tanz in den Mai	Tanzschule für Sie (Innenstadt)
09.06.2022	Schnupperkurs Gedächtnistraining	Heinrich-Heine-Treff (Nordstadt)
15.06.2022	Slow Dating – das etwas andere Kennenlernen	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
06.07.2022	Vortrag: Sicherheit im Alter (Polizeiinspektion Hameln-Pyrmont/ Holzminden)	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
19.07.2022 (Absage Hitze!) 30.08.2022 (Ersatztermin)	Schnupperstunde Life Kinetik	KAISERS (Südstadt)
03.08.2022	Besuch der Bahnhofsmission	Bahnhof Hameln (Südstadt)
19.08.2022	Achtsamkeitsspaziergang im Wald	Stadtforst Wehl (Nordstadt)
28.09.2022	Begegnung International (mit der Deutschen Gesellschaft e.V.)	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
02.11.2022	Schnupperkurs Selbstschutztraining	KAISERS (Südstadt)
2023		
Jeden 3. Montag im Monat	Stadtteilspaziergang	Heinrich-Heine-Treff, Nordstadt
26.01.2023	Vortrag: Sicherheit im Alter (Polizeiinspektion Hameln-Pyrmont/ Holzminden)	Mehrgenerationenhaus (Nordstadt)
15.02.2023	Vortrag von Stromspar-Check Aktiv Hameln-Pyrmont/ Holzminden	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
08.03.2023	Slow Dating – Das etwas andere Kennenlernen	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)

Datum	Veranstaltung	Ort
31.05.2023	Vortrag zum Thema Vergesslichkeit von einem Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
24.06.2023	Fachtag Präventive Hausbesuche	Sumpflume
05.07.2023	Infostand Wochenmarkt	Innenstadt
05.07.2023	Besuch Smart City	Innenstadt
19.07.2023	Im Alltag sicher bezahlen	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
03.09.2023	Infostand Eröffnung Adaltesing-Park/ Nordstadtfest	Nordstadt
06.09.2023	Besuch der Stadtbücherei	Innenstadt
18.10.2023	Veganes/ vegetarisches Kochen (generationenübergreifendes Angebot)	Treffpunkt A.R.A. (Innenstadt)
18.10.2023	Vortrag zum Thema Bewegung im Alter von einem Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie	St. Elisabeth Gemeinde (Nordstadt)
26.10.2023	Infostand Vesperkirche/ Wärmewinter	Innenstadt
17.11.2023	Bundesweiter Vorlesetag	Martin-Luther Gemeinde (Nordstadt)

Anhang XIV: Finanzierungsmodell der Modellkommune Hameln

Personalkosten:

Verwaltung 3 Std/Woche TVöD EG 5

Sozialpädadoge/-arbeiter*in mit 22 Std./Woche TVöD S 11 b

Sozialpädadoge/ -arbeiter*in mit 30 Std./Woche TVöD S 11 b

Sachkosten:

- Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung
- Materialkosten
- Reisekosten
- Honorare

Position	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Gesamt
Personalausgaben	78.000,-	80.400,-	82.800,-	241.200,-
Sachausgaben	5.000,-	5.000,-	5.000,-	15.000,-
Gesamtausgaben	83.000,-	85.400,-	87.800,-	256.200,-
Eigen- Drittmittel	8.300,-	8.540,-	8.780,-	25.620,-
Fördermittel	74.700,-	76.860,-	79.020,-	230.580,-

Anhang XV: Anschreiben der Modellkommune Zetel



Gemeinde Zetel · Ohrbüll 1 · 26340 Zetel



Tel. 0 44 53 - 935-0
Auskunft erteilt: Herr Lauxtermann
Durchwahl: 935-220
Fax: 0 44 53 - 935-277
e-mail: lauxtermann@zetel.de
Internet: www.zetel.de

"Präventive Hausbesuche" für Seniorinnen und Senioren in Zetel

Sehr geehrte/ geehrter Frau

die Gemeinde Zetel wurde neben den Kommunen Hameln und Braunschweig als Modellkommune für „Präventive Hausbesuche“ im Land Niedersachsen ausgewählt. Das Projekt wird durch die Universität Osnabrück wissenschaftlich begleitet und hat eine Laufzeit von drei Jahren.

Mit dem Projekt „Präventive Hausbesuche“ möchten wir Sie, gemeinsam mit dem Sozialministerium, dabei unterstützen, möglichst lange selbstbestimmt und so eigenständig wie möglich in ihren eigenen vier Wänden zu leben.

Dieses Angebot richtet sich an Menschen ab 80 Jahren, die noch keine Pflege brauchen, sich aber Unterstützung und Beratung wünschen.

In der Gemeinde Zetel gibt es bereits einige Angebote für ältere Menschen. Vom niederschweligen sozialen Angeboten wie dem Besuchsdienst oder Seniorengruppen bis hin zu spezialisierten Fachdiensten. Viele dieser Einrichtungen bieten auch Beratung und sogar Hausbesuche an.

Alle dieser Stellen haben aber gemeinsam, dass sie anlassbezogen arbeiten - das heißt, ein Mensch wendet sich mit einem konkreten Anliegen an eine bestimmte Beratungsstelle. Die ratsuchende Person muss also von sich aus tätig werden.

Folgerichtig fehlt eine Stelle, die aktiv auf die älteren Menschen zugeht, sie mit Informationen versorgt und ihnen (bei Bedarf) den Weg in das richtige Hilfesystem zeigt.

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



SCIENCE TO BUSINESS GmbH
Hochschule Osnabrück



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Darüber hinaus geht es bei den Hausbesuchen nicht nur um eine Beratung zur alters- und seniorengerechten Ausstattung der Wohnung, sondern auch um soziale und kulturelle Teilhabeangebote in der Gemeinde Zetel - oftmals sind diese Angebote vor der eigenen Haustür nicht bekannt. Die Präventiven Hausbesuche sollen das ändern.

Neben dieser individuellen Beratung und Begleitung sind die Hausbesuche darauf ausgerichtet unsere regionalen Netzwerke und sozialen Unterstützungssysteme zu stärken und engermaschiger zu knüpfen. Dieses vernetzte Wirken soll auch dazu beitragen, dass noch fehlende vorbeugende Angebote angestoßen und auch umgesetzt werden.

Verantwortlich für die praktische Durchführung sind:

Frau Andrea Yeung (examinierte Krankenschwester)
Tel. 04453/9858261
mobil: 0157/82215961
E-Mail: a.yeung@zetel.de

Herr Marco Simon (examiniertes Krankenpfleger)
Tel. 04453/9858261
mobil: 0157/82215834
E-Mail: m.simon@zetel.de

Interessierte am Projekt können sich ab sofort an

Frau Joann Hagen – Projektleitung
Tel: 04453/935-262
mobil: 0178/9354253
E-Mail: hagen@zetel.de

Frau Lisa Behrends
Tel: 04453/935-264
mobil: 0157/82215880
E-Mail: l.behrends@zetel.de

wenden.

Mit freundlichen Grüßen


H. Lauxtermann

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



SCIENCE TO BUSINESS GmbH
Hochschule Osnabrück



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
AN DER UNIVERSITÄT Osnabrück



Anhang XVI: Flyer der Modellkommune Zetel



Das Team

Marco Simon (links)
Examiniertes Krankenpfleger

Andrea Yeung (rechts)
Examinierte Krankenschwester

Lisa Behrends (mitte)
Verwaltung

Joann Hagen
Projektleitung



Kontakt

Montag bis Freitag
9.00 - 12.00 Uhr

Telefon: 04453 / 935 264
E-Mail: phb@zetel.de

SCIENCE TO BUSINESS GmbH
Hochschule Osnabrück

HOCHSCHULE
OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Präventive Hausbesuche werden vom Sozialministerium des Landes Niedersachsen gefördert. Neben Zetel sind auch Braunschweig und Hameln für dieses Projekt ausgewählt worden.



Beratung daheim in Zetel

Präventive Hausbesuche in der Gemeinde Zetel

Wir kümmern uns!

Wer kann dieses Angebot nutzen?

Das Angebot der präventiven Hausbesuche richtet sich an alle älteren Menschen der Gemeinde Zetel ab 80 Jahren, ohne Pflegegrad. Ihre Anfrage und die Inhalte der Beratung werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wir beraten Sie kostenfrei und unabhängig von Ihrer Herkunft und Konfession.

Bei Interesse melden Sie sich gerne bei uns und wir vereinbaren einen gemeinsamen Termin bei Ihnen zu Hause.



Worum geht es?

Präventive Hausbesuche in der Gemeinde Zetel

Eine selbstbestimmte Lebensführung so lange wie möglich in der vertrauten Wohnumgebung aufrecht zu erhalten, wünschen sich viele ältere Menschen. Die Gemeinde Zetel bietet Ihnen deshalb, im Rahmen eines unverbindlichen Gesprächs, Informationen und Beratung über Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten.

Das Beratungsgespräch ist vertraulich und kostenfrei.

In den Gesprächen werden wir Ihre Fragen und Wünsche, Ihre gesundheitliche Situation und Ihre Vorstellungen für die Zukunft besprechen. Sie werden über Gesundheitsrisiken, Vorsorgemaßnahmen und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung informiert. Gemeinsam überlegen wir, wie Sie Ihre Lebenssituation verbessern und gewünschte Veränderungen erreichen können.

Wir kümmern uns!

Informieren, vermitteln und beraten - zu Hause

- ✓ Förderung und Stärkung von vorhandenen Kompetenzen
- ✓ gesundheitsfördernde Informationen und Beratung
- ✓ Verbleib in den eigenen 4 Wänden ermöglichen
- ✓ Risiken im Alter möglichst frühzeitig erkennen und entgegenwirken
- ✓ Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verzögern
- ✓ Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten
- ✓ Vermittlung von sozialen Kontakten
- ✓ Informationen zum Leistungsangebot der Gemeinde Zetel



Fallbeispiel Elke B., 84 Jahre

Frau B. führt ein einsames Leben in ihrem Haus. Sie hat keinen Kontakt mehr zu ihren Nachbarn, da die meisten von ihnen im Alter verstorben sind oder in einem Pflegeheim wohnen. Ihre Verwandten sind weit verstreut und können sich nur selten um sie kümmern. Sie ist eine selbstbewusste Frau, die nur ungern Hilfe annimmt. Nachdem sie durch unsere regelmäßigen Hausbesuche ein gewisses Vertrauen zu uns aufgebaut hat, war sie schließlich in der Lage, uns anzurufen und um Unterstützung zu bitten. Aufgrund unserer Empfehlung, wegen ihrer allgemeinen zunehmenden Schwäche und den geschwollenen Unterschenkeln, ging sie zu ihrem Hausarzt. Dieser stellte ihr eine dringende Überweisung zum Kardiologen aus und sagte ihr, dass sie diese über das Internet machen könne. Dass sie davon keine Ahnung hatte und ihre Angehörigen nicht damit belasten wollte, hat sie dem Hausarzt verschwiegen. Bei unserem nächsten Hausbesuch erzählte sie uns, dass sie auf die Untersuchung verzichten und die Überweisung wegschmeißen wollte, aber dann an uns gedacht hat. Wir konnten dann über den ärztlichen Bereitschaftsdienst einen Kardiologentermin für sie zwei Tage später organisieren.

Fallbeispiel Heimbart B., 86 Jahre

Herr B. hat vor zwei Jahren seine Frau verloren, die er die letzten Jahre gepflegt hatte. Jetzt lebt er allein in einer seniorengerechten Wohnung. Er ist immer aktiv gewesen, bemerkt aber jetzt, dass er unsicherer beim Laufen geworden ist.

Er hat sich von uns motivieren lassen, an dem von uns initiierten Kurs „Trittsicher durchs Leben“ in Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau teilzunehmen. Am Ende des Kurses, der sechs Trainingsmodule umfasste, konnte er von einer subjektiven Verbesserung seiner Beweglichkeit berichten. Diese wurde auch objektiv durch einen Test bestätigt.

Ein weiterer positiver Aspekt für ihn waren, die neuen sozialen Kontakte, die er knüpfen konnte, da er erst seit einigen Jahren in dieser Gemeinde lebt und seine alten Bekannten weit weg wohnen.

Fallbeispiel Herr Q., 84 Jahre

Akuter Handlungsbedarf

Herr Q. hat sich im Februar 2022, nach Erhalt unseres Anschreibens, bei uns mit der Bitte um Hilfe gemeldet.

Es gehe ihm sehr schlecht, er sei alleine. Er wolle von dem Angebot eines Hausbesuchs Gebrauch machen.

Ich habe ihn dann am nächsten Tag zu Hause besucht. Er wirkte sehr niedergeschlagen, hatte kaum Mimik, sah etwas ungepflegt aus. Es fiel ihm sichtlich schwer über seine Situation zu sprechen.

Er berichtete, dass er nach dem plötzlichen Tod seiner Frau vor einem halben Jahr keinen Mut mehr habe. Es werde immer schlimmer und er würde sich am liebsten einen Strick nehmen. Er komme aus ... und kenne hier niemanden. Sein Sohn sei weit weg und könne ihm nicht helfen. Seine Frau und er hatten ein eigenes Geschäft und hatten immer alles gemeinsam gemacht.

Mein Angebot, einen Kontakt zu professioneller Hilfe herzustellen, fand er sehr gut. Er habe einfach nicht die Kraft es selber zu tun, sehe aber die Notwendigkeit.

Ich habe dann eine Verordnung, über den Einsatz des sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD), bei einem Psychiater erwirken können. Die Zusammenarbeit war sehr konstruktiv. Der SPD war positiv überrascht und interessiert über die präventiven Hausbesuche der Gemeinde Zetel.

Auf mein Nachfragen eine Woche später berichtete Herr Q., dass schon jemand da war und jetzt erstmal regelmäßig komme. Er sei sehr froh darüber, was man auch an seiner Stimmlage hörte.

Er hat es dann im Mai geschafft an unserem Spaziergang durch den Urwald teilzunehmen. Sein Sohn brachte ihn zum vereinbarten Treffpunkt. Bei einem kurzen Gespräch sagte dieser, dass er hier im Auto warte. Er könne sich nicht vorstellen, dass sein Vater mehr als 200 Meter schaffe, da ihm das Laufen schwerfalle. Ich habe ihm mitgeteilt, dass er nicht warten brauche, ich würde ihn nach Hause bringen. Während des Ganges kam er mit einem anderen Teilnehmer ins Gespräch und es stellte sich heraus, dass beide den gleichen Beruf hatten. Beide haben sich angeregt unterhalten und das Laufen war für Herrn Q. überhaupt kein Problem mehr. Am Ende der Veranstaltung ist er dann von seinem Kollegen nach Hause gebracht worden.

Dieser besucht ihn seitdem regelmäßig. Beide versuchen an jeder unserer Veranstaltungen teilzunehmen, wobei die Themenauswahl nicht im Vordergrund stehe. Es ist einfach schön unter Menschen zu kommen und einen geselligen Nachmittag zu verbringen.

Fallbeispiel Herr und Frau B., 87 und 84 Jahre

Herr und Frau B. hatten sich Ende 2021 für einen Hausbesuch bei uns gemeldet. Das Ehepaar wohnt am Ortsrand von Zetel im eigenen Haus mit Garten.

Frau B. beklagte, dass ihr bestimmte Arbeiten im Haushalt wie zum Beispiel Fenster putzen immer schwerer fielen und, dass Sie sich hier gerne Unterstützung wünsche.

Durch unser immer weiterwachsendes Netzwerk an Dienstleistungsanbietern konnte ich ihr kurzfristig einen Fensterputzer vermitteln, worüber Sie sehr dankbar war.

Frau B. erzählte außerdem, wie gerne sie in der nahen Umgebung Spazieren ginge und wie gut ihr das täte. Sie müsste aber immer nach kurzer Strecke zurückkehren, weil Sie Probleme beim Luftholen bekäme und eine Bank zum Rasten und Kraft schöpfen in dieser Gegend fehle. Sie hätte auch schon ein geeignetes Plätzchen dafür im Auge, aber leider sei diesbezüglich noch nichts passiert.

Ich nahm ihre Anregung gerne auf und suchte auf kurzem Wege die richtigen Ansprechpartner in der Gemeindeverwaltung. Über den Bauhof konnte dann zeitnah an beschriebener Stelle eine Bank aufgestellt werden.

Frau B. war überglücklich! „Wie schön, dass es diese Hausbesuche jetzt für uns Senioren gibt. Ein persönlicher Ansprechpartner, dem wir unsere Anliegen vorbringen können, der sich für uns einsetzt und Lösungen findet.“

Frau B. macht wieder regelmäßig weite Spaziergänge und genießt während einer Pause den Blick von der Bank aus.

Anhang XVIII: Finanzierungsmodell der Modellkommune Zetel

1. Einstellung eines/einer Pflegeberater/in Vollzeit (evtl. auch 2 Teilzeitstellen)

- Eingruppierung nach EG 9c TVöD

EG 9c Stufe 3 Personalkosten: 63.300,- €
 Sachkosten: 9.570,- €
 Gemeinkosten: 12.660,- €

gesamt: 85.530,- €

2. Erweiterung des Besuchsdienstes (mehr ehrenamtlich Tätige) und Angebot an Fortbildungen erweitern ca. 10.000 € pro Jahr

Computerprogramm für Pflegeberatung ca. 5.000,- €

Position	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Gesamt
Personalausgaben	95.000	98.400	1 01 .400	295.300
Sachausgaben	5000			5.000
Gesamtausgaben	100.500	98.400	101.400	300.300
Eigen- Drittmittel	10.050	9.840	10.140	30.030
Fördermittel	90.450	88.560	91.260	270.270

Anhang XIX: Treffen der Steuer- und Lenkungsgruppe

Treffen der Steuer- und Lenkungsgruppe im Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“		
2021	02/2021	Auftaktmeeting der Lenkungsgruppe: Vorstellung des operationalisierten Evaluationskonzepts und Abstimmung
	05/2021	Treffen der Steuergruppe: Ergebnisse und Bewertung der gesichteten Konzepte sowie Austausch
	05/2021	Treffen der Lenkungsgruppe: Informationsaustausch
	09/2021	Treffen der Lenkungsgruppe: Ergebnisse der Fokusgruppen und Austausch, Herausforderungen, FAQ
	11/2021	Treffen der Lenkungsgruppe: Zwischenstand aus den Modellkommunen
2022	03/2022	Treffen der Lenkungsgruppe: Zwischenstand aus den Modellkommunen
	06/2022	Treffen der Steuergruppe: Bestandsaufnahme aus den Modellkommunen (Analyse)
	11/2022	Treffen der Lenkungsgruppe: Zwischenstand zu Beratungsbedarfen/-inhalten, Zufriedenheit der Zielgruppe und der Fachkräfte

Zusammensetzung der

Steuergruppe: Vertreter*innen des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung sowie der Science to Business GmbH

Lenkungsgruppe: Vertreter*innen des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, der Science to Business GmbH sowie der Modellkommunen

Anhang XXI: Zuarbeit aus den Modellkommunen

Code	Migrationshintergrund	Familienstand	Wohnsituation	aktuelle Lebenssituation (Pflegende Angehörige etc.)	Schulabschluss/ Bildungsniveau, Migrationshintergrund	Intention & Motivation	Pia-Situation (beeinflussende Diagnosen)	Beratungsthemen - in den HB	Beratungsthemen - zusätzliche Ergebnisse der Fallbesprechung
13	nein	verwitwet	Wohnung	lebt alleine	Schneiderin	hat den Zeitungsanbieter gelesen, alle ihre Angehörigen sind verstorben, daher wollte sie sich bei uns melden, da sie ja bereits 33 Jahre alt ist	Magen- und Bauchspeicheldrüsen Erkrankungen (kann wenig essen), 25.4.2022 große Probleme mit der Hüfte, sehr gehbehindert im Moment	Hausnotruf, Notfalldose, FG TzU beantragen, damit sie Haushaltshilfe, Alltagsbegleitung oder Einkaufshilfe bekommen kann, ARA, PIA	Dem Hausnotruf ist sie skeptisch gegenüber, da sie niemandem ihren Wohnungsschlüssel geben möchte. Reisen im Alter kann sie nicht wahrnehmen, da sie nicht früh morgens losfahren kann
14	nein	verheiratet	Wohnung	lebt mit Ehemann zusammen, 3 Kinder (ein Sohn bereits verstorben, die anderen Kinder weiter weg lebend)	Postangestellte	hat unsere schreiben bekommen, sucht Reinigungsdienst	Diabetes/ Diabetischer Fuß, Rückenprobleme, kann sehr schlecht gehen, Bluthochdruck, mit dem sie regelmäßig den Notruf wählen muss	Ihr für sie letzter empfunden sozialer Kontakt, der Kegelerien, wurde während Corona eingestellt. Nun haben sie kaum Kontakte und fühlen sich einsam. Empfehlung: ARA und PIA, Quartiersangebote Frau Adams, Dienstleister (Reinigung), SPN um Pflegegrad zu beantragen, UTHB für Probleme mit dem Behindertenausweis	Infos zu Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht noch weitergeben
15	ja	verheiratet	Wohnung	lebt mit Ehefrau zusammen, 3 Kinder (weiter weg lebend)	Dipl. Chemiker, kam vor 66 Jahren (mit 20) zum Studium nach Deutschland	Ehefrau hat Besuch angenommen, wünscht sich mehr Kontakte	körperliche Einschränkungen, kann nicht mehr viel tragen und nur eingeschränkt gehen	Ihr für sie letzter empfunden sozialer Kontakt, der Kegelerien, wurde während Corona eingestellt. Nun haben sie kaum Kontakte und fühlen sich einsam. Empfehlung: ARA und PIA, Quartiersangebote Frau Adams,	Infos zu Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht noch weitergeben
16	nein	Lebensgemeinschaft	Wohnung	pflegende Angehörige, ihr an Demenz erkrankter Ehemann kam erst vor einigen Wochen in ein Hanleher Pflegeheim. Die neue Situation ihres Lebenspartners und nun alleine zu leben und auf sich gestellt zu sein macht ihr zu schaffen	Kaufmann, Polizist, Verwaltungsbeamter im gehobenen Dienst, Leitung Straßenverkehrsamt	Bruder und Schwägerin haben für sie angefragt, da sie sich nicht alleine traut Unterstützung anzunehmen, diese aber durch die veränderte Lebenssituation braucht.	sagte selbst sie leidet unter Depression bzw. ist nah am Wasser gebaut, wenn sie von ihrer Situation berichtet kommt es häufiger dazu dass sie den Taten nahe ist	Notfalldose, Hausnotruf, „Beratungs- und Quartiersangebot, Demenzberatung durch die Alzheimer-Gesellschaft	weiterer Hausbesuch notwendig um vertieft zu sprechen und die nächsten Schritte organisieren zu können
17	nein	verwitwet	Wohnung	frisch verwitwet (Ehefrau im Oktober 2021 verstorben)	Kaufmann, Polizist, Verwaltungsbeamter im gehobenen Dienst, Leitung Straßenverkehrsamt	hat den Brief bekommen und wollte sich nun informieren, was wir ihm erzählen können. Hat aber keinen akuten Bedarf.	Herzschrittmacher, Schilddrüsenkrankung	Vorstellung ARA, PIA, Notfalldose (veränderte Situation des Alleinlebens thematisiert)	möchte sich seine Patientenverfügung anschauen, ob nach dem Tod der Frau alles aktuell ist. Möchte über unsere Veranstaltungen informiert werden

Anhang XXII: Tabelle der Pflegestatistik 2019 und 2021

2019

Regionale Ebene	Pflegebedürftige insgesamt					Anzahl der Betriebe
	zu-sammen	80 - 90		> 90		
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Ambulant						
Braunschweig, Stadt	3111	375	1007	155	516	41
Hameln, Stadt	980	111	315	45	167	13
Zetel	142	22	55	7	15	3
Stationär (incl. teilstationäre Pflege)						
Braunschweig, Stadt	3107	360	1005	161	746	34
Hameln, Stadt	1239	142	381	58	282	20
Zetel	213	29	71	9	51	4

2021

Regionale Ebene	Pflegebedürftige insgesamt					Anzahl der Betriebe
	zu-sammen	80-90		>90		
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Ambulant						
Braunschweig, Stadt	3105	417	991	170	492	43
Hameln, Stadt	911	110	304	48	155	12
Zetel	139	25	49	8	11	4
Stationär (incl. teilstationäre Pflege)						
Braunschweig, Stadt	3258	442	1022	170	719	38
Hameln, Stadt	1210	145	370	56	291	21
Zetel	210	31	77	11	46	4



SCIENCE TO BUSINESS GmbH
Hochschule Osnabrück

© Science to Business GmbH – Hochschule Osnabrück

Artilleriestr. 44

49076 Osnabrück

Tel.: 0541 969-2044

Fax: 0541 969-13758

E-Mail: stb@hs-osnabrueck.de

Homepage: www.stb-hsos.de

Gefördert durch:



**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**