

Evaluation des Projekts:
**Der Aktivierende
Hausbesuch**

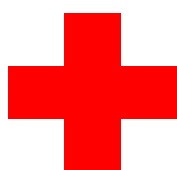


Evaluation des Projekts:

Der Aktivierende Hausbesuch

im Landkreis Tübingen

Träger des Projekts:



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

**Kreisverband
Tübingen e.V.**

Titel	Evaluation des Projekts: Der Aktivierende Hausbesuch
Ausgabe	November 2009
Herausgeber	Landratsamt Tübingen Abteilung Gesundheit Gesundheitsberichterstattung Wilhelm- Keil- Str. 50 72072 Tübingen
Verantwortlich	Monika Firsching Tel. (0 70 71) 2 07- 3328 firsching@kreis-tuebingen.de
Layout	Sarah Paap Tel: (0 70 71) 2 07- 3363 sarah.paap@kreis-tuebingen.de
Bilder	DRK-Kreisverband e.V. Claudia Stöckl Abteilungsleiterin Sozialarbeit Tel. (07071) 7000- 26 c.stoeckl@drk-tuebingen.de
Bezug des Evaluationsberichts	Sarah Paap Landratsamt Tübingen Abteilung Gesundheit Wilhelm- Keil- Straße 50 72072 Tübingen Tel: (0 70 71) 2 07- 3363 Fax: (0 70 71) 2 07- 3399 sarah.paap@kreis-tuebingen.de

Impressum	4
Einführung	7
Arbeitsschritte nach Public-Health-Action-Cycle	
1. Bedarfserhebung	10
Komponenten der Bedarfserhebung	11
Ergebnisse der Expertenbefragung	12
Ergebnisse der Datenauswertung	14
Wissenschaftlicher Stand	15
2. Strategieentwicklung	16
3. Umsetzung der Maßnahme	17
4. Evaluation	20
Erstellen von Zielformulierungen	21
Beschreibung der Teilnehmerinnen	24
Beschreibung der Evaluationsmethoden	28
Ergebnisse der zielorientierten Wirkungsanalyse	31
Gesamtbewertung des Projekts	46

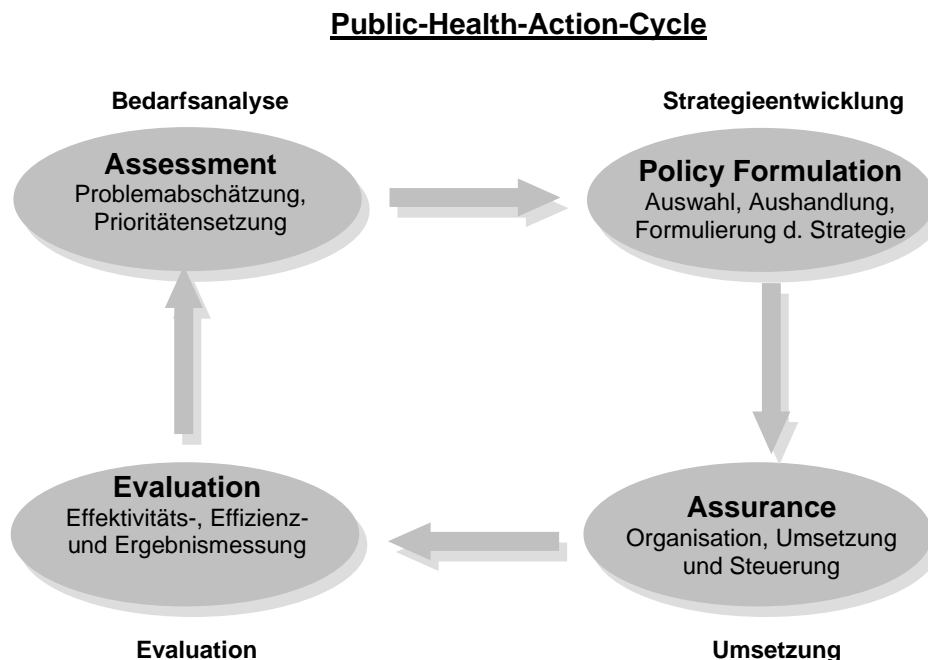
I. Einführung

Seniorinnen und Senioren sind im Rahmen seiner Koordinationsaufgaben in Gesundheitsförderung und Prävention eine wesentliche Zielgruppe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter gelten als wirksames Mittel, aktives Altern mit beeinflussen zu können.

Um dieser Thematik auf Landkreisebene gerecht zu werden analysierte die Gesundheitsberichterstattung Bedarf und Bestand gesundheitsförderlicher präventiver Angebote für Seniorinnen und Senioren, die noch zuhause leben und sich weitgehend selbst versorgen können. Ziel war herauszufinden, was im Landkreis tatsächlich an Gesundheitsförderung und Prävention benötigt wird, um eine Grundversorgung in diesem Bereich sicher zu stellen. Aus dieser Analyse ergaben sich konkrete Projektvorschläge, die im Landkreis als Modellprojekt durchgeführt und dann auf Akzeptanz und Wirkung überprüft werden sollten.

Da es für diesen Personenkreis bisher kein aufsuchendes Angebot gab, dies nach Ansicht der Experten im Kreis aber notwendig wäre, wurde über einen eingegrenzten Zeitraum der *Aktivierende Hausbesuch* entwickelt und angeboten. In Baden-Württemberg ist kein vergleichbares Projekt bekannt. Deshalb wurde das Projekt mit einer eigens dafür konstruierten Evaluation begleitet. Umfangreiche Evaluationsbögen wurden erstellt und im Anschluss ausgewertet. Es sollte herausgefunden werden, ob das Projekt in seiner bestehenden Form von der angestrebten Zielgruppe angenommen wird oder ob es modifiziert werden sollte und welche Wirkungen sich auf welchen Ebenen beobachten lassen. Die Evaluatorin hatte somit nicht nur das Projekt abschließend zu bewerten, sondern war während der ganzen Maßnahme zusammen mit der Steuergruppe beobachtend tätig, um den bestmöglichen Ablauf herauszufinden, das heißt Veränderungen im Projektverlauf wären jederzeit möglich gewesen.

Der Projektverlauf folgte in seiner Planung und Durchführung der Methodik des Public-Health-Action-Cycle



Bei der Vorgehensweise der Planung einer Maßnahme im Sinne des Public-Health-Action-Cycle wird Wert darauf gelegt, dass die einzelnen Schritte sich aufeinander aufbauend entwickeln.

Aus dem ersten Schritt, der IST-SOLL Analyse werden Ziele und Maßnahmen (Strategieentwicklung) abgeleitet, dann erfolgt die Umsetzung der Maßnahmen. Diese Maßnahmen werden auf ihre Wirkung hin (Zielerreichung) gemessen. Es wird also eine Projektlogik entwickelt, die die einzelnen Schritte miteinander verbindet. Die Gesundheitsplanung, arbeitet unter anderem mit den Methoden der zielorientierten Evaluation, d.h. sie definiert zu Beginn einer Maßnahme, welche Ziele bei welcher Zielgruppe erreicht werden sollen und wie diese Zielerreichung gemessen werden kann.

Bei dieser Art der Evaluation muss nicht primär die Messung der Effekte und ihres Wirkmodells selbst erbracht werden. Der evidenzbasierte Nachweis bestimmter Verfahren liegt vor und kann in die Evaluation einbezogen werden. Ist ein Verfahren nicht in seiner Wirkweise erforscht, muss die Wirkung nachgewiesen werden. Ist die gesundheitliche Wirkung nachgewiesen, führen andere Fragen wie Zielgruppenerreichung, Akzeptanz, regionale Passung, Kosten, Nachhaltigkeit etc. zu der grundlegenden, planungsrelevanten Leitfrage der Evaluation:

Erscheint die Etablierung der Maßnahme notwendig für den Landkreis und sind Inhalte und Struktur der Maßnahme für die Umsetzung geeignet?

Da jede Maßnahme darüber hinaus eine eigene Entwicklungslogik und nicht voraussehbare, erwünschte oder nicht erwünschte Nebeneffekte erzielt, wurden die Methoden der zielorientierten Evaluation um die der responsiven Evaluation erweitert.

Es wird zuerst, in der Schrittfolge des Public-Health-Action-Cycle, die Bedarfserhebung als Grundlage der Zielformulierungen und die sich daraus ableitende Strategieentwicklung dokumentiert, da sie die Basis dieser Evaluation bilden.

Bedarfserhebung (1. Schritt des Public-Health-Action-Cycle)

Dem Projekt und damit auch der Evaluation voraus ging eine landkreisweite Bedarfserhebung der Abteilung Gesundheit des Landratsamtes mit der Fragestellung:

Braucht der Landkreis Tübingen gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen in den Versorgungsstrukturen im Alter und welche Maßnahmen und/oder Strukturen sind notwendig?

Befragt wurden Angehörige verschiedener Berufsgruppen, die mit der gesundheitlichen Versorgung von Seniorinnen und Senioren befasst sind (Hausärzte, Kreisseniorerrat, alle IAV-Stellen des Kreises, Krankengymnasten, Pfarrer, Soziale Dienste).

In leitfadengestützten Interviews wurden die Experten über den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter überhaupt befragt. Eine wichtige Frage war, inwieweit alte und sehr alte Menschen überhaupt für gesundheitsfördernde Maßnahmen bereit wären und wie hier Motivationsarbeit aussehen müsste. Ein zweiter Schritt war die Festlegung relevanter Bereiche aus Gesundheitsförderung und Prävention für den Landkreis aus Sicht der jeweiligen Expertenpraxis. Dann wurde konkret nach dem Bedarf gefragt und wie das, was gebraucht wird, ausgestaltet sein sollte, damit es von der Bevölkerung akzeptiert wird. Die Struktur der Versorgung, Kooperationen und Netzwerke waren ein weiteres zentrales Thema des Leitfadens.

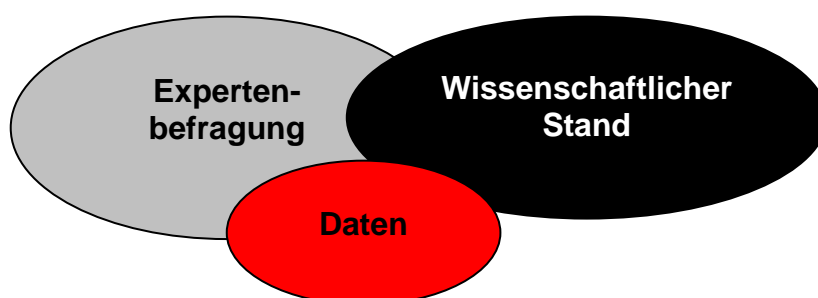
Durch viele Detailfragen wurden die Ressourcen, aber auch die Schwachstellen im Kreis jeweils genau herausgearbeitet und durch die Blickwinkel verschiedener Professionen ergab sich ein aussagekräftiges Bild über die gesundheitliche Versorgung im Alter im ambulanten Bereich.

Eine abschließende Frage war, inwieweit Altersarmut sich in Tübingen bereits feststellen lässt und wie sie sich gegebenenfalls auf die gesundheitliche Versorgung auswirkt.

Komponenten der Bedarfserhebung

- Ergebnisse der Expertenbefragung
- kreisbezogene Daten zur Bevölkerungsentwicklung im Alter
- der wissenschaftliche Stand zur Gesundheitsförderung/Prävention im Alter insbesondere im Bereich körperlicher Aktivierung

Der tatsächliche Bedarf wurde aus der Schnittmenge unterschiedlicher Informationsquellen gebildet:



Ein Arbeitskreis der Abteilung Gesundheit führte diese Arbeit durch. Auffallend war, wie sich die Expertensicht in den Daten und in den Studienergebnissen widerspiegelte und ergänzte. Für die Arbeitsgruppe war es ein spannender Prozess, zu sehen, wie sich die vielen Informationen aus den verschiedensten Praxiserfahrungen zu einem Bild des Kreises komplettierten und durch Daten und wissenschaftliche Ergebnisse bestätigt wurden. Daraus ergaben sich ganz praktische Handlungsempfehlungen, die den besonderen Gestaltungsbedingungen des Landkreises Tübingen gerecht werden.

Die Methode der direkten Expertenbefragung, insbesondere von Experten, die in unterschiedlichsten Kontexten mit der Zielgruppe intensiven professionellen Kontakt hatte, scheint gerade auf der überschaubaren Ebene „Landkreis“ eine brauchbare Methode zu sein, um zu überzeugenden Ergebnissen zu kommen. Außerdem entstand durch die persönlichen Kontakte ein Netzwerk, das sich immer wieder bei konkreten Handlungsschritten traf und so auch die Umsetzung beförderte.

Die folgenden Ergebnisse dieser Bedarfserhebung wurden in Projektziele und Arbeitshypothesen umgewandelt und bildeten die Leitlinien für die weitere Arbeit. Die Evaluation prüfte vor allem den Umsetzungsgrad der Projektziele.

Wesentliche Ergebnisse der Expertenbefragung:

1. Bewegung/körperliche Aktivität ist zentraler Baustein zum Erhalt einer selbstständigen Lebensführung

Bewegung und körperliche Aktivierung wurden von den meisten Experten als zentrales Element von Gesundheitsförderung/Prävention im Alter genannt. Die eigene Bewegungsfähigkeit ist die Basis einer selbstständigen Lebensführung und damit neben der geistigen Mobilität wesentlich für ein aktives Altern im Sinne der WHO.

Begriffe: Die WHO entwickelte 2002 ein neues Paradigma vom Altern, das im Begriff vom „aktiven Alter“ seinen Niederschlag fand. Darunter wird ein Prozess zur Optimierung von Möglichkeiten verstanden, im Alter die Gesundheit zu wahren, am sozialen Leben teilzunehmen und möglichst lange selbständig und unabhängig zu bleiben. Wichtigste Voraussetzung dafür ist neben der geistigen die körperliche Aktivität. Körperliche Aktivität ist die Steigerung des Energieumsatzes. Körperliche Aktivität wird dann zum Training, wenn sie geplant, strukturiert, wiederholt und zielgerichtet ist. Wir verstehen körperliche Aktivität als alle Maßnahmen, die zum Erhalt oder zur Förderung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination beitragen. Für hochbetagte Menschen bedeutet (relative) Gesundheit, dass sie in der Lage sind, wesentliche Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) selbständig auszuführen.

Zusammenhänge zwischen körperlicher und geistiger Aktivität werden derzeit intensiv wissenschaftlich erforscht. Diese Ergebnisse sind derzeit nach EBM (evidence based medicine) Maßstäben noch nicht ausreichend belegt, von positiven Korrelationen kann aber ausgegangen werden.

2. Im Landkreis Tübingen gibt es kein Bewegungsangebot für Seniorinnen und Senioren, die ihre Wohnung nicht mehr alleine verlassen können. Dieses Angebot wird nach Expertenansicht gebraucht und sollte bezahlbar sein

In Tübingen gibt es ein gutes, vielfältiges Übungsangebot für die Seniorinnen und Senioren, die diese Angebote selbst aufsuchen können. Für die Menschen, die ihre Wohnung nur mit fremder Hilfe oder gar nicht mehr verlassen können, besteht gar kein Angebot.

3. Einsamkeit wird von den Tübinger Experten als hohes Krankheitsrisiko bewertet

Einsamkeit und Isolation werden als die größten Probleme vor allem bei hochbetagten Menschen gesehen und sind eng mit Lebensqualität, Lebensfreude und Gesundheit verbunden. Angebote, die Seniorinnen und Senioren wirklich erreichen wollen, müssen diesem Tatbestand Rechnung tragen und Möglichkeiten für Kontakt und Kommunikation integrieren.

4. Gesundheitsförderung/Prävention im Alter hat eigene Bedingungen

- Angebote müssen ortsnahe und leicht zugänglich sein
- Angebote vor allem für Hochbetagte unterliegen altersspezifischen und didaktischen Erfordernissen
- Motivation entsteht über Verbindlichkeit, Wohlfühlen, Freude, Respekt und Beziehung



Die grundsätzliche Einsicht, etwas für die eigene Gesundheit tun zu müssen, ist in dieser Altersstufe eher häufig anzutreffen. Die Angebote müssen sich stark nach den Bedürfnissen von Seniorinnen und Senioren richten, um angenommen zu werden.

5. Akzeptanz eines aufsuchenden Bewegungsangebotes



Die Experten konnten nicht einschätzen, inwieweit sich hochbetagte Seniorinnen und Senioren noch zur Bewegung motivieren lassen. Obwohl ein entsprechendes Angebot den Experten sinnvoll und notwendig erschien, war es fraglich, ob es von der Zielgruppe angenommen würde.

6. Die Akzeptanz einer Maßnahme in der aufsuchenden Seniorenarbeit ist stark vom Träger der Maßnahme abhängig



Die Erfahrungen anderer Besuchsdienste zeigen, dass Seniorinnen und Senioren gerade im höheren Alter zunehmend vorsichtig werden und aufsuchende Dienste oft einen langen Atem brauchen, bis sie angenommen werden. Trägeransehen, Vermittlung durch Hausärzte und/oder Kirchengemeinden und IAV-Stellen, die selbst von der Sinnhaftigkeit der Maßnahme überzeugt sind, sind gute Türöffner.

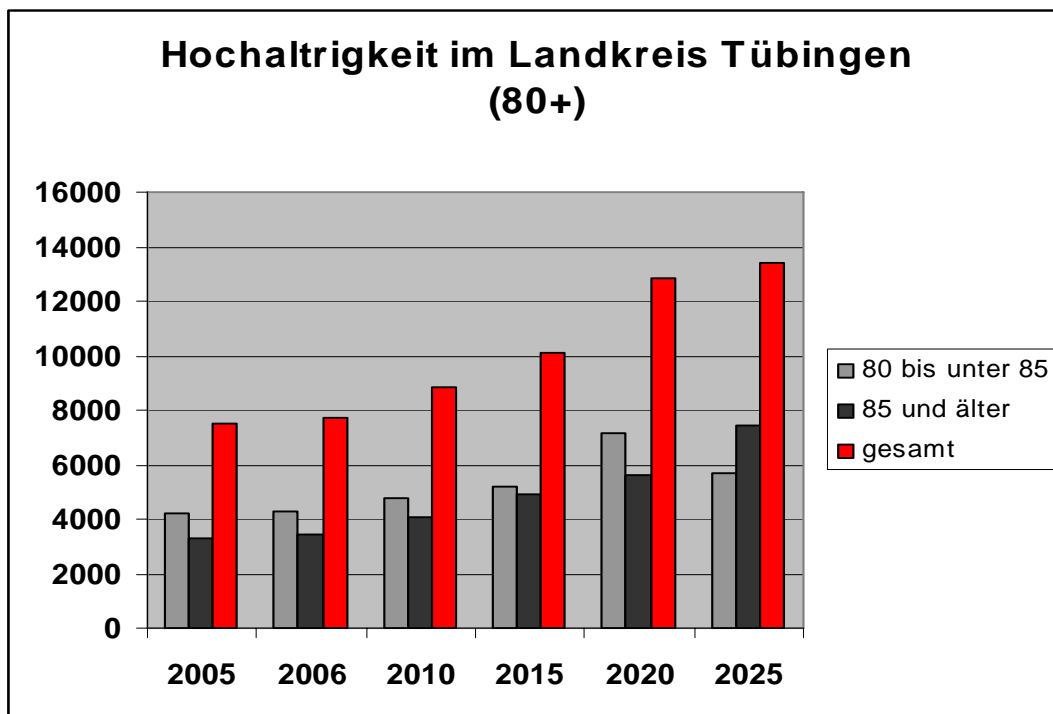
7. Die Maßnahmen sollten bezahlbar sein, beziehungsweise notfalls auch kostenfrei sein



Die Zahl von Senioren und Seniorinnen, die über wenig Geld verfügen steigt auch im Kreis Tübingen. Die vollen Kosten des *Aktivierenden Hausbesuchs* in einem Monat (bei einem Besuch pro Woche 50 €/Monat) übersteigen die finanziellen Möglichkeiten der meisten. Diese Präventionsmaßnahme muss den finanziellen, individuellen Möglichkeiten angepasst sein und im Notfall auch kostenfrei angeboten werden.

Ergebnisse der Datenauswertung:

Hier war die Auswertung der Bevölkerungsentwicklung, die bis auf Gemeindeebene vorliegt, die wichtigste Quelle.
Im Landkreis Tübingen ist ein starker Anstieg der Hochaltrigkeit zu verzeichnen.



(Statistisches Bundesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen)

Ansteigend ist dementsprechend auch die Zahl von Menschen, die sich noch zuhause selbständig bzw. mit familiärer und anderer Hilfe versorgen können, aber die Wohnung nicht mehr selbständig verlassen können, also zunehmend davon abhängig sind, dass benötigte Angebote in die Wohnung kommen.

Diese Zielgruppe ist sehr wichtig: Hier geht es um Stärkung der ambulanten Versorgung mit dem Ziel, die Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung zu unterstützen.

Wichtige Zugänge zu dieser Gruppe sind Hausärzte und Hausärztinnen und soziale Dienste. Es ist eine Zielgruppe, über die im Landkreis zu wenige Informationen vorliegen, die quasi nicht öffentlich sichtbar und dementsprechend wenig mitbedacht wird.

Inwieweit diese Gruppe für Gesundheitsförderung/Prävention zu motivieren ist und bereit ist, aktiv etwas für die eigene Mobilität zu tun, war letztlich nicht einschätzbar und wurde in der Expertensicht eher skeptisch beurteilt.

Mit dem *Aktivierenden Hausbesuch* verband sich die Notwendigkeit und das Ziel, Zugänge zu einer schwer fassbaren Zielgruppe zu gewinnen, diese Zugänge strukturell zu verstärken, Informationen über den Bedarf, aber auch die Bedürfnisse dieser Zielgruppe zu gewinnen und herauszufinden, inwieweit bei dieser Zielgruppe selbst die Bereitschaft besteht, aktiv etwas für die Gesundheit zu tun.

Wissenschaftlicher Stand:

Bewegung und körperliche Aktivierung wurden in der Expertenbefragung als zentrale Bestandteile von Gesundheitsförderung und Prävention benannt. Diese Aussage wird durch wissenschaftliche Studien sehr gut gestützt.

- Auf den Evidenzstufen 1a und 1b, aber auch auf Stufe 2 und 3 liegen Nachweise für die Wirksamkeit von körperlicher Aktivität für die Morbidität und Mortalität (sowohl für Primär- und Sekundärprävention) vor. (Pandolf 2001; Pfeifer 2002; Samitz&Baron; Blair 1996).
- Die Wirkung körperlicher Aktivität selbst auf ungeübte und/oder hochbetagte Menschen ist in einer hohen Evidenzstufe ausreichend belegt. (Hipp 2007)
- Körperliche Aktivität und Gesundheitssport führen zu positiven Beeinflussungen des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit. (z.B. Abele 1997) Die Zusammenhänge von körperlicher Aktivität und geistiger Mobilität und Demenz werden derzeit vielfältig erforscht, in evidenzbasierter Stufe liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Die Förderung von regelmäßiger körperlichen Aktivität im Alter bewirkt:
 - Den Erhalt der selbständigen Lebensführung
 - Verhinderung von Pflegebedürftigkeit
 - Sturzprophylaxe
 - Osteoporoseprophylaxe (Singh 2002; Dausg et al. 2001)

vgl. zum Thema insbesondere die Patras-Studie (Entwicklung und Evaluation eines Muskelkräftigungsprogramms für Hochbetagte; Möllenhoff 2005), aber auch Vreede et al; Vincent et al; Rubenstein et al. Viele Studien sind auch im Internet über Cochrane Library abrufbar.

Besonders soll hier auf die Forschungen der Tübinger Sportmedizin und insbesondere auf Herrn Dr. Arno Hipp hingewiesen werden, dessen Vortrag „Bewegung im Alter“ alles Wichtige zu diesem Thema zusammenfasst.

Auf das Buch von Prof. Ansgar Thiel: „Projekt Ruhestand“ (2008) soll ebenfalls verwiesen werden.

Strategieentwicklung (2. Schritt des Public-Health-Action-Cycle)

Diese unterschiedlichsten Aussagen und Empfehlungen wurden in der AG „Gesundheit im Alter“ zu einer Projektidee verdichtet.

Leitidee: Der Landkreis Tübingen benötigt aktivierende Angebote, die die Menschen erreichen, die ihre Wohnung krankheitsbedingt nicht mehr verlassen können.

Der Aktivierende Hausbesuch ist ein Modellprojekt, bei dem Menschen, die in der körperlichen Aktivierung ausgebildet sind und Erfahrung in der Altenarbeit haben, Senioren und Seniorinnen in der eigenen Wohnung besuchen und bei einem ca. einstündigen Besuch eine Mischung aus aktivierenden Übungen und Gespräch anbieten. Die Zeiteinteilung richtet sich nach den speziellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Besuchten, der aktivierende Teil sollte aber im Vordergrund stehen und mindestens die Hälfte der Zeit einnehmen. Es ist anzunehmen, dass durch die Übungsphase die Gespräche anders ablaufen und sich thematisch im Gesundheits- oder Körperbereich bewegen. Deshalb soll beobachtet werden, inwieweit der Gesprächsteil für gesundheitsförderliche und präventive Informationen genutzt werden kann. Des Weiteren soll geprüft werden, welche Akzeptanz die Mischung aus Bewegung und Gespräch bei den Seniorinnen und Senioren findet.

Zielgruppe dieses Projektes sind alle Seniorinnen und Senioren, denen es nicht möglich ist, entsprechende Bewegungsangebote vor Ort aufzusuchen. Es wird davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden in der Regel hochbetagt sind, wobei ein jüngeres Alter nicht als Ausschlusskriterium gilt. Es wird auch davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden in der Regel multimorbid sind. Die Projektphase wird von zwei Ärztinnen, Frau Schöntag und Frau Dr. Habisreitering-Funck, begleitet. Ein-/Ausschlusskriterien können daher fallbezogen besprochen werden.

Allerdings muss der Teilnehmende in der Lage sein, sich für die Teilnahme selbst entscheiden zu können, die Teilnahme mit dem Hausarzt zu besprechen und sich eine entsprechende Bescheinigung geben lassen.

Die Bewegungsübungen sind einfach und dienen keinen speziellen Heilzwecken sondern der Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Balance. Sie sind deshalb gesondert oder maximal ergänzend zu Krankengymnastik und aktivierender Pflege zu sehen.

Das Angebot sollte preisgünstig und für Teilnehmende mit sehr wenig finanziellen Mitteln kostenfrei sein.

Ein wöchentlicher Hausbesuch wird als intensive Intervention eingeschätzt, die auf verschiedenen Ebenen etwas bewirken kann. Diese verschiedenen Wirkungen werden in einer Evaluation begleitend und beobachtet und abschließend auf Zielerfüllung und Nutzen überprüft.

Durch entsprechende Recherchen wurde kein vergleichbares Projekt gefunden, so dass nicht auf Bewährtes zurückgegriffen werden konnte, sondern in vielerlei Hinsicht neue Erfahrungen gemacht und ausgewertet werden mussten.

Wichtige Voraussetzung für die Umsetzung des Projektes war es, einen geeigneten Träger für die Maßnahme im Landkreis zu finden.

Umsetzung der Maßnahmen (3. Schritt des Public-Health-Action-Cycle)

Träger des *Aktivierenden Hausbesuchs*: DRK

Das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Tübingen

Im Landkreis Tübingen unterhält der Kreisverband des Deutschen Roten Kreuzes ein Bewegungsprogramm für Menschen über 50 Jahren in fast allen Gemeinden des Landkreises und verfügt über gut ausgebaute Strukturen.

- Wöchentlich findet unter Leitung einer ausgebildeten DRK-Übungsleiterin an einem zentralen Ort in der Gemeinde ein Übungskurs statt.
- Die Kosten pro Teilnahme betragen 2,50 €. Wenn man nicht kommt, zahlt man auch nicht.
- Der Kreisverband koordiniert das ganze Bewegungsprogramm,
- bildet die Übungsleiterinnen aus,
- ist für die qualitätsgesicherte Durchführung des Angebotes verantwortlich.
- Das Bewegungsprogramm ist im Landkreis bekannt und wird gut angenommen.
- Ziel des Bewegungsprogramms ist es, neben der körperlichen Übung auch einen guten, sozialen Rahmen zu schaffen und sich an spezielle Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren zu orientieren.
- Es ist das größte, in vielen Gemeinden ausgebaute, niedrighschwelligste und kostengünstigste Angebot, das es in diesem Bereich im Landkreis Tübingen gibt.
- Das DRK ist im Landkreis sehr gut integriert und genießt den Ruf von Seriosität und Vertrauenswürdigkeit.

Das DRK erschien als der geeignete Träger der Maßnahme im Landkreis Tübingen.

Projektsteuerung und Ablaufplanung

Die Durchführung eines Modellprojektes wurde zwischen der Abteilung Gesundheit des Landratsamtes und dem Bewegungsprogramm des DRK vereinbart. Eine Steuerungsgruppe für das Projekt wurde gebildet, die für alle Arbeitsschritte der ersten Projektphase gemeinsam verantwortlich war.

- ❖ Frau Firsching, Gesundheitsplanung/Berichterstattung (Abt. Gesundheit/LRA)
- ❖ Frau Dr. Habisreiter-Funck, Ärztin (Abt. Gesundheit/LRA)
- ❖ Frau Katzmann, Übungsleiterin, ehemalige Lehrberaterin und Instruktorin des DRK
- ❖ Frau Schöntag, Ärztin
- ❖ Frau Stöckl, Abteilungsleiterin Sozialarbeit und Koordinatorin des DRK-Bewegungsprogramms

In der ersten Projektphase wurde geplant:

- Schulung von 12 Übungsleiterinnen gezielt für das Feld „Hausbesuch“
- 12-14 Seniorinnen und Senioren sollten wöchentlich besucht werden
- Die erste Phase sollte 20 Besuche umfassen

Finanzierung

Die Finanzierung der ersten Projektphase wurde insbesondere durch eine Zuwendung der Stiftung der Kreissparkasse ermöglicht. Die Kosten für die Teilnehmer wurden analog zum DRK-Bewegungsprogramm auf 2,50 €/Besuch festgelegt. In Härtefällen konnte auf diesen Beitrag verzichtet werden. Der Hausbesuch wird vom Träger mit 10 € + Fahrtkosten veranschlagt.

Alternative Modelle

Die Möglichkeit eines Fahrdienstes, der die Menschen zu den Angeboten fährt, wurde alternativ diskutiert. Die Gruppenanzahl müsste klein sein (4-5 Personen) da multimorbide Menschen sehr viel Betreuung und Aufmerksamkeit brauchen. Der Fahrdienst wurde entsprechend des zeitlichen Aufwands berechnet. Die Kosten für ein entsprechendes zentrales Programm lagen bei günstigen strukturellen Bedingungen bei 17 €.

Nach den Erfahrungen der ersten Modellphase wissen wir, dass der Aktivierende Hausbesuch die bessere und nicht nur die kostengünstigere Alternative ist. Unterschiedlich alte und kranke Menschen haben ganz unterschiedliche Übungstempi, Verständnisprobleme bei der Übungsanleitung und können unterschiedlich lange „bewegt“ werden. Außerdem zeigte sich bei der Evaluation der spezifische Nutzen des Gesprächs.

Die Übungsleiterinnen des Bewegungsprogramms

Immer wieder hatten die Übungsleiterinnen des Bewegungsprogramms langjährige Kursteilnehmer „verloren“, weil diese den Weg zum Kurs nicht mehr eigenständig bewältigen konnten. Sie sahen deshalb das Projekt als sinnvolle Weiterführung des Bewegungsprogramms des DRK auf der Basis von Hausbesuchen an. Auch die zwei Komponenten des Besuchs, Gespräch und Bewegung, hielten sie bei Hausbesuchen für angemessen und notwendig.

Fortbildung der Übungsleiterinnen

Die Instruktorin des Bewegungsprogramms, Frau Marie Luise Katzmann, begann mit einem Hausbesuch als praktischen Vorlauf (pretest) des Projektes, und stellte, darauf aufbauend, gezielt ein Übungsprogramm für die Hausbesuche zusammen. Diese ersten Erfahrungen mit dem *Aktivierenden Hausbesuch* von Frau Katzmann waren sehr hilfreich für den Prozessverlauf. Die Übungsleiterinnen hatten zwar viel Erfahrung in der Arbeit mit Gruppen, trotzdem war einiges an der Situation „Hausbesuch“ neu.

- Intensiver Einzelkontakt
- Üben im privaten Bereich
- Direktes Gegenüber beim Üben
- Die besuchte Person ist im Regelfall sehr alt und krank

Zu Beginn der ersten Modellphase wurde deshalb ein Weiterbildungstag veranstaltet, an dem neben besonders geeigneten häuslichen Bewegungsübungen auch die neue Kommunikationssituation eingeübt wurde (Methode des aktiven Zuhörens).

Eine Mitarbeiterin der IAV-Stelle Mössingen gab den Übungsleiterinnen eine praxisorientierte Einführung in die Thematik Hausbesuch.

Die Möglichkeit der beratenden Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen des Gesundheitsamtes und den Übungsleiterinnen wurde vorgestellt und die Rolle der Koordinatorin des DRK besprochen. Sie war die erste Anlaufstelle bei allen Fragen oder auftauchenden Problemen. Die einzelnen Evaluationsmethoden wurden vorgestellt und die Evaluationsbögen besprochen.

Außerdem wurden regelmäßige Treffen zwischen den Übungsleiterinnen und der Steuerungsgruppe festgelegt.

Evaluation

(4. Schritt des Public-Health-Action-Cycle)

Evaluation beschreibt und bewertet systematisch d.h. methodengestützt und überprüfbar, Maßnahmen, Programme oder Materialien in den verschiedensten Bereichen menschlichen Lebens.

In der hier angewendeten bedarfsorientierten Planung eines Projektes wurden die Ziele aus der Bedarfsanalyse abgeleitet: Die Intervention wurde auf die ermittelten Ziele zugeschnitten und folgt so einem strukturierten Denkprozess. Die Evaluation prüft die Zielerreichung.

Operationalisierung

Die Operationalisierung - oder Messbarmachung beschreibt die Art und Weise, wie ein theoretisches Konstrukt (z.B. Gesundheit oder Lebensqualität) quantitativ oder qualitativ gemessen werden kann.

Zur Operationalisierung wurden Indikatoren gebildet. Unter Indikatoren versteht man in den Sozialwissenschaften eine Auswahl von Sachverhalten, die messbar sind und in der Summe den theoretischen Begriff abdecken. So wird hier konkret der Begriff „Akzeptanz“ durch Indikatoren wie „Abbrecherquote“ und „Dauer bis zur Angebotsauslastung“ gemessen. Das Einkommen der Teilnehmenden wird nicht direkt abgefragt sondern basiert auf einer Selbsteinschätzung und wird durch Indikatoren wie „Wohnverhältnis“ näher beschrieben.

Erstellen von Zielformulierungen und Evaluationskriterien aufgrund der Bedarfserhebung

1. Im Landkreis Tübingen gibt es kein Bewegungsangebot für Senioren und Seniorinnen, die ihre Wohnung nicht mehr verlassen können. Dieses Angebot sollte bezahlbar sein.

Dieses Angebot wird von den Experten für notwendig gehalten.

Ziel 1.

- **Ein aktivierendes Angebot für Seniorinnen und Senioren, die ihre Wohnung nicht verlassen können, wird in einem Modellprojekt für die Dauer von 20 Besuchen geschaffen. Dieses Angebot ist für alle Teilnehmenden bezahlbar.**

Messung durch:

- Kostenbeitrag
- Assessment (Erreichung der Zielgruppe)

2. Gesundheitsförderung/Prävention im Alter hat eigene Bedingungen. (siehe Kapitel Bedarfserhebung) Einsamkeit wird als hohes Krankheitsrisiko bewertet.

Ziel 2.

- **Der Aktivierende Hausbesuch begegnet den Problemfeldern Einsamkeit und Bewegungsmangel mit einer Kombination aus Bewegungsübungen und Gespräch. Der Bewegungsteil macht dabei mindestens die Hälfte der Besuchszeit aus.**
- **Die speziellen Anforderungen von Gesundheitsförderung im Alter werden einbezogen.**
- **Im Gespräch werden gesundheitsförderliche Informationen gegeben. Es wird davon ausgegangen, dass mindestens die Hälfte der Gesprächszeit sich um gesundheitliche Themen dreht und Informationen abgefragt werden**

Messung durch das Besuchstagebuch, das bei jedem Hausbesuch ausgefüllt wird.

3. Wesentliches Kriterium der Evaluation ist die Akzeptanz der Maßnahme durch die Zielgruppe.

Ziel 3.

- **Der *Aktivierende Hausbesuch* wird von den Teilnehmenden angenommen.**
- **Die Teilnehmerplätze des *Aktivierenden Hausbesuches* sind nach 3 Monaten belegt.**
- **Die Teilnehmenden absolvieren das Bewegungsprogramm bei über der Hälfte (60 %) aller Hausbesuche. 60% der Teilnehmenden brechen die Maßnahme nicht ab.**
- **50% der Teilnehmenden möchten auch nach Ablauf der ersten Phase weiter besucht werden.**

Messung durch:

- Beginn der einzelnen Hausbesuche
- Teilnehmerliste über die Dauer des Kurses
- Weiterbelegungswünsche nach Ende der 20 Hausbesuche
- Evaluationsbogen
- Bewegungsbiographie
- Dokumentationsbogen: Es wurde bei jedem Besuch vermerkt, inwieweit das Aktivierungsangebot angenommen wird.

4. Die Akzeptanz einer Maßnahme in der aufsuchenden Seniorenarbeit ist stark vom Träger der Maßnahme abhängig.

Ziel 4.

- **Der geeignete Träger für dieses Projekt im Landkreis Tübingen wird gefunden.**

Messung durch:

- Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme,
- Rückmeldungen von Kursleiterinnen und Teilnehmenden.

5. Über die Zielgruppe der Menschen, die ihre Wohnungen nicht mehr selbständig verlassen können, liegen auf Landkreisebene zu wenige Informationen vor.

Ziel 5.

- **Die Bedarfe und Bedürfnisse dieser Menschen werden transparenter. Sie treten als Zielgruppe in die Wahrnehmung der Öffentlichkeit.**

Messung durch:

- Assessment
- Besuchsdokumentation,
- Verlauf der Öffentlichkeitsarbeit.

Diese Ziele wurden aus der Bedarfserhebung abgeleitet und um zwei weitere Evaluationskriterien zur Wirkungsmessung ergänzt.

Ziel 6.

- **Der Aktivierende Hausbesuch leistet einen deutlichen, d.h. merkbaren Beitrag zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität der Besuchten.**

Messung durch:

- Befragung der Übungsleiterinnen
- Teilnehmerinnen
- Auswertung des Übungstagebuches.

Ziel 7.

- **Durch die Bewegungsübungen wird die Bewegungssicherheit gefördert. Durch die Bewegungsübungen werden Alltagshandlungen leichter durchführbar.**

Messung durch:

- Berg-Balance Test
- ADL

Beschreibung der Teilnehmerinnen an der ersten Phase des *Aktivierenden Hausbesuchs*

Einschlußkriterien der Teilnahme:

Erstes und wichtigstes Kriterium war, dass die teilnehmenden Seniorinnen oder Senioren nicht mehr in der Lage sind, selbständig die eigene Wohnung zu verlassen und somit keine vorhandenen aktivierenden Angebote aufsuchen können.

Zweites Einschlusskriterium war eine Bestätigung darüber, dass der Hausarzt oder die Hausärztin über die Teilnahme an der Maßnahme informiert wurde und einverstanden war.

Die Umgehensweise mit vorhandenen komplexen Krankheitsbildern wurden im Bedarfsfall mit den zwei begleitenden Ärztinnen abgesprochen.

Diese Einschlusskriterien wurden von allen Teilnehmerinnen erfüllt.

Es konnten 12 Seniorinnen oder Senioren an dem Kurs teilnehmen.

Alter der Teilnehmerinnen:

Die Teilnehmerinnen waren zwischen 77 und 92 Jahren alt, das **Durchschnittsalter betrug 86 Jahre**.

Geschlecht der Teilnehmerinnen:

An der ersten Phase des *Aktivierenden Hausbesuches* nahmen ausschließlich Frauen teil, allerdings übte nach kurzer Zeit ein Ehepartner kontinuierlich mit.

Viele Aktivierungstrainings werden stark von Frauen frequentiert. Im Bereich Krafttraining dagegen sind die Verhältnisse anders: Hier sind Männer in der Regel stärker vertreten.

Im weiteren Verlauf des Projekts ist es notwendig, Ideen zu entwickeln und zu erproben, um das Angebot auch für Männer interessant zu machen.

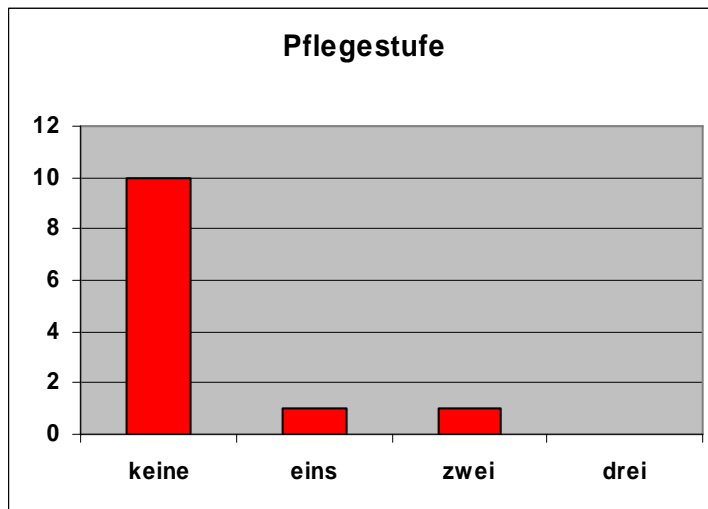
Vielleicht würde ein männlicher Besuchender männliche Teilnehmer ansprechen.

Allerdings ist in jedem Fall damit zu rechnen, dass über die jeweiligen Ehepartner bzw. Freundeskreise auch männliche Teilnehmer den Weg zu dem Angebot finden werden.

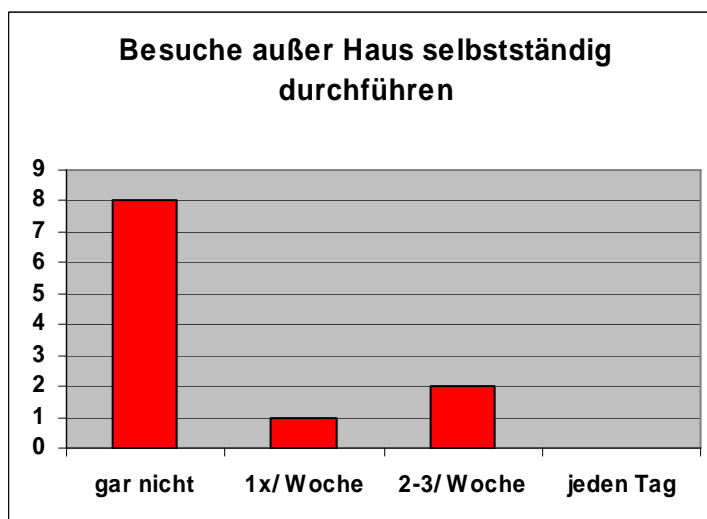
Soziodemographische und gesundheitliche Daten der Teilnehmerinnen:

75% der Frauen waren verwitwet, 2 Frauen lebten mit ihrem Mann zusammen, eine Frau war alleinstehend. Neun Frauen hatten Kinder, drei Frauen hatten keine Kinder.

Alle Teilnehmerinnen waren in der Lage, sich innerhalb der eigenen Wohnung zu bewegen und- in unterschiedlichem Maß- sich selbst zu versorgen. Eine Frau war ganz auf Unterstützung angewiesen, 67% nahmen Hilfe von Familienangehörigen in Anspruch.

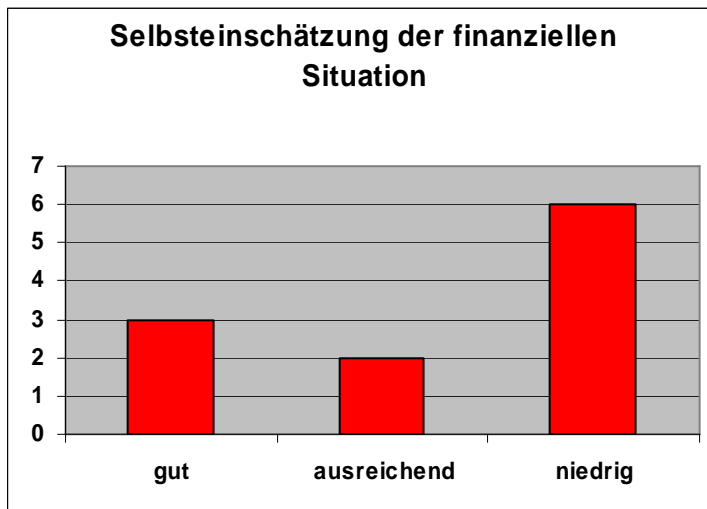


Die meisten (84%) Frauen hatten keine Pflegestufe.



Die meisten Frauen gaben an, dass sie keine Besuche mehr außer Haus machen können, 2 Frauen gingen (mit Hilfe) 2-3 in der Woche außer Haus und zwei Frauen wurden jeden Tag besucht. Allerdings gaben auch zwei Frauen an, gar keinen Besuch zu bekommen.

Nach Durchsicht der Unterlagen lässt sich - mit gebotener Vorsicht - vermuten, dass vor allem die verheirateten Frauen und Frauen, mit Familie in der näheren Umgebung sich nicht einsam fühlten. Etwa die Hälfte der Frauen fühlte sich einsam. Die Lebenssituation von drei Frauen wirkte sehr isoliert. Dagegen hielten zwei der Frauen das Gefühl von aktiver Teilhabe und Interesse fast unabhängig von der Außenwelt aufrecht. Hier nahmen Natur oder/und Tiere eine wichtige Stelle ein.



Der Einkommensstand wurde durch den Indikator „Wohnen im eigenen Haus“, der Frage nach der Selbsteinschätzung des eigenen Einkommens und die Entbindung von den Teilnahmekosten erhoben.

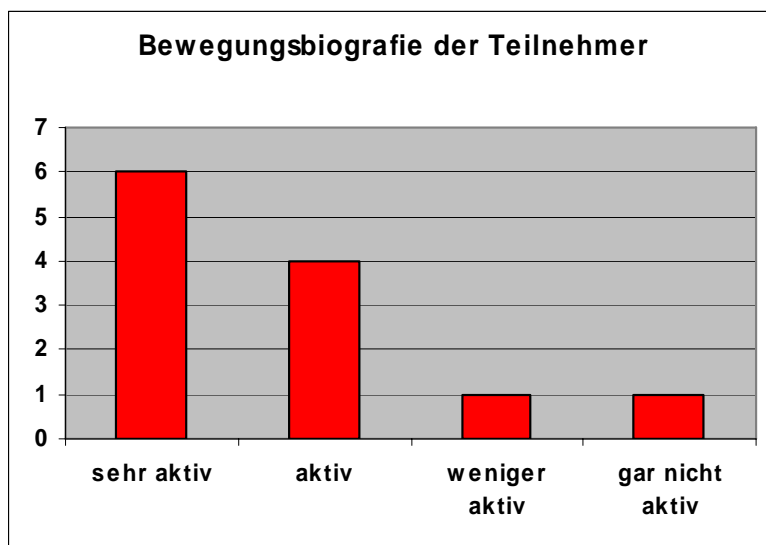
Die Zahl der Frauen, die ihr eigenes Einkommen mit „niedrig“ angaben, korrelierte mit der Zahl Frauen, die zur Miete wohnten.

Ein weiterer Indikator für das Einkommen waren der Beitrag, den die einzelnen Frauen für den einzelnen Hausbesuch zahlten. Drei Teilnehmerinnen waren finanziell nicht in der Lage, den Regelsatz der 1. Projektphase (2,50 €) aufzubringen.

Dieser Regelsatz orientierte sich am Kostenbeitrag des Bewegungsprogramms und war nicht kostendeckend. Würde man eine Kostendeckung erreichen wollen, wäre bei einem Hausbesuch/Woche mit Kosten in Höhe von etwa 50 €/Monat zu rechnen. Der *Aktivierende Hausbesuch* wird auch künftig auf eine Begleitunterstützung angewiesen sein, um auch einkommensarmen Interessenten die Teilnahme zu ermöglichen.

Interessant zur näheren Beschreibung des sportlichen Hintergrunds der Teilnehmenden war die **Bewegungsbiographie**, durch die der persönliche Bewegungshintergrund durch vier Indikatoren näher erfasst wurde.

- Frühere Aktivitäten
- Falls starke Mobilitätseinschränkung, Begründung dafür
- Eigene Aktivierungsmotivation
- Benötigte Unterstützung



Die Hälfte der Frauen gab an, früher sehr aktiv gewesen zu sein, 33,3 % bezeichneten sich als aktiv und jeweils eine Person gab an, wenig oder nicht aktiv gewesen zu sein.

50% der Befragten hatten diese Aktivitäten selbst organisiert, 25% waren im Bewegungsprogramm des DRK aktiv gewesen und die restlichen 25% verteilten sich auf die VHS bzw. Sportvereine.

Häufigste alltägliche „Bewegungsübung“ war früher die Gartenarbeit gewesen, Wandern und Radfahren werden ebenfalls häufig genannt. Fehlende Gartenarbeit korrelierte eng mit „Wohnen zur Miete“. Frauen, die zur Miete wohnten, schienen dafür häufiger schwimmen zu gehen.

Diese Aktivitäten endeten bei allen mit der Einschränkung der Mobilität durch Krankheit, Operationen, verminderte Sehkraft, und/oder Stürze. Zur Zeit des Hausbesuchs war die einzige Aktivität das Verrichten von Hausarbeit, das in diesem Zusammenhang einen sehr hohen Stellenwert bekommt. Eine Seniorin führte beispielsweise ihre Fitness auf den Umstand zurück, dass sie ihren Hausputz schon immer und immer noch ohne Staubsauger macht. Eine andere Frau nahm sich jeden Tag eine Hausarbeit vor, die sie erledigen muss.

60% gaben an, dass sie nicht mehr an einer Aktivierungsgruppe teilnehmen können, die anderen waren nach ihrer Aussage bereit, es zu versuchen. Sie bräuchten dazu einen Fahrdienst und eine individuelle Unterstützung. Zwei Frauen würden gerne den Anschluss an ihre alte DRK-Übungsgruppe wieder schaffen. In diesen beiden konkreten Fällen war die besuchende Übungsleiterin auch Übungsleiterin des Kurses gewesen.

Für 84% war der *Aktivierende Hausbesuch* die für sie am besten geeignete Form, um am Erhalt ihrer Fertigkeiten zu arbeiten.

Beschreibung der Evaluationsmethoden

1. Assessmentbogen

Nach dem 2. oder 3. Hausbesuch wurde ein Assessmentbogen ausgefüllt. Der Assessmentbogen beschreibt das soziale Profil der Besuchten und deren Lebenssituation.

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand/Kinder
- Früherer Beruf
- Eventuelle Pflegestufe
- Helfendes Netzwerk (Bewältigung der Lebenssituation)
- Soziales Netzwerk (Einsamkeit)
- Finanzielle Situation
- Wohnsituation

Dieser Bogen wird in der nächsten Projektphase erweitert um

- Stärkere Betonung auf der Erfassung von Diagnosen und Symptomen
- Gemeinsames Erarbeiten der Ressourcen der Besuchten
- Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation
- Motivation
- Zielfestlegung

2. Dokumentationsbogen

Jeder einzelne Hausbesuch wurde mit einem Dokumentationsbogen erfasst. In ihm wurde festgehalten:

- Bereitschaft zur Teilnahme am jeweiligen Hausbesuch (Indikator für Kontinuität und Konstanz)
- Kontinuität der Hausbesuche (Akzeptanz des Angebotes)
- Die Bereitschaft zur Teilnahme am Übungsteil (Indikator für Akzeptanz der Aktivierung durch die Teilnehmenden)
- Frage nach der Gewichtung von Üben und Gespräch (Indikator für die Wertigkeit)
- Dokumentation der Gesprächsinhalte (Messen der Möglichkeit, gesundheitsförderliche Informationen beim *Aktivierenden Hausbesuch* zu geben)
- Eigene Einschätzung der Übungsleiterinnen (zur Wahrnehmung der Effekte der Intervention)

Durch den Dokumentationsbogen konnten eventuelle Verhaltensänderungen oder Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit im Zeitverlauf beobachtet werden.

3. Berg-Balance Test.

Der Berg-Balance Test ist ein standardisiertes Messwerkzeug zur Messung der Sturzgefährdung. Es wird untersucht, inwieweit Bewegungsabläufe noch eigenständig durchgeführt werden können.

Die Messungen erfolgten beim *Aktivierenden Hausbesuch* bei einem der ersten und beim letzten der 20. Hausbesuche.

Die meisten Körperhaltungen konnten von den Teilnehmerinnen schon zu Beginn ohne große Schwierigkeiten ausgeführt werden. Lediglich im Bereich Gleichgewicht, Tandemstand und Einbeinstand zeigten sich häufig Probleme. Damit war eine Messung von positiven Veränderungen mit Hilfe dieses Testes nur eingeschränkt durchführbar. Es gab stimmungs- und körperlich bedingt stark schwankende Tagesformen. Eine Messung zu einem festgelegten Anfangs- und Endpunkt war daher methodisch nicht richtig.

Im Projektverlauf wurde festgestellt, dass die Zielgruppe außer ihrem Einschlusskriterium (Wohnung nicht oder nur schwer verlassen) nichts gemeinsam hatte und eine Betrachtung der Gesamtgruppe mit entsprechenden statistischen Verfahren nicht sinnvoll erschien. Nach vielen methodischen Erwägungen wurde als grundlegendes Verfahren die Einzelfallanalyse gewählt. Der Berg-Balance Test wurde in diese Einzelfallbetrachtung einbezogen.

4. ADL

Der ADL (activities of daily life) ist ein Verfahren, um einzuschätzen, ob Alltagshandlungen noch durchgeführt werden können und welche Pflegeleistungen benötigt werden. Er wurde herangezogen, um eventuelle Auswirkungen des *Aktivierenden Hausbesuchs* auf die Alltagsfertigkeiten zu messen.

Viele Alltagsfertigkeiten des ADL konnten allerdings von Anfang an gemeistert werden. (Die meisten Teilnehmerinnen nahmen auch keine Pflegeleistungen in Anspruch.) Eine Messung der Effekte war deshalb nur sehr bedingt möglich. In Einzelfällen gab es deutliche Veränderungen, die sich auch im ADL niederschlugen, die in der Einzelfallanalyse dargestellt werden sollen. Eine Gesamtinterpretation schied aus oben beschriebenen Gründen aus. Diese Ergebnisse werden im folgenden Teil zusammenfassend dargestellt. Der ADL wird in der nächsten Projektphase nicht mehr eingesetzt, da er für die Erfordernisse des Projekts nicht differenziert genug misst.

5. Bewegungsbiographie

Die Bewegungsbiographien sollten Informationen über den sportlichen bzw. alltagssportlichen Hintergrund der besuchten Menschen erbringen.

- „Bewegungshintergrund“ der besuchten Person (Motivation/allgemeine Beschreibung der Zielgruppe)
- Heutige Tätigkeiten (Beschreibung Zielgruppe)
- Wunsch nach körperlicher Bewegung (Motivation/Bedarf)
- Bedarf an einem **häuslichen** Bewegungsangebot aus Seniorensicht
- Frage nach Wunsch nach Teilnahme an einer Bewegungsgruppe

6. Weitere Quellen für die Evaluation des *Aktivierenden Hausbesuchs*

- Die Treffen mit den Übungsleiterinnen (Sicht der Übungsleiterinnen)
- Teilnahme an *Aktivierenden Hausbesuchen* durch die Evaluatorin

Bewertung der eingesetzten Evaluationsmethoden - Veränderungen, die in der 2. Projektphase zur Anwendung kommen.

Sehr bald erwies sich die völlige Heterogenität der Gruppe.

Es wurde deutlich, dass jeder Hausbesuch einen individuellen Prozess zwischen Übungsleiterin und Seniorin bedeutete, der sich an die individuellen Bedingungen anpasste. Aus Sicht der Übungsleiterinnen hatten diese Besuche eine andere Dynamik und Intensität als die Kurse, die sie im Rahmen des Bewegungsprogramms abhielten. Es entstanden Beziehungen, die im Alltag der Besuchten einen großen Stellenwert hatten. Nur bei den zwei Teilnehmerinnen, die dementiell erkrankt waren, war die Beziehung über die Zeit nicht stabil sondern stellte sich jeweils bei einem Besuch neu her und wurde dann auch wieder „vergessen“.

Hier von einer Gesamtgruppe zu sprechen ist nicht vertretbar: unterschiedlichste Krankheitsverläufe, psychische Verfasstheiten und Lebenssituationen lassen diese Zusammenfassung nicht zu. Deshalb wurden 12 Einzelfallanalysen angefertigt und in einer Zusammenstellung von Berg- Balance Test, ADL, Selbstwahrnehmung der Teilnehmenden und den Beobachtungen der Übungsleiterinnen (Besuchstagebücher) interpretiert.

Der *Aktivierende Hausbesuch* lies sich in seiner Wirkweise mit den eingesetzten formalen Instrumenten nicht ausreichend erfassen.

Der Assessmentbogen wurde für die zweite Projektphase neu gestaltet und bezieht die Ebenen

- Psychische Verfassung
- Erwartungen
- Motivation

gleich stärker ein.

Die Veränderung der Evaluationsmethode für die 2. Projektphase geht dahin, dass in den ersten Stunden zusammen mit dem Besuchten ein persönliches „Aktivierungsziel“ bzw. „Aktivierungsziele“ festgelegt wird.

Es wird überlegt, ob diese Ziele realistisch erscheinen und welche Maßnahmen generell dazu nötig sein würden, um diese Ziele zu erreichen.

Dann werden diese Ziele dokumentiert und auf ihre Erreichung hin beobachtet.

Es ist davon auszugehen, dass diese individuelle Methode den Bedingungen des *Aktivierenden Hausbesuches* gerechter wird als der Einsatz standardisierter Messverfahren.

Der Dokumentationsbogen (Übungstagebuch) stellte sich als brauchbares Instrument dar, dass auch zur Zielerreichungsmessung benutzt werden kann. Er wird dazu um die Dimension „persönliche Zielsetzung“ erweitert.

Die Auswertung der Bewegungsbiographie ergab interessante Schlussfolgerungen vor allem zur Motivation. Der Bogen wird deshalb auch in der nächsten Projektphase beibehalten.

Ergebnisse der zielorientierten Wirkungsanalyse

Die Evaluation der Maßnahme erfolgte durch Prüfung der Zielerreichung. Die formulierten Ziele wurden in Zielfragen umformuliert.

Zielfrage 1.

- ❖ **Konnte ein aktivierendes, bezahlbares Angebot für Seniorinnen und Senioren, die ihre Wohnung nicht verlassen können mit diesem Modellprojekt geschaffen werden und wie ist der Bedarf im Landkreis einzuschätzen?**

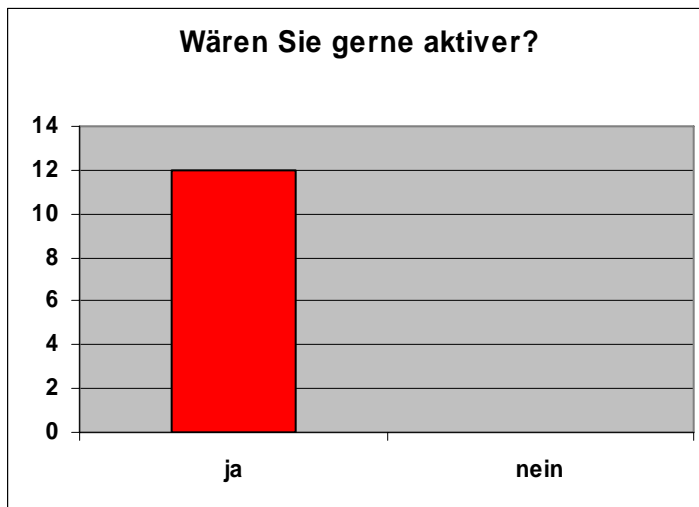
Durch Ziel 1 wird die Zielgruppe bestimmt, die durch die Maßnahme erreicht werden soll. Sie wurde in der Bedarfserhebung als „schwer zugänglich“ beschrieben. **Zielgruppenerreichung** ist generell ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Deshalb wird die Frage nach der Zielgruppenerreichung auf verschiedenen Ebenen analysiert.

1. Alter
2. Gründe, warum die Wohnung nicht mehr selbständig verlassen werden kann
3. Motivation, etwas für die eigene Bewegungsfähigkeit zu tun.

Zu 1. Das Durchschnittsalter der besuchten Frauen lag bei 86 Jahren. Die Zielgruppe der Hochaltrigen wird angesprochen.

Zu 2. Alle teilnehmenden Frauen konnten ihre Wohnungen nicht mehr eigenständig verlassen. Die Gründe waren altersbedingte Krankheiten und/oder Operationen und/oder Stürze.

Zu 3. Durch die Daten der Bewegungsbiographie und der Dokumentationsbögen wird deutlich, dass sich fast alle Teilnehmerinnen mehr körperliche Aktivierung im Alltag gewünscht hatten, es aber aufgrund fehlender individueller Unterstützung nicht realisieren konnten.



Bei der Analyse der Dokumentationsbögen wurde deutlich, dass es für alle Teilnehmerinnen unbedingt wünschenswert war, weiterhin selbständig zuhause leben zu können und sie sehr gerne etwas dafür tun. Die Bedeutung von Bewegung zum Erhalt der eigenen körperlichen Mobilität war fast allen Teilnehmerinnen klar. Bei dementziell fortschreitend Erkrankten war diese Gewissheit nicht immer präsent.

Bei allen anderen Teilnehmenden war die Grundmotivation vorhanden, die Motivationsausprägung variierte individuell. Es lässt sich eine klare Korrelation von Stärke der Motivation und Übungsfortschritten aufzeigen: Je größer die Motivation wurde, zu üben und sich mehr zuzutrauen, desto deutlicher waren die Fortschritte, die wieder Mut zu neuer Anstrengung machten. Dieser Zusammenhang ist statistisch nicht darstellbar, da in einigen Verläufen nach deutlichen Verbesserungen krankheitsbedingte Verschlechterungen auftreten und eine Ablaufbetrachtung nur im Einzelverlauf möglich machen.

Bewertung: Die Zielgruppe wurde mit dem Modellprojekt erreicht. Es erscheint möglich auch mehr Vertreter dieser Zielgruppe zu gewinnen, da die eigene Motivation der Zielgruppe, sich durch Bewegung mobil zu erhalten, gegeben ist. Für diese Zielgruppe gilt es, ein dem Bedarf entsprechendes Angebot aufzubauen.

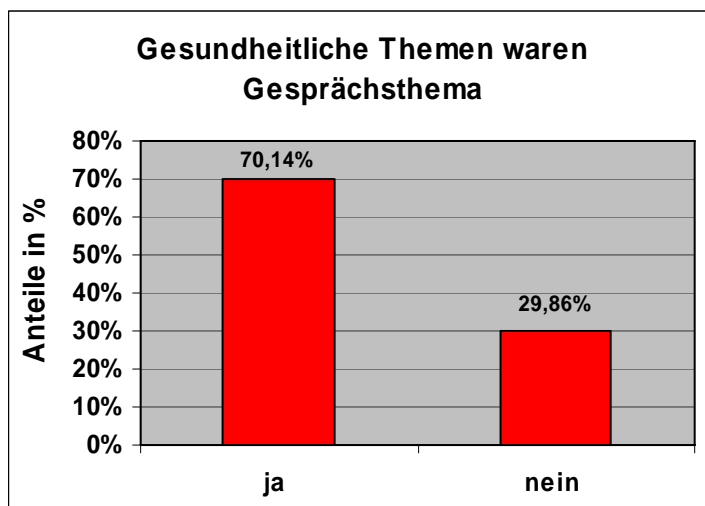
Der *Aktivierende Hausbesuch* begegnet den Problemfeldern **Einsamkeit und Bewegungsmangel** mit einer Kombination aus Bewegungsübungen und Gespräch.

Zielfrage 2.

- ❖ Drehte sich die Hälfte der Besuchszeit um gesundheitliche Themen und Informationen?
- ❖ Wurden die speziellen Anforderungen von Gesundheitsförderung im Alter einbezogen?
- ❖ Wurden gesundheitsförderliche Informationen im Gespräch gegeben?

Dies wurde durch den Indikator „Gesundheitliche Themen als Gesprächsthema“ abgebildet.

Diese Frage wurde inhaltlich untersucht: Im Übungstagebuch wurden die Gesundheitsthemen jedes Besuches vermerkt und zusammengefasst. So ergab sich ein Bild, welche Gespräche zu Verhaltensänderungen führten.



Durch die Benennung/Beschreibung der einzelnen Themen wurde die Intensität und Bedeutung der Gespräche konkretisiert. Manche Gespräche dienten der Übungsleiterin dazu, sich ein Bild von der momentanen Verfassung ihres Gegenübers zu machen. Die meisten Gespräche standen in Verbindung mit dem Bewegungsteil. Es wurde „theoretisch“ nach- oder vorgearbeitet, was praktisch geübt wurde: Richtiges aufrecht Stehen und Sitzen, richtiges Gehen, Atmen, der Einsatz von Hilfsmitteln, Möglichkeiten der Entspannung und Grundsätzliches zur Sturzprophylaxe waren häufige Themen. Aber auch der richtige Einsatz des Rollators und orthopädische Hilfsmittel wurden besprochen. Ess- und Trinkverhalten wurden häufig besprochen.

Die Teilnehmerinnen waren in der Regel sehr interessiert und gut informiert. Es kam zu Verhaltensänderungen was den Gebrauch des Notrufs, Sturzgefahrenbeseitigung in der Wohnung oder die Anschaffung orthopädischer Hilfsmittel betraf.

Die größte Verhaltensänderung bei allen Teilnehmerinnen (in unterschiedlicher Intensität) wurde durch den Bewegungsteil bewirkt und durch die Gespräche vertieft und äußert sich vor allem in

- mehr Zutrauen zu den eigenen Fähigkeiten zu bekommen (Selbstvertrauen)
- mehr auszuprobieren und wagen (Erweiterung des Handlungsspielraums)
- erleben, dass man selbst an der eigentlichen Befindlichkeit mitwirken kann (Selbstwirksamkeit)

Bewertung: Der Gesprächsteil wurde genutzt um gesundheitliche Themen zu besprechen. Durch die Konzeption des Hausbesuches kamen gesundheitliche Themen selbstverständlich vor. Sie unterstützten und vertieften häufig den praktischen Teil, informierten aber auch über andere Gesundheitsthemen. Sie hatten noch eine besondere Bedeutung: Die Entwicklung, Ziele und Wünsche wurden besprochen, man freute sich am Fortschritt und trug Rückschritte gemeinsam. Die Gespräche verstärkten das Gefühl, im Wunsch nach Mobilität und Selbstständigkeit nicht mehr alleine zu sein, nicht nur praktische Anleitung zu bekommen sondern eine Begleitung und Unterstützung bei der Aufgabe, allein leben zu können und die Alltagsgeschäfte möglichst selber zu verrichten. Dem Gefühl von Isolation wurde praktisch begegnet.

Der Gesprächsteil ist ein wesentlicher Bestandteil des *Aktivierenden Hausbesuchs* und ist für die Beziehungsaufnahme unerlässlich. Die persönliche Form, in der der *Aktivierende Hausbesuchs* abläuft, scheint wesentlich zum Gelingen beizutragen.

Wesentliches Qualitätskriterium einer Maßnahme ist die **Akzeptanz** durch die Zielgruppe.

Folgende Indikatoren für die Akzeptanz des Angebotes wurden gebildet.

- Dauer der Kursbelegung
- Kontinuität der Teilnahme über die Dauer des Kurses
- Weiterbelegungswünsche nach Ende der 20 Hausbesuche
- Teilnahme am Bewegungsteil

Zielfrage(n) 3:

- ❖ **Waren die 12 Teilnehmerplätze des *Aktivierenden Hausbesuchs* nach 3 Monaten alle belegt?**
- ❖ **Brachen mehr als 30% der Teilnehmenden die Teilnahme an der ersten Phase ab?**
- ❖ **Wollten mehr als 50 % der Teilnehmenden auch nach Ablauf der ersten Phase weiter an diesem Projekt teilnehmen?**
- ❖ **Wurde der Bewegungsteil häufig (mehr als 60%) in Anspruch genommen?**

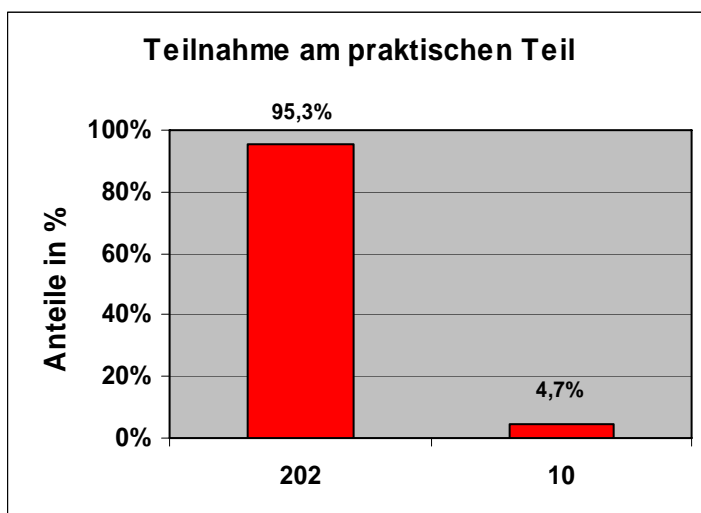
Kursbelegung: Die zwölf verfügbaren Plätze des Projektes waren ohne große Öffentlichkeitsarbeit binnen vier Wochen belegt. Einige Frauen hatten vorher Kurse des Bewegungsprogramms besucht und konnten diese Kurse nicht mehr besuchen, die andern hatten vom geplanten Projekt gehört.

Abbrecherquote: Die Abbrecherquote des Projektes lag bei **0%**. Eine Frau konnte nach 10 Übungsstunden wieder die alte Gruppe im Bewegungsprogramm aufsuchen und ist nicht als Abbrecherin zu werten.

Verlängerung der ersten Phase: Von den 12 Teilnehmerinnen wollten über die 20 Hausbesuche hinaus 8 Frauen weiter an der Maßnahme teilnehmen. Eine Frau war während der ganzen Projektphase der Überzeugung gewesen, in ihrem Alter müsse man nicht mehr turnen. Auch die eigene Einsicht, dass es gut tut, änderte nichts an dieser Grundauffassung und sie schied nach 20 Hausbesuchen aus dem Aktivierungsprogramm aus. Eine andere Frau fand wieder den Anschluss an ihren alten Kurs. Eine Frau verstarb kurz nach Kursende an ihrer Grunderkrankung. Eine andere Frau konnte wegen fortschreitender Demenz nicht mehr teilnehmen.

Man kann also feststellen, dass die Frauen, die weitermachen konnten, tatsächlich weitermachen wollten. Nur eine Frau verließ das Kursprogramm freiwillig.

Teilnahme am Bewegungssteil: Die Teilnehmerinnen machten in der Regel immer mit. Nur bei starker psychischer oder physischer Beeinträchtigung wurde der Bewegungsteil „gestrichen“.



Seitens der Teilnehmerinnen wurden Hausbesuche äußerst selten verschoben, nur bei Familienfeiern oder Krankenhausaufenthalten wurde der Hausbesuch verlegt.

Bewertung: Die Akzeptanz des *Aktivierenden Hausbesuchs* spiegelt sich in diesen Zahlen wieder und muss als unerwartet hoch bezeichnet werden. Die schnelle Belegung der Plätze im Projekt ohne große Öffentlichkeitsarbeit kam überraschend, die Mitglieder der Steuerungsgruppe waren von einer längeren Anlaufzeit ausgegangen. Keine Teilnehmerin brach vorzeitig ab und zwei Drittel der Teilnehmenden machen weiter mit. Den Teilnehmenden beim Hausbesuch ging es eindeutig um die Aktivierung: Das belegt die obige Grafik.

Das Projekt wurde gut angenommen und mit hoher Disziplin und Ausdauer verfolgt. Das sprach für die hohe Motivation der Teilnehmerinnen, mobil zu bleiben und etwas aktiv für die Gesundheit tun zu wollen. Vielleicht wurde es auch durch den verbindlichen, wöchentlichen Termin zuhause erleichtert, etwas gegen den „inneren Schweinehund“ zu unternehmen. Waren die Übungsleiterinnen da, konnten sie die Frauen fast immer zu einem der Situation angemessenen Bewegungsteil motivieren. Der Hausbesuch hatte im Alltag der Frauen auch eine unterschiedlich hohe, aber bei allen vorhandene starke soziale Bedeutung, er war ein wichtiges Ereignis in der Woche.

Die Auswertung dieser Zielfrage zum Thema Akzeptanz stellt **in der Evaluation den wesentlichsten Punkt** dar. Die Steuerungsgruppe hatte, auch durch die Expertenbefragung „vorgewarnt“, mit einer wesentlich geringeren Akzeptanz gerechnet. Die Zielgruppe, für die das Angebot geplant war, nahm es tatsächlich gerne und ausdauernd in Anspruch. Das spricht eindeutig für die Wichtigkeit eines derartigen, flächendeckenden Angebotes.

Die **Akzeptanz einer Maßnahme** korreliert stark mit der **Akzeptanz des Trägers** der Maßnahme.

Zielfrage 4.

❖ Ist das DRK der geeignete Träger für dieses Projekt im Landkreis Tübingen?

Passung des Projektes in die Struktur des DRK- Bewegungsprogramms. Messung durch Beschreibung der Prozess- und Strukturqualität und durch Rückmeldungen von Kursleiterinnen und Teilnehmenden.

Der *Aktivierende Hausbesuch* hat sich nahtlos in die Struktur des Tübinger Bewegungsprogramms des Deutschen Roten Kreuzes einfügen lassen.

- Die Bereitschaft der ausgebildeten Übungsleiterinnen des DRK, sich auf Hausbesuche einzulassen, trug die erste Projektphase. Die breiten Erfahrungen aus ihren Gruppen konnten die Übungsleiterinnen relativ problemlos auf die veränderte neue Situation übertragen.
- In die bestehende Koordinationsstruktur des Bewegungsprogramms ließ sich das neue Projekt einpassen. Die neuen Fragestellungen und Herausforderungen wurden mit großem Engagement und Fachlichkeit angenommen.
- Auch die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems als Voraussetzung der Evaluation gestaltete sich unproblematisch und kooperativ.
- Die Ausbildung, die für den *Aktivierenden Hausbesuch* um einige spezifische Bausteine erweitert wurde, ist für diese niedrigschwellige und zugleich sehr professionelle Arbeit gut geeignet. Sie wird von dem Erfahrungsschatz der langjährigen Instruktorin und Übungsleiterin, Frau Katzmann, getragen.

Ohne dieses theoretisch umfassende und gleichzeitig anwendungsbezogene Fachwissen in Sachen Aktivierung und Bewegung wäre das Begehen dieses neuen und verantwortungsvollen Feldes nicht möglich gewesen.

Bewertung: Das Projekt profitierte in hohem Maß von den Erfahrungen und der Fachlichkeit des DRK-Teams und den bestehenden Strukturen des DRK-Bewegungsprogramms in die sich der *Aktivierende Hausbesuch* einpasste. Zwei Komponenten sind für das Gelingen des Projektes wesentlich:

- Das DRK hat im Kreis Tübingen einen sehr guten Ruf und genießt das Vertrauen bei der Bevölkerung. Das war sowohl bei den Teilnehmerinnen als auch bei den Angehörigen deutlich zu merken.
- Das Bewegungsprogramm des DRK läuft seit 30 Jahren in fast allen Gemeinden des Landkreises, genießt ebenfalls einen hervorragenden Ruf und hat gut ausgebaute Strukturen der Koordination und der Ausbildung. Diese langjährigen Erfahrungen und die Einbettung in den Landkreis waren die Basis dafür, dass von Anfang an professionell gearbeitet werden konnte. Sie bildeten den qualitativen Hintergrund der Maßnahme.

Das DRK scheint im Landkreis Tübingen der ideale Träger zur Umsetzung des *Aktivierenden Hausbesuchs* zu sein. Es ist anzunehmen, dass die breite Akzeptanz dieses Bewegungsprogramms im Kreis mitverantwortlich für die breite Akzeptanz des Angebotes ist.

Der Verlauf des Projektes bestätigt die Annahme, dass die Eignung des Trägers wesentlich über Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität einer Maßnahme bestimmt.

Lebensqualität und Wohlbefinden sind multidimensionale soziale Konstruktionen, zu deren Bestimmung und Messung mittlerweile eine umfangreiche Forschung besteht. Wesentliche Indikatoren der Lebensqualität sind neben Arbeit und Einkommen soziales Eingebundensein und Gesundheit.

Diese Indikatoren sind als objektive und als subjektive Komponenten (Wohlbefinden) darstellbar.

Es zeigt sich zunehmend, dass zur Messung von Lebensqualität von Älteren und insbesondere hochaltrigen, multimorbiden Menschen neue Messverfahren notwendig sind.

Das gebräuchliche Verfahren zur Messung der Lebensqualität aus der Medizin ist der SF-36. Mittels 36 Fragen werden acht verschiedene Aspekte der Lebensqualität erfasst. Dieser wird für die Zielgruppe von der neueren Forschung verworfen.

„Das Beispiel des SF-36 zeigt, dass mittels eines generischen Instrumentes kaum noch differenzierte Unterscheidungen in der Ausprägung von Lebensqualität älterer, mehrfach erkrankter Menschen getroffen werden können.“ (Holzhausen; Lebensqualität multimorbider älterer Menschen. Konstruktion eines neuen, individualisierten Messverfahrens. Bern 2009)

Lebensqualität im hohen Alter ist von anderen Variablen abhängig. Es soll hier auf das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell) von Baltes/Baltes verwiesen werden. Nach diesem Modell gibt es drei Bestandteile erfolgreichen Alterns:

- Ziele werden ausgewählt, die den eigenen Möglichkeiten angepasst sind
- Optimierung vorhandener Fähigkeiten durch Übung
- Kompensation vorhandener Defizite durch Hilfsmittel und/oder soziale Unterstützung

Eine normative Auffassung von erfolgreicher Entwicklung im Alter wird durch die Selbstbewertung der eigenen Art des Umgangs mit der gegenwärtigen Situation ersetzt. Lebensqualität entsteht demzufolge indem der Mensch innerhalb der gegebenen biologischen und sozialen Grenzen seiner Möglichkeiten eine weitgehend selbstbestimmte und subjektiv erfüllende Lebensführung realisiert. Die neu erstellten Evaluationsbögen sind mit der modernen Forschung kompatibel. Es braucht Messverfahren, die im Sinne des SOK zuerst individuelle und erreichbare Handlungsziele formulieren, diese Zielerreichung einüben und dabei Strategien zur Kompensation von vorhandenen Defiziten entwickeln. Die Erreichung dieser Ziele zu messen kommt den Möglichkeiten multimorbider, hochbetagter Menschen entgegen, formale Kriterien sind für diese Zielgruppe nicht individuell genug.

Zielfrage 5.

- ❖ **Leistet der *Aktivierende Hausbesuch* einen deutlichen, d.h. merkbaren/messbaren Beitrag zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität der Besuchten.**

Ein objektiver Messwert ist beispielsweise Gesundheit als zentraler Bestandteil der individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen: Mit der Gesundheit steht und fällt die Möglichkeit, dem Leben Qualität abzugewinnen. Dieser objektive Messwert ist aber in enger Verbindung mit dem subjektiven Messwert zu sehen. Man ist subjektiv immer so krank, wie man sich fühlt. Die Salutogenese hat gezeigt, wie sehr das eigene Empfinden den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität bestimmt. Im Alter und insbesondere im hohen Alter wird die eigene Fähigkeit und Kompetenz, dem Leben Qualität und Bedeutung zu geben und abzugewinnen immer tragender.

Der *Aktivierende Hausbesuch* leistete laut Rückmeldungen der Teilnehmerinnen und der Übungsleiterinnen eine merkbare Steigerung an kurzfristiger aber auch an mittelfristiger Lebensqualität. Die kurzfristigen Wirkungen sind durch die Besuchstagebücher dokumentiert. Es geht den Frauen nachher **immer** deutlich besser als vorher.

Die mittelfristigen Wirkungen waren durch reale Verbesserungen in Standfestigkeit, Koordination und Mobilität und damit verbundenen Erfolgserlebnisse bestimmt, die die Erfahrungen von mehr Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten ermöglichten. Der Platz, den der *Aktivierende Hausbesuch* im Alltag der Frauen einnahm, war bei allen nicht demenziell erkrankten Teilnehmerinnen sehr schnell sehr groß. Die feststellbaren Auswirkungen auf Lebensqualität, ausgedrückt vor allem durch den subjektiven Messwert Wohlbefinden, war für die Beteiligten hoch.

Die Bedeutsamkeit der verschiedenen Komponenten des *Aktivierenden Hausbesuchs* für die Besuchten lassen sich durch die Besuchstagebücher analysieren

- **Gesundheit:** Unter dieses Thema lies sich die Bedeutung der Aktivierungsübungen, aber auch die Bedeutung der gesundheitlichen Gespräche subsumieren. Von besonderer Wichtigkeit war der Faktor, selbst etwas Sinnvolles zum Erhalt der eigenen Gesundheit insbesondere der eigenen Beweglichkeit zu tun.
- **Beziehung:** Bei den meisten Teilnehmerinnen hatte der *Aktivierende Hausbesuch* eine starke, soziale Komponente. Die Beziehungen waren intensiver und vertrauter als die Übungsleiterinnen es aus ihren Kursen kennen. Tragender Aspekt dieser Beziehung war das gemeinsame Projekt: die gemeinsame Freude am Fortschritt, das gemeinsame Tragen der Rückschritte.
- **Bewegung und Beziehung:** Die Übungsleiterinnen berichteten von einer Dimension an Leichtigkeit und Spaß während des Besuches, die offensichtlich durch den Bewegungsteil entstand. Die psychische Verfasstheit war immer nach dem Hausbesuch, wenn geübt wurde, entspannter, lustiger, lebendiger als vorher. Es könnte sein, dass die Beziehungsaufnahme, die über Bewegung vermittelt ist, eine andere Dynamik entwickelt als eine Begegnung, die über das Gespräch stattfindet.

Bewertung: Der *Aktivierende Hausbesuch* wirkt sich positiv auf Lebensqualität und Wohlbefinden der Teilnehmerinnen aus. Die Mischung von Gespräch und Bewegung, die den Hausbesuch prägt, scheint eine eigene Wirkweise zu entfalten, die sich im Anstieg der subjektiv empfundenen Lebensqualität niederschlägt. Es entsteht immer während des Besuches mehr Leichtigkeit, Freude und sehr häufig der Eindruck von Wiedergewinnung eigener Ressourcen.

Die **positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität** im hohen Alter sind wissenschaftlich gut belegt. Trotzdem sollten die Auswirkungen der Übungen im Alltag beobachtet und gemessen werden.

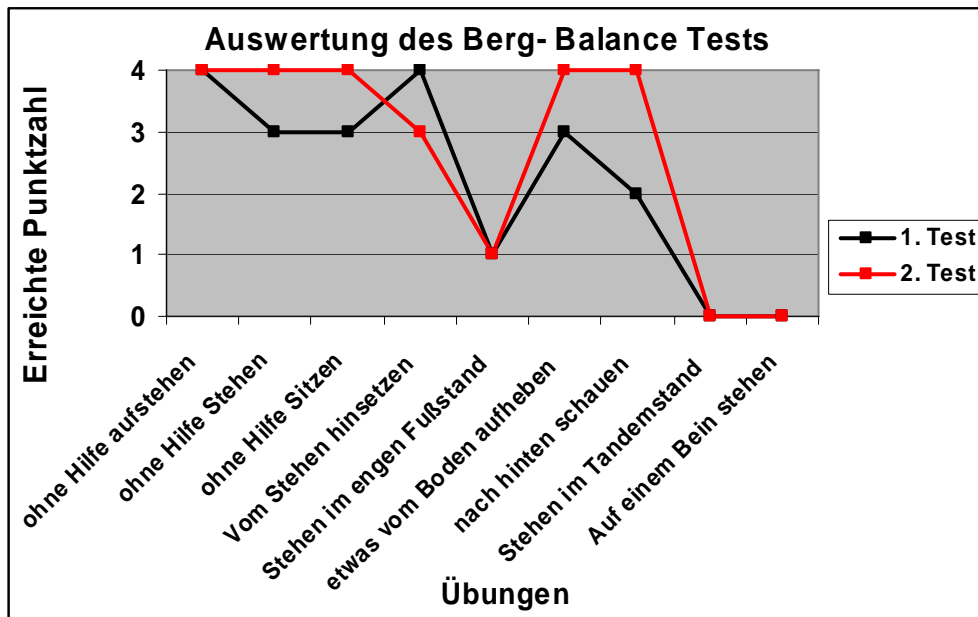
Zielfrage 6.

- ❖ **Wird durch die Bewegungsübungen die Bewegungssicherheit gefördert?**
- ❖ **Fallen durch die wöchentliche Aktivierung Alltagshandlungen leichter?**

Die Messung durch den Berg-Balance Test und durch den ADL war nicht statistisch verwertbar. (siehe: Evaluationsmethoden) Im Folgenden werden Einzelfälle in der Zusammenschau von Berg-Balance Test, ADL, Selbstauskünfte der Teilnehmenden und Beobachtung der Übungsleiterinnen (Besuchstagebücher) interpretiert.

Auswertung der Entwicklung im Einzelverlauf und in der Zusammenstellung von Berg-Balance Test (prae/post); ADL (prae/post), den eigenen Wahrnehmungen der jeweiligen Teilnehmerin und den Beobachtungen der jeweiligen Übungsleiterin

Frau A



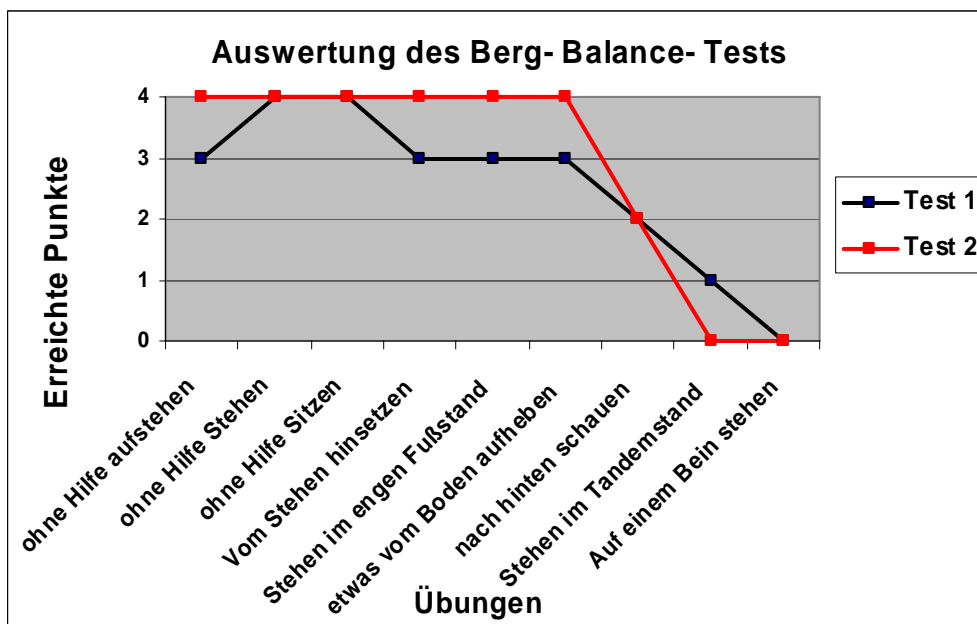
Der Berg-Balance Test zeigt hier eine Verbesserung in vier Bereichen, wobei sich der Bewegungsradius des Kopfes stark verbessert hat. Allerdings sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen, da sie stark von der jeweiligen Tagesform bestimmt sind.

Der Berg-Balance Test wird deshalb zusammen mit den Beobachtungen der Übungsleiterin und der besuchten Frau interpretiert, die seine Aussagen bestätigen: Es gab deutliche Verbesserungen im Bereich Bewegungssicherheit.

Diese Ergebnisse spiegeln sich im ADL. Das Gehen mit Hilfsmitteln verbesserte sich. Dies hatte Auswirkungen auf den Bereich Körperpflege und Aus/Ankleiden. Diese Alltagshandlungen konnten sicherer durchgeführt werden.

Für Frau A war der *Aktivierende Hausbesuch* nach Einschätzung der Übungsleiterin die einzige Bewegungsübung in der Woche. (Die Hausarbeit wurde hauptsächlich von der Familie geleistet.) Sie war schnell erschöpft, hatte aber viel Freude an den Übungen, weil sie merkte, dass sie ihr zu mehr Lebendigkeit und Sicherheit verhalfen. Trotzdem war ständige Motivationsarbeit nötig, um einen gewissen Trägheitsaspekt zu überwinden.

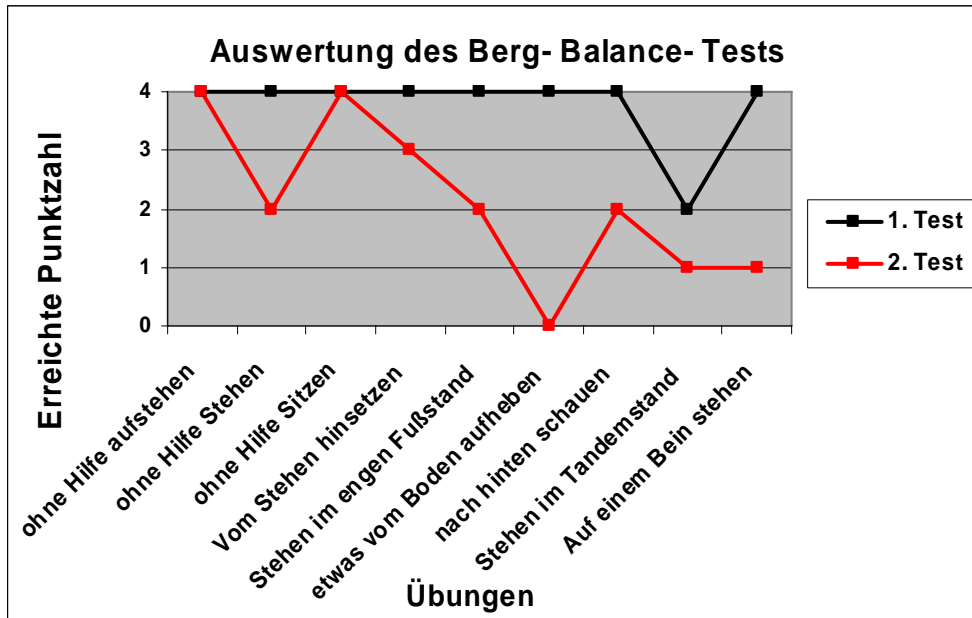
Frau B



Der Berg-Balance Test zeigt (das wird durch Selbstwahrnehmung und Beobachtung bestätigt), dass sich die Sicherheit beim Stehen verbessert. Diese Verbesserung wurde subjektiv stark empfunden, im Test bildete sie sich vergleichsweise schwach ab, da die Deckeneffekte nicht steigerbar waren.

Der ADL zeigte keine Veränderungen an. Die Teilnehmerin hatte vor allem Koordinationsschwierigkeiten und konnte nicht ohne Hilfsmittel gehen. Sie war sehr motiviert, übte alleine nach Anleitung und wird weiter am Projekt teilnehmen. Sie war der Auffassung, dass sie ihre jetzige körperliche Befindlichkeit durch Teilnahme am *Aktivierenden Hausbesuch* noch einige Zeit erhalten kann. Diese positive Einschätzung wurde von der Übungsleiterin geteilt.

Frau C



Die nächste Darstellung zeigt die Entwicklung einer Verschlechterung, bedingt durch eine Thrombose mit anschließendem mehrwöchigem Krankenhausaufenthalt nach etwa dem 8. Besuch. Vorher waren Verbesserungen in der Gehsicherheit festzustellen. Diese Unsicherheit war bei Frau C ein großes Problem: Sie konnte viel mehr, aber sie traute sich nicht viel zu.

Frau C wurde aus dem Krankenhaus entlassen und sollte sich möglichst viel bewegen. Sie erhielt Krankengymnastik. Ihre schon vorhandene Gehunsicherheit hatte sich enorm verschlechtert, sie traute sich gar nichts mehr zu. Die folgenden Besuchsdokumentationen beschrieben, wie durch andauernde Motivation und Unterstützung eine neue Gehsicherheit aufgebaut wurde. Frau C lernte noch einmal, sich zu bewegen. Hier war der *Aktivierende Hausbesuch* eine ergänzende Maßnahme zur Krankengymnastik, aber vor allem mentale Stütze und Motivation.

Sie bleibt auch nach dem 20. Hausbesuch weiter im Projekt.

Die Verschlechterung des Allgemeinzustandes wurde teilweise im ADL abgebildet, so war Treppensteigen unmöglich geworden, Baden und Duschen war erschwert.

Der ADL wurde eine Woche nach dem Berg-Balance Test gemacht, da es nicht möglich war, beide Tests bei einem Hausbesuch durchzuführen.

Beim Vergleich wurde sichtbar, wie sich die jeweilige Tagesform auf das Messergebnis auswirkte. Der Berg- Balance Test zeigte ein durchweg schlechteres Ergebnis als der eine Woche darauf folgende ADL.

Allerdings zeigte sich auch, dass Verrichtungen, die mit stützenden Hilfsmitteln ausgeübt werden können, besser gehen, als die Übungen, die ohne Hilfe gemacht werden sollen. Der ADL lässt diese Unterstützung im Alltag gerne zu, während der Berg-Balance Test die Messung der Eigenständigkeit (ohne Hilfsmittel) zum Ziel hat. Die besuchten Frauen hatten mehr Schwierigkeiten, Bewegungen eigenständig auszuführen als ihren Alltag mit Hilfen (Rollator, etc.) zu meistern.

Bewertung: Unabhängig von den Testergebnissen sind sich alle Beteiligten einig, dass die Auswirkungen auf das alltägliche Bewegungsverhalten beträchtlich sind. Die Sicherheit im Stehen und beim Bewegen wird größer, man traut sich wieder mehr zu und wird angeregt auch mehr zu versuchen.

Die Zusammenstellung von qualitativen und quantitativen Daten erweist sich als brauchbar. Die formalen Tests alleine sind nicht aussagefähig. Für die nächste Projektphase wird die Evaluationsmethode weiterentwickelt und den Gegebenheiten besser angepasst.

In der Expertenbefragung wurde deutlich, dass über **die Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren, die ihre Wohnung nicht mehr selbständig verlassen können**, zu wenige Informationen vorliegen, dass diese Gruppe in der Öffentlichkeit wenig mitgedacht wird.

Zielfrage 7.

- ❖ **Werden die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen, die ihre Wohnungen nicht mehr selbständig verlassen können, transparenter? Treten sie als Zielgruppe mehr in die Wahrnehmung der Öffentlichkeit und werden „sichtbarer“.**

Die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen, die ihre Wohnung nicht mehr verlassen können, werden durch dieses Projekt und seine Dokumentation transparenter. Natürlich kann man von der kleinen Gruppe der Teilnehmerinnen noch keine allgemeinen Aussagen über die Situation im Landkreis ableiten. Aber die Analyse der Anamnesebögen und der Besuchstagebücher ergab interessante Ergebnisse, die es sinnvoll erscheinen lassen, mit dieser Zielgruppe weiter zu arbeiten.

Als wichtiges Ergebnis der Evaluation ist die Tatsache zu werten, dass diese Zielgruppe tatsächlich an einem Angebot zur häuslichen Aktivierung interessiert ist. Es ist eine heterogene Gruppe in verschiedensten Lebenslagen, die eigentlich nur der Umstand verbindet, dass sie ohne fremde Hilfe nicht mehr das Haus verlassen können. Entsprechend vielfältig sind die Informationen, die man über diese Zielgruppe erhält.

Die Prozessevaluation zeigte, dass durch das Bestreben, den *Aktivierenden Hausbesuch* zu verbreitern, die Zielgruppe automatisch sichtbarer wird. Das zeigt sowohl die Berichterstattung durch die Lokalpresse als auch einige durchgeführte, öffentliche Veranstaltungen zum Projekt z.B. mit dem Kreissenorenrat und dem Stadt seniorenrat.

Menschen, die zuhause bleiben müssen, haben es im Regelfall schwerer, sich für ihre Bedürfnisse einzusetzen, sie werden leichter vergessen. Außerdem ist das Umfeld Privatwohnung schwer mit aufsuchenden Hilfen zu erreichen. Die Zielgruppe stellt sich nach außen (siehe Expertenbefragung) als schwer zugänglich und schwer motivierbar dar. Es ist das wesentlichste Ergebnis der ersten Projektphase, dieses Bild erschüttert zu haben und zu zeigen, dass zumindest bei Menschen mit aktiver Lebensbiographie durchaus große Bereitschaft besteht, etwas für die eigene Mobilität zu tun, falls die Angebote die Bedürfnisse der Zielgruppe einbezieht und beantwortet.

Bewertung: Die erste Phase des Projektes erreichte nur wenige Menschen. Um mehr Wissen von der Lebenssituation dieser Zielgruppe zu erhalten, müsste das Projekt breiter angelegt sein. Trotzdem hat man etwas Wesentliches erfahren: Diese Zielgruppe ist für aktivierende Angebote durchaus offen, das Angebot muss allerdings die speziellen Bedingungen der Zielgruppe mitdenken.

Die Öffentlichkeitsarbeit rund um das Projekt ergab Übereinstimmung im Landkreis, dass für diese Zielgruppe unbedingt mehr getan werden müsste.

Das Projekt wurde durch die Stiftung der Kreissparkasse Tübingen finanziell unterstützt. Es wurde in der Öffentlichkeit gut aufgenommen und erfuhr eine gute Presseresonanz.

Gesamtbewertung des Projektes

Die Evaluation analysierte die eingangs formulierten Ziele auf ihre Zielerreichung. Fragen wie Zielgruppenerreichung, Akzeptanz, regionale Passung wurden umfangreich abgehandelt und sollen hier nicht mehr im Einzelnen zusammengefasst werden.

Die Ausgangsfrage war:

Erscheint die Etablierung der Maßnahme notwendig für den Landkreis und sind Inhalte und Struktur der Maßnahme geeignet?

Diese Frage kann nach Prüfung des Ablaufes der ersten Projektphase eindeutig positiv beantwortet werden. Es gibt im Landkreis Tübingen hochbetagte Seniorinnen und Senioren, die bereit sind, etwas zum Erhalt ihrer Selbständigkeit zu tun und die an einer Maßnahme wie dem *Aktivierenden Hausbesuch* teilnehmen möchten. Dabei sind die Frauen eher bereit, sich auf ein entsprechendes Angebot einzulassen, Männer müssten besonders angesprochen werden. In wieweit es sinnvoll ist, auch ältere Migrantinnen und Migranten besonders anzusprechen, muss überprüft werden.

Die Maßnahme wurde so konzipiert, dass sie sehr gut angenommen wurde. Sie muss im Ablauf nicht verändert werden. Die Evaluationsmaterialien wurden nach der ersten Phase neu überarbeitet und in der bereits angelaufenen 2. Projektphase verwendet.

Das Besuchstagebuch hat sich als verlässliche und notwendige Begleitung des *Aktivierenden Hausbesuchs* erwiesen. Die Qualität des *Aktivierenden Hausbesuchs* wurde gut dokumentiert und reflektiert.

Diese Art des Qualitätsnachweises sollte beibehalten werden. Die Übungsleiterinnen fanden die Dokumentationserstellung nicht anstrengend sondern hilfreich für sich selbst.

Der *Aktivierende Hausbesuch* ist eine Maßnahme, die einen hohen Anspruch an Professionalität und Kompetenz stellt und sich trotzdem im Raum des ehrenamtlichen Engagements befindet. Es ist zu vermuten, dass die zukünftige Altenhilfe sich stark in diesen Räumen bewegen muss und wird.

Umso notwendiger sind

- gut ausgeführte,
- strukturell gut eingebundene,
- gut dokumentierte
- und qualitätsgesicherte

Maßnahmen. Der *Aktivierende Hausbesuch* kann ein Beispiel dafür sein.

Bei der Evaluation ergaben sich einige methodische Probleme: Anerkannte Messverfahren wie der SF-36 (Bullinger), der Berg-Balance Test und der ADL wiesen im oberen und im unteren Messbereich starke Boden- bzw. Deckeneffekte auf.

Für die Zielgruppe multimorbider älterer Menschen scheint es noch keine geeigneten, individualisierten Messverfahren zu geben. Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe scheidet aus ethischen Gründen aus.

Valide und reliable Messinstrumente wie beispielsweise der FLMQ (Holzhausen 2009) sind notwendig und werden erst entwickelt.

Schätzung des Bedarfs im Kreis Tübingen

Nach den Daten der demographischen Entwicklung wird sich die Hochaltrigkeit im Kreis Tübingen erheblich steigern. Im Jahr 2025 werden über 12 000 Menschen im Landkreis älter als 80 Jahre sein. Diese werden nur zu einem Anteil ein derartiges Angebot brauchen bzw. in Anspruch nehmen. Geht man von dem Personenkreis aus, den DRK, Sportvereine und Bildungseinrichtungen mit ihren Angeboten im früheren Alter erreichen, kann man schätzen, dass heute mindestens 2 000- 3 000 Menschen über 50 Jahre aus eigener Motivation heraus etwas zum Erhalt ihrer Mobilität tun. Die Zahlen sind dabei erfreulicherweise steigend.

Geht man davon aus, dass nur **10%** dieser Menschen im höheren Alter auf aufsuchende Angebote angewiesen sind und etwas zum Erhalt der eigenen Mobilität tun wollen, kommt man auf die Zahl von 200 - 300 Menschen.

Dabei ist die Zahl der Senioren die Bewegung gesundheitlich bräuchten, aber nicht aus eigener Motivation kommen, nicht mitgerechnet. Befragte Hausärztinnen und Hausärzte signalisieren Interesse und Bedarf an diesem Projekt. Sie wären bereit, geeigneten Patienten den *Aktivierenden Hausbesuch* zu empfehlen.

Über diese Berufsgruppe wären mittelfristig Menschen zu erreichen, die erst motiviert werden müssten.

Die erste Projektphase wurde mit wenigen Teilnehmenden begonnen und soll langsam gesteigert werden. Die jetzt laufende Projektphase wird mit 50 Teilnehmenden durchgeführt.

Eine Steigerung auf hundert Plätze wäre ein nächster, anspruchsvoller Schritt.

Fazit:

- ❖ Der *Aktivierende Hausbesuch* wurde in der ersten Projektphase auf Erreichen der Zielgruppe, Akzeptanz und Wirksamkeit geprüft und hat in der Evaluation sehr gut abgeschnitten.
- ❖ Das Tübinger Bewegungsprogramm des DRK ist ein geeigneter Träger dieser Maßnahme im Kreis.
- ❖ Der *Aktivierende Hausbesuch* ist ein geeignetes Mittel, um die Mobilität zu erhalten, bzw. zu verbessern und die Menschen zu unterstützen, möglichst lange in ihren Wohnungen bleiben zu können.
- ❖ Die Mischung aus Gespräch und Bewegung erscheint sinnvoll und notwendig, um Beziehung herzustellen, gesundheitsförderliche Informationen zu besprechen, zu motivieren und dem Training Nachdruck zu geben.
- ❖ Das Projekt ist als Beitrag zur Lebensqualitätsverbesserung hochbetagter und multimorbider Seniorinnen und Senioren zu sehen.

Handlungsempfehlung:

Es wird empfohlen, dieses Angebot so anzubieten, dass alle Interessenten in allen Gemeinden des Kreises teilnehmen können.

Für die Menschen, die den Beitrag von ca. 12 €/Besuch nicht selbst aufbringen können, müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Besuche zu finanzieren oder teilweise zu finanzieren.

Verlauf der ersten Projektphase

<i>Herbst 2007</i>	<i>Aufnahme der Kooperation zum Projekt Aktivierender Hausbesuch</i>
<i>Winter 2007/2008</i>	<i>Steuerungsgruppe nimmt Arbeit auf</i> <i>Gemeinsame Erstellung der Unterlagen für die Projektevaluation</i> <i>Erstes Treffen mit allen Übungsleiterinnen des Bewegungsprogramms und der Steuerungsgruppe</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Projektvorstellung</i> • <i>Vorstellung der beiden Ärztinnen und der Planerin als Projektbegleitung</i> • <i>Besprechung von Erwartungen, Wünschen, Fragen seitens der Übungsleiterinnen</i> • <i>Feststellung des Interesses am Projekt</i>
<i>März 2008</i>	<i>Fortbildung der interessierten Übungsleiterinnen</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bewegungsübungen im Setting Hausbesuch</i> • <i>Vorbereitung auf den Hausbesuch (aktives Zuhören etc.)</i> <i>Zweites Treffen mit den interessierten Übungsleiterinnen</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klären aller offenen Fragen</i> • <i>Besprechen der Evaluationsmaterialien</i>
<i>Mai - Juni 2008</i>	<i>Festlegung der Übungsleiterinnen Seniorinnen und Senioren erklären ihre Teilnahme</i>
<i>Juli 2008</i>	<i>Information der Tübinger Öffentlichkeit über den Projektstart.</i>

Ab Juli 2008 starten die ersten Übungsleiterinnen mit den Aktivierenden Hausbesuchen. Der Beginn wird individuell zwischen Übungsleiterin und Besuchten verabredet, sodass die Phase der Besuchsbeginne bis zum September 2008 geht. Dementsprechend endet die vereinbarte erste Phase unterschiedlich, aber spätestens im Februar 2009.

September 2008

Erster Erfahrungsaustausch zwischen Übungsleiterinnen und Steuerungsgruppe. Die Berichte aus der Praxis sind vielversprechend: Das Angebot wird gut angenommen, die Freude auf den Besuch ist groß, das Training findet großen Anklang und es entstehen tragfähige Beziehungen beim Hausbesuch. Die Seniorengruppe bleibt konstant, alle wollen nach der ersten Projektphase weitermachen. Auch die Übungsleiterinnen sind mit dem Verlauf sehr zufrieden und finden ihre Arbeit sehr sinnvoll.

November 2008

Zweiter Erfahrungsaustausch zwischen Übungsleiterinnen und Steuerungsgruppe. Es ist weiterhin sehr erfreulich. Die Übungsleiterinnen kommen ohne weitere Unterstützung klar und sind mit Begeisterung bei der Sache. Es gibt keine Probleme.
Umfrage bei einigen Tübinger Hausärzten über Bedarfseinschätzung.

Dezember 2008

Die Ergebnisse der Umfrage liegen vor: das Projekt sollte flächendeckend angeboten werden. Der tatsächliche Bedarf wird bei mindestens 200-300 Plätzen gesehen. Das DRK entschließt sich zu einer 2. Projektphase, die auf 50 Personen ausgeweitet werden soll und durch Gelder des Präventionstopfsunterstützt werden.
12 qualifizierte Frauen wollen sich in den Aktivierenden Hausbesuch einarbeiten lassen. Die Nachfrage seitens Seniorinnen und Senioren und von den Hausärzten ist groß.

Januar - März 2009

Vorbereitung der 2. Projektphase
Auswertung der Daten und Dokumente der ersten Phase
Zwischenbilanz. Erstellen verbesserter Evaluationsunterlagen.

März - April 2009

Ende der ersten Modellphase