

# Gesundheitsförderung im Alter am Albertinen-Haus

## Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern - ein zukünftiges Aufgabenfeld für Pflegekräfte

### Idee

Ausbildung und Einsatz einer Pflegekraft für gesundheitsfördernde Beratung und Maßnahmen in präventiven Hausbesuchen in Deutschland angelehnt an europäische Vorbilder (Schweiz: Stuck et al. 1999, Dänemark: Hendriksen 1995).

### Ziele

Kurzfristig: Evaluation der Maßnahmen nach Praktikabilität und Akzeptanz. Definition der Zielgruppe für präventive Hausbesuche und Empfehlung für eine effiziente Vorgehensweise zur Entlastung von Hausärzten. Erstellung eines Curriculums für Pflegekräfte in der Gesundheitsförderung. Langfristig: Förderung der Lebensqualität älterer Menschen durch Senkung der Morbidität, Erhalt ihrer Selbständigkeit, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung.

### Methode

Kooperation von 14 Hausarztpraxen im Hamburger Stadtgebiet mit dem Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie im Rahmen des Projektes "Aktive Gesundheitsförderung im Alter" (BMFSFJ 2001-2005): Fortbildung der Hausärzte (geriatrischer Qualitätszirkel) und Entlastung durch Beratung deren älterer Patienten (60 Jahre und älter, selbständig lebend, keine Demenz) in Form von Gruppenveranstaltungen durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Gesundheitsberatern am Albertinen-Haus Hamburg (vgl. Rahmenbedingungen) oder präventiven Hausbesuchen durch die fortzubildende Fachpflegekraft.

### Stichprobe

Eine Fachpflegekraft und 77 ältere Patienten (vgl. Tab. 1) aus 14 kooperierenden Hausarztpraxen in Hamburg, die an einer Vorsorgemaßnahme interessiert waren, aber nicht an einer Gruppenveranstaltung im Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie teilnehmen konnten. Laut Eigenauskunft der Befragten (Mehrfachnennungen) wurden die folgenden Gründe genannt: Zu beschwerlicher / weiter Weg zum Zentrum (44,2%), körperliche Behinderung (32,5%), chronische Krankheit (29,9%), großer Zeitaufwand (28,6%), seelische Belastung (26,9%), hohes Alter (20,8%), akute Erkrankung (19,5%), mangelnder Nutzen (15,6%) oder Pflege eines Angehörigen (11,7%).

Tabelle 1: Alter und Geschlecht nach Teilstichproben (n=804)

| Teilstichproben  | n   | Frauen |                   | Männer |                   |      |
|--|-----|--------|-------------------|--------|-------------------|------|
|  |     | %      | Alter (J.)<br>(x) | %      | Alter (J.)<br>(x) |      |
| Teilnehmer Gruppenveranstaltung am geriatrischen Zentrum (n=503) | 305 | 60,6   | 70,2              | 198    | 39,4              | 69,9 |
| Teilnehmer Hausbesuch (n=77)                                     | 55  | 71,4   | 78,2              | 22     | 28,6              | 77,6 |
| Nichtteilnehmer (n=224)  | 130 | 58,0   | 72,1              | 94     | 42,0              | 71,4 |
| Gesamt (n=804)   | 490 | 61,0   | 71,6              | 314    | 39,0              | 70,9 |

Abbildung 1: Verantwortung für die eigene Gesundheit, Teilnehmer Gruppenveranstaltung am Albertinen-Haus und Teilnehmer Hausbesuch (n=546)

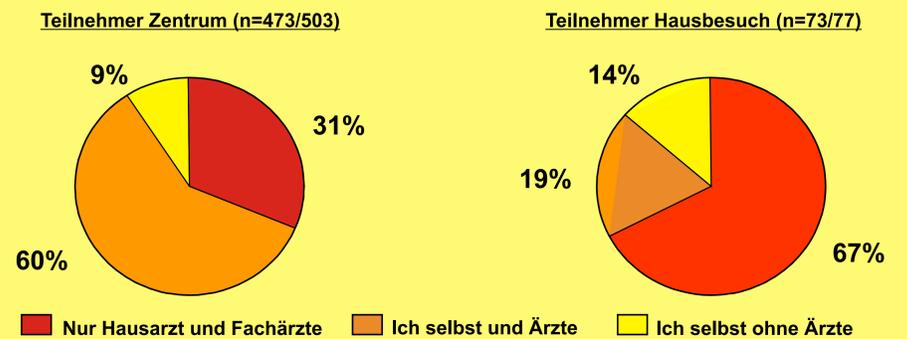
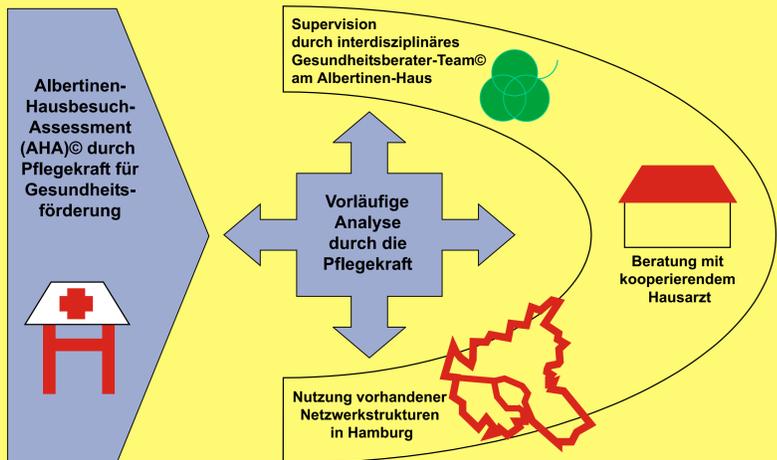


Abbildung 2: Fortbildung zur Pflegekraft für Gesundheitsförderung am Albertinen-Haus



Abbildung 3: Albertinen-HausBesuch-Assessment durch Pflegekraft f. Gesundheitsförderung



### Ergebnisse Intervention A (Ausbildung):

Erfolgreiche Fortbildung der Pflegekraft für Gesundheitsförderung innerhalb von 6 Monaten und Erstellung eines entsprechenden Curriculums. Außerdem wurde ein standardisiertes Instrumentarium (Albertinen-Hausbesuch-Assessment, AHA©) aus Werkzeugen geriatrischer Assessments abgeleitet. Kriterien für die Definition und die Dokumentation von Risiken für Gesundheit und Selbständigkeit im Alter wurden entwickelt.

### Ergebnisse Intervention B (Besuch und Beratung):

Die 77 besuchten Personen stellten sich sowohl im geriatrischen Screening als auch im AHA© als eine Hochrisikogruppe im Sinne funktionellen Verlustes (functional decline) dar. Betroffen waren zumeist mehrere Bereiche gleichzeitig: Angeführt von manifesten psychosozialen Notlagen fielen kognitive Leistungsminderung, Mangelernährung und Sturzgefährdung auf. Im Assessment (AHA©) zeichneten sich gegenüber dem geriatrischen Screening im Durchschnitt zwei Risiken mehr ab (vgl. Abb. 4). Kausale Zusammenhänge wurden sichtbar und multidimensionale Maßnahmen konnten gezielt eingeleitet werden. Da der Zeitaufwand für einen präventiven Hausbesuch mit ca. 4 Stunden (für Durchführung, Auswertung und Beratung) erheblich ist, bietet sich vorab die Auswahl gefährdeter Personen durch ein hausärztliches Screening an. Besondere Hilfsangebote benötigen Laienpfleger, die ebenfalls von der direkten Begleitung durch die Pflegekraft profitierten.

### Fazit

Die Teilnehmer am Hausbesuch bildeten gegenüber den Teilnehmern an Beratungsveranstaltungen im Zentrum eine besondere Zielgruppe mit geringer Fähigkeit, Eigenverantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen (vgl. Abb. 2). Sie waren mit durchschnittlich 78 Jahren wesentlich älter (vgl. Tab. 1) und in ihrer Selbständigkeit durch multiple Risiken gefährdet (vgl. Abb. 4).

Bewährt hat sich das adaptierte Assessment-Instrumentarium (AHA©) zur Strukturierung der Vorgehensweise. Die Gesundheitsförderung eröffnet Pflegekräften ein neues Tätigkeitsfeld, das ihre kommunikativen Kompetenzen und ganzheitliche Betrachtungsweise herausfordert. Curriculum und AHA© können im Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie eingesehen werden.

### Intervention A:

#### Ausbildung einer Pflegekraft für Gesundheitsförderung bei älteren Menschen

#### Voraussetzungen

Vorausgesetzt wurde eine dreijährige Grundausbildung in der Alten- oder Krankenpflege sowie eine einjährige Berufserfahrung in einer geriatrischen Fachklinik. Die fortzubildende Pflegekraft brachte darüber hinaus Motivation, Flexibilität, die zweijährige Fachweiterbildung in klinischer Geriatrie und Rehabilitation, Kenntnisse aus der Tätigkeit als Instruktorin für F.O.T.T. (Facio-oral tract therapy) und als Mitarbeiterin des Forschungsprojektes "Gesund im Alter" ein.

#### Rahmenbedingungen

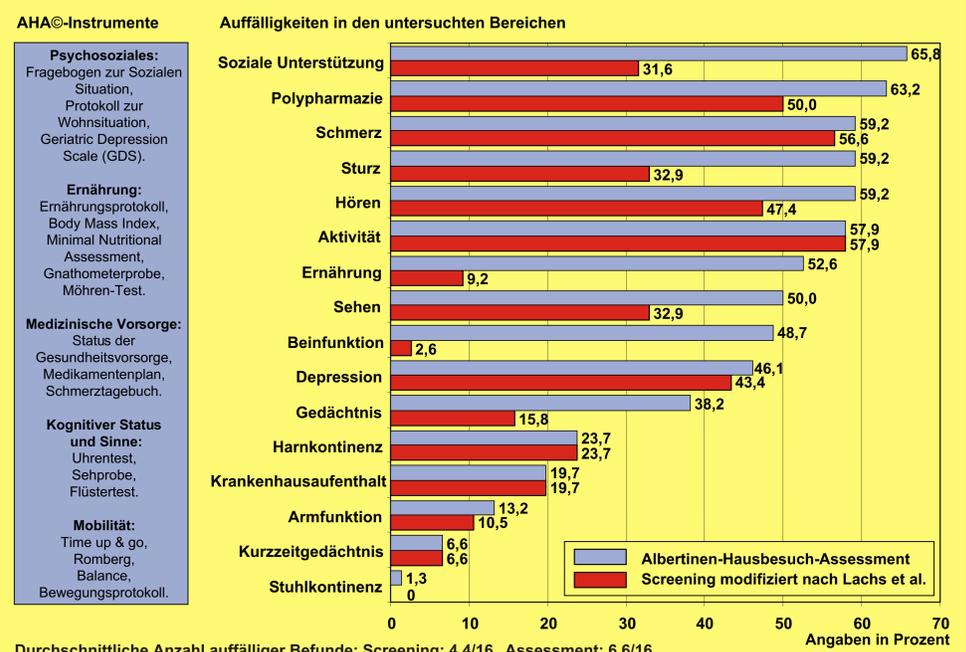
Ausbildung der Fachpflegekraft in einem Zeitraum von 6 Monaten durch das Forschungsteam des Albertinen-Hauses und das interdisziplinäre Gesundheitsberater-Team (Kleeblatt©: Physiotherapeut, Ökotoptologin, Sozialpädagogin unter ärztlicher Leitung) in Theorie und Praxis (vgl. Abb. 2). Die Supervision durch das interdisziplinäre Gesundheitsberater-Team am Albertinen-Haus und die Teilnahme der Fachpflegekraft an den Beratungsveranstaltungen der "Aktiven Gesundheitsförderung im Alter" waren zusätzlicher Bestandteil der Fortbildung (vgl. Abb. 3).

### Intervention B: Besuch und Beratung der älteren Menschen

#### Vorgehen

Aufnahme des geriatrischen Screenings (modifiziert nach Lachs et al.) und eines speziell adaptierten Assessments im Hausbesuch (AHA©, Albertinen-Hausbesuch-Assessment, Instrumente vgl. Abb. 4). Standardisierte Dokumentation und Analyse in den Bereichen Psychosoziales, Ernährung, medizinische Vorsorge, kognitiver Status, Sinnesleistung und Mobilität. Darstellung von Auffälligkeiten nach vorab definierten Kriterien (z. B. Risiko der Mangelernährung bei MNA©-Score unter 23,5 Punkten). Ausarbeitung eines Empfehlungsschreibens an den zuständigen Hausarzt unter Supervision durch das Kleeblatt-Team am Albertinen-Haus. Anregung weiterführender Maßnahmen durch den Sozialdienst und das Netzwerk Alter in Hamburg wie z. B. behördliche Altenhilfe oder umfangreiche Angebote verschiedener Seniorenorganisationen (vgl. Abb. 3).

Abbildung 4: Auffällige Befunde in Screening und AHA©-Assessment (n=77)



Albertinen-Haus Hamburg  
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie  
Wiss. Einrichtung an der Universität Hamburg  
Sellhopsweg 18 - 22, 22459 Hamburg

#### Autoren:

J. Anders, U. Dapp, W. v. Renteln-Kruse, H. P. Meier-Baumgartner

#### Förderung:

Robert Bosch Stiftung GmbH  
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

