



## PRÄVENTIVE SENIORENBERATUNG IN TIROL IM RAHMEN VON PRÄVENTIVEN HAUSBESUCHEN

### ENDBERICHT APRIL 2013

Verfasserinnen:  
Univ.-Prof. Dr. Christa Them  
Univ.-Ass. MMag. Dr. Schulc Eva –  
Institut für Pflegewissenschaft der UMIT

Im Auftrag der Abteilung für Soziales des Landes Tirol





Die Autoren danken der Abteilung für Soziales der Tiroler Landesregierung für die Beauftragung zur wissenschaftlichen Begleitung des Projektes "Präventive Seniorenberatung im Rahmen präventiver Hausbesuche".



## Verantwortliche für die Durchführung der Studie

### Abteilung Soziales des Landes Tirol

*HR Dr. Johann Wiedemair*, Abteilungsvorstand, Abteilung Soziales des Landes Tirol

*Mag. Daniela Kern*, Fachbereichsleiterin, Fachbereich Mobile Dienste

### Institut für Pflegewissenschaft der UMIT

*Univ.-Prof. Dr. Christa Them*, Vorstand des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie und des Instituts für Pflegewissenschaft der UMIT

*Univ.- Ass. Mag. Mag. Dr. Eva Schulc*, Projektverantwortliche, Universitätsassistentin am Institut für Pflegewissenschaft der UMIT

*Tanja Wildbahner, BScN., DGKS*, Projektmitarbeiterin

*Michael Schinner, MSc.inf.*, Softwareentwickler

*MMag. Dr. Elke Knitel-Grabher*, Statistische Beraterin

### Seniorenberaterinnen der einzelnen Sozial- & Gesundheitssprengel (SGS)

*Klaus Eberle*, DGKP, PDL & *Teresia Schneider*, DGKS, SGS Reutte und Außerfern

*Erna Oberhauser*, DGKS, SGS Rum

*Hans- Peter Geisler*, DGKP, SGS Schwaz

*Martina Olboth*, DGKS, PDL des SGS Region 31

*Elisabeth Sailer*, DGKS, PDL des SGS Stanzertal

*Hildegard Kopp-Musch*, DGKS, SGS Pitztal

*Dagmar Berger*, DGKS, PDL des SGS St. Johann

*Hiltrud Lauckner*, DGKS, SGS westliches Mittelgebirge

*Mag. Sabine Mehrle – Juli*, DGKS, ISD Innsbruck

*Anton Mietschnig*, DGKP, Geschäftsführer des SGS Defereggental-Kals

*Sonja Handl*, DGKS & *Elisabeth Kreuzer*, DGKS, SGS Lienz-Thurn

*Emma Stigger*, DGKS, SGS Vorderes Ötztal

*Nathalie Reindl-Schöpf*, DGKS, PDL, SGS Längenfeld

## Kurzzusammenfassung

**Einleitung:** Im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention älterer zu Hause lebender Menschen wurde die Studie „Präventive Seniorenberatung in Tirol im Rahmen präventiver Hausbesuche“ vom Institut für Pflegewissenschaft der UMIT im Jahr 2012 durchgeführt.

**Das Ziel** der vorliegenden Studie war, im Rahmen von „Präventiven Hausbesuchen“ durch diplomierte Pflegepersonen den funktionalen Gesundheitszustand inklusive Hilfs- und Betreuungsbedarf bei 70+ jährigen, in Tirol zu Hause lebenden Menschen zu erfassen. Ausgehend von erkannten Defiziten und Ressourcen – die Selbstversorgung der 70+ Jährigen betreffend - erfolgten Beratungen und Informationen zur Unterstützung derer Selbstversorgungs- und Selbstpflegekompetenz.

**Methode:** Im Rahmen von „Präventiven Hausbesuchen“ durch diplomierte Pflegepersonen wurden *zum einen* mit Hilfe eines 3-teiligen EDV-unterstützten *pflegerischen Assessments* Daten zum Hilfs- und Betreuungsbedarf sowie zur *funktionalen Gesundheit* bei 70+ jährigen Menschen erfasst. Dabei kamen computerunterstützt zwei standardisierte Instrumente (Barthel-Index, IADL-Index) sowie ein von den Autoren entwickelter Fragebogen zur subjektiven Erfassung der funktionalen Gesundheit zur Anwendung. *Zum anderen* wurden nach Vorliegen der Daten zum pflegerischen Assessment bei entsprechend festgestellten Defiziten und Ressourcen, die funktionale Gesundheit betreffend, individuelle Beratungen und Informationen durchgeführt. Dabei standen *14 Informations- und Beratungsthemen* mit standardisierten Informations- und Beratungsinhalten zur Verfügung.

**Ergebnisse:** Die Stichprobe umfasste 345 70+ jährige, zu Hause lebende Personen aus 13 (von 62) Sozial- & Gesundheitssprengeln Tirols. Das Durchschnittsalter der 70+ jährigen Personen betrug 83 Jahre. Das pflegerische Assessment zur Erfassung der funktionalen Gesundheit bei 70+ Jährigen, zeigte viele Defizite aber auch Ressourcen mit Bezug zur individuellen Selbstversorgungskompetenz von 70+ jährigen, in Tirol zu Hause lebenden Menschen auf. In Summe wurden - abgeleitet von den erfassten Defiziten und Ressourcen - 1.426 sozial- institutionelle, finanziell-rechtliche, sowie gesundheitlich-pflegerische Beratungen bzw. Informationen bei 70+ Jährigen durchgeführt. (Anm.: Das sind im Schnitt vier Beratungen bzw. Informationen je 70+ Jährigen). Von allen Beratungs- und Informationsthemen war der Bedarf *für Informationen zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde bzw. der Stadt* und *zum Pflegegeld* (Anm.: in Ö gibt es sieben Pflegestufen) am höchsten. Hinsichtlich des Pflegegeldes zeigte sich ein großer Informationsbedarf bei den 70+ Jährigen. Von allen Nichtpflegegeldbeziehern (n= 184, 53,3%) wurde seitens der diplomierten Pflegepersonen bei 65% Informationsbedarf zur Beantragung von Pflegegeld, von allen Pflegegeldbeziehern (n=161, 46,7%)

bei 9% Informationsbedarf zur Erhöhung des Pflegegeldes eingeschätzt. Knapp 50% der 70+ Jährigen gaben an, mindestens einmal im letzten Jahr gestürzt zu sein. Davon ereigneten sich die meisten Stürze in den eigenen vier Wänden der Betroffenen. Hierzu erfolgten gezielte *Beratungen zur Sturzprophylaxe*. Bei 24% der gestürzten 70+ Jährigen wurden verstärkt Beratungen zur Medikamenteneinnahme und zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung im Vergleich zu den nicht gestürzten 70+ Jährigen vorgenommen.

**Diskussion:** Es wäre sinnvoll, würden „Präventive Hausbesuche“ einschließlich Beratungen und Informationen Bestandteile des Tiroler Gesundheitswesens. Dies hätte einerseits den Vorteil für die betroffenen 70+ Jährigen selbst, dass diese zielgerichtet, auf erkannte Defizite bzw. Ressourcen, die funktionale Gesundheit betreffend, von professionell Pflegenden zu Hause beraten bzw. informiert werden. Andererseits für das Land Tirol, wonach Beratungen und Informationen in Form von „Präventiven Hausbesuchen“ Tirol weit standardisiert durchgeführt würden, vergleichbare Daten zum Beratungs- und Informationsbedarf von 70+ Jährigen vorlägen. Auch hier wären abgeleitet davon zielgerichtete Planungen von Ressourcen möglich. Zudem könnten mögliche Beratungs- und Informationserfolge bzw. –misserfolge aufgezeigt werden.

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>11</b>
1. Einführung.....	11
2. Stand der Forschung und theoretische Verortung .....	13
3. Begriffsdefinitionen .....	15
4. Ziele und Studiendesign.....	15
<b>II. Methodik .....</b>	<b>17</b>
1. Fragestellungen und Hypothesen .....	17
2. Stichprobe .....	18
3. Pflegerisches Assessment.....	20
4. Seniorenberatung.....	21
4.1 Beratungs- und Informationsbogen .....	21
4.2 Beratungs- und Informationsthemen.....	22
4.3 Durchführung der Beratungen bzw. Informationen.....	24
5. Datenanalyse.....	26
<b>III. Ergebnisse .....</b>	<b>27</b>
1. Stichprobe .....	27
2. Funktionale Gesundheit der 70+ Jährigen .....	31
2.1 Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege.....	31
2.1.1 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts .....	32
2.1.2 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Altersgruppen .....	33
2.1.3 Inanspruchnahme von formeller und informeller Haushaltshilfe und Pflege .....	34
2.1.4 Verwandtschaftsverhältnis der betreuenden Personen .....	35
2.1.5 Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote .....	36

2.1.6 Vertrauen zur Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege durch externe Einrichtungen .....	37
2.2 Aktuelle Pflegegeldeinstufung.....	39
2.2.1 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts .....	40
2.2.2 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Alters .....	41
2.3 Körperlicher Gesundheitszustand .....	42
2.3.1 Körperlich–medizinischer Status .....	42
2.3.2 Schlafen und Schmerzen .....	42
2.3.3 Motorische Leistungsfähigkeit .....	43
2.4 Selbstpflegekompetenz .....	44
2.5 Psychisch - emotionale Situation.....	46
2.5.1 Ängste und deren Gründe .....	46
2.5.2 Subjektive Einschätzung des kognitiven & emotionalen Gesundheitszustandes.....	47
2.6 Soziale Teilhabe .....	48
2.6.1 Lebensformen .....	48
2.6.2 Soziale Aktivitäten .....	49
2.6.3 Erreichbarkeit im Notfall .....	49
2.7 Sturzhäufigkeit und -risikofaktoren.....	50
2.8 Aktueller Kenntnisstand über finanziell – rechtliche Angebote .....	52
2.9 Identifizierte Defizite und Ressourcen .....	52
2.9.1 Identifizierte Defizite .....	53
2.9.2 Identifizierte Ressourcen.....	55
<b>3. Funktionale Gesundheit unter dem Aspekt der Lebensformen .....</b>	<b>56</b>
3.1 Persönliche Faktoren unter dem Aspekt der Lebensformen .....	56
3.1.1 Alter unter dem Aspekt der Lebensformen.....	56
3.1.2 Geschlecht und Familienstand unter dem Aspekt der Lebensformen .....	57
3.1.3 Anzahl der Kinder unter dem Aspekt der Lebensformen .....	57
3.2 Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Lebensformen.....	58

3.2.1 Formelle und informelle Haushaltshilfe und Pflege .....	59
3.2.1.1 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts und der Lebensformen .....	59
3.2.1.2 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Altersgruppen und der Lebensformen .....	60
3.2.2 Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote .....	61
3.2.3 Vertrauen zur Haushaltshilfe und Pflege durch externe Einrichtungen .....	61
3.2.4 Pflegegeldeinstufung.....	63
3.2.4.1 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts und der Lebensformen .....	64
3.2.4.2 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Alters und der Lebensformen .....	64
3.3 Körperlicher Gesundheitszustand unter dem Aspekt der Lebensformen.....	65
3.4 Selbstpflegekompetenz unter dem Aspekt der Lebensformen.....	65
3.4.1 Barthel-Index .....	66
3.4.2 IADL-Index .....	67
3.5 Psychisch-emotionale Situation unter dem Aspekt der Lebensformen .....	69
3.6 Soziale Teilhabe unter dem Aspekt der Lebensformen.....	69
3.7 Sturzhäufigkeit unter dem Aspekt der Lebensformen .....	71
3.8 Aktueller Kenntnisstand über finanziell – rechtliche Angebote unter dem Aspekt der Lebensformen.....	71
3.9 Identifizierte Defizite der funktionalen Gesundheit unter dem Aspekt der Lebensformen.....	71
<b>4. Funktionale Gesundheit unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung....</b>	<b>73</b>
4.1 Persönliche Faktoren unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung.....	73
4.2 Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung.....	73
4.3 Körperlicher Gesundheitszustand unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung .....	73
4.4 Selbstpflegekompetenz unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung.....	75
4.4.1 Barthel – Index .....	75
4.4.2 IADL – Index.....	77
4.5 Psychisch-emotionale Situation unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung .....	78

4.6 Soziale Teilhabe unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung .....	78
4.7 Sturzhäufigkeit unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung .....	79
4.8 Aktueller Kenntnisstand über finanziell – rechtliche Angebote .....	80
4.9 Identifizierte Defizite der funktionalen Gesundheit unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung.....	80
<b>5. Beratungs- und Informationsbedarf .....</b>	<b>82</b>
5.1 Beratungs- und Informationsbedarf der 70+ Jährigen .....	82
5.2 Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt der Lebensformen .....	83
5.3 Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt des Pflegegeldbezuges .....	84
5.4 Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt des Sturzrisikos .....	84
<b>6. Umsetzungen .....</b>	<b>86</b>
6.1 Umsetzungen der Unterstützungsmaßnahmen durch den SGS.....	86
6.2 Geplante Umsetzungen der Unterstützungsmaßnahmen durch die 70+ Jährigen selbst .	87
6.3 Geplante Umsetzungen der Unterstützungsmaßnahmen durch Angehörige.....	88
6.4 Ablehnung der Unterstützungsmaßnahmen durch die 70+ Jährigen .....	89
<b>IV. Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>90</b>
<b>V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis .....</b>	<b>99</b>
<b>VI. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>106</b>
<b>VII. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>112</b>
<b>VIII. Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>116</b>
<b>IX. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>119</b>

<b>X. Anhang.....</b>	<b>122</b>
Beratungsscheck & Folder .....	122

## I. Theoretischer Hintergrund

### 1. Einführung

Für viele Menschen stellt das Altern in gewohnter Umgebung ein großes Bedürfnis dar. Besonders in einer Gesellschaft, in der die Bevölkerung ein höheres Alter erreicht, ist es immer wichtiger, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit zu verzögern, bekannte präventive Potentiale auszuschöpfen und Gesundheitsrisiken zu minimieren (Weidner, 2005). Zudem erscheint es sinnvoll, die Selbstpflegekompetenz älterer Menschen neben der Unterstützung und Pflege durch Angehörige sowie durch ambulante Dienste langfristig zu fördern.

Die demografische Entwicklung erfordert die Umsetzung alternativer Gesundheitsversorgungswege. Einen möglichen Gesundheitsversorgungsweg stellt der „Präventive Hausbesuch“ dar. „Präventive Hausbesuche, durchgeführt von Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern oder anderem professionell geschultem Personal werden hierbei insbesondere als vielversprechende Maßnahme angesehen, den langfristigen Erhalt der Selbstversorgungs- und Selbstpflegekompetenz zu fördern und so letztendlich den Umzug in eine Heimeinrichtung zu verzögern bzw. zu vermeiden“ (Luck et al., 2011, S. 4).

Der „Präventive Hausbesuch“ als aufsuchende Beratung für ältere Menschen im häuslichen Setting zu Themen der Förderung von Gesundheit, Krankheitsvermeidung und selbstständiger Lebensführung wird als eine gesundheitsförderliche und präventive Maßnahme für ältere Menschen seit ca. 30 Jahren durchgeführt, international beforscht und zunehmend diskutiert (Weidner, 2005).

Mit dieser theoretischen Verortung wurde die vorliegende Studie *„Präventive Seniorenberatung in Tirol“* vom Institut für Pflegewissenschaft der UMIT im Auftrag der Abteilung für Soziales des Landes Tirol durchgeführt. Ausgangspunkt für die Studie *„Präventive Seniorenberatung in Tirol“* war, in Anlehnung an das Projekt *„Seniorenberatung im Tennengau“*, den Bedarf an Beratungen bzw. Informationen im Rahmen von „Präventiven Hausbesuchen“ für zu Hause lebende Menschen im Alter von 70 Jahren und älter in den Sozial- & Gesundheitssprengeln zu erheben und gegebenenfalls systemisch in das Angebotsportfolio der ambulanten Dienste aufzunehmen.

Der Kerngedanke „Präventiver Hausbesuche“ liegt darin, die aktuelle Lebenssituation des Klienten, insbesondere im Hinblick auf Risikofaktoren und Erkrankungen, zu verbessern. Dies kann mit Hilfe

eines pflegerischen Assessments zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen erfolgen. Durch anschließende Beratungen bzw. Informationen sowie durch Förderung der Umsetzung spezifischer Maßnahmen wird die Lebenssituation der Klienten positiv beeinflusst. Wichtig dabei ist, den Klienten in den Beratungsprozess stets einzubeziehen (Partizipation) und die Umsetzung der Beratungsinhalte, soweit wie möglich, selbstständig durchführen zu lassen (Aktivität). Die fördernden Ressourcen des Klienten, z.B. die Unterstützung durch Familie und Freunde, Gesundheit, Bildung, finanzielle Unterstützungen oder eine positive Einstellung u. ä. sollten stets genützt werden. Zudem sollten die Klienten behutsam hingewiesen werden, Unterstützung anzunehmen (Röling et al., 2012, DIP, 2008, S. 10).

Das selbstständige Leben wird als multidimensionales Geschehen verstanden. Nach Stuck (2002, in: DIP, 2008, S.10-11) liegt „diesem Verständnis ein bio-psychozialer Ansatz zugrunde, in dem der vielgestaltige Lebenshintergrund des Seniors, dessen Fähigkeiten und aktuelle Schwierigkeiten sowie umweltbezogene Faktoren und deren Wechselwirkungen einbezogen werden“. Dieser bio-psychoziale Ansatz kann mit Hilfe der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in fünf beeinflussende Gesundheitskomponenten (körperliche Faktoren, Aktivitäten und Partizipation (= **Funktionsfähigkeit eines Menschen**), Umweltfaktoren und persönliche Faktoren (= **Kontextfaktoren**)) klassifiziert werden, welche eine systematische Einschätzung der funktionalen Gesundheit (Lebenssituation) und die Grundlage einer gezielten Unterstützungsplanung darstellen (DIP, 2008, S. 10-11).

Bezugnehmend auf die ICF – Klassifikation nehmen die Autoren der vorliegenden Studie folgende Begriffserklärung zur **funktionalen Gesundheit** als Grundlage: „Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (**Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen**),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (**Konzept der**

**Partizipation** [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008).

## 2. Stand der Forschung und theoretische Verortung

In der rezenten Literatur richten sich „Präventive Hausbesuche“ nicht nur an pflegebedürftige, sondern auch an nicht pflegebedürftige Menschen ab 75 Jahren (Kuhlmeier, 2005). Weitere Zielgruppen stellen 70 jährige Personen und ältere mit körperlichen Einschränkungen, mit chronischen Krankheiten und daraus resultierenden Ängsten und Gefahren (Gitlin et al., 2006) sowie 70 - 84 jährige Personen mit schlechtem Allgemeinzustand (Bouman et al., 2007) dar.

**Meinck et al. (2004)** führten eine systematische Literaturrecherche über die vorliegende Evidenz „Präventiver Hausbesuche“ im Alter durch. Den Ergebnissen zur Folge liegt keine ausreichende Evidenz über die Wirkung eines „Präventiven Hausbesuchs“ vor, obwohl einzelne Studien eine signifikante Reduktion von Pflegeheimaufnahmen und, bei einem Altersdurchschnitt der Studienteilnehmer unter 78 Jahren, eine signifikante Reduktion der Mortalität zeigten. Gründe für die Inhomogenität der Auswirkungen zeigte die Analyse von Originalarbeiten der ersten Metaanalyse auf, dass die Studiendesigns sehr heterogen hinsichtlich Zielsetzung, Zielgruppen, Intensität und Dauer der Hausbesuchsprogramme sowie der durchführenden Personen (Anzahl, Profession, Qualifikation und Kooperation) waren. Eine gepoolte studienübergreifende Auswertung sei damit erschwert möglich. Als relevante Zielgrößen konnten jedoch die **Mortalität, Pflegeheimaufnahmen, Krankenhausaufnahmen, funktionaler Status und psychosozialer Status** berücksichtigt werden.

**Huss et al. (2008)** hingegen konnten in ihrer Metaanalyse die Ergebnisse von 21 RCTs vergleichen. Dabei stellten sie eine signifikante Abnahme der Mortalität bei unter 77-Jährigen (OR 0,74) fest. Eine signifikante Verbesserung des funktionellen Status konnte nur unter Einbezug des Assessments, dem auch eine klinische Untersuchung einherging, bewiesen werden. Sie kamen zum Schluss, dass es - unter der Voraussetzung eines multidimensionalen Assessments und einer klinischen Untersuchung beim Erstbesuch „Präventive Hausbesuche“ - zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation älterer Menschen kommen kann. Hinsichtlich der Auswirkungen auf einen Heimübergang sind die Ergebnisse heterogen und hängen - wie bereits von Meinck et al. (2004) erwähnt - von unterschiedlichen Faktoren wie beispielsweise den Merkmalen der Stichprobe (Soziodemografie), den Inhalten des Hausbesuchsprogramms und dem jeweiligen Gesundheitssystem ab. Eine Reduktion der Heimübergänge konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

In der randomisierten kontrollierten Interventionsstudie von **Luck et al. (2011)** wurden 305 Personen im Alter von 80+ Jahren mit einer Pflegestufe 0 und 1 in ihren Privathaushalten aufgesucht. Sie

erhielten drei Hausbesuche, denen ein geriatrisches Assessment, Beratung und eine Booster Session zugrunde lag. Die Ergebnisse verdeutlichten einen positiven Effekt von „Präventiven Hausbesuchen“ auf das Sturzrisiko, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und auch auf die Möglichkeit der frühzeitigen Identifikation von Selbstpfledefiziten. Keine Effektivität konnte im Rahmen dieser Studie hinsichtlich der Kosten und eines signifikanten Effektes auf die Selbstpflegekompetenz sowie auf die Heimübergangsrate nachgewiesen werden. Es zeigten sich jedoch Trends von geringeren Heimübergangs- und Mortalitätsraten bei Teilnehmern mit „Präventiven Hausbesuchen“.

In einer sehr aktuellen Studie von **Imhof et al. (2012)** konnten bei 461 zu Hause lebenden 80+ Jährigen im Rahmen einer kontrollierten Studie mit vier Hausbesuchen und drei Telefonanrufen innerhalb von neun Monaten die Anzahl der Stürze und Krankenhauseinweisungen signifikant reduziert werden. Zudem wurde über weniger akute Gesundheitsereignisse berichtet.

Zusammenfassend kann keine eindeutige Evidenz zugunsten der „Präventiven Hausbesuche“ festgehalten werden. Die Ergebnisse einzelner Studien lassen aber vermuten, dass „Präventive Hausbesuche“ einen Vorteil hinsichtlich Mortalität und Heimübergang in bestimmten Altersgruppen zeigen (Luck et al., 2011). Darüber hinaus meinen Stuck et al. (2002), dass mit einer Steigerung der Anzahl der Folgebesuche bzw. durch eine routinemäßige Begleitung der älteren Menschen, z.B. durch eine Gemeindeschwester im Rahmen der Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems, wie dies in einigen skandinavischen Ländern praktiziert wird, die Effekte „Präventiver Hausbesuche“ im Bereich der Selbstpflegekompetenz möglicherweise stärker ausfallen würden.

Die Analyse der Studien aus dem Ausland verdeutlichen, dass die Erkenntnisse zum „Präventiven Hausbesuch“ hinsichtlich Kosten – Nutzen, Einfluss auf die Mortalität, die Morbidität sowie auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) und die Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL's) nur eingeschränkt in Bezug auf die Bedingungen des Versorgungssystems von Tirol übertragbar sind. Die Möglichkeiten und das Ausmaß einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Verbesserung der präventiven Versorgung älterer Menschen sind vom jeweiligen nationalen Versorgungsniveau abhängig. Darüber hinaus gibt es in der aktuellen österreichischen Literatur kaum Daten, die im Ansatz den Fragestellungen für den Bedarf an Beratungen bzw. Informationen im Rahmen von „Präventiven Hausbesuchen“ von 70+ Jährigen für das Bundesland Tirol entsprechen könnten. Auch wenn Teilergebnisse aus der Akzeptanz- und Bedarfsanalyse der Seniorenberatung im Tennengau/Salzburg (Schulc & Them, 2010) auf Tirol übertragen werden können, dienen sie aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen nicht nachhaltig zur systemischen Implementierung der Seniorenberatung in Tirol.

### 3. Begriffsdefinitionen

Vorliegender Studie liegen nachfolgend angeführte Definitionen zur „Präventiven Seniorenberatung“ und zum „Präventiven Hausbesuch“ zugrunde:

„Präventive Seniorenberatung“: Es ist nicht der Klient, der die Beratungsstelle aufsucht, sondern der Berater, der auf den Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf im häuslichen Setting zugeht. Individuelle Beratung und konkrete Unterstützung als zentrale Inhalte „Präventiver Hausbesuche“ finden bei den älteren Menschen zu Hause statt. Dies gilt insbesondere für jene, die einen Pflege- und Betreuungsbedarf noch nicht oder bereits aufweisen und anderweitig benachteiligt sind.

„Der Präventive Hausbesuch“, bei dem ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung untersucht und beraten werden, bildet eine geeignete Methode (a) zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, (b) zur Intervention bei bestehenden Risikofaktoren und Erkrankungen sowie (c) zur gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt mit dem Ziel der Vermeidung von Risikofaktoren und Erkrankungen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003, S. 90).

### 4. Ziele und Studiendesign

Die vorliegende Studie umfasst folgende **Ziele**:

- (1) Entwicklung eines ***pflegerischen Assessments zur selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit*** von 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen.
- (2) Ausgehend von den Ergebnissen des pflegerischen Assessments wird der individuelle ***Beratungs- bzw. Informationsbedarf, die funktionale Gesundheit betreffend***, erhoben.
- (3) Ausgehend vom individuellen Beratungs- bzw. Informationsbedarf ***erfolgen Beratungen bzw. Informationen*** zu Risikofaktoren bzw. Defiziten der funktionalen Gesundheit.

**Die vorliegende Studie beinhaltet folgendes Studiendesign:**

Im September 2011 wurde die Studie beim RCSEQ (Research Committee for Scientific and Ethical Questions) der UMIT eingereicht und im Dezember 2011 von dieser zur Durchführung freigegeben.

Die Abteilung für Soziales des Landes Tirol als Auftraggeber dieser Studie, unterstützte u.a. diese dahingehend, dass 15 diplomierte Pflegepersonen im Rahmen ihrer Dienstzeit „Präventive Hausbesuche“ bei 70+ Jährigen durchführen konnten. Zudem erhielten einige an der Studie beteiligte Sozial- & Gesundheitssprengel einen finanziellen Beitrag seitens des Landes zur Verfügung gestellt.

Genannte 15 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aus 13 Sozial- & Gesundheitssprengel Tirols wurden zur Durchführung des pflegerischen Assessments (s. II, Kap. 3) einschließlich Folgeberatungen und –informationen (s. II, Kap. 4) entsprechend geschult. Auch diese Schulungen fanden im Rahmen der regulären Dienstzeiten der Pflegepersonen statt.

Das Projektmanagement einschließlich der Datenauswertung und –interpretation erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft der UMIT.

## II. Methodik

### 1. Fragestellungen und Hypothesen

Abgeleitet vom bio-psycho-sozialen Ansatz (s. S. 2) lassen sich folgende Forschungsfragen und Hypothesen im Rahmen der vorliegenden Studie ableiten:

#### ***Forschungsfragen zur funktionalen Gesundheit<sup>1</sup> und Beratungsbedarf (Art und Häufigkeit)***

1. Welche Defizite und Ressourcen die selbsteingeschätzte funktionale Gesundheit betreffend finden sich bei 70+ jährigen zu Hause lebenden Personen?
2. Wie hoch ist das Ausmaß (absolute und prozentuale Häufigkeiten) der Selbstpflegekompetenz gemäß des Barthel- und des IADL-Index von 70+ jährigen zu Hause lebenden Personen?
3. Welche Sturzrisikofaktoren können bei 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen identifiziert werden?
4. Welchen Beratungs- bzw. Informationsbedarf die funktionale Gesundheit betreffend, haben 70+ jährige zu Hause lebende Personen?
5. Welche Unterstützungsmaßnahmen werden nach dem pflegerischen Assessment einschließlich der durchgeführten Beratungen bzw. Informationen den 70+ Jährigen zugesagt, dass diese der Sprengel für sie durchführt?

#### ***Hypothesen zur funktionalen Gesundheit***

1. Zwischen den beiden Lebensformen (alleine lebend vs. nicht alleine lebend) von 70+ jährigen Personen bestehen Unterschiede bezüglich der selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit.
2. Zwischen Pflegegeldbeziehern (PGB) vs. Nicht-Pflegegeldbeziehern (N-PGB) bestehen Unterschiede bezüglich der selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit.

---

<sup>1</sup> **13 Kategorien** = Defizite bzw. Ressourcen der funktionalen Gesundheit: 1. Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe, 2. Aktuelle Inanspruchnahme von Pflege, 3. Aktuelle Pflegegeldeinstufung, 4. Motorische Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung, 5. Selbstpflegekompetenz (Barthel- & IADL-Index) , 6. Körperlich-medizinischer Status, 7. Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben, 8. Schlaf und Schmerzen, 9. Unterstützungsbedürftigkeit im sozialen, emotionalen und physischen Bereich, 10. Lebens- und Wohnzufriedenheit, 11. Sturzhäufigkeit & -ort, 12. Angst, 13. Informationsstand zu finanziell-rechtlichen Themen

## 2. Stichprobe

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden bei der Rekrutierung von 70+ Jährigen zu Hause lebenden Menschen in Tirol berücksichtigt (s. Tab. 1).

Tabella 1: Ein – und Ausschlusskriterien

<b>Einschlusskriterien</b>
Alter 70 Jahre und älter (Anm.: zu Rekrutierungsbeginn war das Alter 80 und älter definiert)
Schriftliche Einverständniserklärung der 70+ Jährigen zur Studienteilnahme
Wohnsitz in 36 Orten und vier Städten Tirols <sup>*)</sup>
<b>Ausschlusskriterien</b>
Alter unter 70 Jahren (Anm.: zu Rekrutierungsbeginn war das Alter unter 80 definiert)
Besuchung der 70+ Jährigen

<sup>\*)</sup> Die Auswahl der 36 Orte und vier Städte Tirols erfolgte durch die Abteilung für Soziales des Landes Tirol.

### **Weitere Einschluss- und Ausschlusskriterien**

Wenn die Befragten nach Beendigung des pflegerischen Assessments nicht mehr bereit sind, Beratungen bzw. Informationen in Anspruch zu nehmen, versucht die diplomierte Pflegeperson zunächst einen gesonderten Termin dafür zu vereinbaren. Gelangt der Befragte zur Erkenntnis, nicht zu einem weiteren Beratungs- bzw. Informationsgespräch bereit zu sein, so finden ausschließlich die Daten des pflegerischen Assessments in der Auswertung genannter Personen Berücksichtigung.

Wenn im Zuge des pflegerischen Assessments die diplomierte Pflegeperson zur Kenntnis gelangt, dass der/die Befragte die Inhalte des pflegerischen Assessments aus kognitiver Sicht nicht entsprechend beantworten kann, beendet sie dieses vorzeitig. Anstelle des pflegerischen Assessments führt sie in diesem Fall in der Funktion einer/s Sprengelschwester/-pflegers ein Pflegeerstgespräch durch. Die dabei gewonnenen Daten einschließlich der Inhalte sind **nicht Gegenstand der vorliegenden Studie**.

## **Rekrutierungsmaßnahmen**

Ursprünglich war geplant, die „Präventiven Hausbesuche“ bei 80+ jährigen zu Hause lebenden Menschen durchzuführen. Aufgrund der zu geringen direkten Anfrage der 80+ jährigen zu Hause lebenden Personen für die Inanspruchnahme eines „Präventiven Hausbesuchs“ (einschließlich Seniorenberatung) entschied sich die Studienleitung in Abstimmung mit dem Kooperationspartner (Abteilung für Soziales des Landes Tirol) die Altersgrenze der ProbandInnen von 80+ Jahren auf 70+ Jahre herunter zu setzen.

Bevor die Altersgrenze herunter gesetzt wurde, erhielten alle **80+ Jährigen** der 36 Orte und vier Städte Tirols vom jeweiligen Bürgermeister ein persönliches Schreiben mit beigelegtem Informationsfolder und Beratungsscheck (s. Anhang 1). Sie wurden über die Durchführung der „Präventiven Hausbesuche“ (einschließlich der Seniorenberatungen) informiert und gleichzeitig ersucht, an diesen teilzunehmen. Im Beratungsscheck an die 80+ Jährigen fanden sich wesentliche Daten (Namen, Telefonnummer und Portrait) der für die Durchführung der „Präventiven Hausbesuche“ verantwortlichen diplomierten Pflegepersonen der jeweiligen Orte bzw. Städte Tirols. Bei Interesse wurden die 80+ Jährigen gebeten, sich mit der für ihren Ort bzw. Stadt zuständigen diplomierten Pflegeperson in Verbindung zu setzen und einen Termin für den „Präventiven Hausbesuch“ zu vereinbaren. Zudem erhielten Gemeindeärzte, Gemeindeämter, Sozial- & Gesundheitssprengel, Pfarren Informationsfolder über die Durchführung der „Präventiven Hausbesuche“ und wurden mittels Begleitschreiben ersucht, 80+ Jährige zur Teilnahme zu motivieren.

Ursprünglich war geplant, dass sich 80+ Jährige und/oder deren Angehörige von sich aus bei den jeweiligen diplomierten Pflegepersonen melden und ihre Bereitschaft, einen „Präventiven Hausbesuch“ in Anspruch nehmen zu wollen, erklären sollten. Es zeigte sich aber im Studienverlauf, dass dies nur sehr wenige 80+ Jährige und/oder deren Angehörige taten. Aus diesem Grund wurde das Rekrutierungsverfahren im Studienverlauf dahingehend abgeändert, dass einerseits die Altersgrenze auf 70+ Jahre herunter gesetzt wurde und andererseits die diplomierten Pflegepersonen aktiv auf mögliche Probanden zingingen und diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von „Präventiven Hausbesuchen“ (einschließlich der Seniorenberatungen) aufmerksam machten (Anm.: Es war große Überzeugungsarbeit seitens der diplomierten Pflegepersonen erforderlich, 70+ Jährige zur Inanspruchnahme von „Präventiven Hausbesuchen“ zu motivieren).

### 3. Pflegerisches Assessment

Das Pflegerische Assessment zur Erfassung der individuellen funktionalen Gesundheit (**Fragebogen zum funktionalen Gesundheitszustand-Tirol = FGZ-Tirol**) von 70+ Jährigen zu Hause lebenden Menschen bestand aus drei Teilen und umfasste 13 Kategorien:

- **FGZ-Tirol Teil 1:** Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege  
(Fragen HB01 bis HB14) sowie aktuelle PflegegeldEinstufung (Frage D10)
- **FGZ- Tirol Teil 2:** Physische Gesundheit – Aktivitäten – Partizipation
  - Motorische Fähigkeit und Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung (Fragen FG01 bis FG13)
  - Selbstversorgung (Fragen FG14 bis FG22)
  - Körperlich-medizinischer Status (Fragen FG23 bis FG28)
  - Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben (Fragen FG29 bis FG33)
  - Schlaf und Schmerzen (Fragen FG34 bis FG41)
  - Unterstützungsbedürftigkeit im sozialen, emotionalen und physischen Bereich (Fragen FG42 bis FG47)
  - Lebens- und Wohnzufriedenheit (Fragen FG48 bis FG52)
  - Sturz (Fragen FG53 bis FG55)
  - Angst (Fragen FG56 bis FG57)
  - Sind Sie informiert über? (Fragen FG58 bis FG60)
- **FGZ-Tirol Teil 3:** Selbstpflegekompetenz
  - Barthel-Index (Fragen BI01 bis BI10)
  - IADL-Index (Fragen IA01 bis IA08)

Basis für das 3-teilige pflegerische Assessment (**FGZ-Tirol**) stellte ein im Rahmen des Projektes „Seniorenberatung im Tennengau, Salzburg“ (Schulc, Them 2010) eingesetztes Instrument dar, welches für die vorliegende Studie inhaltlich weiterentwickelt wurde (Anm.: Es erfolgten eine Erhöhung der Items bzw. eine Anpassung von Items an die soziogeographischen Gegebenheiten von Tirol).

Das Ziel der Fragebogenteile **FGZ-Tirol Teil 1 und 2** bestand darin, die lebenskontextbezogenen Bereiche eines 70-jährigen und älteren Menschen für eine selbstständige Lebensführung zu Hause abzubilden.

Mit dem **FGZ-Tirol Teil 3**, welcher die validierten Instrumente Barthel-Index und IADL-Index zum Inhalt hatte, wurde das pflegerische Assessment zur funktionalen Gesundheit erweitert. Der *Barthel-Index* (nach Mahoney & Barthel (1965)) beurteilt den Grad der Unabhängigkeit in den Basisaktivitäten des täglichen Lebens (Selbstfürsorge, Betreuungsbedarf – Toilettenbenutzung, Körperpflege,...; Skalenspannweite von 0-100, wobei 0 vollkommene Unselbstständigkeit in den erfassten

Dimensionen und 100 komplette Selbstständigkeit in diesen Dimensionen bedeutet). Der *IADL-Index* (nach Lawton und Brody (1969)) beurteilt die Fähigkeit der Bewältigung komplexer Aufgaben des täglichen Lebens (Hilfsbedarf – z.B. Telefonbenutzung, Regelung von Geldangelegenheiten, ...; Skalenspannweite von 0-8, wobei 0 vollkommene Abhängigkeit in den erfassten Dimensionen und 8 vollkommene Unabhängigkeit in diesen Dimensionen bedeutet).

Das pflegerische Assessment dauerte im Durchschnitt 45 Minuten und erfolgte computerunterstützt durch die diplomierten Pflegepersonen vor Ort.

## 4. Die Seniorenberatung

Im Anschluss an das pflegerische Assessment erfolgten - ausgehend von erkannten Defiziten und Ressourcen die funktionale Gesundheit von 70+ Jährigen betreffend - Beratungen bzw. Informationen.

### 4.1 Beratungs- und Informationsbogen

Im Rahmen der vorliegenden Studie kam ein Beratungs- und Informationsbogen zur Anwendung, welcher 14 Themen möglicher Beratungen und Informationen zum Inhalt hatte.

Die Inhalte des Beratungs- und Informationsbogens orientierten sich einerseits an Ergebnissen des Projekts „Präventive Hausbesuche bei Senioren – Projekt mobil“ (DIP, 2008), andererseits an einem Beratungsbogen, welcher im Rahmen des Projektes „Seniorenberatung im Tennengau, Salzburg“ (Schulc, Them 2010) zur Anwendung gekommen war. Dieser Beratungs- und Informationsbogen wurde dann in einer ExpertInnenkonferenz (Anm.: mit 11 diplomierten Pflegepersonen, die über eine langjährige Erfahrung in der Altenpflege und –betreuung in Tiroler Sozial- und Gesundheitssprengel verfügten) auf Tiroler Gegebenheiten inhaltlich angepasst.

Wie bereits zuvor erwähnt, wurde die vorliegende Studie beim RCSEQ der UMIT eingereicht. Auf Empfehlungen des RCSEQ der UMIT musste der Beratungs- und Informationsbogen in der zuvor dargestellten Version dahingehend angepasst werden, dass Informationen zu finanziell-rechtlichen Aspekten an die 70+ Jährigen gestrichen wurden. Diese waren: 1. Informationen über Vorsorgevollmacht, 2. Informationen über Sachwalterschaft, 3. Informationen über Patientenverfügung, 4. Informationen über Testament. Begründet wurde dies seitens des RCSEQ

damit, dass diplomierte Pflegepersonen im eigenverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich (GuKG 1997, §14 (1, 3)) nicht berechtigt sind, zu genannten Themen zu informieren.

Zudem wurde seitens des RCSEQ die Empfehlung gegeben, nicht generell von Seniorenberatungen zu sprechen, sondern zwischen **Seniorenberatungen und –informationen** zu unterscheiden. Begründet wurde dies damit, dass Beratungen von diplomierten Pflegepersonen nur zu Themen durchgeführt werden dürfen, die im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich von diplomierten Pflegepersonen liegen (GuKG 1997, §14 (1)). Zu anderen Themen dürfen diplomierte Pflegepersonen im Sinne der vorliegenden Studie nur informieren, nicht aber beraten.

Aus diesem Grund nahmen die Autoren der vorliegenden Studie eine Begriffsunterscheidung zwischen Beratungen und Informationen vor:

- **Beratungen** im Rahmen der vorliegenden Studie zielten darauf ab, individuelle Handlungskompetenzen von 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen zur Problembewältigung zu fördern und sie bei den Problemlösungsprozessen durch Bearbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten und Kompetenzförderung zu unterstützen (Schaeffer, Schmidt-Kaehler, 2008, S. 131) (s. Tab.2).
- **Informationen** im Rahmen der vorliegenden Studie zielten darauf ab, Wissenserweiterung bei 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen zum Zweck der Verbesserung individueller Handlungsvoraussetzungen herbeizuführen. Hierbei erfolgt die Erschließung und Weitergabe themenbezogenen Wissens (Schaeffer, Schmidt-Kaehler, 2008, S. 131) (s. Tab.3).

#### 4.2 Beratungs- und Informationsthemen

14 mögliche Beratungs- bzw. Informationsinhalte standen zur Verfügung, die möglichen Defiziten, die funktionale Gesundheit der 70+ Jährigen betreffend, zugeordnet wurden. Folgende Beratungs- und Informationsthemen waren Gegenstand der vorliegenden Studie (s.Tab.2 und Tab. 3):

Tabelle 2: Relevante Beratungsthemen bei Defiziten der funktionalen Gesundheit

Defizite	Vorgeschlagene Beratungsthemen
<b>Ad 2. Motorische Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung</b>	BR02 Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung
	BR03 Beratung zur Durchführung der Vitalzeichenkontrolle
	BR06 Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch
	BR08 Beratung zur ärztlichen Abklärung
	BR13 Beratung über das Verhalten im Notfall
<b>Ad 3. Selbstpflegekompetenz</b>	BR06 Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch
	BR11 Beratung zu Essen / Trinken
<b>Ad 4. Körperlich-medizinischer Status</b>	BR07 Beratung zur Medikamenteneinnahme
	BR08 Beratung zur ärztlichen Abklärung
	BR13 Beratung über das Verhalten im Notfall
<b>Ad 6. Schlaf und Schmerzen</b>	BR07 Beratung zur Medikamenteneinnahme
	BR08 Beratung zur ärztlichen Abklärung
<b>Ad 7. Unterstützungsbedürftigkeit im sozialen, emotionalen und physischen Bereich</b>	BR13 Beratung über das Verhalten im Notfall
	BR07 Beratung zur Medikamenteneinnahme
	BR08 Beratung zur ärztlichen Abklärung
<b>Ad 8. Lebens- und Wohnzufriedenheit</b>	BR06 Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch
<b>Ad 9. Sturzhäufigkeit im letzten Jahr</b>	BR02 Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung
	BR06 Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch
	BR13 Beratung über das Verhalten im Notfall
	BR11 Beratung zu Essen / Trinken
<b>Ad 10. Angst</b>	BR08 Beratung zur ärztlichen Abklärung
	BR07 Beratung zur Medikamenteneinnahme

Tabelle 3: Relevante Informationsthemen bei Defiziten der funktionalen Gesundheit

Defizite	Vorgeschlagenen Informationsthemen
<b>Ad 1. Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR09 Information zum Pflegegeld
<b>Ad 2. Motorische Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung</b>	BR04 Information zu Symptomanzeichen – Pflegerische Informationen
	BR05 Information für sicheres Wohnen
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)
<b>Ad 3. Selbstpflegekompetenz</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR05 Information für sicheres Wohnen
	BR09 Information zum Pflegegeld
<b>Ad 4. Körperlich-medizinischer Status</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)
<b>Ad 5. Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)
	BR14 Information über die Möglichkeiten eines Gedächtnistrainings
	BR09 Information zum Pflegegeld
<b>Ad 7. Unterstützungsbedürftigkeit im sozialen, emotionalen und physischen Bereich</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)
	BR14 Information über die Möglichkeiten des Gedächtnistrainings
<b>Ad 8. Lebens- und Wohnzufriedenheit</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR05 Information für sicheres Wohnen
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)
	BR12 Information zur Gebührenbefreiung und Mindestsicherung
<b>Ad 9. Sturzhäufigkeit im letzten Jahr</b>	BR04 Information zu Symptomanzeichen – Pflegerische Informationen
	BR05 Information für sicheres Wohnen
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)
<b>Ad 10. Angst</b>	BR01 Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt
	BR10 Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)

### 4.3 Durchführung der Beratungen bzw. Informationen

Im Anschluss an das pflegerische Assessment erfolgten Beratungen bzw. Informationen durch diplomierte Pflegepersonen zu Defiziten und Ressourcen, der von 70+ Jährigen selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit.

Das **EDV-unterstützte Programm** im Rahmen des pflegerischen Assessments und der Beratungen bzw. Informationen war so konzipiert, dass den diplomierten Pflegepersonen durch einen zweigeteilten Bildschirm des Computers (Abb. 1) zu möglichen Defiziten der einzelnen Kategorien zur funktionalen Gesundheit der 70+ Jährigen entsprechende Beratungs- bzw. Informationsthemen vorgeschlagen wurden.

- Wurden Fragen, wie beispielsweise „Leiden Sie unter Gangunsicherheit?“ oder „Haben Sie Schwierigkeiten beim Treppensteigen?“, mit „Ja“ beantwortet, dann erfolgte eine Beratung bzw. Information. Wurde die Frage mit „Nein“ beantwortet, dann erfolgte keine Beratung bzw. Information.
- Bei Fragen, welchen eine 4-teilige Skalierung (ja, eher ja, eher nein, nein) zur Beantwortung zugrunde lag, wie z.B. „Leiden Sie unter Konzentrationsschwierigkeiten?“ - erfolgten Beratungen bzw. Informationen bei den Antworten „ja“ und „eher ja“, da dies als Defizit gewertet werden muss.
- Bei Fragen, welchen eine 4-teilige Skalierung (ja, eher ja, eher nein, nein) zur Beantwortung zugrunde lag, wie z.B. „Sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand zufrieden?“ erfolgten Beratungen bzw. Informationen bei den Antworten „eher nein“ und „nein“, da hier ein Defizit angenommen werden kann.

Folgend werden exemplarisch zu den Fragen zur Kategorie „Motorische Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung“ die entsprechend dazu vorgeschlagenen *Beratungs- bzw. Informationsthemen dargestellt (s. Abb. 1).*

The screenshot displays a software application window titled 'Fragebogen'. The main content area is divided into two panes. The left pane, titled 'Motorische Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung', contains four questions (FG01, FG03, FG05, FG07) with radio buttons for 'ja' and 'nein'. The right pane, titled 'Folgende Beratungen beziehen sich ausschließlich...', contains a list of consultation topics (BM01 to BM09) with checkboxes. The checkboxes for BM01, BM03, BM04, and BM08 are checked. The UMIT logo is visible in the top right corner of the window.

Abbildung 1: Exemplarische Darstellung der Fragen zur funktionalen Gesundheit der Kategorie „Motorische Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung“

Anm.: Es kann vorkommen, dass idente bzw. ähnliche Beratungs- bzw. Informationsthemen bei unterschiedlichen Kategorien die funktionale Gesundheit der 70+ Jährigen betreffend, den diplomierten Pflegepersonen vorgeschlagen werden. Durch entsprechende Markierung (= Dokumentation) erkennt die diplomierte Pflegeperson, inwieweit dieses Thema bereits behandelt wurde oder nicht. Wurde das Thema bereits behandelt, obliegt es der diplomierten Pflegeperson, ob sie dieses Thema bei dieser Kategorie überspringt oder ob sie erneut eine Beratung bzw. Information mit Fokus auf die vorliegende Kategorie vornimmt.

Jede durchgeführte Beratungs- und Informationsmaßnahme wurde von der diplomierten Pflegeperson durch die Markierung eines roten Hakens dokumentiert (s. Abb.1). Im Durchschnitt dauerten die Seniorenberatungen 50 Minuten.

## 5. Datenanalyse

Die computerunterstützte Datenerhebung ermöglichte eine automatische Datenkonvertierung für die weitere statistische Analyse in SPSS 20.0 Version für Windows.

Die deskriptive Datenbeschreibung erfolgte angelehnt an das jeweilige Skalenniveau mittels Lage- und Streuungsmaße. Zur besseren Vergleichbarkeit der Skalen wurden Berechnungen mit Skalenmittelwerten durchgeführt. Für den Vergleich der zentralen Tendenzen wurden als inferenzstatistische Verfahren bei Vorliegen der Voraussetzungen für parametrische Verfahren T-Tests für unabhängige Stichproben verwendet und bei nominalskalierten Daten der Chi<sup>2</sup>-Test eingesetzt. Zur Bestimmung des Sturzrisikos wurde die Odds-Ratio berechnet. Erfüllten die vorliegenden Daten die Voraussetzungen für parametrische Verfahren nach Bortz und Döring (2002) nicht, wurden als nichtparametrische Verfahren Mann-Whitney-Tests und Kruskal-Wallis-Tests zur Anwendung gebracht. Das Signifikanzniveau wurde mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha=5\%$  festgelegt.

### III. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden unter dem Gesichtspunkt der *Charakterisierung der Stichprobe*, der *funktionalen Gesundheit der 70+ Jährigen* sowie der *Unterscheidung* hinsichtlich der *beiden Lebensformen* – alleine lebend vs. nicht alleine lebend, des *Pflegegeldbezuges* – Pflegegeldbezieher (Stufe 1-7) vs. Nicht-Pflegegeldbezieher (Stufe 0) sowie der *Sturzhäufigkeit* – gestürzte vs. nicht gestürzte Personen und der *funktionalen Gesundheit* dargestellt.

#### 1. Stichprobe

Von 350 Befragten wurden fünf von der Auswertung ausgeschlossen, da sie jüngeren Alters als 70 Jahre waren. Somit betrug die *Gesamtstichprobe* 345 70+ Jährige.

Das pflegerische Assessment einschließlich der Beratungen bzw. Informationen im Rahmen von „Präventiven Hausbesuchen“ bei 70+ Jährigen führten diplomierte Pflegepersonen von 13 Sozial- & Gesundheitssprengel (SGS) in 36 Orten und vier Städten (Innsbruck, Schwaz, Reutte, Lienz) aller neun Bezirke Tirols durch. Die meisten „Präventiven Hausbesuche“ wurden in den SGSn Stanzertal (n=47), Pitztal (n=44) und St. Johann (n=40) durchgeführt (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Anzahl der „Präventiven Hausbesuche“ der SGS in den Orten/Städten Tirols

SGS	Orte/Städte	Anzahl	Gesamt
SGS Region 31	Alpbach	1	27
	Brandenberg	2	
	Brixlegg	20	
	Münster	2	
	Radfeld	1	
	Reith	1	
SGS Reutte	Reutte-Außerfern	12	27
	Grän	1	
	Lechaschau	5	
	Nesselwängle	3	
	Tannheim	1	
	Zöblen	5	
ISD	Innsbruck-Stadt	20	20
SGS Längenfeld	Längenfeld	10	16
	Oetz	6	
SGS Vorderes Ötztal	Umhausen	20	20

SGS Pitztal	Pitztal	5	44
	Arzl	21	
	Imst	2	
	Jerzens	6	
	St. Leonhard	3	
	Wenns	7	
SGS Rum	Rum	34	34
SGS Stanzertal	St Anton	6	47
	St Jakob	3	
	Pettneu	17	
	Strengen	7	
	Flirsch	14	
SGS St. Johann	Kirchberg	5	40
	Erpfendorf	3	
	St. Johann	32	
SGS westl. Mittelgebirge	Axams	2	7
	Götzens	5	
SGS Lienz	Lienz-Stadt	14	16
	Lienz Land - Tristach	1	
	Oberlienz- Oberdrum	1	
SGS Defereggental	Hopfgarten	26	29
	St. Veit	3	
SGS Schwaz	Schwaz-Stadt	18	18
<b>Gesamt</b>			<b>345</b>

### **Soziodemografische Charakteristika der 70+ Jährigen**

Die Daten zu den soziodemografischen Charakteristika der 70+ Jährigen können Tabelle 5 entnommen werden.

Der größte Anteil der 70+ Jährigen war weiblichen **Geschlechts** (n=240, 69,6%).

Das **Durchschnittsalter** lag bei 83,42 Jahren (SD±4,99, MD 83,00). Die älteste Person war 97 Jahre alt.

Die Studienpopulation wurde in fünf disjunktive **Altersgruppen** eingeteilt: 70 bis 74 Jahre, 75 bis 79 Jahre, 80 bis 84 Jahre, 85 bis 89 Jahre und 90+ Jahre. Die größte Altersgruppe mit 42,2% (n=143) waren Personen im Alter von 80 bis 84 Jahren, gefolgt von den 85 bis 89 Jährigen (n=88, 26%), den 75- bis 79 Jährigen (n=50, 14,7%) und den 90+ Jährigen (n=44, 13%). Die kleinste Gruppe waren Personen im Alter von 70 bis 74 Jahren (n=14, 4,1%). Von sechs Personen fehlten die Altersangaben.

**Altersgruppen und Geschlecht:** Die größte Altersgruppe der Befragten waren Personen im Alter von 80 bis 84 Jahren. 53,8% (n=56) aller Männer und 37% (n=87) aller Frauen befanden sich in dieser Altersgruppe. (s. Abb. 2).

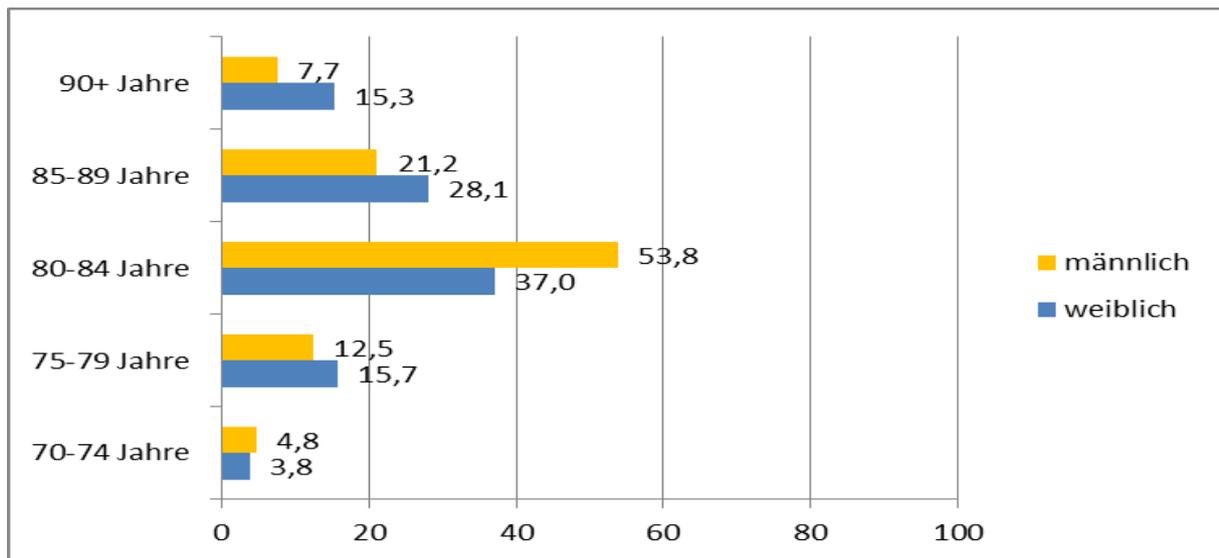


Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Personen in den disjunktiven Altersgruppen (n=345)

**Familienstand:** Gut die Hälfte der 70+ Jährigen war verwitwet (n=176, 51%) und 37% (n=127) verheiratet. Unter 10% waren geschieden (n=11, 3.2%) oder ledig (n= 31, 9%).

**Anzahl der Kinder (lebend):** 15,7% (n=54) der 70+ Jährigen hatten keine Kinder und die höchste Kinderzahl lag bei 14 (n=1) bzw. 15 Kindern (n=1). 84,3% (n=290) hatten im Durchschnitt drei Kinder (SD±2,31, MD 2 [Min 0 – Max 15]).

**Höchster Schulabschluss:** Etwa die Hälfte der 70+ Jährigen (n=169, 49%) absolvierte die Volksschule, 94 Personen (27%) eine Berufsausbildung und 1,4% (n=5) eine universitäre Ausbildung als höchsten (Schul)Abschluss.

**Längste berufliche Ausübung bzw. Tätigkeit:** Die am längsten und zugleich am häufigsten ausgeführte Tätigkeit war die der Hausfrau (n=135, 39%), mehr als ein Viertel (n=91, 26,4%) war am längsten als Angestellte/r tätig.

**Lebensformen:** Die Hälfte der 70+ Jährigen lebte *alleine zu Hause* (n=174, 50,4%). Von den nicht alleine lebenden Personen lebten 37,6% (n=130) *zusammen mit einem Angehörigen*, 10% (n=34) *zusammen mit mehreren Angehörigen* und die übrigen 70+ Jährigen *zusammen mit einer nicht-angehörigen Person* (n=5, 1,4%) oder *zusammen mit mehreren nicht-angehörigen Personen* (n=2, 0,6%).

Tabelle 5: Soziodemografische Daten

Variablen		Werte	
		[n, %], [MW (SD), MD (Min-Max)]	
<b>Alter *</b>	Alter in Jahren	83,42 (4,99)	83 (70-97)
<b>Altersgruppen</b>	70-74 Jahre	14	4,1%
	75-79 Jahre	50	14,7%
	80-84 Jahre	143	42,2%
	85-89 Jahre	88	26%
	90+ Jahre	44	13%
<b>Geschlecht</b>	weiblich	240	69,6%
	männlich	105	30,4%
<b>Familienstand</b>	Verheiratet	127	36,8%
	Ledig	31	9,0%
	Geschieden	11	3,2%
	Verwitwet	176	51,0%
<b>Kinder (lebend)</b>	Anzahl	2,67 (2,31)	2 (0-15)
<b>Höchster Schulabschluss</b>	Volksschule	169	49,0%
	Hauptschule	32	9,3%
	Berufsausbildung (Lehre)	94	27,2%
	Matura	18	5,2%
	Universitärer Abschluss	5	1,4%
	Andere	26	7,5%
<b>Längste Berufsausübung bzw. Tätigkeit</b>	Arbeiter	63	18,3%
	Angestellte	91	26,4%
	Beamte	17	4,9%
	Selbstständige Tätigkeit	33	9,6%
	Hausfrau	135	39,1%
	Andere	6	1,7%
<b>Lebensformen</b>	Alleine lebend	174	50,4%
	Nicht – alleine lebend	171	49,6%

\*Alter in Jahren / Altersgruppen: 6 missings

[Abkürzungen: n – Anzahl an Personen, % - Prozent, MW – Mittelwerte, SD – Standardabweichung, Min – Minimum, Max – Maximum]

## 2. Funktionale Gesundheit der 70+ Jährigen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit der 70+ Jährigen dargestellt. Diese umfassen Daten zur aktuellen Inanspruchnahme von Pflege bzw. Haushaltshilfe, zur aktuellen PflegegeldEinstufung, zum körperlichen Gesundheitszustand, zur Selbstpflegekompetenz, zur psychisch-emotionalen Situation, zur sozialen Teilhabe, zum Sturzrisiko, zum aktuellen Kenntnisstand von finanziell-rechtlichen Angeboten sowie zu den identifizierten Defiziten und Ressourcen von 70+ Jährigen.

### 2.1 Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege

Die Daten der aktuellen **Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege** finden sich in den Tabellen 6 bis 11.

Der überwiegende Anteil der 345 zu Hause lebenden Personen nahm **Haushaltshilfe** (n=255, 74%) und diese im Durchschnitt einmal pro Woche (MW=2,79, SD±1,62) in Anspruch. Im Vergleich zur Inanspruchnahme von Haushaltshilfe waren es deutlich weniger 70+ Jährige, die angaben, **Pflege** (n=142, 41,2%) in Anspruch zu nehmen. Im Durchschnitt wurde Pflege zwischen einmal pro Woche bis seltener als einmal im Monat (MW=3,65, SD±1,73) in Anspruch genommen (s. Abb. 3, Tab. 6, 7).

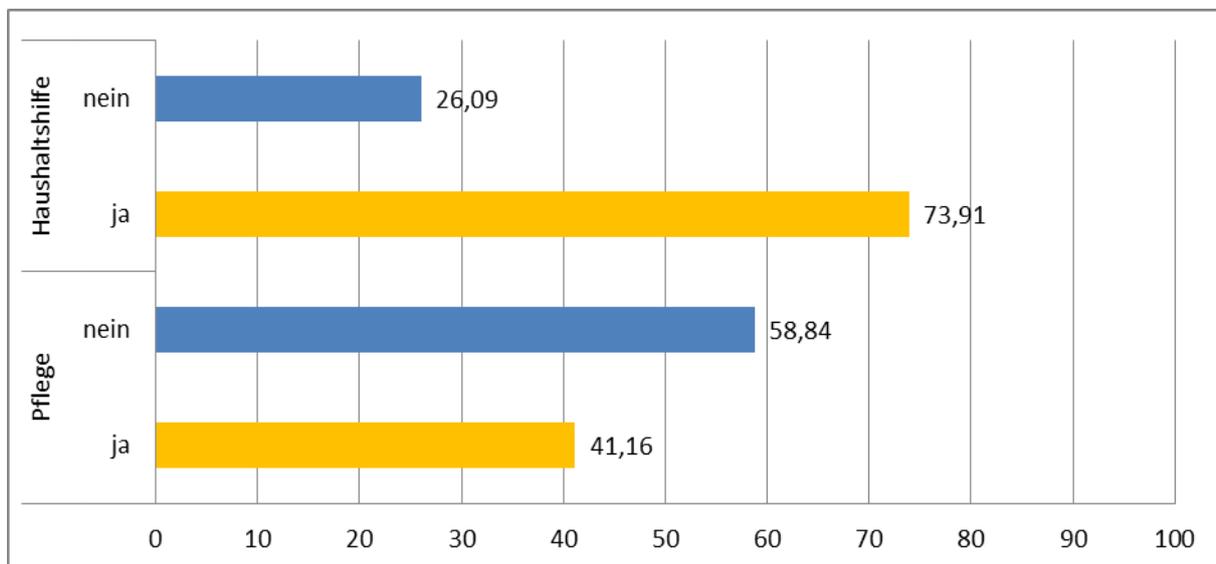


Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege

Tabella 6: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege

Variable	Haushaltshilfe n (%)		Pflege n (%)		
	Gesamt	ja	255	73,91	142
	nein	90	26,09	203	58,84

Tabella 7: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe & Pflege pro Woche  
(Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener als einmal im Monat, 5 - nie)

Variablen	MW	SD
Hilfe im Haushalt pro Woche	2,79	1,62
Hilfe bei der Pflege pro Woche	3,65	1,73

### 2.1.1 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts

Zwischen der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe ( $p=0,336$ ) bzw. Pflege ( $p=0,672$ ) zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse unter dem Aspekt des Geschlechts.

Hierzu ist anzumerken, dass ein Großteil aller Frauen ( $n=181$ , 75,4%) sowie aller Männer ( $n=74$ , 70,5%) angab, **Haushaltshilfe** in Anspruch zu nehmen. Im Vergleich dazu artikulierten weniger Frauen ( $n=97$ , 40,4%) und weniger Männer ( $n=45$ , 42,9%), **Pflege** in Anspruch zu nehmen (s. Abb. 4, Tab. 8).

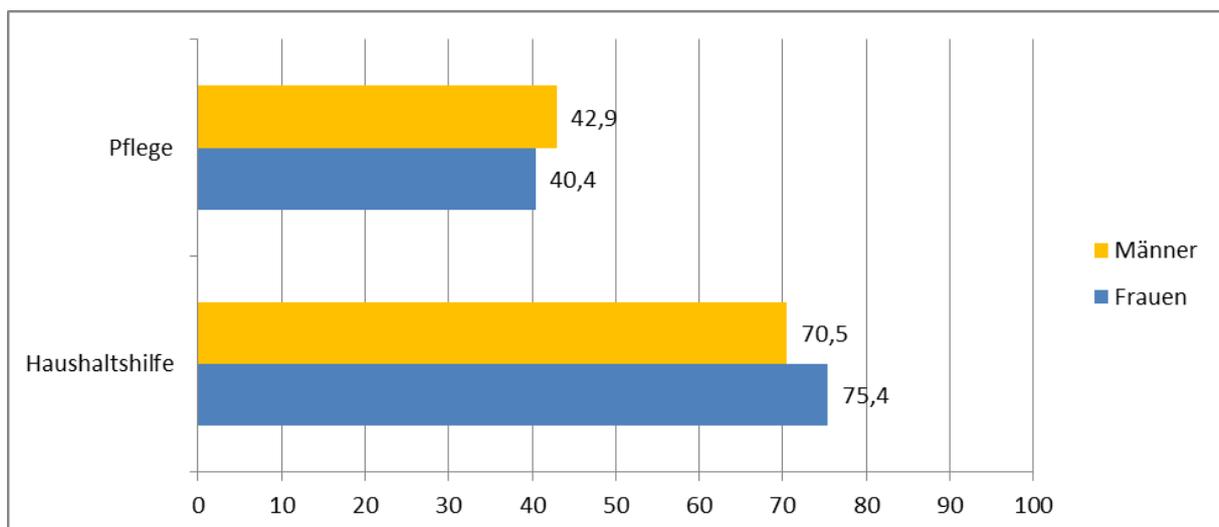


Abbildung 4: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege bei Männern und Frauen

Tabelle 8: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts und der Altersgruppen

Variablen		Haushaltshilfe n (%)		Pflege n (%)		p-Wert
Frauen	ja	181	75,4	97	40,4	Haushaltshilfe: 0,336 Pflege: 0,672
	nein	59	24,6	143	59,6	
Männer	ja	74	70,5	45	42,9	
	nein	31	29,5	60	57,1	

### 2.1.2 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Altersgruppen

Im Durchschnitt waren die Personen, die angaben, **Haushaltshilfe** in Anspruch zu nehmen, *hochsignifikant* ( $p < 0,001$ ) um zwei Jahre älter ( $MW = 83,87$ ,  $SD \pm 5,07$ ) als jene die angaben, keine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen ( $MW = 81,86$ ,  $SD \pm 4,43$ ). Zwischen der Inanspruchnahme von Pflege und dem Alter in Jahren zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse ( $p = 0,062$ ) (s. Tab. 9).

Signifikant mehr 80+ Jährige im Vergleich zu 70 - 79-Jährigen gaben an, **Haushaltshilfe** in Anspruch zu nehmen ( $p = 0,003$ ). Bei den 70 - 79 Jährigen waren es 59,4% ( $n = 38$ ), in der Altersgruppe 80+ Jahre waren es hingegen 77,5% ( $n = 213$ ) (s. Abb. 5).

Zwischen den beiden Altersgruppen (70 - 79 Jahre und 80+) und der Inanspruchnahme von **Pflege** zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse ( $p = 0,726$ ), wobei in beiden Gruppen der größere Teil der Personen angab, **keine Pflege** in Anspruch zu nehmen (70 -79 Jährige ( $n = 39$ , 60,9%), 80+Jährige ( $n = 161$ , 58,5%) (s. Tab.9).

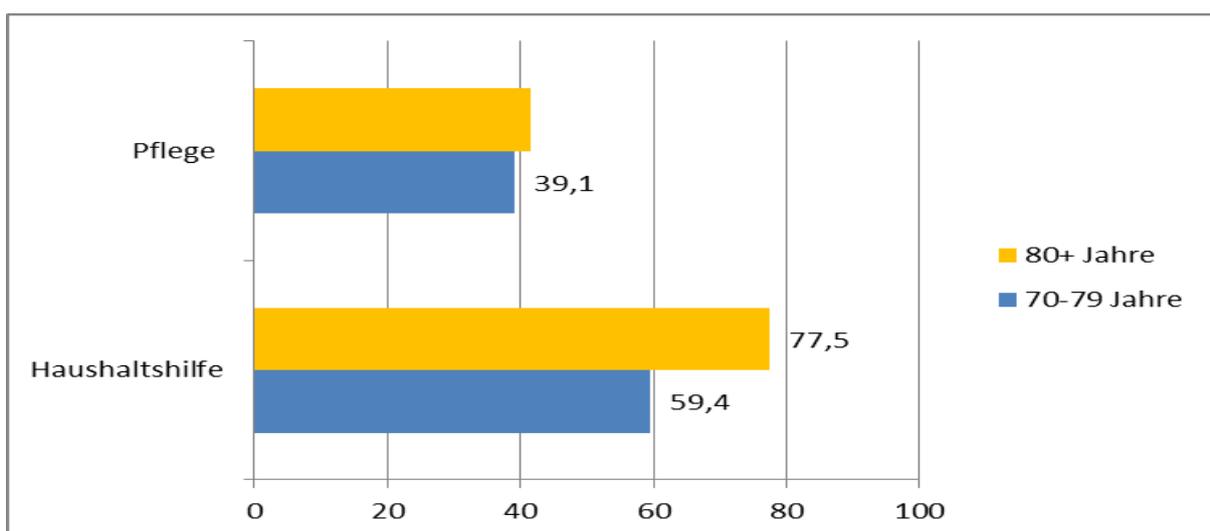


Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege bei beiden Altersgruppen 70 bis 79 Jährigen und den 80+Jährigen

Tabelle 9: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts und der Altersgruppen

Variablen		Haushaltshilfe		Pflege		p-Wert
70-79 Jahre (n, %)	ja	38	59,4	25	39,1	Haushaltshilfe 0,003 Pflege 0,726
	nein	26	40,6	39	60,9	
80+ Jahre (n, %)	ja	213	77,5	114	41,5	
	nein	62	22,5	161	58,5	
Durchschnittsalter (MW, SD)	ja	83,87	5,07	83,87	4,94	Haushaltshilfe <0,001 Pflege 0,062
	nein	81,86	4,43	82,85	5,02	

### 2.1.3 Inanspruchnahme von formeller<sup>2</sup> und informeller<sup>3</sup> Haushaltshilfe und Pflege

255 (74%) Personen gaben an, **Haushaltshilfe** in Anspruch zu nehmen. Von den 255 Personen, die Haushaltshilfe in Anspruch nahmen, gaben 29 NICHT an, ob sie die Haushaltshilfe von „Angehörigen“ (=informelle Haushaltshilfe), „Externen Einrichtungen“ (=formelle Haushaltshilfe) oder „Angehörigen und externen Einrichtungen“ in Anspruch nahmen. Somit verblieben 226 Personen, die Angaben zu dieser Frage machten. Von den 226 Personen, gaben 158 Personen (70%) an, Haushaltshilfe von „Angehörigen“, 33 Personen (14,60%) von „Externen Einrichtungen“ und 35 Personen (15,50%) sowohl von „Externen Einrichtungen“ als auch in Anspruch zu nehmen (s. Abb. 6, Tab. 10).

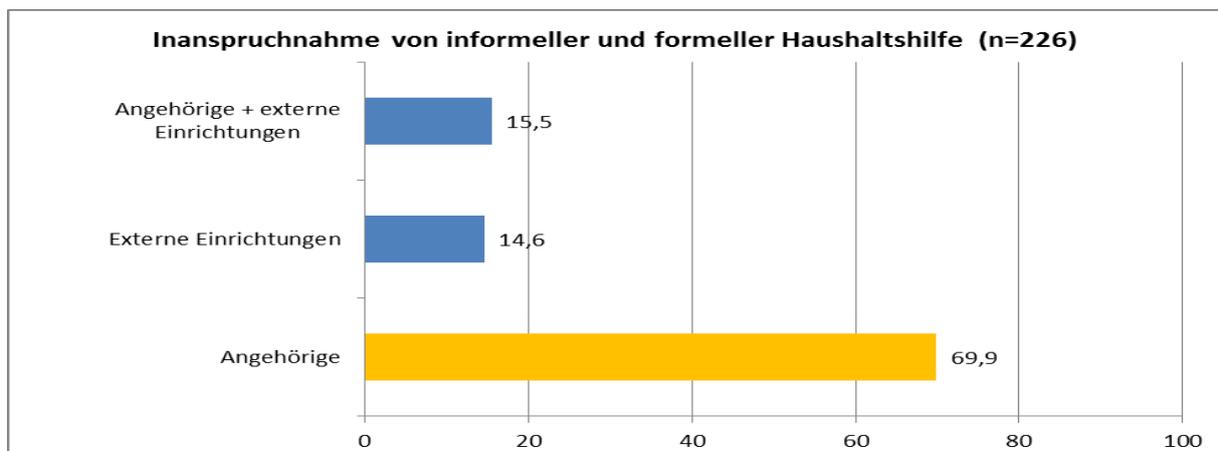


Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe durch Angehörige und/oder externer Einrichtungen

Ein geringerer Anteil von 40% (n=136) gab an, **Pflege** in Anspruch zu nehmen. Vier Personen machten keine Angaben zu dieser Frage. Von den 136 Personen gaben 74 Personen (54,40%) an, Pflege von „Angehörigen“ (=informelle Haushaltshilfe), 39 Personen (28,70%) von „Externen Einrichtungen“

<sup>2</sup> Formelle Haushaltshilfe und Pflege im Sinne der Studie definieren sich dadurch, dass diese durch professionell ausgebildete Personen vorgenommen werden.

<sup>3</sup> Informelle Haushaltshilfe und Pflege definieren sich dadurch, dass diese durch Laien sowie Angehörige vorgenommen werden.

(=formelle Haushaltshilfe) und 23 Personen (16,90%) sowohl von „Externen Einrichtungen“ als auch von „Angehörigen“ in Anspruch zu nehmen (s. Abb.7, Tab. 10).

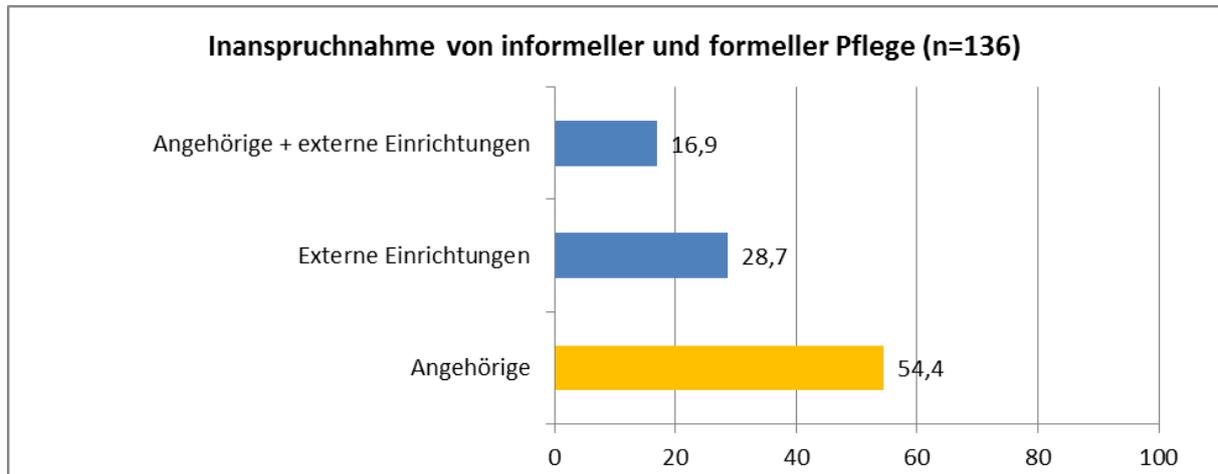


Abbildung 7: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Pflege durch Angehörige und/oder externer Einrichtungen

Tabelle 10: Inanspruchnahme von formeller & informeller Haushaltshilfe und Pflege

Variablen		Haushaltshilfe		Pflege	
		n	(%)	n	(%)
Gesamt	ja	255	73,91	142	41,16
	nein	90	26,09	203	58,84
	Summe	345	100	345	100
Angehörige	ja	158	69,90	74	54,40
Externe Einrichtungen	ja	33	14,60	39	28,70
Angehörige + externe Einrichtungen	ja	35	15,50	23	16,90
	Gesamt	226	100	136	100

#### 2.1.4 Verwandtschaftsverhältnis der betreuenden Personen

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Mehrfachantworten zur Frage „Wie ist das Verhältnis zu der Person, die Ihnen im Haushalt oder bei der Pflege hilft?“

Das Verwandtschaftsverhältnis zu der Person, die 70+ Jährigen im **Haushalt** hilft, war mehrheitlich das eigene Kind (der Sohn bzw. die Tochter) (n= 139, 54,5%), gefolgt von den Schwiegerkindern (n=59, 23,1%) und dem Ehepartner (n=43, 16,9%). Ein geringer Anteil an Hilfe im Haushalt erhielten sie von/vom Lebensgefährten(in) (n=3, 1,2%), Nachbarn (n=5, 3,4%) oder von Freunden (n=4, 2,7%).

Das Verwandtschaftsverhältnis zu der Person, die 70+ Jährigen bei der **Pflege** hilft, war wie bei der Haushaltshilfe mehrheitlich das eigene Kind (der Sohn bzw. die Tochter) (n= 81, 57%), gefolgt vom Ehepartner (n=37, 26,1%) und den Schwiegerkindern (n=34, 23,9%). Ein geringer Anteil an Hilfe bei

der Pflege erhielten sie von/vom Lebensgefährten(in) (n=1, 0,7%), Nachbarn (n=3, 3,5%) oder von Freunden (n=3, 3,5%)(s. Tab. 11, Abb.8).

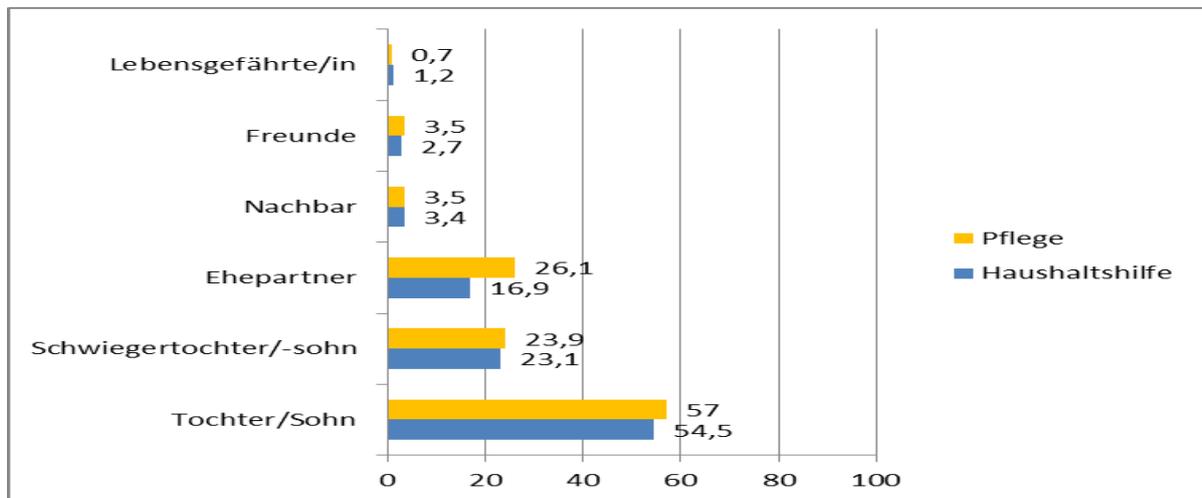


Abbildung 8: Verwandtschaftsverhältnis der Personen in Prozent (Mehrfachantworten), die im Haushalt bzw. bei der Pflege helfen

Tabelle 11: Verwandtschaftsverhältnis der Personen, die im Haushalt bzw. bei der Pflege helfen (Mehrfachantworten)

Variablen	Haushaltshilfe		Pflege	
	n	%	n	%
Tochter/Sohn	139	54,5	81	57,0
Schwiegertochter/-sohn	59	23,1	34	23,9
Ehepartner	43	16,9	37	26,1
Lebensgefährte/in	3	1,2	1	,7
Freunde	4	2,7	3	3,5
Nachbarn	5	3,4	3	3,5

Von den insgesamt 345 70+ Jährigen nannten 106 mindestens eine Person, die im Haushalt oder bei der Pflege hilft, 136 70+ Jährige gaben keine Antwort an. Insgesamt nannten die 106 70+ Jährigen 322 helfende Personen. Im Schnitt wurden jeweils etwa drei helfende Personen genannt.

### 2.1.5 Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Mehrfachantworten zur Frage „Wenn Sie von externen Einrichtungen (Haushalts-) Hilfe und /oder Pflege in Anspruch nehmen, um welche Art handelt es sich?“.

Am häufigsten wurden folgende externe Hilfe- und Betreuungsangebote angegeben: Hauskrankenpflege (n = 63, 18,26%), gefolgt von Haushaltshilfe (n = 49, 14,2%), Essen auf Rädern (n = 32, 9,28%) und ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe (n = 8, 2,32%) (s. Abb. 9).

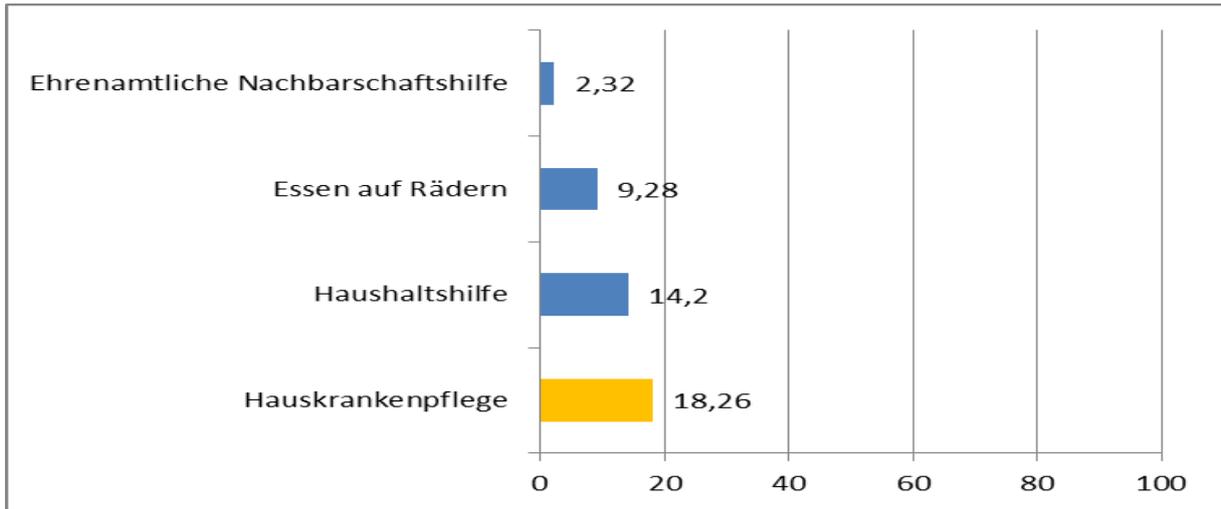


Abbildung 9: Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote in Prozent (Mehrfachantworten)

### 2.1.6 Vertrauen zur Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege durch externe Einrichtungen

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Mehrfachantworten zur Frage „Würden Sie bei Bedarf Pflegeangebote von externen Einrichtungen in Anspruch nehmen? oder Würden Sie bei Bedarf Haushaltshilfe und Pflege von externen Einrichtungen in Anspruch nehmen?“ (s. Abb. 10).

Von 345 70+ Jährigen sprachen sich 91% (n=314, MW 1,5, SD±0,76) für eine mögliche Inanspruchnahme von Pflege durch externe Einrichtungen und 81,2% (n= 280, MW 1,73, SD± 0,96) für eine mögliche Inanspruchnahme von Haushaltshilfe durch externe Einrichtungen aus.

Eher nicht bis nicht für den Besuch einer Tagesbetreuungsstätte sprachen sich 53,3% (n=184, MW 2,61, SD±1,10) und für ein Leben in einem Pflegeheim 51,3% (n=177, MW 2,56, SD±1,14) aller 70+ Jährigen aus.

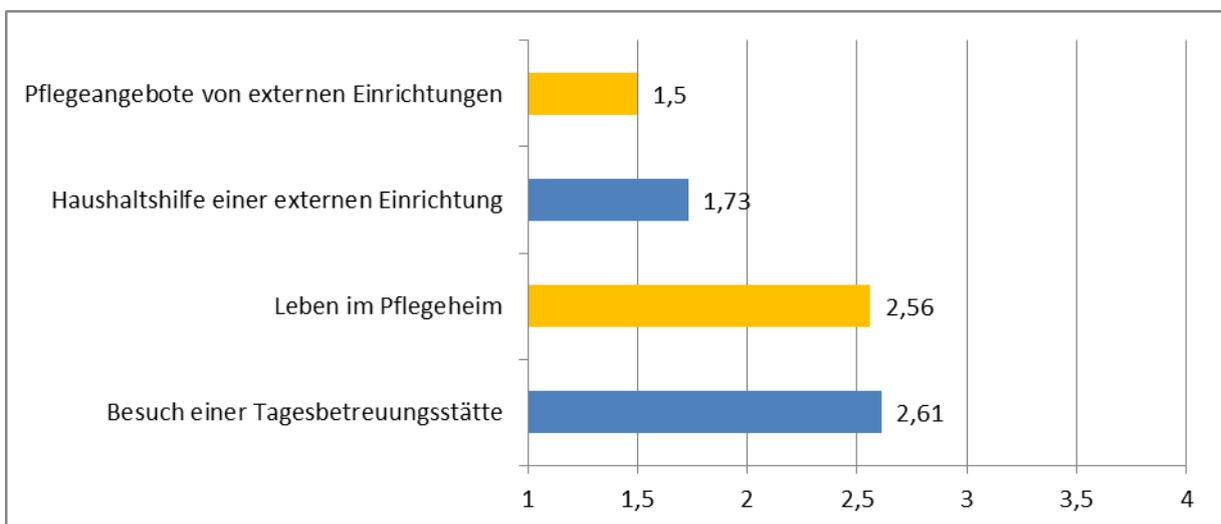


Abbildung 10: Durchschnittliche Einstellung im Bedarfsfalle der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe oder Pflege bzw. in einem Pflegeheim zu leben oder eine Tagesbetreuungsstätte zu besuchen (Skalierung: 1 - ja, 2 – eher ja, 3 – eher nein, 4 – nein)

Für gut 90% (n=310, 89,86%) der befragten 70+ Jährigen war es vorstellbar, den Sozial- & Gesundheitssprengel als bevorzugte externe Einrichtung im Bedarfsfall für Haushaltshilfe und Pflege in Anspruch zu nehmen (s. Abb. 11, Tab. 12).

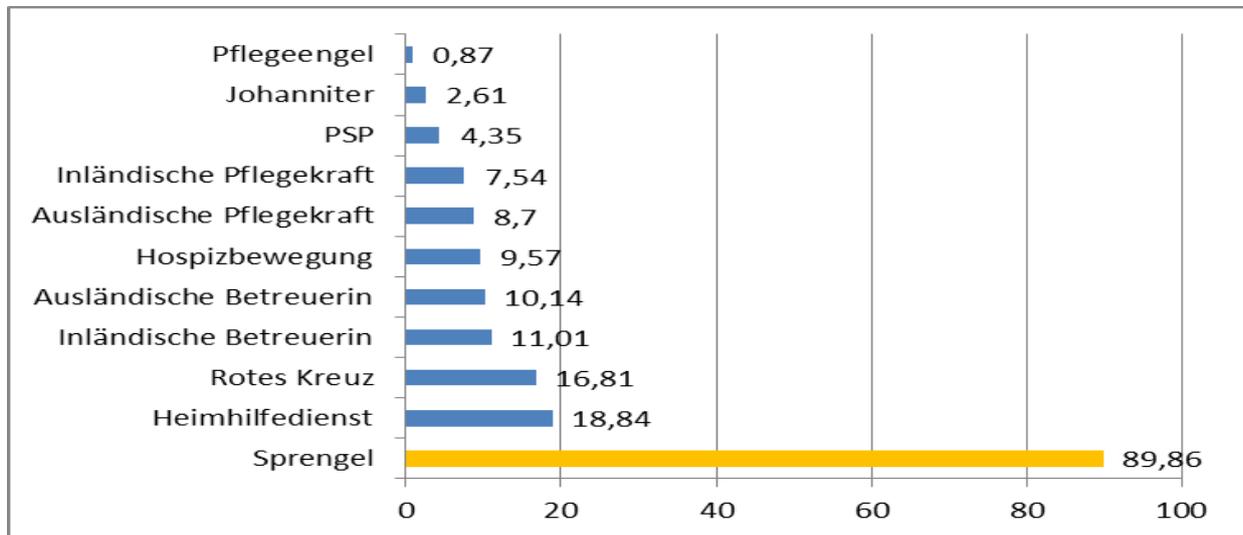


Abbildung 11: Bevorzugte externe Einrichtung im Bedarfsfall für die Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege in Prozent

Tabelle 12: Bevorzugte externe Einrichtung im Bedarfsfall für die Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege (Mehrfachantworten)

Variablen		n	%
Sprengel	Ja	310	89,86
	Nein	35	10,14
Johanniter	Ja	9	2,61
	Nein	336	97,39
Pflegeengel	Ja	3	0,87
	Nein	342	99,13
Rotes Kreuz	Ja	58	16,81
	Nein	287	83,19
Heimhilfedienst	Ja	65	18,84
	Nein	280	81,16
Hospizbewegung	Ja	33	9,57
	Nein	312	90,43
Ausländische Betreuerin	Ja	35	10,14
	Nein	310	89,86
Inländische Betreuerin	Ja	38	11,01
	Nein	307	88,99
Ausländische Pflegekraft	Ja	30	8,70
	Nein	315	91,30
Inländische Pflegekraft	Ja	26	7,54
	Nein	319	92,46
PSP	Ja	15	4,35
	Nein	330	95,65

## 2.2 Aktuelle Pflegegeldeinstufung

Die Daten der Pflegegeldeinstufung finden sich in den Tabellen 13 bis 15.

Die Auswertung der Erhebung der **Pflegegeldeinstufungen** erfolgte unter Bezugnahme auf das Bundespflegegeldgesetz (BPGG, 1993 idgF. von 2011) (s. Abb. 12, Tab. 13).

Der größte Anteil der befragten 70+ Jährigen (n=184, 53,3%) gab an, *kein Pflegegeld* zu beziehen.

Von den Personen, die einer Pflegestufe zugeordnet waren, befand sich der größte Teil der Personen in der *Pflegestufe 2* mit 18,26% (n=63). 28,4% (n=98) konnten den übrigen Pflegestufen zugeordnet werden. Keine der befragten Personen befand sich in der Pflegestufe 7.

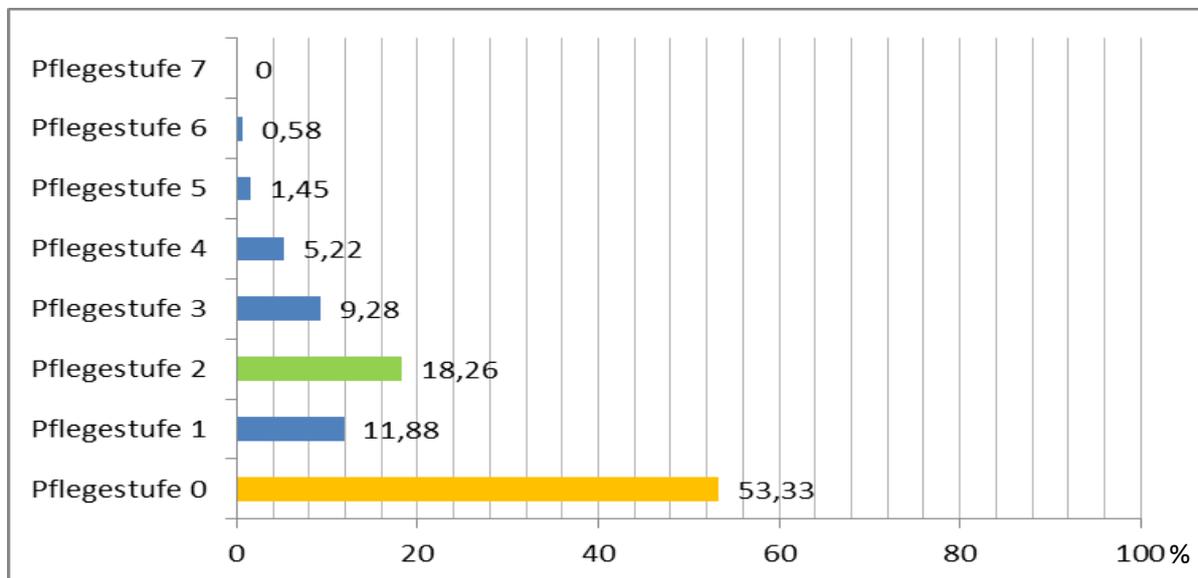


Abbildung 12: Prozentualer Anteil der eingestuften Pflegegeldbezieher (PGB) vs. Nicht-Pflegegeldbezieher (N-PGB)

Tabelle 13: Aktuelle Pflegegeldeinstufung

Variablen	Gesamt (N=345)	
	n	%
Pflegestufen		
Pflegestufe 0	184	53,33
Pflegestufe 1	41	11,88
Pflegestufe 2	63	18,26
Pflegestufe 3	32	9,28
Pflegestufe 4	18	5,22
Pflegestufe 5	5	1,45
Pflegestufe 6	2	0,58
Pflegestufe 7	0	0,00

### 2.2.1 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts

Die Ergebnisse zwischen dem Geschlecht und den Pflegestufen zeigten *keine* signifikanten Ergebnisse im t-Test ( $p=0,232$ ).

Von allen Männern ( $n=105$ ) waren 61,9% ( $n=65$ ) *keiner Pflegestufe* zugeordnet und von allen Frauen ( $n=240$ ) waren dies 49,6% ( $n=119$ ).

Von den Frauen und Männern, die einer Pflegestufe zugeteilt waren, befanden sich die meisten in der Pflegestufe 2 (Frauen ( $n=47$ , 19,6%; Männer:  $n=16$ , 15,2%). Keiner Pflegegeldstufe zugeteilt waren Männer in den Pflegestufen 5 und 7, bei den Frauen waren dies Pflegestufen 6 und 7 (Abb. 13, Tab. 14).

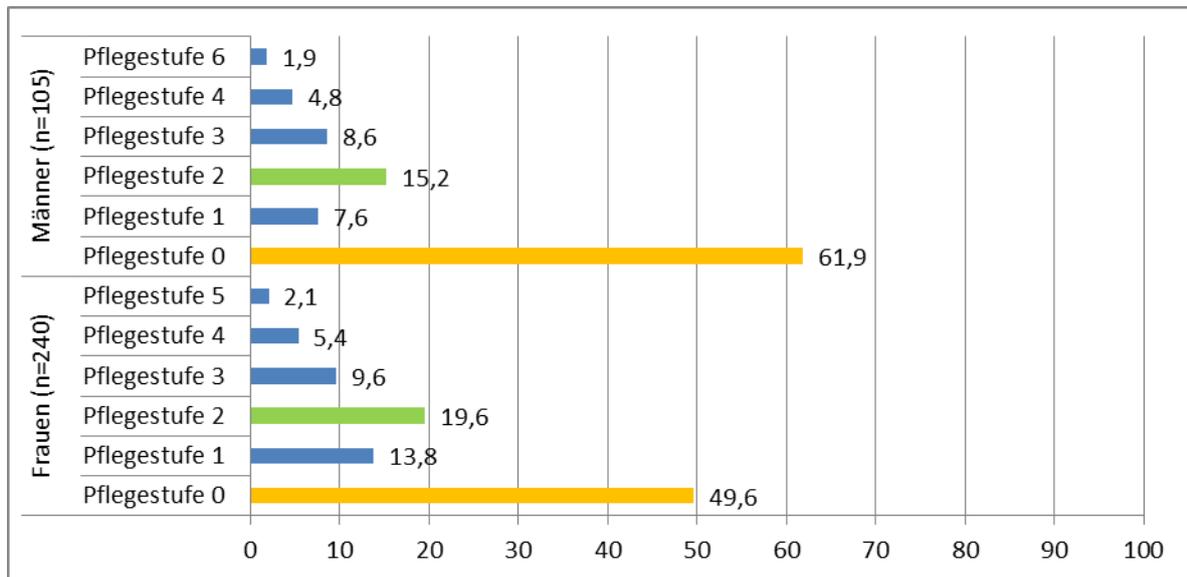


Abbildung 13: Prozentualer Anteil der eingestuftenen weiblichen und männlichen Pflegegeldbezieher

Tabelle 14: Aktuelle Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts

Geschlecht	Pflegestufen	n	%	p-Wert
Frauen (n=240)	Pflegestufe 0	119	49,6	0,232
	Pflegestufe 1	33	13,8	
	Pflegestufe 2	47	19,6	
	Pflegestufe 3	23	9,6	
	Pflegestufe 4	13	5,4	
	Pflegestufe 5	5	2,1	
Männer (n=105)	Pflegestufe 0	65	61,9	
	Pflegestufe 1	8	7,6	
	Pflegestufe 2	16	15,2	
	Pflegestufe 3	9	8,6	
	Pflegestufe 4	5	4,8	
	Pflegestufe 6	2	1,9	

### 2.2.2 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Alters

Das Durchschnittsalter der PGB (MW 84,35, SD 5,48) war signifikant durchschnittlich um etwa zwei Jahre höher als das der N-PGB (MW 82,6, SD 4,38) ( $p=0,002$ ).

Folgende Auswertung erfolgte unter der Annahme, dass mit höherem Alter der Bezug von Pflegegeld zunimmt. Aus diesem Grund wurde die Gesamtstichprobe aller 70+ Jährigen in zwei Altersgruppen (70 bis 79 Jahre, 80+) geteilt (s. Tab. 15).

In beiden Altersgruppen 70 bis 79 Jahre und 80+ Jahre zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegestufen ( $p=0,411$ ). Personen der Altersgruppe **70 bis 79 Jahre** ( $n=64$ , 20,29%) waren in vier Pflegegeldstufen und Personen in der Altersgruppe **80+ Jahre** ( $n=275$ , 79,71%) in sechs Pflegegeldstufen eingeteilt.

54,7% ( $n=35$ ) der **70 bis 79-Jährigen** befanden sich in keiner Pflegegeldstufe. Jeweils 15,6% ( $n=10$ ) waren der Pflegegeldstufe 1 und 2 zugeordnet. In der Pflegegeldstufe 3 befanden sich 8% ( $n=5$ ), in der Pflegegeldstufe 4 6,3% Personen ( $n=4$ ). 53,1% ( $n=146$ ) der **80+ Jährigen** befanden sich in keiner Pflegegeldstufe. Die meisten 80+ Jährigen, die einer Pflegestufe zugeteilt waren, befanden sich in der Pflegestufe 2 ( $n=53$ , 19,3%).

Tabelle 15: Pflegegeldstufen unter dem Aspekt des Geschlechts und der Altersgruppen

Altersgruppen	Variablen	n	%	p-Wert
<b>70-79 Jahre (n=64)</b>	Pflegestufen 0	35	54,7	0,411
	Pflegestufe 1	10	15,6	
	Pflegestufe 2	10	15,6	
	Pflegestufe 3	5	7,8	
	Pflegestufe 4	4	6,3	
<b>80+ Jahre (n=275)</b>	Pflegestufe 0	146	53,1	
	Pflegestufe 1	29	10,5	
	Pflegestufe 2	53	19,3	
	Pflegestufe 3	26	9,5	
	Pflegestufe 4	14	5,1	
	Pflegestufe 5	5	1,8	
	Pflegestufe 6	2	0,7	

6 missings

## 2.3 Körperlicher Gesundheitszustand

Die Daten zu den Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes der 70+ Jährigen können der Tabelle 16 entnommen werden.

### 2.3.1 Körperlich–medizinischer Status

80% (n=276) der 70+ Jährigen artikulierten, aktuell an einer oder mehreren vom Arzt diagnostizierten Krankheit(en) zu leiden. 47,3% (n=198) fühlten sich dadurch beeinträchtigt. Der Großteil (n=331, 96%) gab an, ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen.

### 2.3.2 Schlafen und Schmerzen

60% (n=207) der befragten 70+ Jährigen gaben an, unter Schmerzen zu leiden und dies im Durchschnitt einmal pro Woche (MW 3,03, SD±1.81). Gemäß den Angaben der 70+ Jährigen nahmen 95,1% (n=328) Medikamente ein und dies im Durchschnitt täglich (MW 1,25, SD±0,94).

Durchschnittlich einmal pro Woche bis seltener als einmal im Monat gaben 42% (n=145) der 70+ Jährigen an, an Ein- (MW 3,71, SD±1,70) und 55,7% (n=192) an Durchschlafschwierigkeiten (MW 3,20, SD±1,82) zu leiden. Die Einnahme von schlaffördernden Medikamenten (MW 2,60, SD±1,90) wurde von den 70+ Jährigen durchschnittlich mehrmals pro Woche bis einmal pro Woche konstatiert (n=138, 40%) (s. Abb. 14).

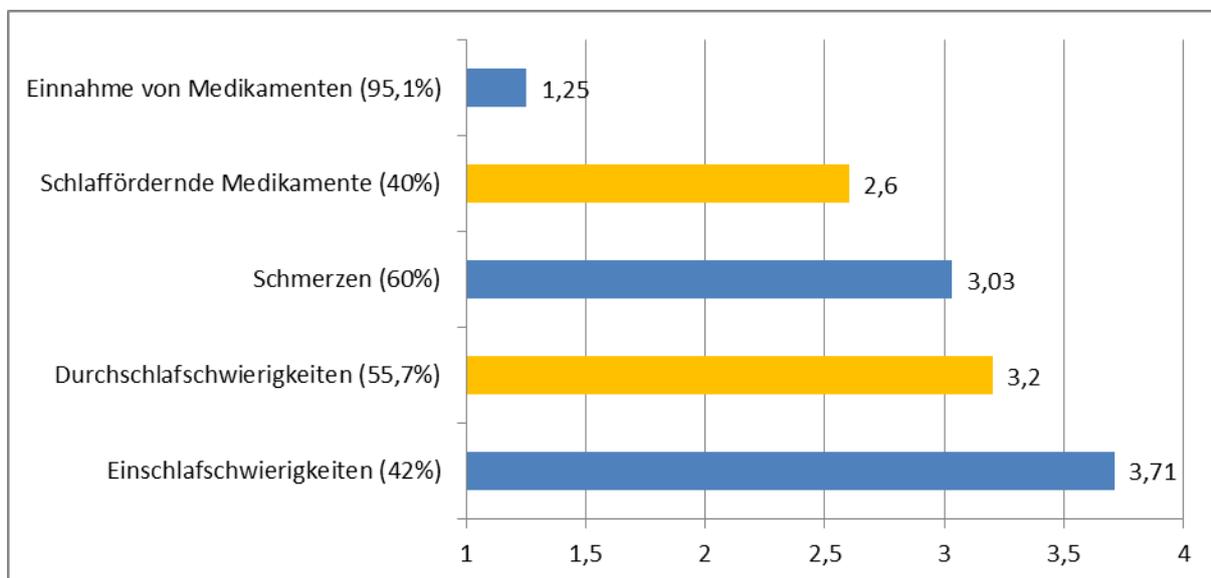


Abbildung 14: Gesundheitsfaktoren der durchschnittlichen Angaben für Schmerzen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und für die Einnahme von schlaffördernden Medikamenten pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener, 5 - nie)

### 2.3.3 Motorische Leistungsfähigkeit

68,7% (n=237) der befragten 70+ Jährigen gaben *Gehunsicherheiten* aufgrund von Schwindel und/oder Beeinträchtigung der Sinnesorgane an. Sie berichteten darüber, diese durchschnittlich einmal bis mehrmals pro Woche (MW 2,61, SD±1,81) wahrzunehmen. 60,3% (n=208) der 70+ Jährigen berichteten von *Gehunsicherheiten* im Zusammenhang mit *Problemen beim Treppensteigen* (durch Kraft- und Luftprobleme) (MW 2,88, SD±1,88).

73,3% (n=243) berichteten davon, sich regelmäßig mindestens 30 Minuten am Stück zu bewegen. Im Durchschnitt *bewegten sich die 70+ Jährigen mehrmals pro Woche 30 Minuten am Stück* (MW 2,41, SD±1,71), obwohl 55,9% (n=193) angaben, zur Fortbewegung ein Hilfsmittel (Stock, Rollator,...) zu benutzen.

Ein geringer Prozentsatz berichtete von *Atemnot nachts* (n=32, 9,3%) und *in Ruhe* (n=44, 12,8%), während mehr als ein Drittel (n=122, 35,4%) von *Atemnot beim Spaziergehen* berichtete. Im Durchschnitt konstatierten die Betroffenen selten bis nie *Atemnot bei den unterschiedlichen Lebenssituationen* (beim Spaziergehen: (MW 3,92, SD±1,60), in Ruhe: (MW 4,64, SD±1,04), nachts: (MW 4,75, SD±0,87)) zu verspüren (s. Abb. 15, Tab. 16).

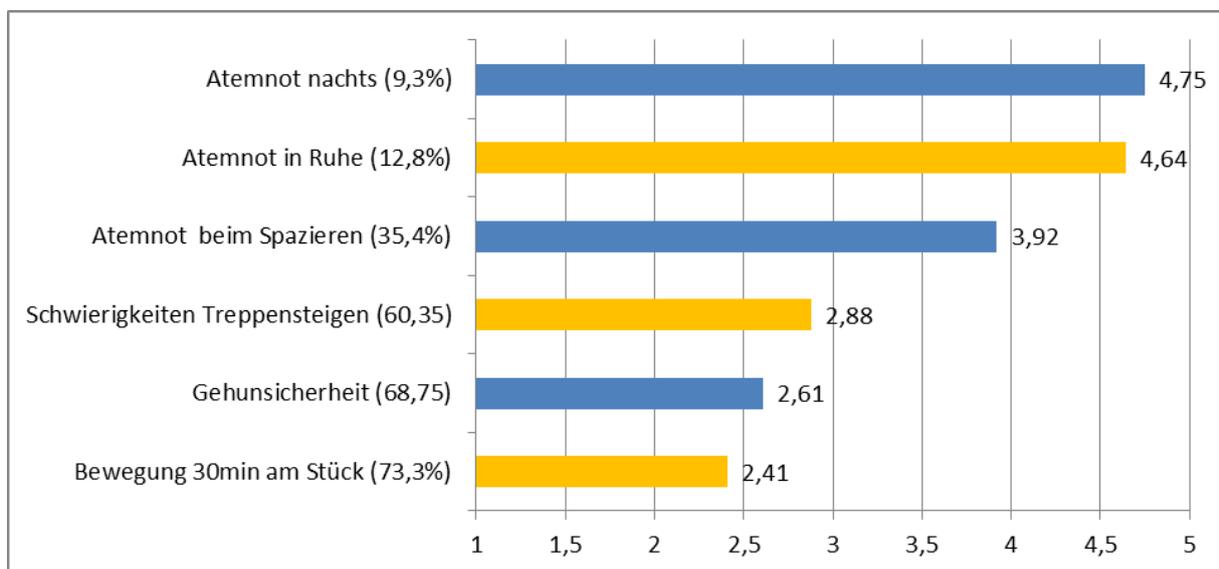


Abbildung 15: Gesundheitsfaktoren für die durchschnittliche motorische Leistungsfähigkeit der Fortbewegung pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener, 5 - nie)

Tabelle 16: Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitsstatus (Skalierung für die Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als 1x im Monat, 5 - nie)

Körperlich–medizinischer Status	n	%	MW	SD
Diagnostizierte Krankheit(en)	276	80		
Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung	331	96		
Fühlen sich durch die Krankheit(en) beeinträchtigt	198	47,3		
<b>Schlafen und Schmerzen</b>				
Einschlafschwierigkeiten	145	42	3,71	1,70
Durchschlafschwierigkeiten	192	55,7	3,20	1,82
Schmerzen	207	60	3,03	1,81
Schlaffördernde Medikamente	138	40	2,60	1,90
Einnahme von Medikamenten	328	95,1	1,25	0,94
<b>Motorische Leistungsfähigkeit</b>				
Gehunsicherheit	237	68,7	2,61	1,81
Schwierigkeiten Treppensteigen	208	60,3	2,88	1,88
Bewegung 30min am Stück	243	73,3	2,41	1,71
Hilfsmittel zur Fortbewegung	193	55,9		
Atemnot in Ruhe	44	12,8	4,64	1,04
Atemnot nachts	32	9,3	4,75	0,87
Atemnot Spazieren	122	35,4	3,92	1,60

## 2.4 Selbstpflegekompetenz

Die Selbstpflegekompetenz setzt sich aus den Summenscores des Barthel- und des IADL-Index zusammen (s. Tab. 17 und 18).

Einen Zustand kompletter Selbstständigkeit *in den zugrunde liegenden Itembereichen des Barthel-Index* wiesen 59,1% (n=203) der 70+ Jährigen auf. Eine punktuelle Hilfsbedürftigkeit konnte bei 18% der (n=62) Personen und eine Hilfsbedürftigkeit bei 19,8% (n=68) der Personen berechnet werden. Eine weitgehende Pflegeabhängigkeit lag bei 3,2% (n=11) der 70+ Jährigen vor (s. Abb. 16).

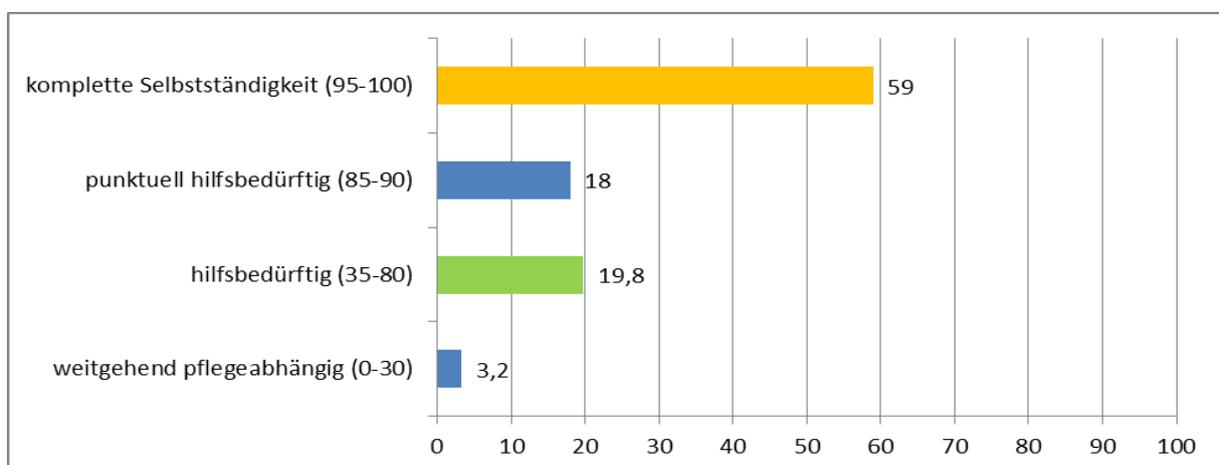


Abbildung 16: Prozentualer Anteil der vier Interpretationsstufen des Betreuungsbedarfes (Barthel-Index)

Tabelle 17: Summenscore des Barthel-Index

Interpretation	Punkte	n	%	Gesamt
Weitgehende Pflegeabhängigkeit (0-30 Punkte)	0,00	1	0,3	3,2%
	5,00	3	0,9	
	10,00	1	0,3	
	20,00	2	0,6	
	25,00	2	0,6	
	30,00	2	0,6	
Hilfsbedürftigkeit (35-80 Punkte)	35,00	4	1,2	19,8%
	40,00	1	0,3	
	45,00	5	1,5	
	50,00	3	0,9	
	55,00	4	1,2	
	60,00	7	2	
	65,00	3	0,9	
	70,00	16	4,7	
	75,00	11	3,2	
	80,00	14	4,1	
Punktuelle Hilfsbedürftigkeit (85-90 Punkte)	85,00	33	9,6	18%
	90,00	29	8,4	
Komplette Selbstständigkeit (95-100 Punkte)	95,00	59	17,2	59%
	100,00	144	41,9	

1 missing

Gemäß dem Summenscore des **IADL-Index** zeigten sich bei 78,3% (n=269) der 70+ Jährigen *Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens* (= Hilfsbedarf), bei 21,6% (n=74) zeigten sich keine (s. Tab. 18, Abb. 17).

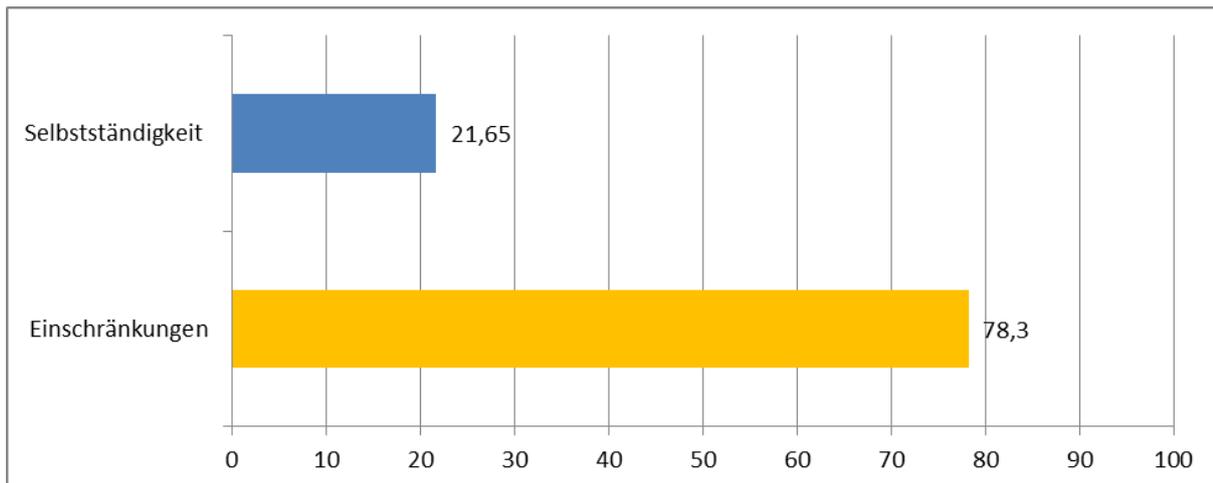


Abbildung 17: Prozentualer Anteil der beiden Interpretationsstufen des Hilfsbedarfes (IADL-Index)

Tabelle 18: Summenscore des IADL - Index

Interpretation	Punkte	n	%	Gesamt
Einschränkung	0,00	21	6,1	78,3%
	1,00	13	3,8	
	2,00	18	5,2	
	3,00	32	9,3	
	4,00	41	12,0	
	5,00	32	9,3	
	6,00	54	15,7	
7,00	58	16,9		
Selbstständigkeit	8,00	74	21,6	21,65%

2 missings

## 2.5 Psychisch-emotionale Situation

Die Daten zu den Gesundheitsfaktoren der psychischen und emotionalen Situation können aus der Tabelle 19 entnommen werden.

### 2.5.1 Ängste und deren Gründe

26,7% (n= 92) der 70+ Jährigen gaben an, unter **Angst** zu leiden. Die häufigsten Gründe für Ängste waren, die Angst vor dem Alleinsein (n=41, 11,9%) und die Angst vor Unfällen (n=39, 11,3%). Zwischen fünf und neun Prozent artikulierten Angst davor zu haben, den Angehörigen zur Last zu fallen, im Pflegeheim leben zu müssen und sich in Notsituationen finanzieller Art zu finden (s. Abb. 18).

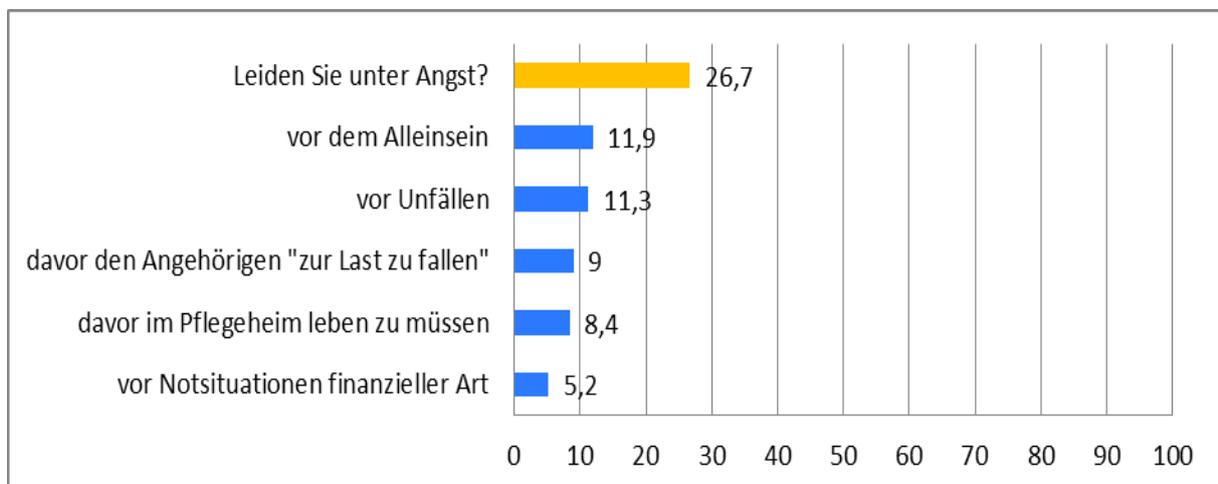


Abbildung 18: Prozentualer Anteil der Personen mit Ängsten und deren Gründe (Mehrfachantworten)

### 2.5.2 Subjektive Einschätzung des kognitiven & emotionalen Gesundheitszustandes

Auf die Frage, ob sie sich grundlos traurig und niedergeschlagen fühlen, bestätigten 76% (n=262) dies im Durchschnitt mit eher nicht bis nicht (MW 3,18, SD±0,97). Ein Drittel (n= 116, 33,7%) gab an, im Mittel eher bis eher nicht unter Konzentrationsschwierigkeiten zu leiden (MW 2,84, SD±1,02). Sich durch Krankheit beeinträchtigt zu fühlen, konstatierten 47,3% (n=198) der 70+ Jährigen im Mittel mit eher ja (MW 1,84, SD±1,07).

Eine hohe Zufriedenheit mit der derzeitigen Wohnsituation (n=329, 95%; MW 1,19, SD±0,54), mit dem Leben (n=314, 91,3%; MW 1,46, SD±0,68) und mit den sozialen Kontakten (n=306, 89%; MW 1,44, SD±0,73) lag bei über 80% der 70+ Jährigen vor. Hingegen waren 32,8% (n=113) mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand unzufrieden (s. Abb. 19, Tab. 19).

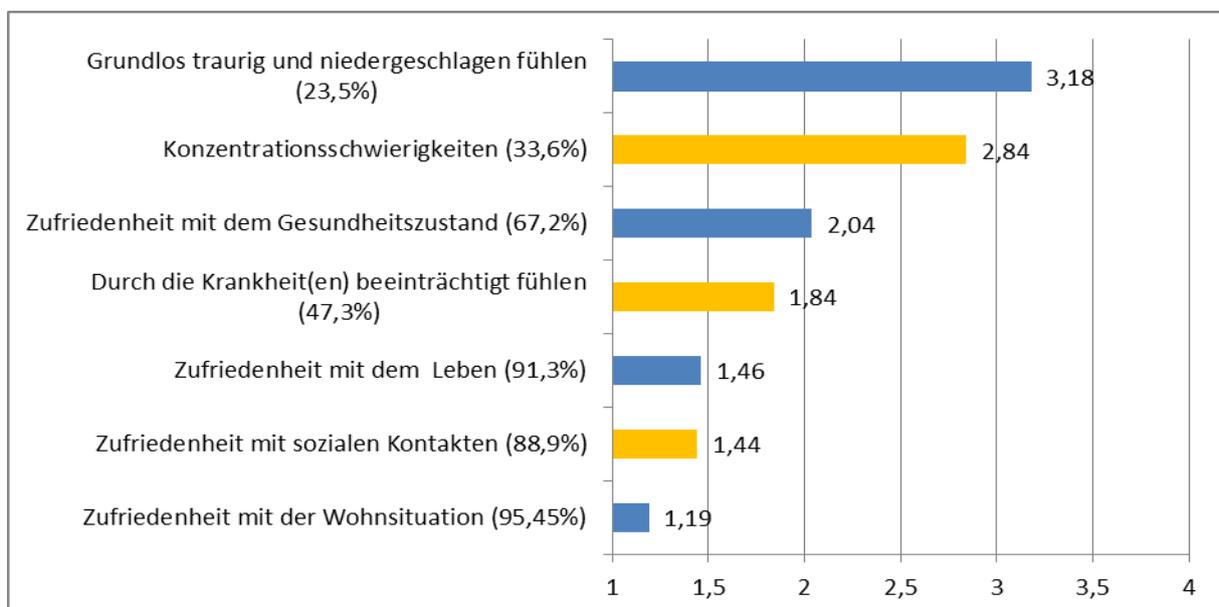


Abbildung 19: Sieben Indikatoren für die durchschnittliche subjektive Einschätzung der Zufriedenheit (Skalierung: 1 - ja, 2 - eher ja, 3 - eher nein, 4 - nein)

*Folgende Gründe für die Wohnungsunzufriedenheit wurden geäußert:*

fehlende Zentralheizung (n=1), Erinnerungen (n=1), kalte Räume im Winter (n=1), kein Bad (n=1), keine Zufahrt (n=1), Nachbarschaft (n=1), Treppe nach außen (n=1), keine Leute zum Reden (n=1), laute Leitungen (n=1), neue, aber dunkle (ostseitige) Wohnung (n=1), viele Treppen im Haus (n=1), Wohnung zu groß (n=1).

Tabelle 19: Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation  
(Skalierung für die Mittelwerte: 1-ja, 2-eher ja, 3-eher nein, 4-nein) (Mehrfachantworten)

Ängste und deren Gründe	n	%	MW	SD
<b>Ängste</b>	93	26,7		
Angst vor dem Alleinsein	41	11,9		
Angst vor Unfällen	39	11,3		
Angst den Angehörigen zur Last zu fallen	31	9		
Angst im Pflegeheim leben zu müssen	29	8,4		
Angst vor Notsituationen finanzieller Art	18	5,2		
Angst vor dem Tod bzw. dem Sterben	10	2,9		
<b>Subjektive Einschätzung der kognitiven &amp; emotionalen Gesundheit</b>				
Konzentrationsschwierigkeiten	116	33,6	2,84	1,02
Fühlen Sie sich grundlos traurig und niedergeschlagen?	<b>81</b>	<b>23,5</b>	<b>3,18</b>	<b>0,97</b>
Fühlen Sie sich durch die Krankheit(en) beeinträchtigt?	198	47,3	1,84	1,07
Sind Sie mit der derzeitigen Wohnsituation zufrieden?	329	95,4	1,19	0,54
Sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben zufrieden?	314	91,3	1,46	0,68
Sind Sie mit Ihren sozialen Kontakten insgesamt zufrieden?	306	88,9	1,44	0,73
Sind sie mit Ihrem Gesundheitszustand zufrieden?	231	67,2	2,04	0,96

## 2.6 Soziale Teilhabe

Die Daten zu den Gesundheitsfaktoren der sozialen Teilhabe können aus den Tabellen 20 bis 22 entnommen werden.

### 2.6.1 Lebensformen

Bezüglich der sozialen Situation zeigte sich, dass 50,4% (n=174) der befragten 70+ Jährigen alleine zu Hause lebten. Von den nicht alleine lebenden Personen lebten 37,6% (n=130) *zusammen mit einem Angehörigen*, 10% (n=34) *zusammen mit mehreren Angehörigen* und die übrigen 70+ Jährigen *zusammen mit einer nicht-angehörigen Person* (n=5, 1,4%) oder *zusammen mit mehreren nicht-angehörigen Personen* (n=2, 0,6%) (s. Abb. 20).

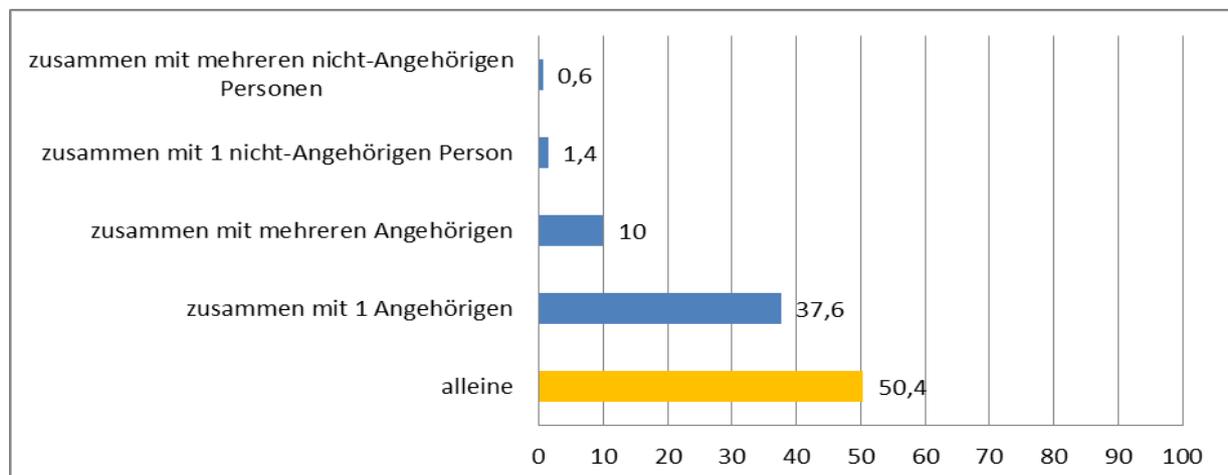


Abbildung 20: Prozentualer Anteil der Personen, die alleine leben und jener, die nicht alleine leben

Tabelle 20: Lebensformen

Variablen	n	%	Gesamt %
alleine	174	50,4	50,4
zusammen mit 1 Angehörigen	130	37,6	49,6
zusammen mit mehreren Angehörigen	34	10	
zusammen mit 1 nicht-angehörigen Person	5	1,4	
zusammen mit mehreren nicht-angehörigen Personen	2	0,6	

291 (84,3%) Personen hatten eigene Kinder und im Durchschnitt 2,42 Kinder (s. Tab. 21).

Tabelle 21: Anzahl der Kinder der 70+ Jährigen

Variablen	Gesamt	
Eigene Kinder [n], [%]	291	84,3
Durchschnittliche Anzahl der Kinder [MW (SD)], [MD (Min-Max)]	2,42 (2,41)	2 (0-15)

### 2.6.2 Soziale Aktivitäten

90% (n=311) gaben an, sich mit Verwandten, Bekannten oder Freunden im Durchschnitt mehrmals pro Woche zu treffen (MW 2,44, SD±1,30). 60,3% (n=208) artikulierten, an keinen Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Jene, die angaben, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen (n=137, 39,7%) besuchten diese im Mittel seltener als einmal pro Monat (MW 4,26, SD±1,08) (s. Abb. 21, Tab. 22).

### 2.6.3 Erreichbarkeit im Notfall

87,5% (n=302) der 70+ Jährigen artikulierten telefonisch erreichbar zu sein. Deutlich weniger 70+ Jährige (n=83, 24,1%) gaben an, eine Notrufhilfe zu verwenden.

95% (n=292) schätzten in Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen zu können (s. Abb. 21, Tab. 22).

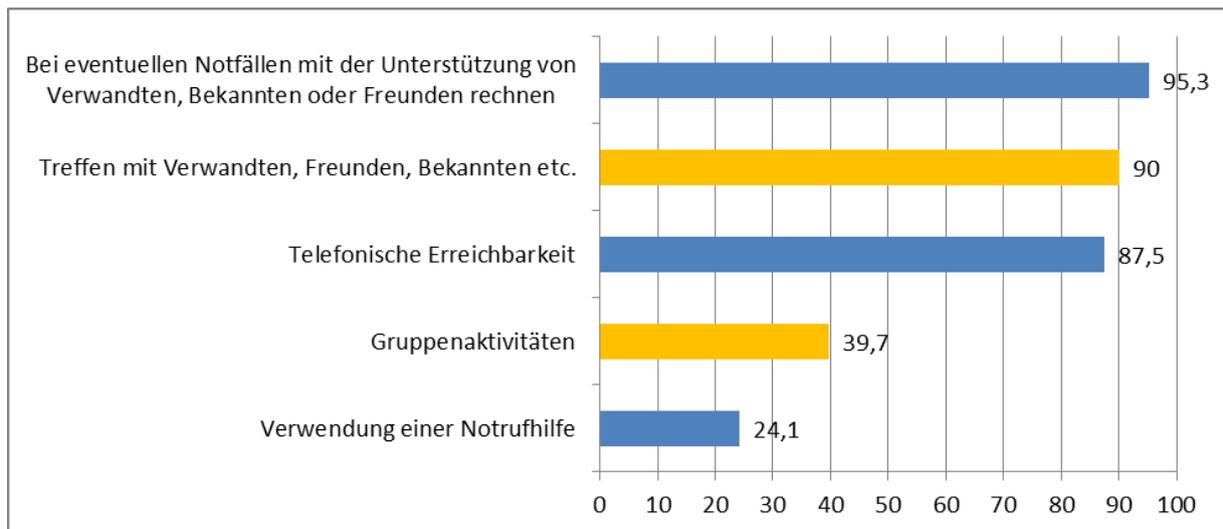


Abbildung 21: Prozentualer Anteil der Gesundheitsfaktoren zu den sozialen Aktivitäten und zur Erreichbarkeit im Notfall

Tabelle 22: Soziale Aktivitäten und Erreichbarkeit im Notfall

(Skalierung für die Mittelwerte: Skalierung für die Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener als 1x pro Monat, 5 - nie) (Mehrfachantworten)

Variablen	n	%	MW	SD
<b>Soziale Aktivitäten</b>				
Treffen mit Verwandten, Freunden, Bekannten etc.	311	90	2,44	1,30
Gruppenaktivitäten	137	39,7	4,26	1,08
<b>Erreichbarkeit im Notfall</b>				
Telefonische Erreichbarkeit	302	87,5		
Verwendung einer Notrufhilfe	83	24,1		
Bei eventuellen Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen	292	95,3		

## 2.7 Sturzhäufigkeit und –risikofaktoren

Im letzten Jahr kamen 162 (47,2%) der 70+ Jährigen **zu Sturz**. Von diesen 162 gaben 64 Personen (39,5%) an, einmal, 42 Personen (25,9%) zweimal und 56 Personen (34,6%) öfters im letzten Jahr gestürzt zu sein. Eine Person gab an, mindestens 15-mal im letzten Jahr gestürzt zu sein. Am häufigsten stürzten die 70+ Jährigen in der eigenen Wohnung tagsüber (n=95, 27,5%) und außerhalb der eigenen Wohnung tagsüber (n=87, 25,2%) (s. Tab. 23).

Aus den funktionalen Gesundheitsfaktoren konnten **20 Sturzrisikofaktoren** identifiziert werden (s. Tab. 24).

Tabelle 23: Sturzhäufigkeit im letzten Jahr und Sturz Ort

Variablen	Gesamt	
	n	%
Sind Sie im letzten Jahr gestürzt?	ja	163 47,2
	nein	182 52,8
Wenn ja, wie oft im letzten Jahr?	ein Mal	64 39,5
	zwei Mal	42 25,9
	öfters	56 34,6
Sturzort & -zeit (Mehrfachantworten) - Außerhalb der eigenen Wohnung (tagsüber)	ja	87 25,2
	nein	258 74,8
Sturzort & -zeit (Mehrfachantworten) - Außerhalb der eigenen Wohnung (nachts)	ja	9 2,6
	nein	336 97,4
Sturzort & -zeit (Mehrfachantworten) - In der eigenen Wohnung (tagsüber)	ja	95 27,5
	nein	250 72,5
Sturzort & -zeit (Mehrfachantworten) - In der eigenen Wohnung (nachts)	ja	36 10,4
	nein	309 89,6

Tabelle 24: Identifizierte Sturzrisikofaktoren der 70+ Jährigen (Mehrfachantworten)

Variablen	OR	p-Wert
Hilfsbedürftigkeit (Barthel-Index 0-80 Punkte)	3,49	<0,001
Lebensunzufriedenheit	3,42	0,003
Gangunsicherheit	3,33	<0,001
Schwierigkeiten beim Treppensteigen	2,98	<0,001
Unzufriedenheit mit dem Gesundheitszustand	2,91	<0,001
Zur Fortbewegung ein Hilfsmittel	2,74	<0,001
Schmerzen	2,74	<0,001
Inanspruchnahme von Haushaltshilfe	2,67	<0,001
Durchschlafschwierigkeiten	2,53	<0,001
Angstzustände	2,4	<0,001
Grundlos traurig und niedergeschlagen	2,16	0,003
Einschlafschwierigkeiten	2,01	0,002
Hilfe bei der Pflege	1,96	0,002
Wohnungsgegenstände zur Unterstützung	1,95	0,003
Erkrankungen	1,9	0,020
Schlaffördernde Medikamente	1,87	0,005
Bewegungsmangel (<30min Bewegung)	1,77	0,020
Verwendung einer Notrufhilfe	1,75	0,027
Pflegegeldbezieher	1,67	0,032
Konzentrationsschwierigkeiten	1,63	0,029

**Keine Sturzrisikofaktoren** stellten hingegen folgende Gesundheitsfaktoren dar (s. Tab. 25).

Tabelle 25: Gesundheitsfaktoren, die keine Sturzrisikofaktoren darstellten

Variablen	OR	p-Wert
Alleine lebend	1,139	0,547
Atemnot in Ruhe	1,554	0,173
Atemnot nachts	1,715	0,149
Atemnot beim Spaziergehen	1,382	0,151
Inanspruchnahme von ärztlichen Behandlungen	1,644	0,215
Einnahme von Medikamenten	1,683	0,311
Sich mit Verwandten, Bekannten oder Freunden treffen	0,885	0,735
An Gruppenaktivitäten teilnehmen	0,72	0,138
Eventuellen in Notfällen nicht mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen	0,359	0,070
Zufriedenheit mit der derzeitigen Wohnsituation	1,461	0,460
Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten	1,842	0,079
IADL-Index dichotom (bis 7 unterstützungsbedürftig, 8 selbstständig)	1,631	0,068

[Abkürzungen: OR – Odds Ratio]

## 2.8 Aktueller Kenntnisstand über finanziell–rechtliche Angebote

80,5% (n=276) gaben an, ausreichend über das Pflegegeld informiert zu sein. 56,9% (n=159) äußerten, nicht über die Mindestsicherung des Landes Tirol Bescheid zu wissen. 61% (n=210) artikulierten keine Gebührenbefreiungen zu Rezepten, Telefon, Rundfunk, etc. beantragt zu haben (s. Tab. 26).

Tabelle 26: Überprüfung des Kenntnisstandes zu finanziell-rechtlichen Themen

Variablen	Antwort	n	%
Sind Sie informiert über das Pflegegeld?	ja	276	80,5
	nein	67	19,5
Sind Sie informiert über die Mindestsicherung des Landes Tirol?	ja	276	80,5
	nein	67	19,5
Haben Sie Gebührenbefreiungen für Rezepte, Telefon, Rundfunk?	ja	148	43,1
	nein	195	56,9

## 2.9 Identifizierte Defizite und Ressourcen

Folgend werden die Defizite und Ressourcen, die funktionale Gesundheit von 70+ Jährigen betreffend, näher dargestellt.

### 2.9.1 Identifizierte Defizite

In Summe konnten 31 Defizite aus den funktionalen Gesundheitsfaktoren identifiziert werden. Bei gut 50% der 70+ Jährigen konnten bis zu 15 Defizite, die selbsteingeschätzte funktionale Gesundheit betreffend, festgestellt werden. 10% (n=34) hatten sogar bis zu 16 Defizite (s. Abb. 22, Tab. 27). Im Umkehrschluss können nicht identifizierte bzw. nur wenig identifizierte Defizite bei 70+ Jährigen auch als Ressourcen bezeichnet werden (s. Tab. 28).

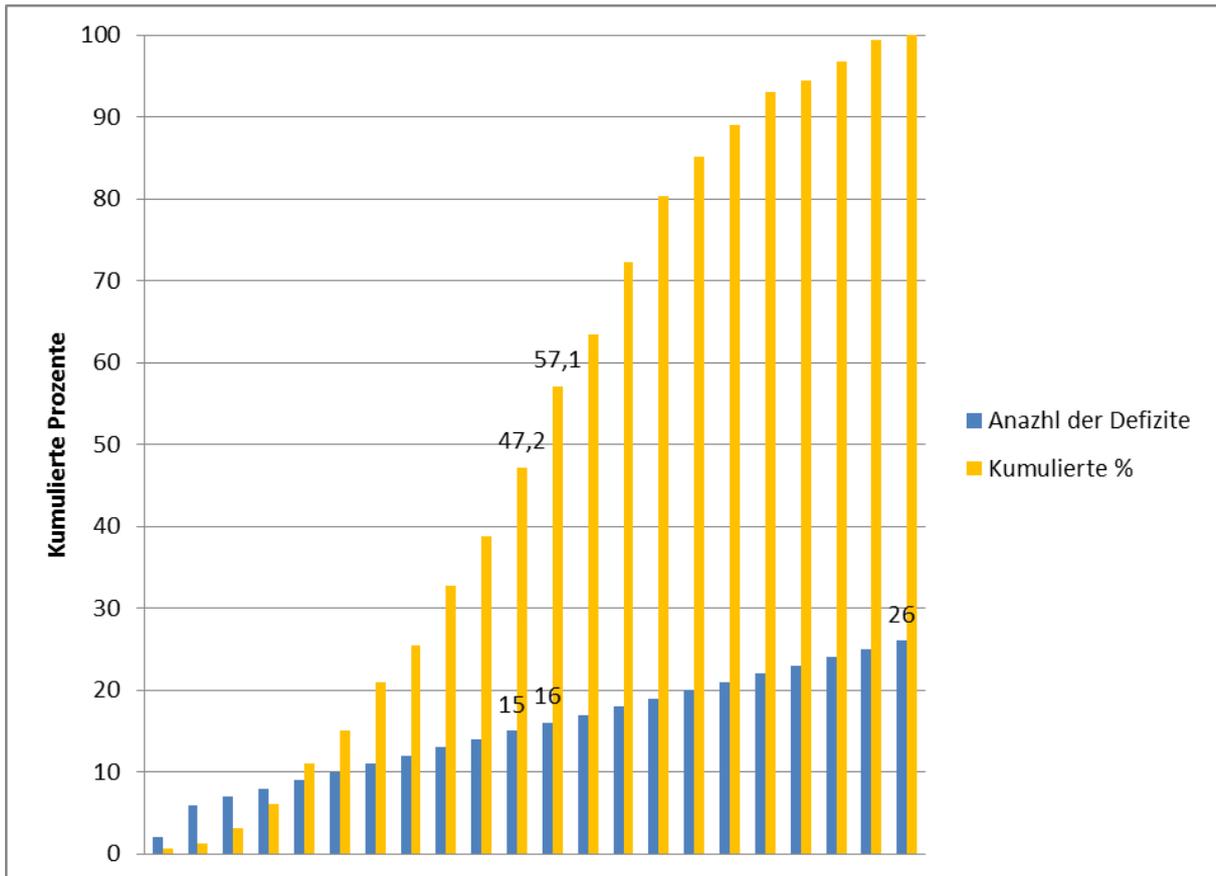


Abbildung 22: Verteilung der identifizierten Defizite aus den funktionalen Gesundheitsfaktoren der 70+ Jährigen

Tabelle 27: Verteilung der identifizierten Defizite aus den funktionalen Gesundheitsfaktoren der 70+ Jährigen

Anzahl der Defizite	n	%	Gültige %	Kumulierte %
2,00	2	0,6	0,6	0,6
6,00	2	0,6	0,6	1,2
7,00	7	2,0	2,0	3,2
8,00	10	2,9	2,9	6,1
9,00	17	4,9	4,9	11,0
10,00	14	4,1	4,1	15,1
11,00	20	5,8	5,8	20,9
12,00	16	4,6	4,6	25,5
13,00	25	7,2	7,2	32,8
14,00	21	6,1	6,1	38,8

15,00	29	8,4	8,4	47,2
16,00	34	9,9	9,9	57,1
17,00	22	6,4	6,4	63,5
18,00	30	8,7	8,7	72,2
19,00	28	8,1	8,1	80,3
20,00	17	4,9	4,9	85,2
21,00	13	3,8	3,8	89,0
22,00	14	4,1	4,1	93,0
23,00	5	1,4	1,4	94,5
24,00	8	2,3	2,3	96,8
25,00	9	2,6	2,6	99,4
26,00	2	0,6	0,6	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>345</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabelle 28 zeigt jene 26 Defizite, die jeweils bei mindestens 11% bis max. 80% der 70+ Jährigen identifiziert werden konnten.

Tabelle 28: 26 Defizite, die selbsteingeschätzte funktionale Gesundheit betreffend, die bei mindestens 11 bis 80% der 70+ Jährigen identifiziert wurden

Defizite	n	%
<b>Selbstpflegekompetenz</b>		
Einschränkungen in den IADL (IADL-Index ab 7 Punkte)	269	78,3
Hilfsbedürftigkeit bzw. weitgehende Pflegeabhängigkeit (Barthel-Index 0-80 Punkte)	79	23,0
<b>Körperlicher Gesundheitszustand</b>		
Diagnostizierte Krankheit (en)	276	80,0
Fühlen Sie sich durch die Krankheit(en) beeinträchtigt?	198	47,3
Einschlafschwierigkeiten	145	42,0
Durchschlafschwierigkeiten	192	55,7
Schmerzen	207	60,0
Schlaffördernde Medikamente	138	40,0
Einnahme von Medikamenten	328	95,1
Gangunsicherheit	237	68,7
Schwierigkeiten beim Treppensteigen	208	60,3
Bewegungsmangel	102	26,7
Zur Fortbewegung ein Hilfsmittel	193	55,9
Atemnot in Ruhe	44	12,8
Atemnot beim Spazieren	122	35,4
<b>Psychisch-emotionale Situation</b>		
Ängste	93	26,7
Konzentrationsschwierigkeiten	116	33,7
Grundlose Traurigkeit und Niedergeschlagenheit	81	23,5
Fühlen Sie sich durch die Krankheit(en) beeinträchtigt?	198	47,3
Unzufriedenheit mit den sozialen Kontakten	38	11,0
Unzufriedenheit mit dem allgemeinen Gesundheitszustand	113	32,8
<b>Soziale Teilhabe</b>		
Keine Teilnahme an sozialen Aktivitäten	208	60,3
<b>Erreichbarkeit im Notfall</b>		
Keine telefonische Erreichbarkeit	43	12,5
Keine Verwendung einer Notrufhilfe	262	75,9
<b>Stürze im letzten Jahr</b>		
Sturzhäufigkeit	163	47,2

Tabelle 29 zeigt jene **5 Defizite**, die jeweils bei weniger als 10% der 70+ Jährigen identifiziert werden konnten.

Tabelle 29: Fünf Defizite, die selbsteingeschätzte funktionale Gesundheit betreffend, die bei weniger als 10% der 70+ Jährigen identifiziert wurden

Defizite	n	%
<b>Körperlicher Gesundheitszustand</b>		
Atemnot nachts	32	9,3
<b>Psychisch-emotionale Situation</b>		
Wohnsituationsunzufriedenheit	16	4,6
Lebensunzufriedenheit	30	8,7
<b>Soziale Teilhabe</b>		
Keine Treffen mit Verwandten, Freunden, Bekannten	34	9,9
Einschätzung, in Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden <b>NICHT</b> rechnen zu können	16	4,7

### 2.9.2 Identifizierte Ressourcen

Da oben genannte Defizite (s. Tab. 29) nur bei einer geringen Anzahl von 70+ Jährigen identifiziert werden konnten, werden sie gem. den Autoren der vorliegenden Studie auch als Ressourcen von 70+ Jährigen gesehen. Diese sind: Keine Atemnot nachts, Wohnungszufriedenheit, Lebenszufriedenheit, Treffen mit Freunden und Verwandten sowie die Einschätzung, in Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten und Freunden rechnen zu können.

Als weitere Ressourcen (=Umweltressource), die funktionale Gesundheit von 70+ Jährigen betreffend, können die Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege durch Angehörige sowie der Bezug von Pflegegeld gesehen werden. In 55,9% (n=193) der Fälle helfen Angehörige den 70+ Jährigen im Haushalt sowie in 28,1% (n=97) der Fälle bei der Pflege. 53,3% (n=184) der befragten 70+ Jährigen bezogen Pflegegeld (= finanzielle Ressource) in den Stufen 1 bis 6.

### 3. Funktionale Gesundheit unter dem Aspekt der Lebensformen

Im Folgenden werden Ergebnisse der Gesundheitsfaktoren der selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit unter dem Aspekt der beiden Lebensformen – alleine lebend vs. nicht alleine lebend - beschrieben.

#### 3.1 Persönliche Faktoren unter dem Aspekt der Lebensformen

Die Daten zu den persönlichen Faktoren unter dem Aspekt der Lebensformen können aus den Tabellen 30 bis 32 entnommen werden.

##### 3.1.1 Alter unter dem Aspekt der Lebensformen

Im Durchschnitt waren die *alleine lebenden Personen* um ein Jahr älter (MW=83,95, SD±4,93, MD 84 [Min 70 - Max 97]), als die *nicht alleine lebenden Personen* (MW=82,87, SD±5,02, MD 82 [Min 71 - Max 96]). Es zeigte sich im t-Test für unabhängige Stichproben ein signifikanter Unterschied zwischen alleine lebenden und nicht alleine lebenden Personen hinsichtlich des **Alters** (p=0,046) (s. Tab. 30).

Tabella 30: Unterschied zwischen den Lebensformen und dem Alter in Jahren

Variable	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		
	[MW (SD)]	[MD (Min-Max)]	[MW (SD)]	[MD (Min-Max)]	p-Wert
Alter in Jahren	83,95 (4,93)	84 (70-97)	82,87 (5,02)	82 (71 - 96)	0,046

In den ersten drei Altersgruppen (70 bis 74 Jahre, 75 bis 79 Jahre, 80 bis 84 Jahre) befand sich der größte Anteil an nicht alleine lebenden Personen. Ab der Altersgruppe 85 bis 89 und älter waren die Personen vorrangig alleine lebend (s. Abb. 23) (s. Tab. 30).

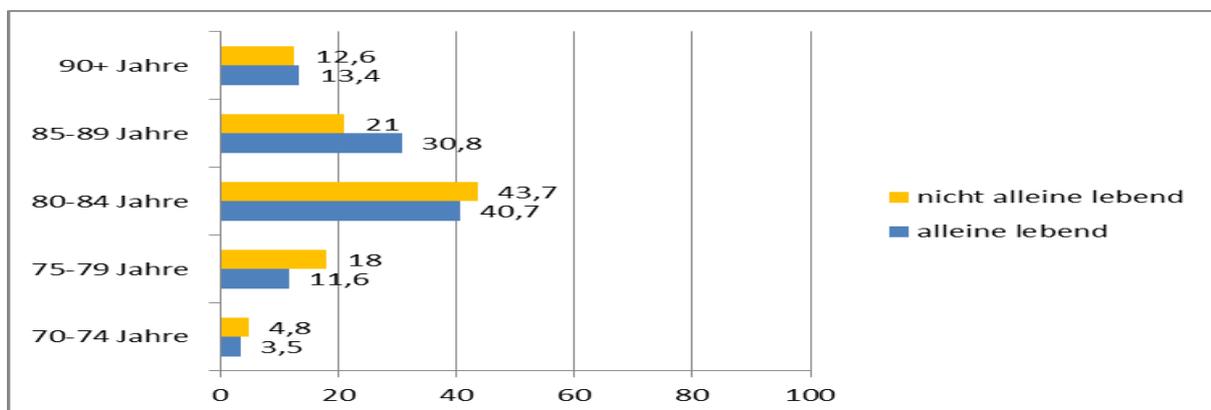


Abbildung 23: Prozentualer Anteil der Personen in den jeweiligen Altersgruppen, die alleine leben und jene, die nicht alleine leben

### 3.1.2 Geschlecht und Familienstand unter dem Aspekt der Lebensformen

Das Geschlecht und der Familienstand zeigten im Chi<sup>2</sup>-Test nach Pearson auf Gleichverteilung hoch signifikante ( $p < 0,001$ ) Zusammenhänge zwischen den Lebensformen (s. Tab. 31). Die alleine lebenden ( $n=143$ , 82,2%) und auch die nicht alleine lebenden 70+ Jährigen ( $n=97$ , 56,7%) waren mehrheitlich weiblichen Geschlechts. Der Großteil der alleine Lebenden war verwitwet ( $n=133$ , 76,4%), von den nicht alleine Lebenden war der Großteil verheiratet ( $n=117$ , 68,4%) (s. Tab. 31).

Tabelle 31: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt des Geschlechts und des Familienstandes

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	n	%	n	%	
<b>Geschlecht</b>					
Weiblich	143	82,2	97	56,7	<0,001
Männlich	31	17,8	74	43,3	
<b>Welchen Familienstand haben Sie (aktuell)?</b>					
Verheiratet	10	5,7	117	68,4	<0,001
Ledig	22	12,6	9	5,3	
Geschieden	9	5,2	2	1,2	
Verwitwet	133	76,4	43	25,1	

### 3.1.3 Anzahl der Kinder unter dem Aspekt der Lebensformen

Mehr alleine Lebende ( $n=32$ , 18,5%) hatten keine Kinder als nicht alleine Lebende ( $n=22$ , 12,87%) ( $p=0,020$ ). Von den Alleinlebenden hatten 81,5% ( $n=142$ ) Kinder, von den nicht alleine lebenden Personen waren dies 87,1% ( $n=149$ ). Die Alleinlebenden (MW= 2,42, SD±2,42) hatten im Durchschnitt ( $p=0,046$ ) um ein Kind weniger als die nicht alleine Lebenden (MW= 2,92, SD±2,17). Beide Ergebnisse waren signifikant. (Tab. 32).

Tabelle 32: Ergebnisse zu den Lebensformen und der Anzahl an Kindern

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
Eigene Kinder (n, %)	142	81,5	149	87,1	0,020
Durchschnittliche Anzahl der Kinder [MW (SD)], [MD (Min-Max)]	2,42 (2,41)	2 (0-15)	2,92 (2,17)	3 (0-9)	0,046

### 3.2 Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Lebensformen

Keine signifikanten Zusammenhänge zeigten sich zwischen den Lebensformen und der **Inanspruchnahme von Haushaltshilfe** ( $p=0,070$ ). Jedoch zwischen der Inanspruchnahme von Pflege und der Lebensformen zeigten sich signifikante Zusammenhänge ( $p=0,011$ ). Bei **der Inanspruchnahme von Pflege** zeigte sich, dass mehr alleine Lebende ( $n=114$ , 65,52%) **keine Pflege** in Anspruch nahmen im Vergleich zu den nicht alleine Lebenden ( $n=89$ , 52,05%) (s. Abb. 24 und Tab. 33).

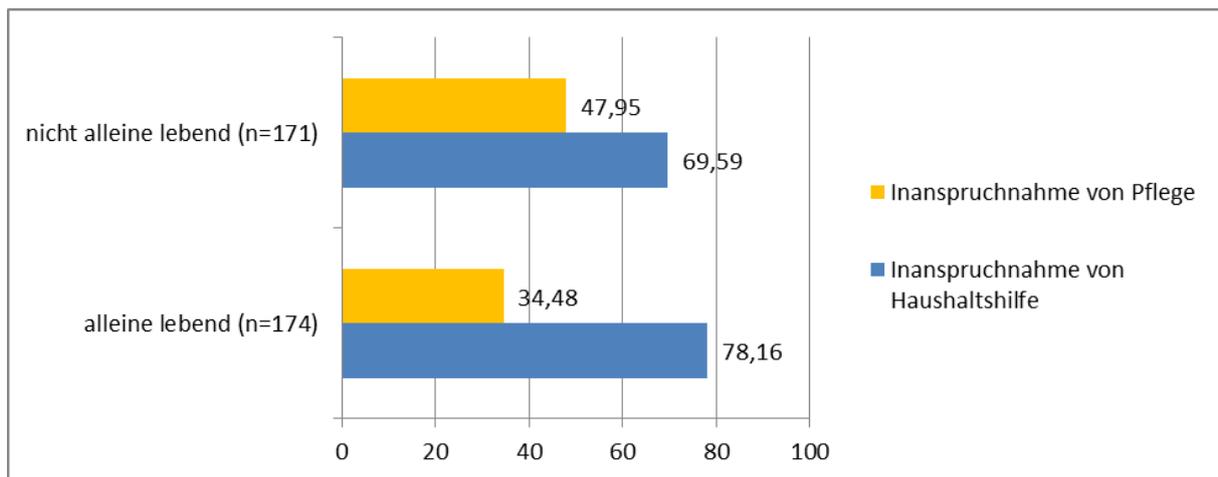


Abbildung 24: Ergebnisse zu den Lebensformen und der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege in Prozent

Unter Betrachtung **der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe** ( $p=0,010$ ) oder **Pflege** ( $p=0,001$ ) pro Woche zeigten sich im t-Test *signifikante bis hochsignifikante Unterschiede* zwischen den *Lebensformen*. Die alleine Lebenden gaben an, seltener **die Haushaltshilfe** in Anspruch zu nehmen ( $MW=3,02$ ,  $SD\pm 1,42$ ) als die nicht alleine Lebenden ( $MW=2,57$ ,  $SD\pm 1,77$ ). Zudem nahmen die alleine Lebenden auch seltener **Pflege** in Anspruch ( $MW=3,96$ ,  $SD\pm 1,56$ ) als die nicht alleine Lebenden ( $MW=3,33$ ,  $SD\pm 1,84$ ). Durchschnittlich nehmen die alleine lebenden 70+ Jährigen einmal pro Woche und die nicht alleine Lebenden mehrmals bis einmal pro Woche **Haushaltshilfe** in Anspruch. **Pflege** nehmen die alleine Lebenden im Schnitt seltener als einmal im Monat in Anspruch, die nicht alleine Lebenden nahmen diese im Schnitt einmal pro Woche in Anspruch (s. Tab. 33).

Tabelle 33: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als einmal im Monat, 5 - nie)

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Hilfe im Haushalt pro Woche	3,02	1,42	2,57	1,77	0,010
Hilfe bei der Pflege pro Woche	3,96	1,56	3,33	1,84	0,001

### 3.2.1 Formelle und informelle Haushaltshilfe und Pflege

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen den Lebensformen und der **Inanspruchnahme von Haushaltshilfe** sowohl durch externe Einrichtungen ( $p < 0,001$ ) als auch durch Angehörige und externe Einrichtungen ( $p = 0,004$ ). Es nahmen mehr alleine Lebende die Hilfe sowohl von externen Einrichtungen ( $n = 48$ , 27,6%) als auch sowohl von Angehörigen als externen Einrichtungen in Anspruch ( $n = 26$ , 14,9%) als nicht alleine Lebende.

Bei der Inanspruchnahme von **Pflege** zeigten sich signifikante Zusammenhänge im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen den Lebensformen und der Inanspruchnahme von Pflege durch Angehörige ( $p < 0,001$ ). Es nahmen mehr nicht alleine Lebende ( $n = 65$ , 38,01%) die Pflege von Angehörigen in Anspruch als alleine Lebende (Tab. 34).

Tabella 34: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von formeller und informeller Haushaltshilfe oder Pflege

Inanspruchnahme von formeller und informeller Haushaltshilfe		alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
		n	%	n	%	
Gesamt	ja	136	78,16	119	69,59	0,070
	nein	38	21,84	52	30,41	
Angehörige	ja	94	54,0	99	57,9	0,468
	nein	80	46,0	72	42,1	
Externe Einrichtungen	ja	48	27,6	20	11,7	<0,001
	nein	126	72,4	151	88,3	
Angehörige + externe Einrichtungen	ja	26	14,9	9	5,3	0,004
	nein	148	85,1	162	94,7	
Inanspruchnahme von formeller und informeller Pflege						
Gesamt	ja	60	34,48	82	47,95	0,011
	nein	114	65,52	89	52,05	
Angehörige	ja	32	18,39	65	38,01	<0,001
	nein	142	81,61	106	61,99	
Externe Einrichtungen	ja	42	24,14	28	16,40	0,108
	nein	132	75,86	143	83,60	
Angehörige + externe Einrichtungen	ja	11	47,8	12	52,2	1,000
	nein	160	49,7	162	50,3	

#### 3.2.1.1 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts und der Lebensformen

Es konnten bei der **Inanspruchnahme von Haushaltshilfe** unter dem Aspekt des Geschlechts keine signifikanten Zusammenhänge im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen den Lebensformen berechnet werden. Sowohl

der Großteil aller Frauen (n=181, 75,4%) als auch der Männer (n=74, 70,5%) nahm Haushaltshilfe in Anspruch (s. Tab. 35).

Unter der Betrachtung der **Inanspruchnahme von Pflege** und dem Geschlecht zeigten sich lediglich bei den Frauen (p=0,23) im Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Zusammenhänge zwischen den Lebensformen. Pflege nahmen mehr nicht alleine lebende Frauen (49,5%, n=48) als alleine lebende Frauen in Anspruch (s. Tab. 35).

Tabelle 35: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege und des Geschlechts

		alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
<b>Inanspruchnahme von Haushaltshilfe</b>						
<b>Frauen (n=240)</b>	ja	112	78,3	69	71,1	1,00
	nein	31	21,7	28	28,9	
<b>Männer (n=105)</b>	ja	24	77,4	50	67,6	0,313
	nein	7	22,6	24	32,4	
<b>Inanspruchnahme von Pflege</b>						
<b>Frauen (n=240)</b>	ja	49	34,3	48	49,5	0,018
	nein	94	65,7	49	50,5	
<b>Männer (n=105)</b>	ja	11	35,5	34	45,9	0,323
	nein	20	64,5	40	54,1	

#### 2.2.1.2 Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der Altersgruppen und der Lebensformen

Es konnten bei der **Inanspruchnahme von Haushaltshilfe** unter dem Aspekt der *Altersgruppen* keine signifikanten Zusammenhänge im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen den Lebensformen berechnet werden. Beide Gruppen (alleine lebend (61,5%, n=16) vs. nicht alleine lebend (57,9%, n=22)) nahmen im ziemlich gleich hohem Ausmaß Haushaltshilfe in Anspruch. Bei der Altersgruppe **80+ Jahre** waren es mehr alleine Lebende, die Haushaltshilfe in Anspruch nahmen (80,8%, n=118 vs. 73,6%, n=95). (s. Tab. 36).

Bei der **Inanspruchnahme von Pflege** unter dem Aspekt der *Altersgruppen* zeigten sich in der Gruppe der 80+Jährigen (p=0,001) im Chi<sup>2</sup>-Test signifikante Zusammenhänge zwischen den Lebensformen. Es nahmen mehr nicht alleine lebende 80+ Jährige Pflege in Anspruch (n=67, 51,5%,) als alleine lebende 80+ Jährige (n=47, 32,2%) (s. Tab. 36).

Tabelle 36: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege sowie der Altersgruppen

Altersgruppen	Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		
<b>Inanspruchnahme von Haushaltshilfe</b>						
	Antworten	n	%	n	%	p-Wert
70-79 Jahre	ja	16	61,5	22	57,9	0,801
	nein	10	38,5	16	42,1	
80+ Jahre	ja	118	80,8	95	73,6	0,193
	nein	28	19,2	34	26,4	
<b>Inanspruchnahme von Pflege</b>						
70-79 Jahre	ja	12	46,2	13	34,2	0,436
	nein	14	53,8	25	65,8	
80+ Jahre	ja	47	32,2	67	51,5	0,001
	nein	99	67,8	62	48,1	

### 3.2.2 Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote

Es zeigten sich mit Ausnahme von ehrenamtlicher Nachbarschaftshilfe ( $p=0,980$ ) signifikante Zusammenhänge im  $\chi^2$ -Test zwischen den Lebensformen und der Art der Inanspruchnahme von externen Hilfe- und Betreuungsangeboten in Form von Hauskrankenpflege ( $p=0,010$ ), Haushaltshilfe ( $p<0,001$ ) und Essen auf Rädern ( $p=0,004$ ). Mehrheitlich nahmen mehr alleine Lebende Hauskrankenpflege ( $n=41$ , 23,56%), Haushaltshilfe ( $n=36$ , 20,69%) und Essen auf Rädern ( $n=24$ , 13,79%) in Anspruch als nicht alleine Lebende (s. Abb. 25).

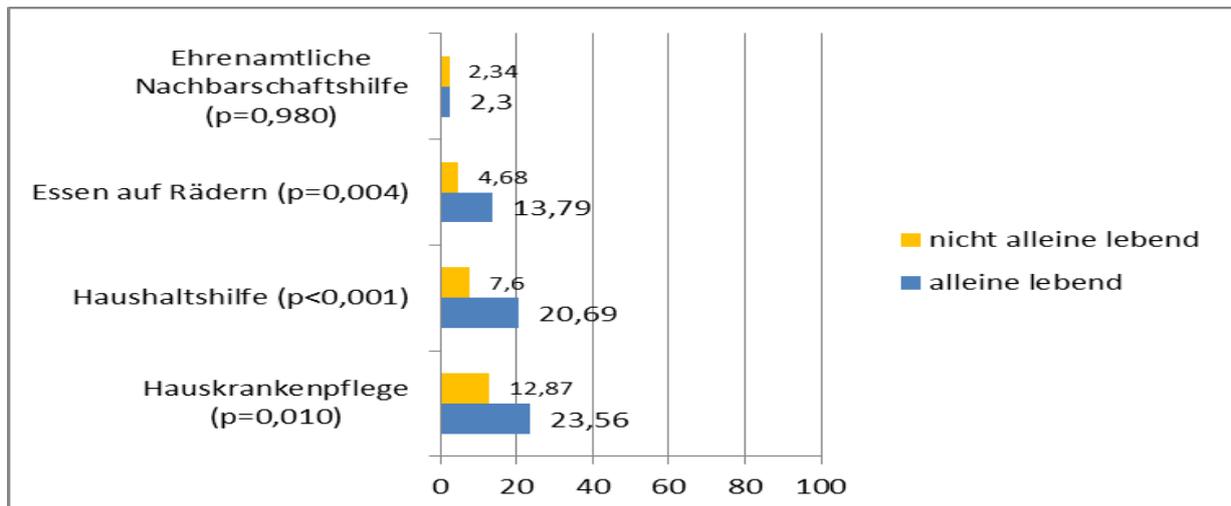


Abbildung 25: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote (Mehrfachantworten) in Prozent

### 3.2.3 Vertrauen zur Haushaltshilfe und Pflege durch externe Einrichtungen

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf Mehrfachantworten zur Frage „Würden Sie bei Bedarf Pflegeangebote von externen Einrichtungen in Anspruch nehmen? oder Würden Sie bei Bedarf Haushaltshilfe und Pflege von externen Einrichtungen in Anspruch nehmen?“ (s. Tab. 37).

Zwischen den Lebensformen und der Einstellung, bei Bedarf eine Haushaltshilfe oder Pflege in Anspruch zu nehmen, konnten keine signifikanten Ergebnisse aufgezeigt werden.

Zwischen den Lebensformen und im Bedarfsfalle im Pflegeheim zu leben, konnten *signifikante Unterschiede* im t-Test berechnet werden ( $p=0,009$ ), indem sich die alleine Lebenden (MW=2,4, SD±1,16) eher für ein Leben im Pflegeheim aussprachen als die nicht alleine Lebenden (MW=2,73, SD±1,11) (s. Tab. 37).

Tabelle 37: Unterschiede zwischen den Lebensformen und dem Vertrauen zur Inanspruchnahme von formeller Haushaltshilfe und Pflege durch externe Einrichtungen (Skalierung für die Mittelwerte: 1-ja, 2-eher ja, 3-eher nein, 4-nein)

Variablen	alleine lebend (n=26)		nicht alleine lebend (n=38)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Würden Sie bei Bedarf Pflegeangebote von externen Einrichtungen in Anspruch nehmen?	1,46	0,73	1,55	0,78	0,269
Würden Sie bei Bedarf eine Haushaltshilfe einer externen Einrichtung in Anspruch zu nehmen?	1,64	0,89	1,81	1,02	0,101
Können Sie sich vorstellen, im Bedarfsfall im Pflegeheim zu leben?	2,40	1,16	2,73	1,11	0,009
Können Sie sich vorstellen, eine Tagesbetreuungsstätte zu besuchen?	2,66	1,12	2,57	1,09	0,490

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Lebensformen und dem Vertrauen zur Inanspruchnahme von formeller Haushaltshilfe und Pflege bei drei von elf externen Einrichtungen: dem Sozial- & Gesundheitssprengel ( $p=0,018$ ), dem Roten Kreuz ( $p=0,012$ ) und einer ausländischen Betreuerin ( $p=0,044$ ). Die Ergebnisse zeigten sich darin, dass mehr alleine Lebende angaben, bei Bedarf dem Sozial- & Gesundheitssprengel ( $n=163$ , 93,68%) und dem Roten Kreuz ( $n=38$ , 21,84%) ihr Vertrauen zu schenken als die nicht alleine Lebenden. Einer ausländischen Betreuerin im Bedarfsfalle ihr Vertrauen zu schenken, artikulierten eher die nicht alleine lebenden 70+ Jährigen ( $n=23$ , 13,45%) (s. Tab. 38).

Tabelle 38: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der bevorzugten externen Einrichtung im Bedarfsfall für die Inanspruchnahme von formeller Haushaltshilfe oder Pflege

Variablen		alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
		n	%	n	%	
Sprengel	Ja	163	93,68	147	85,96	0,018
	Nein	11	6,32	24	14,04	
Johanniter	Ja	5	2,87	4	2,34	0,756
	Nein	169	97,13	167	97,66	
Pflegeengel	Ja	2	1,15	1	0,58	0,572
	Nein	172	98,85	170	99,42	
Rotes Kreuz	Ja	38	21,84	20	11,70	0,012
	Nein	136	78,16	151	88,30	
Heimhilfedienst	Ja	33	18,97	32	18,71	0,952
	Nein	141	81,03	139	81,29	
Hospizbewegung	Ja	14	8,05	19	11,11	0,333
	Nein	160	91,95	152	88,89	
Ausländische Betreuerin	Ja	12	6,90	23	13,45	0,044
	Nein	162	93,10	148	86,55	
Inländische Betreuerin	Ja	14	8,05	24	14,04	0,076
	Nein	160	91,95	147	85,96	
Ausländische Pflegekraft	Ja	13	7,47	17	9,94	0,416
	Nein	161	92,53	154	90,06	
Inländische Pflegekraft	Ja	9	5,17	17	9,94	0,093
	Nein	165	94,83	154	90,06	
PSP	Ja	7	4,02	8	4,68	0,765
	Nein	167	95,98	163	95,32	

### 3.2.4 Pflegegeldeinstufung

Signifikante Zusammenhänge zeigten sich im Exakter Test nach Fisher zwischen den Lebensformen und den Pflegegeldeinstufungen ( $p=0,040$ ) (s. Tab. 39).

Tabelle 39: Unterschiede zwischen den Pflegegeldstufen und den Lebensformen

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	n	%	n	%	
<b>Pflegestufen</b>					0,040
<b>Pflegestufe 0</b>	89	51,15	95	55,56	
<b>Pflegestufe 1</b>	22	12,64	19	11,11	
<b>Pflegestufe 2</b>	40	22,99	23	13,45	
<b>Pflegestufe 3</b>	16	9,20	16	9,36	
<b>Pflegestufe 4</b>	7	4,02	11	6,43	
<b>Pflegestufe 5</b>	0	0,00	5	2,92	
<b>Pflegestufe 6</b>	0	0,00	2	1,17	
<b>Pflegestufe 7</b>	0	0,00	0	0,00	

Mehr alleine Lebende befanden sich in den Pflegestufen 1 bis 2 im Vergleich zu den nicht alleine Lebenden. Mehr nicht alleine Lebende befanden sich in den Pflegestufen 0 und in den höheren Pflegestufen 3 bis 6 im Vergleich zu den nicht alleine lebenden 70+ Jährigen.

### 3.2.4.1 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts und der Lebensformen

Es zeigten sich im Exakter Test nach Fisher keine signifikanten Zusammenhänge bei der Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts (Frauen:  $p=0,052$ ; Männer  $p=0,483$ ) und der Lebensformen (s. Tab. 40).

Tabelle 40: Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts und der Lebensformen

Variablen	Pflegestufen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
		n	%	n	%	
Frauen (n=240)	Pflegestufe 0	72	50,3	47	48,5	0,052
	Pflegestufe 1	18	12,6	15	15,5	
	Pflegestufe 2	33	23,1	14	14,4	
	Pflegestufe 3	14	9,8	9	9,3	
	Pflegestufe 4	6	4,2	7	7,2	
	Pflegestufe 5	0	0,0	5	5,2	
Männer (n=105)	Pflegestufe 0	17	54,8	48	64,9	0,483
	Pflegestufe 1	4	12,9	4	5,4	
	Pflegestufe 2	7	22,6	9	12,2	
	Pflegestufe 3	2	6,5	7	9,5	
	Pflegestufe 4	1	3,2	4	5,4	
	Pflegestufe 6	0	0,0	2	2,7	

### 3.2.4.2 Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Alters und der Lebensformen

Es zeigten sich im Exakter Test nach Fisher keine signifikanten Zusammenhänge bei der Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt der Altersgruppen (70-79 Jahre:  $p=0,211$ ; 80+ Jahre  $p=0,091$ ) und der Lebensformen (s. Tab. 41).

Tabelle 41: Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Alters und der Lebensformen

Altersgruppen	Pflegestufen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
		n	%	n	%	
70-79 Jahre (n=64)	Gesamt	26	40,6	38	59,4	0,211
	Pflegestufe 0	12	46,2	23	60,5	
	Pflegestufe 1	5	19,2	5	13,2	
	Pflegestufe 2	6	23,1	4	10,5	
	Pflegestufe 3	3	11,5	2	5,3	
	Pflegestufe 4	0	0,0	4	10,5	
80+ Jahre (n=275)	Gesamt	146	53,1	129	46,9	0,091
	Pflegestufe 0	76	52,1	70	54,3	
	Pflegestufe 1	16	11,0	13	10,1	
	Pflegestufe 2	34	23,3	19	14,7	
	Pflegestufe 3	13	8,9	13	10,1	
	Pflegestufe 4	7	4,8	7	5,4	
	Pflegestufe 5	0	0,0	5	3,9	
Pflegestufe 6	0	0,0	2	1,6		

### 3.3 Körperlicher Gesundheitszustand unter dem Aspekt der Lebensformen

Zwischen den Lebensformen und den Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes [Diagnostizierte Krankheit ( $p=0,095$ ); Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung ( $p=0,974$ ); Beeinträchtigung durch Krankheit ( $p=0,107$ ); Einschlafschwierigkeiten ( $p=0,395$ ); Durchschlafschwierigkeiten ( $p=0,608$ ); Schmerzen ( $p=0,356$ ); Schlaffördernde Medikamente ( $p=0,692$ ); Einnahme von Medikamenten ( $p=0,921$ ); Gehunsicherheit ( $p=0,510$ ); Schwierigkeiten beim Treppensteigen ( $p=0,418$ ); Bewegung 30min am Stück ( $p=0,526$ ); Hilfsmittel zur Fortbewegung ( $p=0,312$ ); Atemnot in Ruhe ( $p=0,715$ ); Atemnot nachts ( $p=0,698$ )] zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge (s. Tab. 42).

Tabelle 42: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes (Skalierung der Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener als 1x im Monat, 5 - nie)

Kategorien und Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	n	%	n	%	
Körperlicher-medizinischer Status					
Diagnostizierte Krankheit(en)	133	76,4	143	83,6	0,095
Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung	167	96	164	95,9	0,974
	MW	SD	MW	SD	p-Wert
Fühlen sich durch die Krankheit(en) beeinträchtigt?	133	76,4	143	83,6	0,107
Schlafen und Schmerzen					
Einschlafschwierigkeiten	3,79	1,67	3,63	1,73	0,395
Durchschlafschwierigkeiten	3,25	1,81	3,15	1,85	0,608
Schmerzen	2,94	1,76	3,12	1,86	0,356
Schlaffördernde Medikamente	2,65	1,90	2,54	1,91	0,692
Einnahme von Medikamenten	1,24	0,94	1,25	0,93	0,921
Motorische Leistungsfähigkeit					
Gehunsicherheit	2,68	1,83	2,55	1,79	0,510
Schwierigkeiten Treppensteigen	2,97	1,89	2,80	1,87	0,418
Bewegung 30min am Stück	2,36	1,70	2,47	1,73	0,526
Hilfsmittel zur Fortbewegung [n, %]	102	58,6	91	53,2	0,312
Atemnot in Ruhe	4,66	1,00	4,62	1,09	0,715
Atemnot nachts	4,74	0,91	4,77	0,82	0,698

### 3.4 Selbstpflegekompetenz unter dem Aspekt der Lebensformen

Die Selbstpflegekompetenz der 70+ Jährigen setzt sich aus den Summenscores des Barthel- und des IADL-Index zusammen.

Es zeigten sich im t-Test hochsignifikante Unterschiede ( $p<0,001$ ) zwischen den Lebensformen und einerseits den Aktivitäten des täglichen Lebens (berechnet auf Basis des Barthel-Index) und andererseits den instrumentellen Aktivitäten (berechnet auf Basis des IADL-Index) (s. Abb. 26).

Die alleine Lebenden erreichten sowohl im Barthel-Index (MW=91,55, SD±13,45) als auch im IADL – Index (MW=5.98, SD±1,98) im Mittel höhere Punktwerte als die nicht alleine Lebenden (s. Tab. 43)

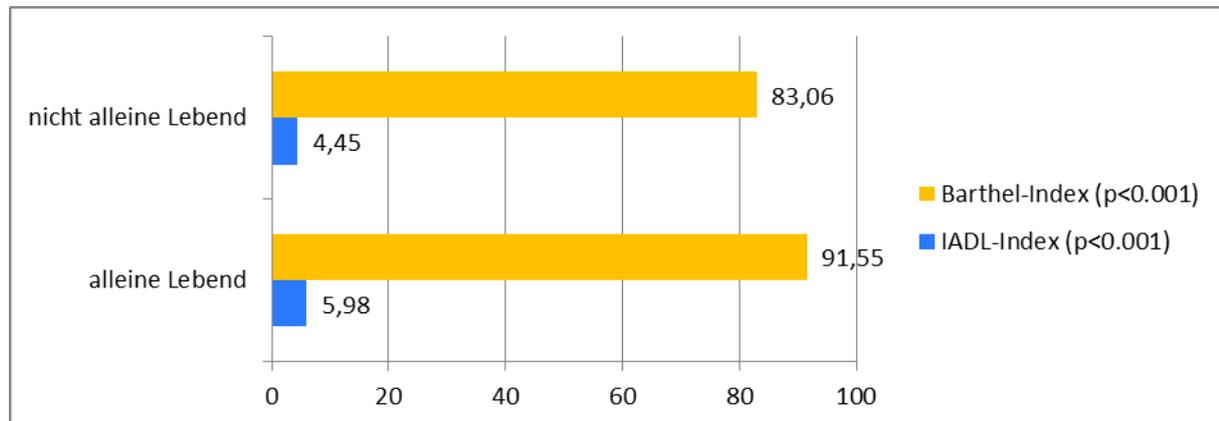


Abbildung 26: Unterschiede zwischen den Lebensformen und dem durchschnittlichen Summscore des Barthel- und IADL Index (Mehrfachantworten)

Tabelle 43: Unterschiede zwischen den Lebensformen und dem Summscore des Barthel- und IADL-Index

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Summe IADL	5,98	1,98	4,45	2,58	<0,001
Summe Barthel-Index	91,55	13,45	83,06	23,24	<0,001

### 3.4.1 Barthel-Index<sup>4</sup>

Das Ergebnis des Barthel-Index zeigt, dass sowohl *die alleine Lebenden als auch die nicht alleine Lebenden* sich im *Punktebereich 95 bis 85 Punkte* befanden (Anm.: Gemäß der Interpretation des Barthel-Index entspricht dies einer „*punktuellen Hilfsbedürftigkeit*“). Die alleine Lebenden befanden sich jedoch näher dem Zustand „*kompletter Selbstständigkeit*“ (100 bis 96 Punkte), die nicht alleine Lebenden näher dem Zustand der „*Hilfsbedürftigkeit*“ (80 bis 35 Punkte).

In der Einzelbetrachtung der einzelnen Items des Barthel-Index konnten bei acht von zehn Items signifikante Unterschiede zwischen den Lebensformen berechnet werden (s. dazu Tab. 44). Hierzu ist noch anzumerken, dass die alleine Lebenden in allen acht signifikanten Ergebnissen höhere durchschnittliche Punktwerte erzielten im Vergleich zu den nicht alleine Lebenden (s. Abb. 27, Tab. 44).

<sup>4</sup> **Interpretation des Barthel-Index:** 0 - 30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig; 35-80 Punkte: hilfsbedürftig; 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig, 100 Punkte: Zustand kompletter Selbstständigkeit in den zugrunde liegenden Itembereichen und bezogen auf den jeweiligen Untersuchungskontext

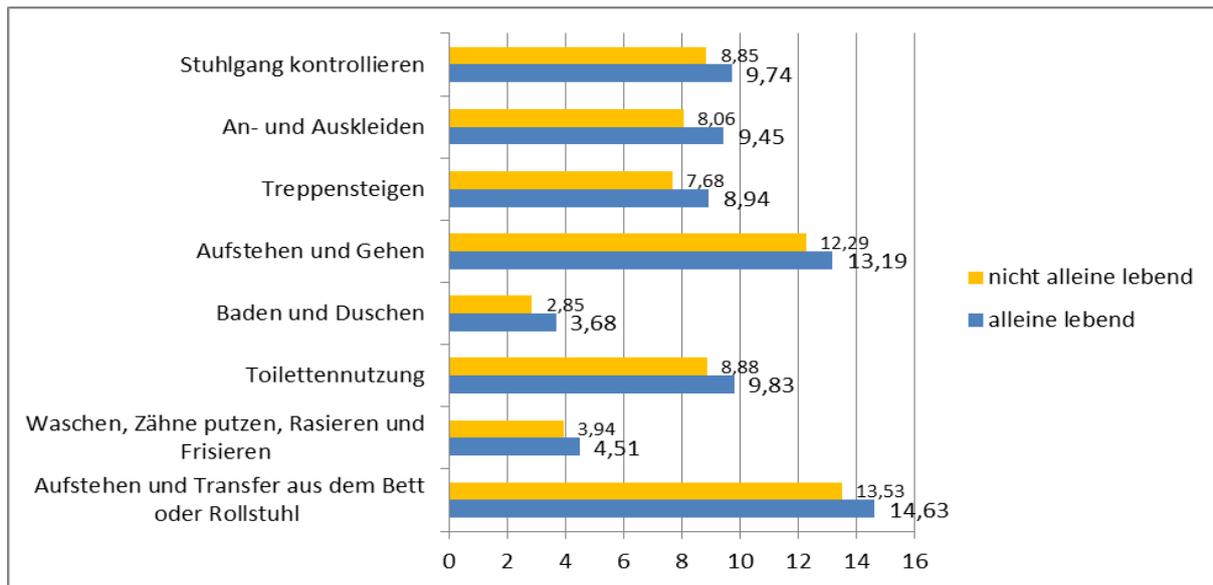


Abbildung 27: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des Barthel-Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 44)

Tabelle 44: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des Barthel-Index

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Essen? (max. 10 Punkte)	9,31	2,24	9,09	2,35	0,370
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Aufstehen und Transfer aus dem Bett oder Rollstuhl? (max. 15 Punkte)	14,63	1,78	13,53	3,06	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Waschen, Zähne putzen, Rasieren und Frisieren? (max. 5 Punkte)	4,51	1,49	3,94	2,05	0,003
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie bei der Toilettennutzung? (max. 10 Punkte)	9,83	1,19	8,88	2,76	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Baden und Duschen? (max. 5 Punkte)	3,68	2,21	2,85	2,48	0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Aufstehen und Gehen? (max. 15 Punkte)	13,19	2,69	12,29	4,07	0,017
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Treppensteigen? (max. 15 Punkte)	8,94	2,66	7,68	3,85	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim An- und Auskleiden? (max. 15 Punkte)	9,45	1,82	8,06	3,27	<0,001
Können Sie den Stuhlgang kontrollieren? (max. 15 Punkte)	9,74	1,35	8,85	2,83	<0,001
Können Sie den Harndrang kontrollieren? (max. 15 Punkte)	8,28	2,93	7,88	3,51	0,261

### 3.4.2 IADL-Index

Das Ergebnis des IADL-Index zeigt, dass sich sowohl alleine Lebende als auch nicht alleine Lebende im Punktbereich 1-7 Punkte befanden (Anm.: Gemäß der Interpretation des IADL-Index entspricht dies einer „Einschränkung in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens“).

In der Einzelbetrachtung der einzelnen Items des IADL-Index konnten bei sieben von acht Items hochsignifikante bis signifikante Unterschiede zwischen den Lebensformen berechnet werden (s. dazu Tab. 45). Die alleine Lebenden erzielten in den sieben signifikanten Ergebnissen höhere durchschnittliche Punktwerte als die nicht alleine Lebenden (s. Abb. 28, Tab. 45).

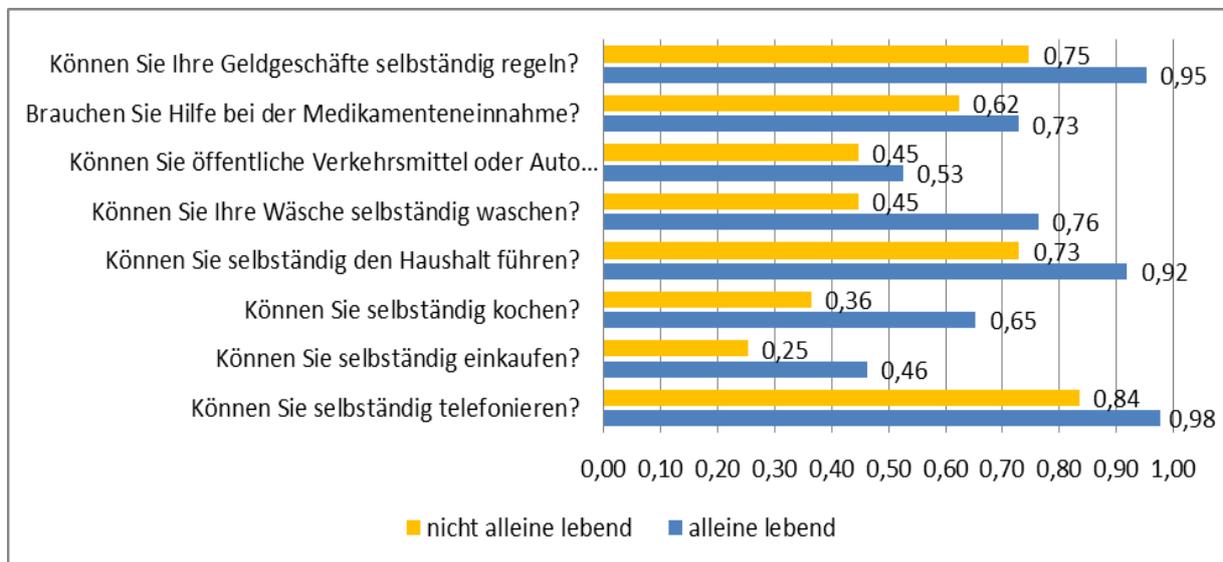


Abbildung 28: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des IADL- Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 45)

Tabelle 45: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des IADL-Index

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Können Sie selbständig telefonieren? (max. 3 Punkte)	0,98	0,15	0,84	0,37	<0,001
Können Sie selbständig einkaufen? (max. 1 Punkt)	0,46	0,50	0,25	0,44	<0,001
Können Sie selbständig kochen? (max. 1 Punkt)	0,65	0,48	0,36	0,48	<0,001
Können Sie selbständig den Haushalt führen? (max. 4 Punkte)	0,92	0,27	0,73	0,45	<0,001
Können Sie Ihre Wäsche selbständig waschen? (max. 2 Punkte)	0,76	0,43	0,45	0,50	<0,001
Können Sie öffentliche Verkehrsmittel oder Auto selbständig nutzen? (max. 3 Punkte)	0,53	0,50	0,45	0,50	0,144
Brauchen Sie Hilfe bei der Medikamenteneinnahme? (max. 1 Punkt)	0,73	0,45	0,62	0,49	0,038
Können Sie Ihre Geldgeschäfte selbständig regeln? (max. 2 Punkte)	0,95	0,21	0,75	0,44	<0,001

### 3.5 Psychisch-emotionale Situation unter dem Aspekt der Lebensformen

Zwischen den Lebensformen und den Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse (s. Tab. 46 (a) und (b)).

Tabelle 46 (a): Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	n	%	n	%	
<b>Ängste und deren Gründe</b>					
<b>Ängste</b>	47	27,0	45	26,3	0,884
Angst vor dem Alleinsein	20	11,5	21	12,3	0,821
Angst vor Unfällen	21	12,1	18	10,5	0,651
Angst den Angehörigen zur Last zu fallen	19	10,9	12	7,0	0,205
Angst im Pflegeheim leben zu müssen	15	8,6	14	8,2	0,885
Angst vor Notsituationen finanzieller Art	10	5,7	8	4,7	0,655
Angst vor dem Tod bzw. dem Sterben	5	2,9	5	2,9	0,978

Tabelle 46 (b): Unterschiede zwischen den Lebensformen und den Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation (Skalierung für die Mittelwerte: 1-ja, 2-eher ja, 3-eher nein, 4-nein)

Subjektive Einschätzung des kognitiven & emotionalen Gesundheitszustandes	MW	SD	MW	SD	p-Wert
Fühlen Sie sich durch die Krankheit(en) beeinträchtigt?	1,90	1,11	1,77	1,04	0,325
Können Sie bei eventuellen Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen?	1,27	0,64	1,16	0,53	0,088
Leiden Sie unter Konzentrationsschwierigkeiten?	2,90	0,98	2,78	1,07	0,285
Fühlen Sie sich grundlos traurig und niedergeschlagen?	3,20	0,99	3,16	0,95	0,704
Sind Sie mit der derzeitigen Wohnsituation zufrieden?	1,20	0,51	1,19	0,58	0,967
Sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben zufrieden?	1,46	0,67	1,46	0,69	0,994
Sind Sie mit Ihren sozialen Kontakten insgesamt zufrieden?	1,44	0,73	1,45	0,74	0,890
Sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand zufrieden?	1,97	0,92	2,12	1,00	0,161

### 3.6 Soziale Teilhabe unter dem Aspekt der Lebensformen

Innerhalb der fünf Gesundheitsfaktoren zur sozialen Teilhabe (diese sind: Treffen mit Verwandten, Freunden, Bekannten; Gruppenaktivitäten; telefonische Erreichbarkeit; Verwendung einer Notrufhilfe; Bei ev. Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen) zeigten sich signifikante Zusammenhänge im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen den Lebensformen und der **telefonischen Erreichbarkeit** (p=0,002), **der Verwendung einer Notrufhilfe** (p<0,001) (s. Abb. 29) und signifikante Unterschiede im t-Test bezüglich **dem Treffen mit Verwandten, Bekannten oder Freunden** (p=0,030) (Tab. 47).

Mehr alleine Lebende gaben an, telefonisch erreichbar zu sein (n=162, 93,1%) im Vergleich zu den nicht alleine Lebenden (n=140, 81,9%). Von den alleine Lebenden verwendeten mehr eine Notrufhilfe (n=59, 33,9%) als die nicht alleine Lebenden (n=24, 14%) (s. Abb. 29).

Die alleine Lebenden **trafen** sich ( $p=0,030$ ) häufiger pro Woche (MW 2,29,  $SD\pm 1,22$ ) mit **Verwandten und Freunden** als die nicht alleine Lebenden (MW 2,59,  $SD\pm 1,36$ ).

Keine signifikanten Unterschiede konnten zwischen den Lebensformen und der Häufigkeit der *Teilnahme an Gruppenaktivitäten pro Woche* ( $p=0,201$ ) und der Einschätzung bei eventuellen Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen zu können ( $p=0,088$ ), berechnet werden (s. Tab. 47).

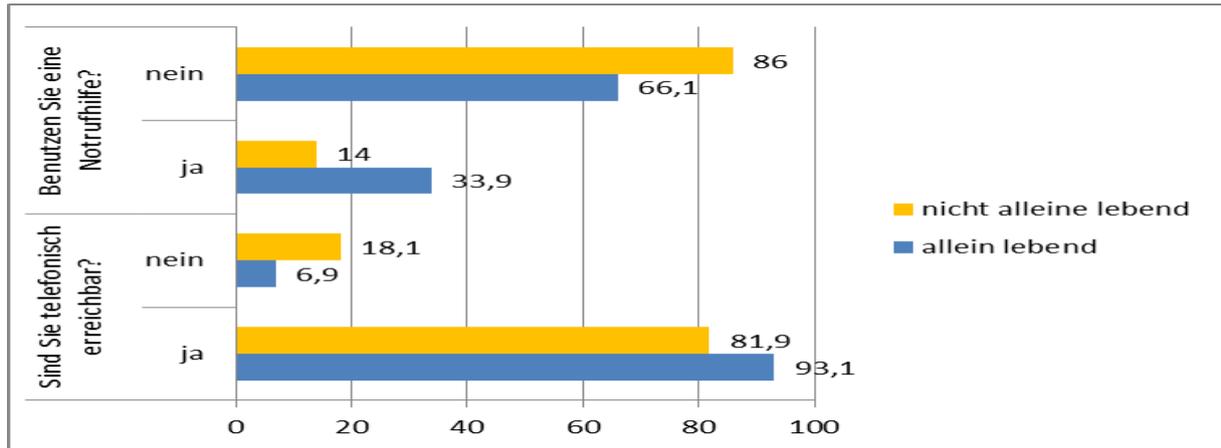


Abbildung 29: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der telefonischen Erreichbarkeit und Verwendung einer Notrufhilfe in Prozent

Tabelle 47: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren zur sozialen Teilhabe (Skalierung für die Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener, 5 - nie; <sup>+</sup> ja (n, %); \* Skalierung für die Mittelwerte: 1 - ja, 2 - eher ja, 3 - eher nein, 4 - nein)

Variablen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-wert
	MW	SD	MW	SD	
<b>Gruppenaktivitäten</b>					
Treffen mit Verwandten, Freunden, Bekannten etc.	2,29	1,22	2,59	1,36	0,030
Gruppenaktivitäten	4,18	1,11	4,33	1,05	0,201
<b>Erreichbarkeit im Notfall</b>					
Telefonische Erreichbarkeit (n, %) <sup>+</sup>	162	93,1	140	81,9	0,002
Verwendung einer Notrufhilfe (n, %) <sup>+</sup>	59	33,9	24	14,0	<0,001
Bei eventuellen Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen*	1,27	0,64	1,16	0,53	0,088

### 3.7 Sturzhäufigkeit unter dem Aspekt der Lebensformen

Es konnten keine signifikanten Ergebnisse im t-Test zwischen den Lebensformen und der Sturzhäufigkeit im letzten Jahr berechnet werden (s. Tab. 48).

Tabella 48: Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Sturzhäufigkeit und den Lebensformen

Lebensformen	MW	SD	p-Wert
alleine lebend (n=174)	1,51	0,501	0,548
nicht alleine lebend (n=171)	1,54	0,500	

### 3.8 Aktueller Kenntnisstand über finanziell– echtliche Angebote unter dem Aspekt der Lebensformen

Es zeigten sich *keine signifikanten Zusammenhänge* zwischen den Lebensformen und dem Kenntnisstand zu finanziell-rechtlichen Angeboten hinsichtlich des Pflegegeldes ( $p=0,548$ ), Mindestsicherung ( $p=0,175$ ) und diverser Gebührenbefreiungen ( $p=0,564$ ).

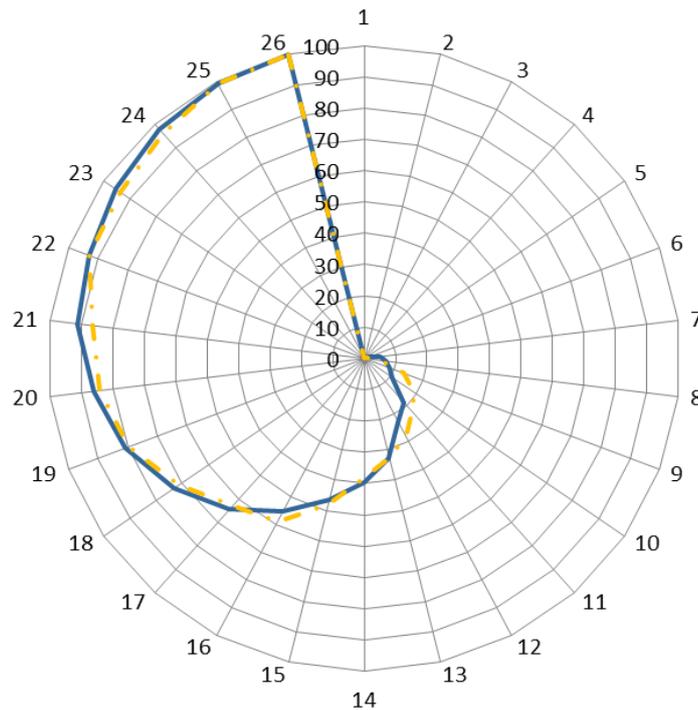
### 3.9 Identifizierte Defizite der funktionalen Gesundheit unter dem Aspekt der Lebensformen

Zwischen den alleine Lebenden und den nicht alleine Lebenden zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der identifizierten 31 Defizite ( $p=0,944$ ). **Personen beider Lebensformen hatten im Durchschnitt 15,6 Defizite** (s. Tab. 49).

Tabella 49: Unterschiede zwischen den Lebensformen und der Verteilung der Defizite der funktionalen Gesundheit

Lebensformen	MW	SD	p-Wert
alleine lebend (n=174)	15,67	4,49	0,944
nicht alleine lebend (n=171)	15,63	4,77	

Die höchste Anzahl an Defiziten ( $n=26$ ) konnte in beiden Lebensformen bei gleich viel Personen ( $n=1,0,6\%$ ) identifiziert werden (s. Abb. 30, Tab. 50).



— alleine lebend (n=174)    - - - nicht alleine lebend (n=171)

Abbildung 30: Verteilung der Defizite der alleine Lebenden versus nicht alleine Lebenden

Tabelle 50: Verteilung der Defizite der alleine Lebenden versus nicht alleine Lebenden

Anzahl der Defizite	alleine lebend (n=174)			nicht alleine lebend (n=171)		
	n	Gültige %	Kumulierte %	n	Gültige %	Kumulierte %
2	1	0,6	0,6	1	0,6	0,6
6	2	1,1	1,7	0	0	0
7	6	3,4	5,2	1	0,6	1,2
8	3	1,7	6,9	7	4,1	5,3
9	3	1,7	8,6	14	8,2	13,5
10	4	2,3	10,9	10	5,8	19,3
11	14	8	19	6	3,5	22,8
12	7	4	23	9	5,3	28,1
13	17	9,8	32,8	8	4,7	32,7
14	12	6,9	39,7	9	5,3	38
15	12	6,9	46,6	17	9,9	48
16	15	8,6	55,2	19	11,1	59,1
17	16	9,2	64,4	6	3,5	62,6
18	15	8,6	73	15	8,8	71,3
19	14	8	81	14	8,2	79,5
20	9	5,2	86,2	8	4,7	84,2
21	9	5,2	91,4	4	2,3	86,5
22	3	1,7	93,1	11	6,4	93
23	4	2,3	95,4	1	0,6	93,6
24	4	2,3	97,7	4	2,3	95,9
25	3	1,7	99,4	6	3,5	99,4
26	1	0,6	100	1	0,6	100

## 4. Funktionale Gesundheit unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung

Im Folgenden werden die Ergebnisse zwischen den Gesundheitsfaktoren der selbsteingeschätzten funktionalen Gesundheit unter dem Aspekt von Pflegegeldbeziehern (PGB) mit den Stufen 1-7 versus Nicht-Pflegegeldbeziehern (N-PGB) mit der Stufe 0 beschrieben.

### 4.1 Persönliche Faktoren unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung

Unterschiede zwischen dem Geschlecht sowie dem Alter und der PflegegeldEinstufung finden sich im Kapitel 2.2.1 und 2.2.2 beschrieben.

### 4.2 Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung

Es zeigten sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der PflegegeldEinstufung und der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe ( $p < 0,001$ ) und Pflege ( $p < 0,001$ ). Die PGB ( $n=161$ ) nahmen mehr **Haushaltshilfe** ( $n=148$ , 91,9%) und **Pflege** ( $n= 102$ , 63,4%) in Anspruch als die N-PGB (Haushaltshilfe:  $n=107$ , 58,2%; Pflege:  $n=40$ , 21,7%) (s. Tab. 51).

Tabelle 51: Ergebnisse zur PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege (PGB vs. N-PGB)

Variablen		PGB (n=161)		N-PGB (n=184)		p-Wert
		n	%	n	%	
Nehmen Sie Hilfe im Haushalt in Anspruch?	ja	148	91,9	107	58,2	<0,001
	nein	13	8,1	77	41,8	
Benötigen Sie Hilfe von anderen Personen bei der Pflege?	ja	102	63,4	40	21,7	<0,001
	nein	59	36,6	144	78,3	

### 4.3 Körperlicher Gesundheitszustand unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung

Von 14 Faktoren, die funktionale Gesundheit betreffend, zeigten sich bei sechs signifikante Zusammenhänge zwischen der PflegegeldEinstufung.

Mehr PGB erwähnten die Einnahme von Medikamenten ( $p=0,014$ ), Schmerzen ( $p=0,003$ ), die Wahrnehmung von Gehunsicherheiten ( $p < 0,001$ ), Schwierigkeiten beim Treppensteigen ( $p < 0,001$ ), die Benutzung eines Hilfsmittels zur Fortbewegung ( $p < 0,001$ ) und bestätigten, sich weniger als 30 Minuten am Stück zu bewegen ( $p < 0,001$ ) im Vergleich zu den N-PGB (s. Abb. 31, Tab. 52).

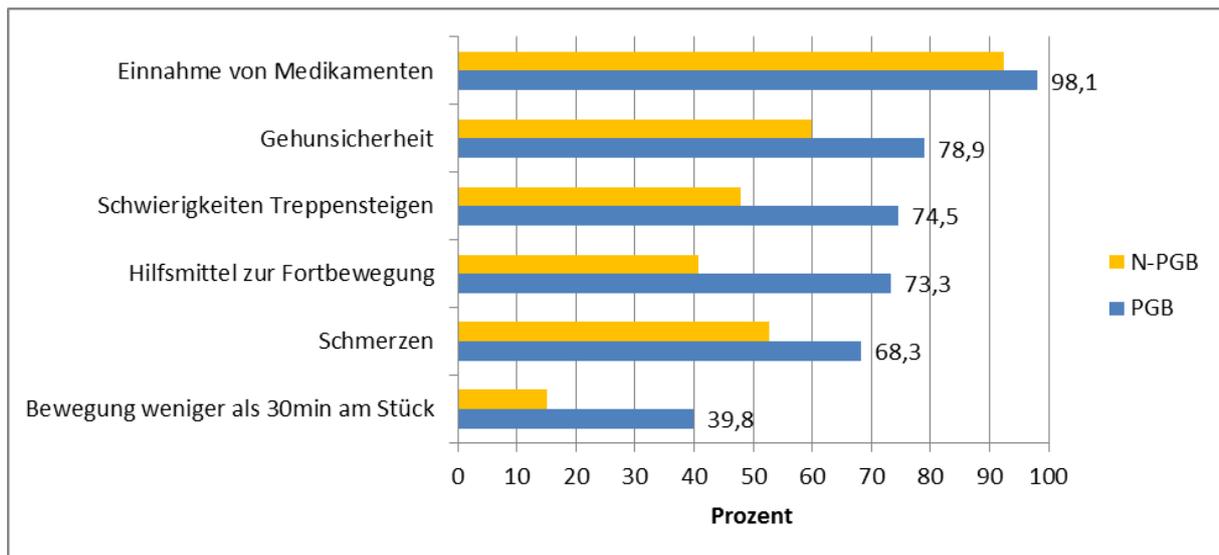


Abbildung 31: Ergebnisse der PGB vs. N-PGB in sechs Gesundheitsfaktoren, die funktionale Gesundheit betreffend, in Prozent

Tabelle 52: Ergebnisse zur PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes

Variablen	PGB (n=161)		N-PGB (n=184)		p-Wert	
	n	%	n	%		
Nehmen Sie Medikamente ein?	ja	158	98,1	170	92,4	0,014
	nein	3	1,9	14	7,6	
Leiden Sie aktuell an einer Krankheit oder mehreren, die durch einen Arzt diagnostiziert wurde(n)?	ja	132	82,0	144	78,3	0,388
	nein	29	18,0	40	21,7	
Leiden Sie unter Einschlafschwierigkeiten?	ja	60	37,3	85	46,2	0,940
	nein	101	62,7	99	53,8	
Leiden Sie unter Durchschlafschwierigkeiten?	ja	87	54,0	105	57,1	0,572
	nein	74	46,0	79	42,9	
Leiden Sie an Schmerzen?	ja	110	68,3	97	52,7	0,003
	nein	51	31,7	87	47,3	
Nehmen Sie schlaffördernde Medikamente ein?	ja	76	47,2	62	33,7	0,110
	nein	85	52,8	122	66,3	
Leiden Sie unter Gangunsicherheit (Beeinträchtigung der Sinnesorgane, Schwindel)?	ja	127	78,9	110	59,8	<0,001
	nein	34	21,1	74	40,2	
Haben Sie Schwierigkeiten beim Treppensteigen? (Kraft- oder Atemprobleme)?	ja	120	74,5	88	47,8	<0,001
	nein	41	25,5	96	52,2	
Bewegung Sie sich 30min am Stück?	nein	64	39,8	28	15,2	<0,001
	ja	97	60,2	156	84,8	
Leiden Sie an Atemnot in Ruhe?	ja	23	14,3	21	11,4	0,425
	nein	138	85,7	163	88,6	
Leiden Sie an Atemnot nachts?	ja	15	9,3	17	9,2	0,980
	nein	146	90,7	167	90,8	
Leiden Sie an Atemnot beim Spaziergehen?	ja	57	35,4	65	35,3	0,988
	nein	104	64,6	119	64,7	
Benutzen Sie zur Fortbewegung ein Hilfsmittel (Stock, Rollator, ...)?	ja	118	73,3	75	40,8	<0,001
	nein	43	26,7	109	59,2	

#### 4.4 Selbstpflegekompetenz unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung

Die Selbstpflegekompetenz der 70+ Jährigen setzt sich aus den Summenscores des Barthel- und des IADL Index zusammen.

Es zeigten sich im t-Test *hochsignifikante Ergebnisse* ( $p < 0,001$ ) zwischen PGB und N-PGB und einerseits den Aktivitäten des täglichen Lebens (berechnet auf Basis des Barthel-Index) und andererseits den instrumentellen Aktivitäten (berechnet auf Basis des IADL-Index) (s. Abb. 32).

Die PGB erreichten sowohl im Barthel-Index (MW=78,94, SD±23,44) als auch im IADL-Index (MW 4,14, SD± 2,43) im Mittel niedrigere Punktwerte im Vergleich zu den N-PGB.

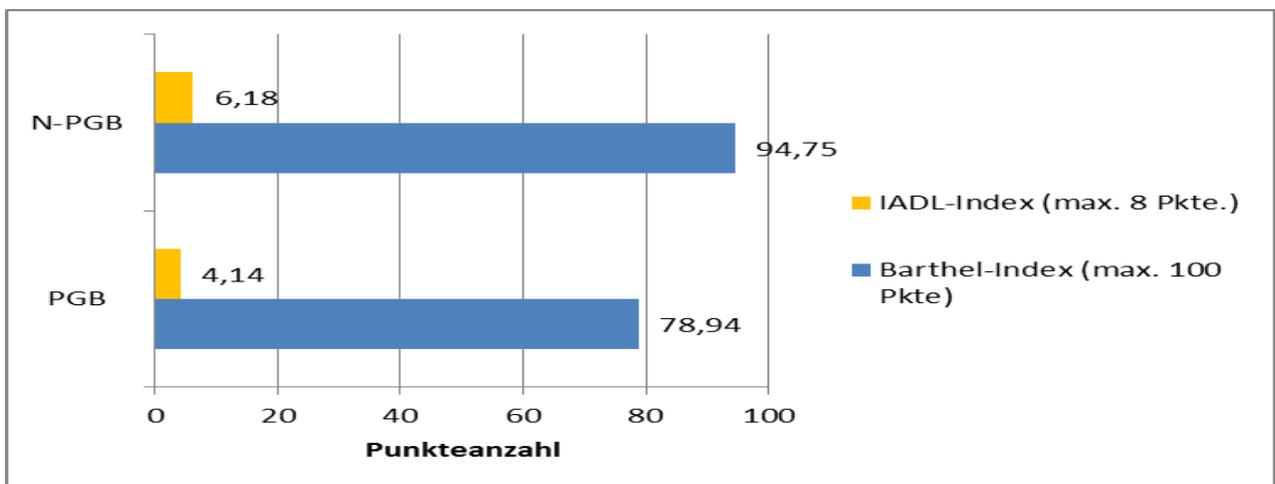


Abbildung 32: Ergebnisse zur Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Selbstpflegekompetenz entsprechend des Barthel- und IADL-Index

Tabelle 53: Unterschiede der Selbstpflegekompetenz der Pflegegeldbezieher gegenüber den Nicht-Pflegegeldbezieher

Summenscores	Gruppen	n	MW	SD	p-Wert
Summe IADL	N-PGB (n=184)	182	6,18	1,96	<0,001
	PGB (n=161)	161	4,14	2,43	
Summe Barthel-Index	N-PGB (n=184)	183	94,75	10,34	<0,001
	PGB (n=161)	161	78,94	23,44	

##### 4.4.1 Barthel-Index

Das Ergebnis des Barthel-Index zeigt, dass die PGB sich im Bereich 80 bis 35 Punkte befanden (Anm.: Gemäß der Interpretation des Barthel-Index entspricht dies einer „Hilfsbedürftigkeit“). Die N-PGB befanden sich jedoch näher dem Zustand „kompletter Selbstständigkeit“ (100 bis 95 Punkte). In der Einzelbetrachtung der einzelnen Items des Barthel-Index konnten in allen zehn Items signifikante Unterschiede zwischen PGB und N-PGB berechnet werden (s. dazu Abb. 33, Tab. 54). Hierzu ist

anzumerken, dass die N-PGB in allen zehn signifikanten Ergebnissen höhere durchschnittliche Punktwerte aufwiesen als die PGB (s. Abb. 33, Tab. 54).

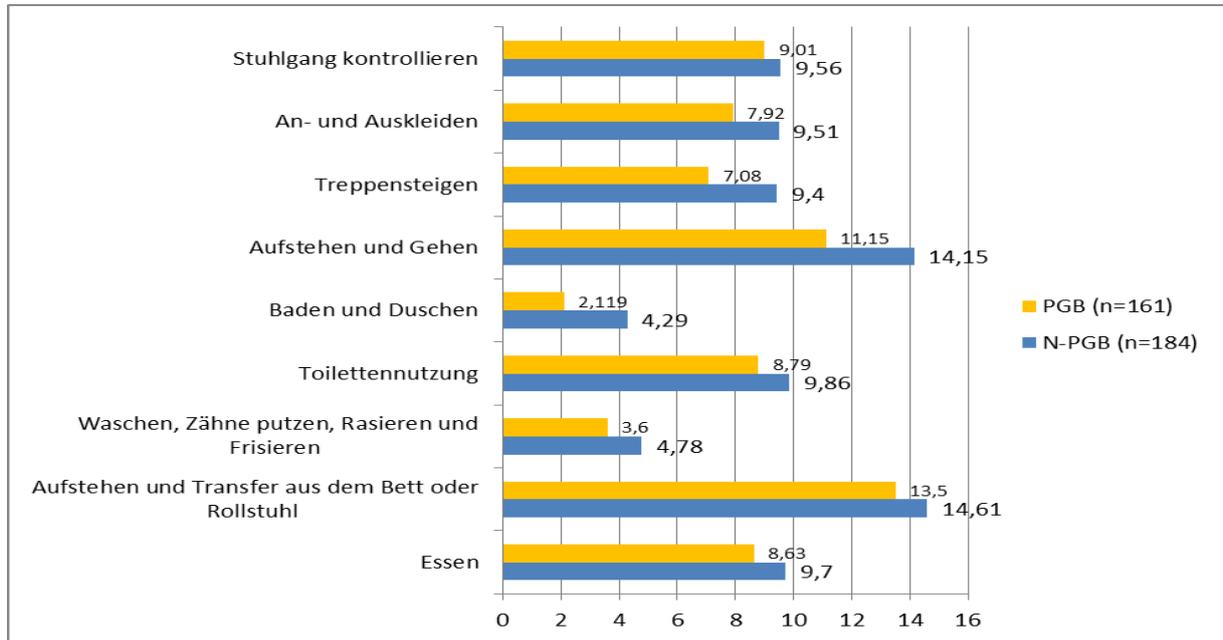


Abbildung 33: Signifikanter Unterschied der PGB vs. N-PGB in der Selbstpflegekompetenz entsprechend der Einzelitems des Barthel-Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 54)

Tabelle 54: Unterschiede zwischen der PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB) und den zugrundeliegenden Items des Barthel-Index

Variablen	N-PGB (n=184)		PGB (n=161)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Essen? (max. 10 Punkte)	9,70	1,40	8,63	2,90	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Aufstehen und Transfer aus dem Bett oder Rollstuhl? (max. 15 Punkte)	14,61	1,70	13,50	3,164	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Waschen, Zähne putzen, Rasieren und Frisieren? (max. 5 Punkte)	4,78	1,04	3,60	2,25	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie bei der Toilettennutzung? (max. 10 Punkte)	9,86	,8176	8,79	2,95	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Baden und Duschen? (max. 5 Punkte)	4,29	1,756	2,12	2,48	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Aufstehen und Gehen? (max. 15 Punkte)	14,15	2,026	11,15	4,04	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim Treppensteigen? (max. 15 Punkte)	9,40	2,06	7,08	4,053	<0,001
Wie selbstständig/unabhängig sind Sie beim An- und Auskleiden? (max. 15 Punkte)	9,51	1,67	7,92	3,38	<0,001
Können Sie den Stuhlgang kontrollieren? (max. 15 Punkte)	9,56	1,84	9,01	2,61	0,025
Können Sie den Harndrang kontrollieren? (max. 15 Punkte)	8,88	2,56	7,17	3,66	<0,001

#### 4.4.2 IADL-Index

Das Ergebnis des IADL-Index zeigt, dass sowohl die PGB als auch N-PGB sich im Bereich 1-7 Punkte befanden (Anm.: Gemäß der Interpretation des IADL-Index entspricht dies einer „Einschränkung in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens“). In der Einzelbetrachtung der einzelnen Items des IADL-Index konnten bei allen acht Items hochsignifikante Unterschiede zwischen den PGB und den N-PGB berechnet werden. Die N-PGB erzielten in allen acht signifikanten Ergebnissen höhere durchschnittliche Punktwerte als die PGB (s. Abb. 34, Tab. 55).

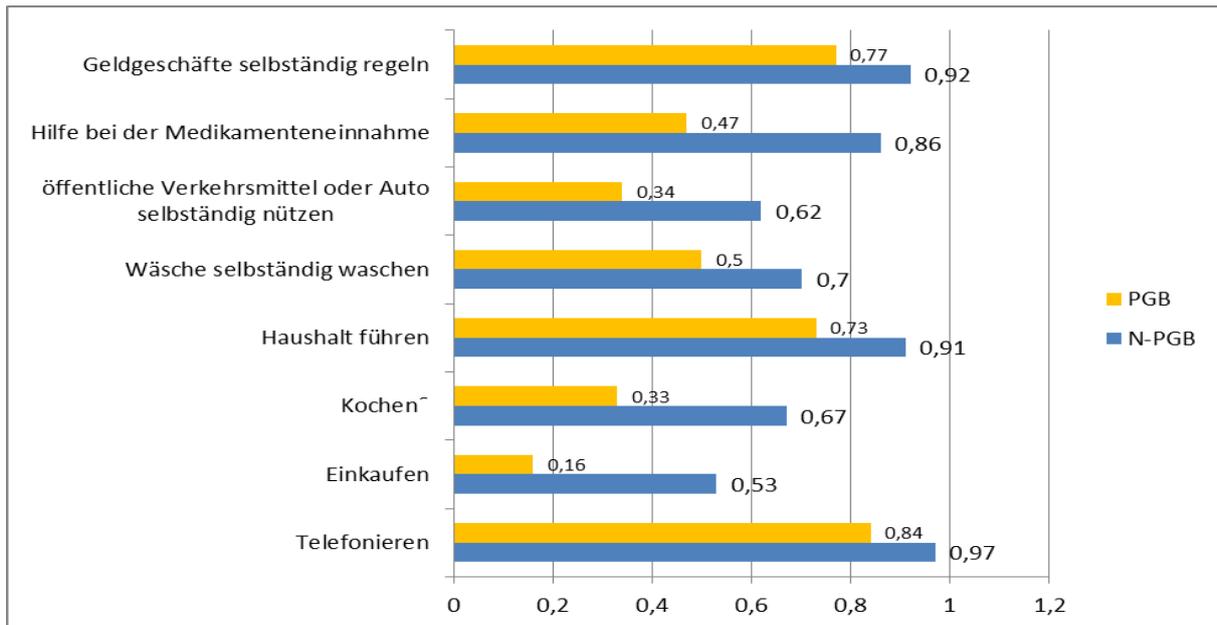


Abbildung 34: Ergebnisse der PGB vs. N-PGB in der Selbstpflegekompetenz entsprechend der Einzelitems des IADL-Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 55)

Tabelle 55: Unterschiede zwischen der Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) und der zugrundeliegenden Items des IADL-Index

Variablen	N-PGB (n=184)		PGB (n=161)		p-Wert
	MW	SD	MW	SD	
Können Sie selbständig telefonieren? (max. 3 Punkte)	0,97	0,18	0,84	0,37	<0,001
Können Sie selbständig einkaufen? (max. 1 Punkt)	0,53	0,50	0,16	0,37	<0,001
Können Sie selbständig kochen? (max. 1 Punkt)	0,67	0,47	0,33	0,47	<0,001
Können Sie selbständig den Haushalt führen? (max. 4 Punkte)	0,91	0,29	0,73	0,44	<0,001
Können Sie Ihre Wäsche selbständig waschen? (max. 2 Punkte)	0,70	0,46	0,50	0,50	<0,001
Können Sie öffentliche Verkehrsmittel oder Auto selbständig nützen? (max. 3 Punkte)	0,62	0,49	0,34	0,47	<0,001
Brauchen Sie Hilfe bei der Medikamenteneinnahme? (max. 1 Punkt)	0,86	0,35	0,47	0,50	<0,001
Können Sie Ihre Geldgeschäfte selbständig regeln? (max. 2 Punkte)	0,92	0,27	0,77	0,42	<0,001

#### 4.5 Psychisch-emotionale Situation unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung

Von den acht Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation zeigten sich lediglich in der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ( $p=0,003$ ) und der Pflegegeldeinstufung signifikante Zusammenhänge. Mehr PGB ( $n=66$ , 41%) waren mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand nicht zufrieden als N-PGB ( $n=47$ , 25,7%) (s. Tab. 56).

Tabelle 56: Ergebnisse zur Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation

Variablen		PGB (n=161)		N-PGB (n=184)		p-Wert
		n	%	n	%	
Grundlose Traurigkeit und Niedergeschlagenheit	ja	44	27,3	37	20,3	0,128
	nein	117	72,7	145	79,7	
Wohnungszufriedenheit	ja	156	96,9	173	94	0,206
	nein	5	3,1	11	6	
Lebenszufriedenheit	ja	146	90,7	168	91,8	0,713
	nein	15	9,3	15	8,2	
Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten	nein	22	13,7	16	8,7	0,146
	ja	139	86,3	167	91,3	
Zufriedenheit mit Gesundheitszustand	ja	95	59	136	74,3	0,003
	nein	66	41	47	25,7	
Angst	ja	46	28,6	46	25	0,454
	nein	115	71,4	138	75	

#### 4.6 Soziale Teilhabe unter dem Aspekt der Pflegegeldeinstufung

Innerhalb der fünf Gesundheitsfaktoren zur sozialen Teilhabe zeigten sich signifikante Zusammenhänge im Chi<sup>2</sup>-Test zwischen der Pflegegeldeinstufung hinsichtlich der **telefonischen Erreichbarkeit** ( $p=0,008$ ) und der **Teilnahme an Gruppenaktivitäten** ( $p<0,001$ ). Es waren mehr N-PGB ( $n=172$ , 93,5%) telefonisch erreichbar als die PGB ( $n=130$ , 80,7%). Auch nahmen mehr N-PGB ( $n=85$ , 46,2%) an Gruppenaktivitäten teil als die PGB ( $n=52$ , 32,2%) (s. Abb. 35, Tab. 57).

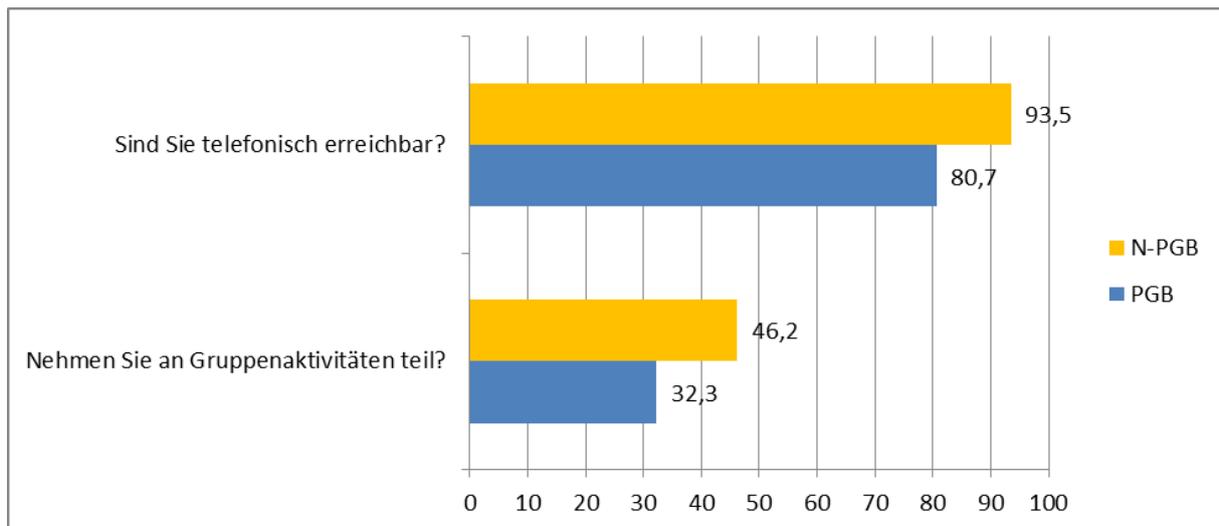


Abbildung 35: Prozentualer Anteil der telefonischen Erreichbarkeit und Teilnahme an Gruppenaktivitäten der PGB vs. N-PGB

Tabelle 57: Ergebnisse zur PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren zur sozialen Teilhabe

Variablen		PGB (n=161)		N-PGB (n=184)		p-Wert
		n	%	n	%	
Treffen Sie sich mit Verwandten, Bekannten oder Freunden?	ja	143	88,8	168	91,3	0,440
	nein	18	11,2	16	8,7	
Nehmen Sie an Gruppenaktivitäten teil?	ja	52	32,3	85	46,2	0,008
	nein	109	67,7	99	53,8	
Sind Sie telefonisch erreichbar?	ja	130	80,7	172	93,5	<0,001
	nein	31	19,3	12	6,5	
Benutzen Sie eine Notrufhilfe?	ja	51	31,7	32	17,4	0,002
	nein	110	68,3	152	82,6	
Können Sie bei eventuellen Notfällen mit der Unterstützung von Verwandten, Bekannten oder Freunden rechnen?	nein	6	3,7	10	5,5	0,445
	ja	155	96,3	173	94,5	

#### 4.7 Sturzhäufigkeit unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung

Es konnten signifikante Unterschiede im t-Test in der Sturzhäufigkeit zwischen den PGB und den N-PGB berechnet werden ( $p=0,018$ ). Im Durchschnitt stürzten die N-PGB (MW 1,59,  $SD\pm 0,49$ ) häufiger als die PGB (MW 1,46,  $SD\pm 0,50$ ) (s. Tab. 58).

Tabelle 58: Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Sturzhäufigkeit und der PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB)

PflegegeldEinstufung	n	MW	SD	p-Wert
N-PGB (n=184)	184	1,59	0,49	0,018
PGB (n=161)	161	1,46	0,50	

#### 4.8 Aktueller Kenntnisstand über finanziell–rechtliche Angebote

Zwischen PGB und N-PGB zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge im Kenntnisstand zu Gebührenbefreiungen ( $p=0,547$ ) bzw. zur Mindestsicherung ( $p=0,271$ ). Hochsignifikant ( $p<0,001$ ) mehr Personen in der Gruppe der PGB ( $n=159$ , 57,6%) gaben an, über das Pflegegeld informiert zu sein im Vergleich zu den N-PGB ( $n=117$ , 42,4%).

#### 4.9 Identifizierte Defizite der funktionalen Gesundheit unter dem Aspekt der PflegegeldEinstufung

Zwischen den PGB und den N-PGB zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied in der Verteilung der identifizierten 31 Defizite ( $p<0,001$ ) (s. Abb. 36). Die N-PGB hatten im Durchschnitt 14,4 ( $SD\pm 4,68$ ) Defizite, PGB im Mittel 17,08 ( $SD\pm 4,14$ ) ( $p<0,001$ ) (s. Tab. 59).

Tabelle 59: Unterschiede zwischen PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB) und der Verteilung der Defizite der funktionalen Gesundheit

PflegegeldEinstufung	MW	SD	p-Wert
N-PGB (n=184)	14,4	4,68	<0,001
PGB (n=161)	17,08	4,14	

Die höchste Anzahl an Defiziten (n=26) konnte bei zwei N-PGB identifiziert werden (s. Abb. 36, Tab. 60).

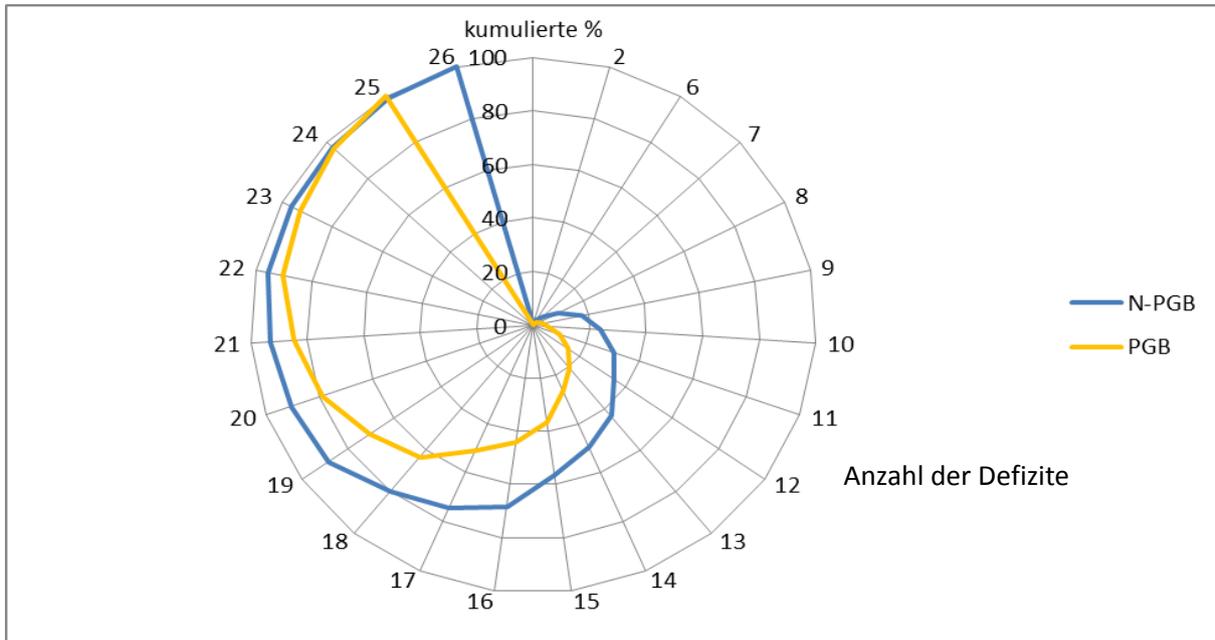


Abbildung 36: Unterschied der Verteilung der identifizierten Problembereiche zwischen den PGB und N-PGB

Tabelle 60: Verteilung der Defizite der PGB vs. N-PGB

n Defizite	N-PGB (n=184)			PGB (n=161)		
	n	Gültige %	Kumulierte %	n	Gültige %	Kumulierte %
2	2	1,1	1,1	0	0	0
6	2	1,1	2,2	0	0	0
7	5	2,7	4,9	2	1,2	1,2
8	9	4,9	9,8	1	0,6	1,9
9	14	7,6	17,4	3	1,9	3,7
10	12	6,5	23,9	2	1,2	5
11	12	6,5	30,4	8	5	9,9
12	8	4,3	34,8	8	5	14,9
13	16	8,7	43,5	9	5,6	20,5
14	11	6	49,5	10	6,2	26,7
15	13	7,1	56,5	16	9,9	36,6
16	22	12	68,5	12	7,5	44,1
17	11	6	74,5	11	6,8	50,9
18	10	5,4	79,9	20	12,4	63,4
19	16	8,7	88,6	12	7,5	70,8
20	4	2,2	90,8	13	8,1	78,9
21	4	2,2	92,9	9	5,6	84,5
22	5	2,7	95,7	9	5,6	90,1
23	1	0,5	96,2	4	2,5	92,5
24	2	1,1	97,3	6	3,7	96,3
25	3	1,6	98,9	6	3,7	100
26	2	1,1	100	0	0	0

## 5. Beratungs- und Informationsbedarf

In Summe wurden bei 345 70+ Jährigen 641 Beratungen und 785 Informationen, die funktionale Gesundheit betreffend, durch diplomierte Pflegepersonen durchgeführt (s. Tab. 61).

Folgend werden die Ergebnisse des **Beratungs- und Informationsbedarfes** der 70+ Jährigen dargestellt. Durch die Erfassung von möglichen Defiziten und Ressourcen die funktionale Gesundheit betreffend, konnte der individuelle Bedarf an Beratungen und Informationen erhoben werden. Unter der zielgruppenspezifischen Betrachtung hinsichtlich der Lebensformen, des Pflegegeldbezuges und des Sturzrisikos werden zudem der Beratungs- und Informationsbedarf dargestellt.

### 5.1 Beratungs- und Informationsbedarf der 70+ Jährigen

**Beratungen** über das Verhalten im Notfall wurden bei 43% (n=148), zum/r Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch bei 34,3% (n=118), zu gezielter Bewegung und Mobilitätsverbesserung bei 29,4% (n=101), zu Essen und Trinken bei 22,7% (n=78), zur Medikamenteneinnahme bei 21,5% (n=74), zur Durchführung der Vitalzeichenkontrolle bei 18,9% (n=65) und zur ärztlichen Abklärung bei 16,6% (n=57) aller 70+ Jährigen durchgeführt (s. Tab. 61).

Am häufigsten wurden **Informationen** zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde bzw. Stadt (57,1%, n=196) sowie zum Pflegegeld (54,7%, n=188) getätigt. Informationen für sicheres Wohnen wurden bei 38,4% (n=132) der 70+ Jährigen, zur Gebührenbefreiung und Mindestsicherung bei 26,2% (n=90), zu Gruppenangeboten bei 18,9% (n=65), über die Möglichkeit des Gedächtnistrainings bei 16,9% (n=58) und zu Symptomanzeichen bei 16,3% (n=56) der 70+ Jährigen durchgeführt (s. Tab. 61).

Tabelle 61: Beratungs- und Informationsbedarf

Variablen	n	%
<b>Beratungsthemen</b>		
Verhalten im Notfall	148	43,0
Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch	118	34,3
Gezielte Bewegung und Mobilitätsverbesserung	101	29,4
Essen / Trinken	78	22,7
Medikamenteneinnahme	74	21,5
Durchführung der Vitalzeichenkontrolle	65	18,9
Ärztliche Abklärung	57	16,6

Informationsthemen		
Angebote sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt	196	57,1
Pflegegeld	188	54,7
Sicheres Wohnen	132	38,4
Gebührenbefreiung und Mindestsicherung	90	26,2
Gruppenangebote (z.B. Seniorentanz)	65	18,9
Möglichkeiten des Gedächtnistrainings	58	16,9
Symptomanzeichen (Pflegerische Informationen)	56	16,3

## 5.2 Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt der Lebensformen

Es konnten *keine signifikanten Zusammenhänge* zwischen den Lebensformen und dem Beratungs- bzw. Informationsbedarf, die funktionalen Gesundheit betreffend, bei 70+ Jährigen festgestellt werden (s. Tab. 62).

Tabelle 62: Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt der Lebensformen

Beratungs- bzw. Informationsthemen	alleine lebend (n=174)		nicht alleine lebend (n=171)		p-Wert
	n	%	n	%	
<b>Beratungsthemen</b>					
Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung	49	28,2	52	30,6	0,637
Beratung zur Durchführung der Vitalzeichenkontrolle	31	17,8	34	20,0	0,680
Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch	55	31,6	63	37,1	0,308
Beratung zur Medikamenteneinnahme	41	23,6	33	19,4	0,361
Beratung zur ärztlichen Abklärung	31	17,8	26	15,3	0,564
Beratung zu Essen / Trinken	42	24,1	36	21,2	0,523
Beratung über das Verhalten im Notfall	72	41,4	76	44,7	0,586
<b>Informationsthemen</b>					
Information zu Symptomanzeichen (Pflegerische Informationen)	27	15,5	29	17,1	0,771
Information für sicheres Wohnen	69	39,7	63	37,1	0,658
Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt	107	61,8	89	52,4	0,082
Information zum Pflegegeld	92	52,9	96	56,5	0,517
Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)	32	18,4	33	19,4	0,891
Information zur Gebührenbefreiung und Mindestsicherung	42	24,1	48	28,2	0,394
Information über die Möglichkeiten des Gedächtnistrainings	26	14,9	32	18,8	0,388

### 5.3 Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt des Pflegegeldbezuges

Es konnten mit Ausnahme der *Information zum Pflegegeld* keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Pflegegeldeinstufung und dem Beratungs- bzw. Informationsbedarf der 70+ Jährigen festgestellt werden.

Bei den N-PGB (n=120, 65,2%) war der Bedarf an Informationen zum Pflegegeld höher als bei den PGB (n=68, 42,5%) (s. Tab. 63). Dieses Ergebnis zeigte hochsignifikante Zusammenhänge auf ( $p < 0,001$ ).

Tabelle 63: Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt der PGB vs. N-PGB

Variablen	N-PGB (n=184)		PGB (n=161)		p-Wert
	n	%	n	%	
<b>Beratungsthemen</b>					
Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung	51	27,7	50	31,3	0,473
Beratung zur Durchführung der Vitalzeichenkontrolle	37	20,1	28	17,5	0,538
Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch	63	34,2	55	34,4	0,979
Beratung zur Medikamenteneinnahme	34	18,5	40	25,0	0,142
Beratung zur ärztlichen Abklärung	33	17,9	24	15,0	0,465
Beratung zu Essen / Trinken	37	20,1	41	25,6	0,223
Beratung über das Verhalten im Notfall	82	44,6	66	41,3	0,536
<b>Informationsthemen</b>					
Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt	102	55,7	94	58,8	0,574
Information zu Symptomanzeichen (Pflegerische Informationen)	33	17,9	23	14,4	0,372
Information für sicheres Wohnen	70	38,0	62	38,8	0,893
Information zum Pflegegeld	120	65,2	68	42,5	<0,001
Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)	34	18,5	31	19,4	0,832
Information zur Gebührenbefreiung und Mindestsicherung	52	28,3	38	23,8	0,342
Information über die Möglichkeiten des Gedächtnistrainings	31	16,8	27	16,9	0,995

### 5.4 Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt des Sturzrisikos

Es zeigte sich bezüglich dem **Beratungsbedarf zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung** ( $p < 0,001$ ) **und zum Informationsbedarf für sicheres Wohnen** ( $p = 0,036$ ) ein *signifikanter Zusammenhang* zwischen gestürzten und nicht gestürzten Personen. Die Gestürzten erhielten mehr Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung (n=65, 39,9%) als die Nichtgestürzten (n=36, 39,9%). **Der Informationsbedarf für sicheres Wohnen** war bei den Gestürzten (n=72, 44,2%) *höher* als bei den Nicht-Gestürzten (n=60, 33,1%) (s. Tab. 64).

Tabelle 64: Unterschiede im Beratungs- bzw. Informationsbedarf zwischen gestürzten und nicht gestürzten 70+ Jährigen

Variablen	nicht Gestürzte (n=182)		Gestürzte (n=163)		p-Wert
	n	%	n	%	
<b>Beratungsthemen</b>					
Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung	36	19,9	65	39,9	<0,001
Beratung zur Durchführung der Vitalzeichenkontrolle	36	19,9	29	17,8	0,620
Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch	60	33,1	58	35,6	0,635
Beratung zur Medikamenteneinnahme	34	18,8	40	24,5	0,195
Beratung zur ärztlichen Abklärung	27	14,9	30	18,4	0,385
Beratung zu Essen / Trinken	39	21,5	39	23,9	0,599
Beratung über das Verhalten im Notfall	81	44,8	67	41,1	0,495
<b>Informationsthemen</b>					
Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt	104	57,8	92	56,4	0,803
Information zum Pflegegeld	98	54,1	90	55,2	0,842
Information zu Symptomanzeichen (Pflegerische Informationen)	23	12,7	33	20,2	0,059
Information für sicheres Wohnen	60	33,1	72	44,2	0,036
Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz)	35	19,3	30	18,4	0,825
Information zur Gebührenbefreiung und Mindestsicherung	46	25,4	44	27,0	0,739
Information über die Möglichkeiten des Gedächtnistrainings	31	17,1	27	16,6	0,889

## 6. Umsetzungen

### 6.1 Umsetzungen der Unterstützungsmaßnahmen durch den SGS

Folgende **Unterstützungsmaßnahmen** wurden nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen den 70+ Jährigen zugesagt, dass diese der **Sozial- & Gesundheitssprengel** für sie durchführen wird: Bei 37 Personen (10,7%) war dies die Vermittlung von Hauskrankenpflege, bei 32 (9,2%) die Besorgung von Hilfsmitteln und in je 30 Fällen (8,6%) die Vermittlung einer Haushaltshilfe und die Hilfestellung zum Pflegegeldantrag. Je 20 Mal (5,8%) leistete der Sprengel Hilfestellung beim Antrag auf Gebührenbefreiung und Mindestsicherung, sowie beim Pflegegelderhöhungsantrag. Bei 19 Personen (5,5%) half er bei der Kontaktvermittlung von Essen auf Rädern. 13 Personen (3,7%) wurde eine Notrufhilfe organisiert, bei 12 Personen (3,5%) übernahm der Sprengel die Weiterleitung der Ergebnisse für eine ärztliche Abklärung. Bei 12 Personen (3,5%) erfolgte eine Kontaktvermittlung zu Gruppenangeboten und bei je 5 Personen (1,4%) die Durchführung einer Wohnraumanpassung bzw. die Vermittlung eines Tagesbetreuungsplatzes. 3 Personen war der Sprengel behilflich bei der Antragstellung auf Mindestsicherung. Bei je einer Person erfolgte die Vermittlung eines Alten- bzw. Pflegeheimplatzes, einer 24h Pflege und einer psychologischen Betreuung durch den Sprengel (s. Abb. 37).

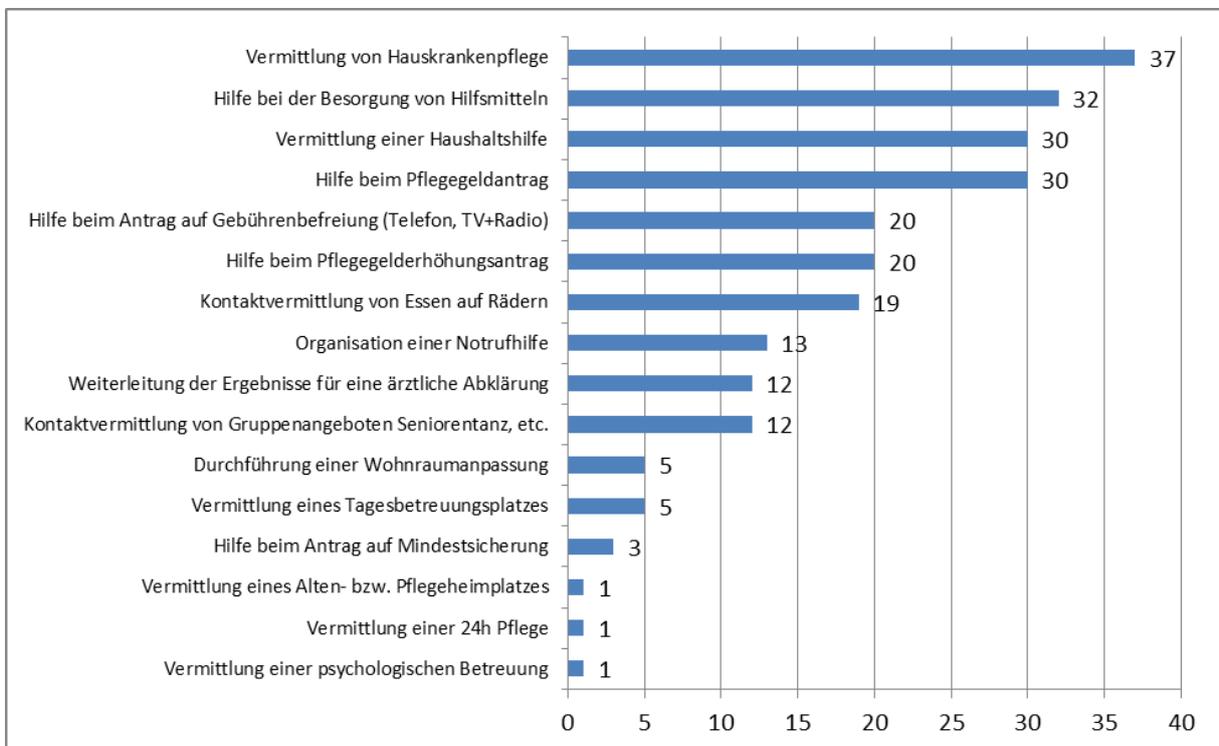


Abbildung 37: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, die der SGS den 70+ Jährigen zur Umsetzung zugesichert hat (Mehrfachantworten)

## 6.2 Geplante Umsetzungen der Unterstützungsmaßnahmen durch die 70+ Jährigen selbst

Folgende **Maßnahmen artikulierten die 70+ Jährigen** nach der Durchführung des pflegerischen Assessments einschließlich der Beratungen oder Informationen durch diplomierte Pflegepersonen **selbst** zu tun:

62 (18%) 70+ Jährige sagten, dass sie die Ergebnisse für eine ärztliche Abklärung weiterleiten würden. 52 (15,1%) Personen meinten, sich selbst Hilfsmittel zu organisieren. Eine Wohnraumanpassung vorzunehmen wurde von 47 (13,6%) Personen angegeben. Eine Notrufhilfe selbstständig zu organisieren, artikulierten 32 (9,3%) Personen und je 31 (9%) 70+ Jährige meinten, sie würden sich eine Haushaltshilfe selbst organisieren bzw. selbst einen Antrag auf Gebührenbefreiung stellen. 29 (8,4%) Personen gaben an, sie würden selbst einen Pflegegeldantrag stellen, 23 (6,7%) sagten, sie würden selbst Kontakt mit der Organisation Essen auf Rädern aufnehmen. Eine individuelle Kontaktaufnahme mit der Hauskrankenpflege bestätigten 21 (6,1%) Personen, 18 (5,2%) Personen meinten, sie würden selbst einen Pflegegelderhöhungsantrag stellen. Gruppenangebote wahrzunehmen, sagten 17 (4,9%) Personen zu, jeweils 14 (4,1%) Personen meinten, sie würden selbst einen Antrag auf Mindestsicherung bzw. einen Antrag auf Alten- bzw. Pflegeheimplatz stellen. In 13 (3,8%) Fällen wurde eine selbstständige Kontaktaufnahme mit einer 24h Pflege und in 12 (3,5%) Fällen mit einem Tagesbetreuungsplatz angegeben. 9 (2,6%) Personen meinten, sie würden sich selbst eine psychologische Betreuung organisieren (s. Abb. 38).

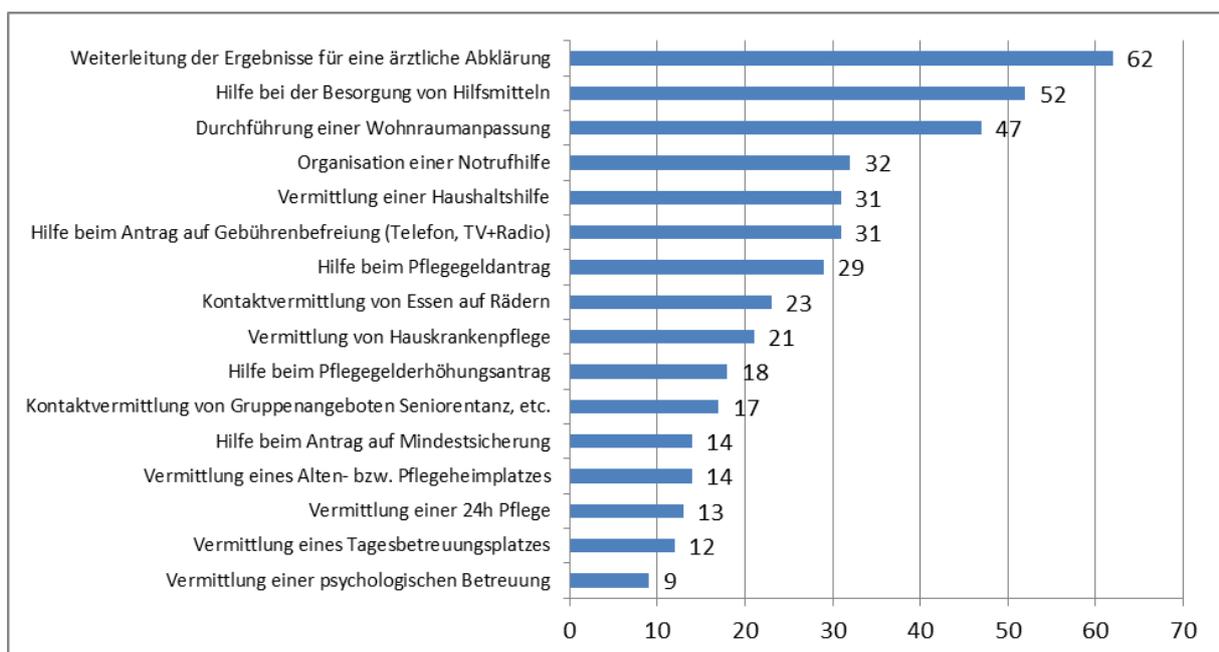


Abbildung 38: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, welche die 70+ Jährigen selbst durchführen würden (Mehrfachantworten)

### 6.3 Geplante Umsetzungen der Unterstützungsmaßnahmen durch Angehörige

Nachfolgend sind jene **Unterstützungsmaßnahmen** angeführt, welche - nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen - den Angehörigen der 70+ Jährigen übertragen würden:

55 Personen (15,9)% sagten, dass die Besorgung von Hilfsmitteln durch Angehörige erfolgen würde. Eine Wohnraumanpassung durch Angehörige bestätigten 53 Personen (15,4%). Hilfe beim Pflegegeldantrag und beim Pflegegelderhöhungsantrag durch Angehörige zu erhalten, wurde von 35 (10,2%) und 33 (9,6%) 70+ Jährigen bestätigt. Jeweils 28 (8,1%) Personen sagten, dass die Angehörigen die Ergebnisse für eine ärztliche Abklärung weiterleiten und einen Antrag auf Gebührenbefreiung stellen würden. Dass eine Notrufhilfe durch die Angehörigen organisiert würde, artikulierten 19 (5,5%) Personen. 13 (3,8%) und 11 (3,2%) 70+ Jährige meinten, die Angehörigen würden ihnen eine Hauskrankenpflege sowie eine Haushaltshilfe besorgen.

Eine Kontaktaufnahme durch die Angehörigen mit der Organisation Essen auf Rädern bestätigten 6 Personen (1,7%), zudem gaben 5 Personen (1,5%) an, dass die Angehörigen die Vermittlung eines Alten- bzw. Pflegeheimplatzes vornehmen würden. Die Kontaktvermittlung von Gruppenangeboten durch Angehörige (1,2%) und eines Tagesbetreuungsplatzes wurde in jeweils 4 Fällen (1,2%) artikuliert. Jeweils 2 (0,6%) Personen bestätigten, die Angehörigen würden ihnen Hilfe beim Antrag auf Mindestsicherung leisten sowie eine 24h Pflege und eine psychologische Betreuung organisieren würden (s. Abb. 39).

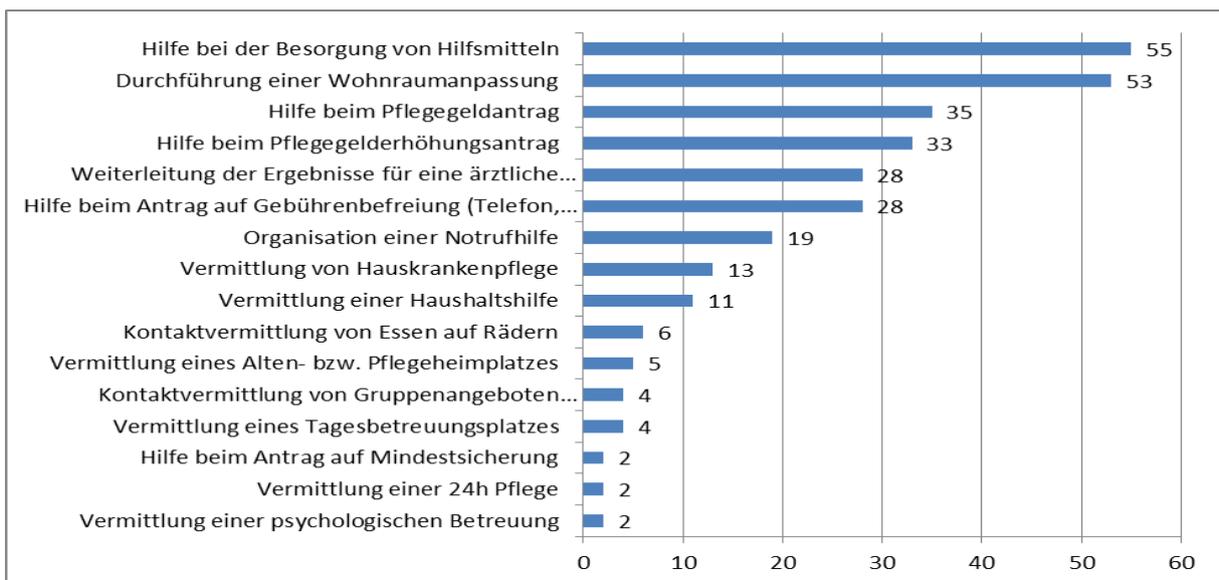


Abbildung 39: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, die den Angehörigen von den 70+ Jährigen übertragen würden (Mehrfachantworten)

## 6.4 Ablehnung der Unterstützungsmaßnahmen durch die 70+ Jährigen

Folgende **Unterstützungsmaßnahmen** nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen wurden von den 70+ Jährigen abgelehnt: 32,3% der Personen (n=105) lehnten eine Kontaktvermittlung zu Gruppenangeboten und 23,8% (n=78) eine Vermittlung zu sozialen Kontakten generell ab. 23,1% (n=74) stimmten der Vermittlung eines Alten- bzw. Pflegeheimplatzes nicht zu. Um die 20% der 70+ Jährigen verweigerten die Organisation einer Notrufhilfe (n=69) sowie die Vermittlung einer 24h Pflege (n=65) und eines Tagespflegeheimplatzes (n=61). 14,6% (n=47) lehnten die Vermittlung einer psychologischen Betreuung und jeweils 10% (n=33) die Kontaktvermittlung von Essen auf Rädern sowie einer Wohnraumanpassung ab. Etwa 7% verzichteten auf die Hilfe beim Antrag auf Mindestsicherung (n=25), auf Gebührenbefreiung (n=25), auf Pflegegeld (n=23) sowie auf die Vermittlung einer Haushaltshilfe (n=23). Etwa 5% lehnten die Hilfe beim Pflegegelderhöhungsantrag (n=18), bei der Besorgung von Hilfsmitteln (n=16) und bei der Weiterleitung der Ergebnisse für eine ärztliche Abklärung (n=13) ab (s. Abb. 40).

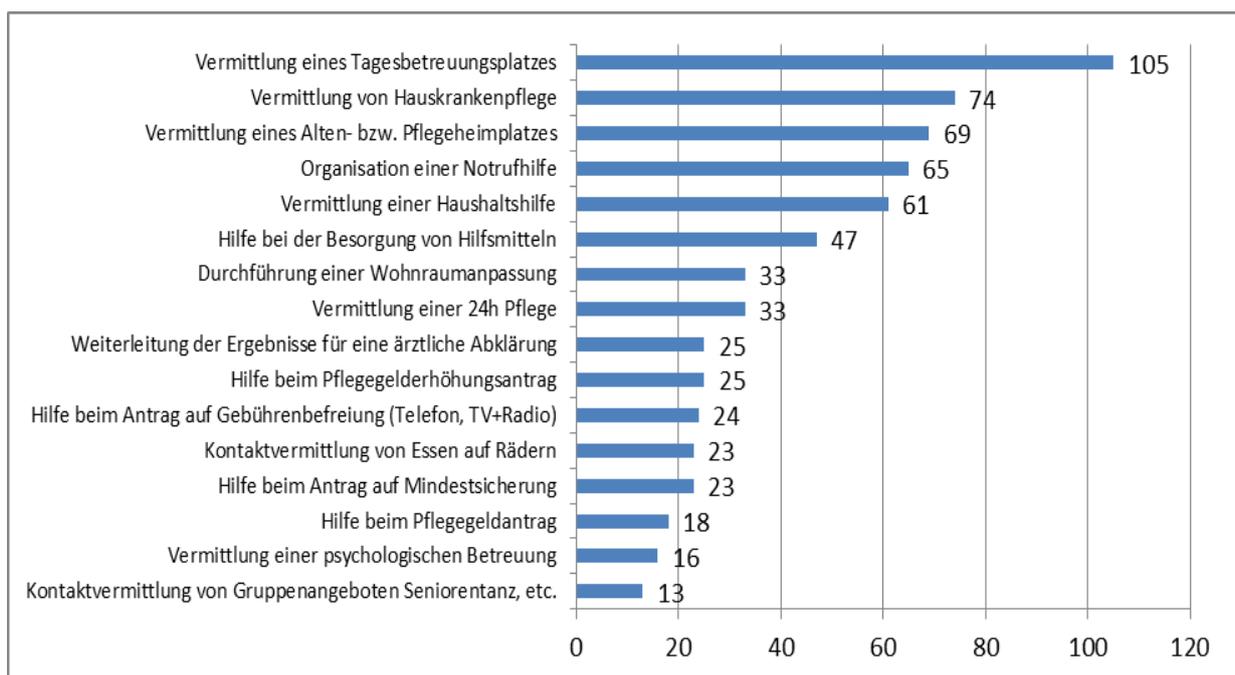


Abbildung 40: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, die von den 70+ Jährigen abgelehnt wurden (Mehrfachantworten)

## IV. Diskussion und Ausblick

Im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention älterer zu Hause lebender Menschen wurde das Projekt „Präventive Seniorenberatung in Tirol im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen“ seitens des Landes Tirol – Abteilung für Soziales im Herbst 2011 initiiert. Aus der Literatur ist bekannt, dass „Präventive Hausbesuche“ einschließlich Seniorenberatungen das Eintreten von Pflegebedürftigkeit verzögern, gesundheitsförderliche, präventive Potentiale ausschöpfen und Gesundheitsrisiken minimieren sowie die Selbstpflegekompetenz älterer Menschen erhöhen (Weidner 2005, Stuck 2002, in: DIP 2008).

Das Institut für Pflegewissenschaft der UMIT (Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik) wurde mit der wissenschaftlichen Leitung des Projektes beauftragt (Anm.: Folgend wird nicht mehr von einem Projekt, sondern von einer Studie gesprochen).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden bei 345 70+ Jährigen in Tirol zu Hause lebenden Menschen „Präventive Hausbesuche“ durch diplomierte Pflegepersonen durchgeführt. Die „Präventiven Hausbesuche“ beinhalteten in der ersten Phase die Durchführung *eines pflegerischen 3-teiligen EDV-unterstützten Assessments*, in der zweiten Phase, ausgehend von identifizierten Defiziten, die funktionale Gesundheit der 70+ Jährigen betreffend, entsprechende **Beratungen und Informationen**. Das pflegerische Assessment in der vorliegenden Fassung bildet nach Meinung der Autoren die funktionale Gesundheit von 70+ Jährigen sowohl aus individueller als auch aus Fremdsicht umfassend ab. Eine Tirol weite Anwendung des genannten pflegerischen Assessments im Form von „Präventiven Hausbesuchen“ hätte den Vorteil, dass einheitlich erfasste Daten, die funktionale Gesundheit von 70+ Jährigen zu Hause lebenden Menschen betreffend, dem Land Tirol (der Abteilung für Soziales) vorlägen und - abgeleitet davon - zielgerichtete Planungen von Ressourcen möglich wären.

Ganz wesentlich bei der Durchführung der „Präventiven Hausbesuche“ war, dass gleich im Anschluss an das pflegerische Assessment, sofern Defizite die funktionale Gesundheit 70+ Jähriger betreffend von den diplomierten Pflegepersonen erkannt wurden, gezielte Beratungen und Informationen erfolgten. Dazu standen den Pflegepersonen 14 standardisiert formulierte Beratungs- und Informationsthemen einschließlich Inhalten zur Verfügung. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, bestand bei den 70+ Jährigen sehr großer Beratungs- und Informationsbedarf hinsichtlich der funktionalen Gesundheit. Es waren nur 19 von 345 Personen, bei denen sich kein Beratungs- bzw. Informationsbedarf zeigte. Bei den meisten 70+ Jährigen (n=63) wurden drei

Beratungen bzw. Informationen, gefolgt von vier Beratungen bzw. Informationen bei 50 Personen und zwei Beratungen bzw. Informationen bei 49 Personen durchgeführt. Interessant erscheint, dass bei sieben Personen alle 14 vorgeschlagenen Beratungs- und Informationsinhalte zur Anwendung kamen. Im Kontext der Durchführung von Beratungen und Informationen mittels vorliegendem EDV-unterstütztem Beratungs- und Informationsbogen einschließlich standardisierter Inhalte sehen die Autoren zwei Vorteile. Einerseits den Vorteil für die betroffenen 70+ Jährigen selbst, dass diese zielgerichtet, auf erkannte Defizite bzw. Ressourcen, die funktionale Gesundheit betreffend, von professionell Pflegenden zu Hause beraten bzw. informiert werden. Andererseits für das Land Tirol (die Abteilung Soziales), dass, wenn Beratungen und Informationen in Form von „Präventiven Hausbesuchen“ Tirol weit standardisiert durchgeführt würden, vergleichbare Daten zum Beratungs- und Informationsbedarf von 70+ Jährigen vorlägen. Auch hier wären abgeleitet davon zielgerichtete Planungen von Ressourcen möglich. Zudem könnten mögliche Beratungs- und Informationserfolge bzw. –misserfolge aufgezeigt werden.

**Die Rekrutierung** 70+ jähriger zu Hause lebender Menschen zur Teilnahme an der Studie gestaltete sich nicht ganz einfach. Obwohl in diversen gemeindenahen Medien, Veranstaltungen für Senioren eine Ankündigung des Angebotes „Präventive Seniorenberatung“ erfolgte, die jeweiligen Bürgermeister der Gemeinden/Städte ein Großteil der 80+ jährigen Personen mittels persönlichem Schreiben ersucht hatten, die „Präventiven Hausbesuche“ einschließlich Seniorenberatungen in Anspruch zu nehmen, sowie die Altersgruppe von 80+ auf 70+ Jährige ausgeweitet wurde, meldeten sich von sich aus nur wenige 70+ jährige Personen zur Teilnahme. Verschiedene Untersuchungen (z.B. IACS-Projekt, 2012, Eurofamcare, 2006) bestätigen, dass ältere zu Hause lebende Menschen Beratungen und unterstützende Angebote vielfach deshalb nicht in Anspruch nehmen, da einerseits ein Informationsmangel über Sinn und Zweck gegeben ist, andererseits Befürchtungen bei den Betroffenen vorherrschen, dass eine mögliche Pflegebedürftigkeit – mit der Folge des möglichen Angewiesenseins auf Dritte und dem Verlust der Autonomie - konstatiert wird (Strümpel & Wild 2012). Nicht unerwähnt darf in diesem Kontext bleiben, dass ältere Personen, die bereits Pflegegeld beziehen, „Präventiven Hausbesuchen“ einschließlich Seniorenberatungen möglicherweise deshalb skeptisch gegenüber stehen, da sie einen möglichen Verlust des Pflegegeldes befürchten.

Dass letztendlich 345 70+ jährige zu Hause lebende Personen einen „Präventiven Hausbesuch“ einschließlich Beratungen und Informationen in Anspruch nahmen, ist vorwiegend dem Einsatz von diplomierten Pflegepersonen der 13 Sozial- & Gesundheitssprengel, in welchen die Studie durchgeführt wurde, zu verdanken. Diese gingen aktiv auf mögliche Probanden zu, erklärten diesen den Sinn und Zweck der Seniorenberatungen, hoben den möglichen Nutzen der Inanspruchnahme der Seniorenberatung hervor und gingen, wenn Befürchtungen und Ängste artikuliert wurden, auf

diese ein. So gelang es, bei 345 70+ jährigen Personen aus 13 Sozial- & Gesundheitssprengeln Tirols Seniorenberatungen in Form von „Präventiven Hausbesuchen“ durchzuführen, mit dem Ziel, den möglichen Beratungsbedarf genannter Personen auf Basis des individuellen funktionalen Gesundheitszustandes zu erheben.

### ***Aktuelle Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege***

Vorliegende Studie zeigt, dass mehr 70+ jährige zu Hause in Tirol lebende Menschen **Haushaltshilfe** (n= 255, 74%) denn **Pflege** (n=142, 41,2%) in Anspruch nehmen. Zudem wurde deutlich, dass mit zunehmendem Alter vermehrt Haushaltshilfe (Anm.: hier zeigten sich signifikante Ergebnisse im Vergleich 80+ Jährige und 70-79-Jährige) und Pflege in Anspruch genommen werden.

Dass Angehörige bei der *Unterstützung im Haushalt* und der *Pflege* älterer Menschen eine bedeutende Rolle spielen, zeigt sich im Rahmen der vorliegenden Studie sehr deutlich. 70+ Jährige nehmen sehr wohl Haushaltshilfe und Pflege durch externe Anbieter in Anspruch, jedoch zum überwiegenden Teil sind es die Angehörigen, die die 70+ Jährigen im häuslichen Setting entsprechend unterstützen. Bezugnehmend auf das Verwandtschaftsverhältnis war es mehrheitlich das eigene Kind (die Tochter bzw. der Sohn (42%)), gefolgt von der Schwiegertochter bzw. dem Schwiegersohn (19%) und dem Ehepartner (14%), die Pflege bzw. Haushaltshilfe leisten. Wichtig in diesem Kontext ist, dass die Unterstützung im Haushalt und bei der Pflege durch Angehörige als wesentliche Ressource der 70+ Jährigen, die funktionale Gesundheit betreffend, zu sehen ist.

Bei der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege ist der Aspekt der Lebensform der 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen von Bedeutung. In der vorliegenden Studie waren die *alleine zu Hause lebenden* 70+ jährigen Personen vorrangig Frauen und vorrangig verwitwet. Die Männer lebten mehrheitlich mit der Ehepartnerin denn mit einem anderen Angehörigen im selben Haushalt. Tendenziell standen hochbetagten Ehemännern ihre Gattinnen für Pflege und Haushaltshilfe zur Verfügung, während der Großteil der Frauen dieser Altersgruppe keinen Helfer im Haushalt hatte, jedoch häufig von den eigenen Kindern unterstützt wurde.

Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege durch Angehörige finden in einer Vielzahl an Studien Bestätigung. Es ist evident, dass Partner und Töchter vorrangig pflegende Angehörige darstellen, die unter zahlreichen Einschränkungen aufgrund von finanziellen Einbußen, reduzierter Sozialkontakte und verringerter Zeitressourcen für die Familien zu leiden haben (Reggentin, 2005, Gräßel, 2000,). Gräßel (1998) nennt die pflegenden Angehörigen deshalb auch „verborgene Patienten“ bzw. potentielle Patienten. Die Bedeutung von pflegenden Angehörigen in

Österreich zeigt sich darin, dass sie einerseits den größten Pflege- und Betreuungsdienst und andererseits, aus ökonomischer Sicht für Österreich, ein immenses Potential darstellen (ÖBIG, 2005). Deshalb sind adäquate Entlastungsangebote erforderlich, um die Pflege des Familienmitgliedes zuhause durchführen zu können. Aus der Studie von Mantovan et al. (2010) konnten verschiedene Entlastungsinterventionen mit positiven Effekten auf die Belastung, Depressivität, subjektive Wohlbefinden, Fähigkeiten/Wissen, Symptome des Pflegebedürftigen und Institutionalisierung aufgezeigt werden. Multimodale Angebote (*Angehörigenberatung* zur einzelfallbezogenen Strategieentwicklung der benötigten Hilfe, *pflegeentlastende Angebote* zur direkten Entlastung von der Pflegesituation, *psycho-educative Angebote* zur Stärkung der Lösungs- und Bewältigungsstrategie sowie *Trainingsprogramme* zur Stärkung der Handlungskompetenz) für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige verzögern die Institutionalisierung des Pflegebedürftigen und führen zu einer Reduktion von typischen Verhaltensauffälligkeiten.

### **Bedarf an sozial-institutionellen Informationen und Beratungen**

Von allen Beratungs- bzw. Informationsthemen<sup>5</sup> war der *Bedarf für Informationen zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde bzw. Stadt* (n=196, 57%) bei den 70+ Jährigen am höchsten. Im Speziellen waren es die *alleine Lebenden* (n=107, 61,8%), bei denen erhöhter Informationsbedarf zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde bzw. Stadt seitens der diplomierten Pflegepersonen erhoben werden konnte. In der aktuellen Literatur werden ältere alleine lebende Menschen vielfach als „vulnerable“ Gruppe bezeichnet (Iliffe et al., 2007). Gem. Horn, Schaeffer (2013) werden alleine Lebende als besonders gefährdet eingeschätzt, da sie durch Vereinsamung, Verwahrlosung aufgrund von Mangel an sozialen Kontakten aber auch von Fehlen der sozialen Kontrolle mehr bedroht sind als andere Menschen. Darüber hinaus bestätigten internationale Studien das größere Risiko für klinische Symptome einer Depression bei älteren allein lebenden Menschen (Cheng et al. 2008, Eshbaugh, 2008, Sicotte et al., 2008, Wilson et al., 2008, Chou et al., 2006). Aus Evaluierungsgesprächen mit den diplomierten Pflegepersonen, welche die Beratungen bzw. Informationen im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführt haben, wurde deutlich, dass großer Mangel an Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde bzw. Stadt bei den 70+ Jährigen bestand. Auf die Frage an die 70+ Jährigen, warum sie keine Informationen dazu hätten, wurden Aussagen, wie „Das brauche

<sup>5</sup> **Beratungs- bzw. Informationsthemen:** Information zu Angeboten sozialer Dienste der Gemeinde/Stadt, Beratung zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung, Beratung zur Durchführung der Vitalzeichenkontrolle, Information zu Symptomanzeichen, Information für sicheres Wohnen, Beratung zur/m Hilfsmittelbeschaffung/-gebrauch, Beratung zur Medikamenteneinnahme, Beratung zur ärztlichen Abklärung, Information zum Pflegegeld, Information zu Gruppenangeboten (z.B. Seniorentanz), Beratung zu Essen/Trinken, Information zur Gebührenbefreiung und Mindestsicherung, Beratung über das Verhalten im Notfall, Information über die Möglichkeiten des Gedächtnistrainings

ich noch nicht“ bzw. „Soweit bin ich noch nicht“, „Ich möchte nicht im Heim enden“ u. ä. getätigt. Im Rahmen von Seniorenberatungen ist dem Aspekt der Ängste von älteren Menschen sensible Bedeutung beizumessen. Die Angst des möglichen Erkennens, dass ein Leben alleine zu Hause nur mehr mit Hilfe von Dritten (Angehörigen, soziale Dienste, etc.) oder vielleicht gar nicht mehr möglich ist, erzeugt Ängste bei den Betroffenen. Gründe hierfür liegen nach Kruse (2005) in der wahrgenommenen Verletzlichkeit und in der zunehmenden Anfälligkeit für chronische Erkrankungen sowie den funktionellen Einbußen. Heusinger (2009, S. 6f) impliziert für ältere Menschen schlimme Erfahrungen bzw. persönliche Bedrohungen, wenn sie durch den Umzug ins Heim ihre Autonomie sowie ihre bisher gewohnten sozialen Beziehungen nicht mehr pflegen können. Die Befürchtung, dass im Zuge von „Präventiven Hausbesuchen“ einschließlich Seniorenberatungen persönliche Defizite (körperlich, geistig) evident werden, kann nach Meinung der Autoren auch als Grund dafür gesehen werden, dass viele der 70+ Jährigen von sich aus bis zum Zeitpunkt der Durchführung der „Präventiven Hausbesuche“ noch keine Beratungen in Anspruch genommen haben, obwohl, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, entsprechender Bedarf gegeben war. Dass die konkrete Vermittlung von Tagesbetreuungsplätzen, Alten- oder Pflegeheimen sowie von Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe und 24-Stunden-Pflege vielfach mit der Begründung abgelehnt wurde, dass Angehörige zur Pflege und Haushaltshilfe zur Verfügung stünden, kann als Untermauerung zuvor genannter Aussagen gesehen werden.

Der Bedarf an *sozial-institutionellen Beratungen zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen Lebens zu Hause* wird unter dem Aspekt der Lebensform der 70+ Jährigen (alleine lebend versus nicht alleine lebend) einer näheren Diskussion zugeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass alleine lebende 70+ Jährige hinsichtlich der *subjektiven Einschätzung ihres kognitiven, emotionalen und körperlichen Zustandes, der sozialen Teilhabe sowie von Schmerzen* keine signifikanten Unterschiede zu den nicht alleine lebenden 70+ Jährigen aufwiesen. Dieses Ergebnis steht somit im Gegensatz zur aktuellen Literatur (Iliffe et al., 2007). Die Verwendung standardisierter Instrumente (Barthel-, IADL-Index) jedoch machte eine signifikant höhere Selbstpflegekompetenz (Anm.: Essen, Bewegung, Körperpflege, Ausscheidung, An- und Auskleiden) bei *alleine lebenden* im Vergleich zu den *nicht alleine lebenden 70+ Jährigen* deutlich. Dieses Ergebnis findet auch in den Ergebnissen von Bilotta et al. (2010) und Gustavson, Lee (2004) Bestätigung. Eine mögliche Erklärung für die höhere Selbstpflegekompetenz bei den alleine Lebenden im Vergleich zu den nicht alleine Lebenden sehen die Autoren darin, dass diese Gruppe an älteren Personen, aufgrund dessen, dass sie auf sich alleine gestellt ist, möglichst lange bestrebt bzw. gefordert ist, den Lebensalltag selbstständig zu bestreiten. Diese für die Gruppe der alleine lebenden 70+ Jährigen positiven Ergebnisse dürfen aber nach Meinung der Autoren nicht darüber hinweg täuschen, dass wie bereits zuvor erwähnt, das Leben alleine im Alter besonderen Risiken ausgesetzt ist. Seniorenberatungen in Form von „Präventiven Hausbesuchen“ sind bei dieser Personengruppe –

vor allem im höheren Alter (über 80 Jahren) von größter Bedeutung. Diese können mögliche Problembereiche (z. B. Isolation, Verwahrlosung aufgrund von Mangel an sozialen Kontakten, mögliche Gesundheitsprobleme u. ä.) aufzeigen. Nach professioneller Einschätzung kann diesen mit entsprechenden Maßnahmen begegnet werden. Horn, Schaeffer (2013) berichten in ihrer Studie, dass alleine die Präsenz einer Betreuungs- oder Pflegeperson in der häuslichen Umgebung dazu beiträgt, die langen Tage in sozialer Isolation zu durchbrechen und ein Minimum an Kommunikation und Kontakt zu ermöglichen.

### **Bedarf an finanz-rechtlichen Informations- und Beratungsthemen**

Ähnlich hoher Informationsbedarf wie bei sozial-institutionellen Themen war im Rahmen der vorliegenden Studie der *Informationsbedarf an finanz-rechtlichen Themen*.

*Das Pflegegeld:* Von den 345 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen waren 53% (n=184) *keiner* und 47% (n= 161) *einer* Pflegestufe zugeordnet. Von den Personen, die einer Pflegestufe zugeordnet waren, befand sich der größte Teil der Personen mit ca. 18% in der Pflegestufe 2. In den Pflegestufen 5 und 6 waren nur wenige, in Pflegestufe 7 keine 70+ jährigen Personen, was nach Meinung der Autoren damit begründet werden kann, dass ab einer Pflegestufe 4 zum größeren Teil institutionelle Pflege in Anspruch genommen wird. Das Durchschnittsalter der *Nichtpflegegeldbezieher (N-PGB)* betrug 82,6 Jahre, das der *Pflegegeldbezieher (PGB)* 84,3 Jahre. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass mit zunehmendem Alter die Inanspruchnahme von Pflegegeld steigt (Anm.: der Pflege- und/oder Betreuungsbedarf steigen). Interessant dennoch, dass sich 53% der 80+ Jährigen in keiner Pflegestufe befanden (Anm.: bei den 70-79 Jährigen waren dies ca. 55%). Eine mögliche Begründung für die große Anzahl an Personen hohen Alters ohne Pflegegeldeinstufung könnte im gewohnten Lebensstil der Befragten zu sehen sein, dass aufgrund der regionalen Gegebenheiten diese von Jugend bis ins höhere Lebensalter sportlich tätig waren.

Die Frage, ob sie ausreichend über das Pflegegeld informiert seien, beantworteten 80,5% aller 70+ Jährigen mit „ja“. Ungeachtet dessen wurde nach Durchführung des pflegerischen Assessments der 70+ Jährigen bei ca. 65% (n=120) der *Nichtpflegegeldbezieher (N-PGB)* entsprechender Informationsbedarf seitens der Pflegenden zur Beantragung von Pflegegeld festgestellt, obwohl die N-PGB im Vergleich zu den PGB höhere Punktwerte in den komplexen Aktivitäten der Selbstversorgung (IADL Index: MW=6 Punkte) und bei der Hilfsbedürftigkeit (Barthel Index: MW=75 Punkte) aufwiesen. In 9% der Fälle leistete der jeweilige Sozial- & Gesundheitssprengel Hilfestellung bei der Beantragung von Pflegegeld. 9% der N-PGB wollten den Pflegeantrag selbst stellen bzw. 10%

wollten dabei die Hilfe Angehöriger in Anspruch nehmen. 5% aller N-PGB lehnten die Beantragung von Pflegegeld ab.

Bei den *Pflegegeldbeziehern* zeigten sich Einschränkungen in den komplexen Aktivitäten der Selbstversorgung (IADL-Index: MW=4 Punkte, Barthel Index: 79 Punkte). Dies erklärt den hohen Bedarf an Informationen zur Beantragung von Pflegegelderhöhungen (16% der Fälle). In ca. 6% der Fälle leistete der jeweilige Sozial- & Gesundheitssprengel Hilfestellung bei der Beantragung der Pflegegelderhöhung. 6% der PGB gaben an, selbst einen Pflegegelderhöhungsantrag zu stellen. 5% lehnten eine Pflegegelderhöhungsantragsstellung ab. Die relativ geringe Akzeptanz der Hilfestellung bei der Antragstellung bzw. Erhöhungsantragsstellung durch die jeweiligen Sozial- & Gesundheitssprengel interpretieren die Autoren der vorliegenden Studie in den bereits beschriebenen möglichen Befürchtungen der Betroffenen, die bis dato gelebte Autonomie zu verlieren. Der Vorzug hierbei seitens der 70+ Jährigen liegt bei der selbst durchgeführten Antrag- bzw. Antragerhöhungsstellung bzw. bei der Unterstützung durch Angehörige.

Bei Betrachtung der *Anzahl an identifizierten Defiziten* (n=31) (PGB vs. N-PGB), die funktionale Gesundheit betreffend (s. Tab. 60), ist hochsignifikant erkennbar, dass PGB deutlich mehr Defizite (n=17) im Schnitt aufwies im Vergleich zu N-PGB (n=14). Den Autoren der vorliegenden Studie ist in diesem Zusammenhang dennoch wichtig aufzuzeigen, dass es bei den N-PGB sehr wohl Personen gab, die trotz hoher evidenter Defizite (20 Defizite: 4 Personen, 21 Defizite: 4 Personen, 22 Defizite: 5 Personen, 23 Defizite: 1 Person, 24 Defizite: 2 Personen, 25 Defizite: 3 Personen, 26 Defizite: 2 Personen) kein Pflegegeld bezogen hatten. Für speziell diese Gruppe an Personen waren die „Präventiven Hausbesuche“ unter dem Fokus der Information zur Beantragung von Pflegegeld aus Sicht der Autoren von großer Bedeutung. Nicht unerwähnt darf hier bleiben, dass der Bezug von Pflegegeld für 53,3% der 70+ Jährigen eine wesentliche Ressource, die funktionale Gesundheit betreffend, darstellt.

Die diplomierten Pflegepersonen erklärten in *Evaluierungsgesprächen*, dass obwohl ein großer Anteil an 70+ Jährigen artikuliert hatte, über ausreichende Information zum Pflegegeld zu verfügen, deren Wissen darüber vielfach nicht der gelebten Realität entsprach. Bei einer Vielzahl 70+ Jährigen zeigten die Ergebnisse des pflegerischen Assessments, dass entweder die Pflegestufe zu gering bemessen war bzw. dass ein Antrag auf Pflegegeld gestellt werden sollte. Die Gründe, warum sich pflege- und/oder betreuungsbedürftige ältere Menschen oftmals nicht in der angemessenen Pflegestufe befinden, sind vielfältig. Es ist evident, dass pflege- und/oder betreuungsbedürftige Menschen oftmals nicht dem angemessenen Bedarf entsprechend eingestuft sind (Deufert, 2009). Zudem ist evident, dass ältere alleine lebende Menschen von sich aus nur ungern Neu- bzw. Änderungsanträge stellen bzw. im Rahmen von Arztbesuchen es wenige zeitliche Ressourcen dafür gibt, ausgiebige Informationen zu erhalten (Röling, 2009).

Aus Sicht der Autoren wäre es *sehr wichtig*, *Folgeberatungen* in Form von „Präventiven Hausbesuchen“ durchzuführen. Diese könnten Aufschluss darüber geben, ob die 70+ Jährigen, die angegeben hatten, Pflegegeldanträge bzw. –erhöhungsanträge selbst oder mit Hilfe von Angehörigen zu stellen, dies auch entsprechend umgesetzt haben.

### **Bedarf an gesundheitlich-pflegerischen Beratungsthemen**

Großer Beratungsbedarf zeigte sich im Zusammenhang mit identifizierten Defiziten, **die motorische Leistungsfähigkeit** der 70+ Jährigen betreffend. So gab ein Großteil der 70+ Jährigen an, unter Gangunsicherheit (n=237, 68,7%) und Schwierigkeiten beim Treppensteigen (n=208, 63,3%) zu leiden, sowie ein Hilfsmittel zur Fortbewegung (n=193, 56%) zu verwenden. Knapp 50% der 70+ Jährigen artikulierten im letzten Jahr mindestens einmal zu Sturz gekommen zu sein. Die Ergebnisse lassen Vergleiche mit Ergebnissen von Johnson et al. (2007) zu, demnach ca. 30% der Menschen im Alter von >65 Jahren mindestens einmal im Jahr stürzen, wobei die Sturzquote mit Zunahme des Alters proportional ansteigt (Haselwanter–Schneider et al. 2010). Bedeutend im Zusammenhang mit „Präventiven Hausbesuchen“ ist, dass in 27% der Fälle als Sturzort die eigene Wohnung tagsüber und in 10% der Fälle die eigene Wohnung nachts angegeben wurde. Der Sturzort „eigene Wohnung“ findet in der Literatur Bestätigung (Huhn 2005, Heinze et al., 2004).

Laut WHO (2004) ist der erste Schritt im Rahmen der Sturzprophylaxe, den sturzgefährdeten Menschen zu identifizieren. Hierbei gilt es, die Sturzursachen bzw. Sturzrisikofaktoren als multifaktorielles Ereignis zu erfassen (Rubenstein, 2006, Heinze et al., 2004, Schwendimann 2000). So konnten in der vorliegenden Studie 20 Sturzrisikofaktoren (s. Tab. 24) bei den 70+ Jährigen identifiziert werden, die das erhöhte Sturzrisiko aufgrund einer beeinträchtigten motorischen Leistungsfähigkeit hinsichtlich des Gehens und des Treppensteigens, von Schmerzen, Schlafstörungen, der Krankheitsbilder, der Medikation und des schlechten Barthel- und IADL-Index bestätigten. Entsprechend des Risikoprofils zeigte sich im Vergleich nicht gestürzte vs. gestürzte 70+ Jährige ein signifikant höherer Beratungsbedarf *zur gezielten Bewegung und Mobilitätsverbesserung* (20% vs. 40%) bzw. zu *Informationen für sicheres Wohnen* (33% vs. 44%).

Bei 35,6% der Gestürzten wurde zudem im Vergleich zu den nicht Gestürzten verstärkt Beratungen zum/r Hilfsmittelbeschaffung (vs. 33%) sowie zur Medikamenteneinnahme (24,5 vs. 19%) durchgeführt. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten aufgrund dessen, dass die „Präventiven Hausbesuche“ einmalig bei 70+ Jährigen durchgeführt wurden, kaum Wohnraumanpassungen zur Reduzierung physikalischer Sturzfallen (Beleuchtung, Schuhwerk) durchgeführt werden. Das Risikoprofil der 70+ Jährigen verweist auf pflegebegründende und sehr häufig vorkommende Defizite

hin und verlangt nach Meinung der Autoren multifaktorielle Interventionen hinsichtlich Überprüfung, Anpassung der Medikation, Training zur Balance- und Muskelkräftigung, Ausdauer, individuelle Förderung der Selbständigkeit in den ATL, Gefahrenanalyse und Beseitigung mit umfassender Beratung und Behandlung von orthostatischen Störungen (Salminen et al., 2009, Elley et al., 2008, Mahoney et al., 2007, Shumway Cook et al., 2007, La Grow et al., 2006), welche im Rahmen eines Case Managements mittels multiprofessionellem Team umgesetzt werden könnten.

Ergebnisse von Luck et al. (2011) konnten die Wirksamkeit der Intervention „Präventiver Hausbesuche“ auf die Sturzhäufigkeit selbst im hohen Alter (80+ Jahre) aufzeigen, insbesondere aufgrund eines systematischen Vorgehens einschließlich einer umfassenden Identifikation einer Vielzahl von möglichen Risikofaktoren für Stürze, der Evaluation der Risikofaktoren in multiprofessionalen Fallkonferenzen sowie der Entwicklung und Implementierung von individuell zugeschnittenen Interventionen. Eine vergleichbare wirksame Sturzprophylaxe bei 70+ jährigen in Tirol zu Hause lebenden Menschen kann nach Meinung der Autoren lediglich im Kontext mit einer häufigeren Anzahl an durchgeführten „Präventiven Hausbesuchen“ und mittels eines Case-Management mit einem multiprofessionellen Team durchgeführt werden.

## V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis

Die Studie „Präventive Seniorenberatung in Tirol im Rahmen von Präventiven Hausbesuchen“ hatte zum Ziel, sich dem Bedarf von 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen nach individueller Beratung und Information zu Fragen der Gesundheitsvorsorge und –sicherung zu öffnen.

Als herausragende Ergebnisse der Studie zeigten sich einerseits die großen Schwierigkeiten in der Rekrutierung von 70+ Jährigen zur Inanspruchnahme von „Präventiven Hausbesuchen“. Das pflegerische Assessment brachte viele Defizite mit Bezug zur individuellen Selbstversorgungskompetenz von 70+ jährigen, in Tirol zu Hause lebenden Menschen zutage und abgeleitet davon konnte ein großer Bedarf an Beratungen bzw. Informationen hinsichtlich finanziell-rechtlicher und sozial-institutioneller Themen zur Unterstützung eines selbstständigen Lebens zu Hause aufgezeigt werden.

Es wäre daher sinnvoll, wenn 70+ jährigen zu Hause lebenden Menschen in regelmäßigen Abständen kostenlose „Präventive Hausbesuche“ im Sinne der Studie angeboten würden. Dadurch könnten einerseits der Effekt der jeweils getätigten Beratungen bzw. Informationen beim Einzelnen bewiesen, andererseits jedem einzelnen 70+ Jährigen ein Gefühl der persönlichen Sicherheit und Unterstützung in der Bewältigung des Lebensalltags zu Hause vermittelt werden.

Die Autoren der vorliegenden Studie geben resultierend aus den Ergebnissen folgende Empfehlungen ab.

- Es soll eine **systemische Integration von „Präventiven Hausbesuchen“** (einschließlich Seniorenberatungen) in das Tiroler Gesundheitssystem erfolgen.
- Die **Verortung** der „Präventiven Hausbesuchen“ (einschließlich Seniorenberatungen) hat in allen Sozial- & Gesundheitssprengeln Tirols zu erfolgen. (Anm.: Dies deshalb, da SGS einen großen Bekanntheitsgrad als Gesundheitseinrichtungen des Landes Tirol haben und über flächendeckende Angebotsstrukturen im Land Tirol verfügen.)
  - Basis für die „Präventiven Hausbesuche“ (einschließlich Seniorenberatungen) stellen das im Rahmen der vorliegenden Studie entwickelte pflegerische Assessment (s. Kapitel II, 3) sowie ein entwickelter Beratungs- und Informationsbogen (s. Kapitel II, 4.2) dar.
  - Die Durchführung hat durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu erfolgen. (Anm.: Dies deshalb da diplomierte Pflegepersonen in SGSn tätig sind und vom Berufsbild gem. GuKG 1997, §14 (1) berechtigt sind, im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich pflegerische Assessments sowie pflegerrelevante Beratungen durchzuführen).

- Um die Effekte von „Präventiven Hausbesuchen“ (einschließlich Seniorenberatungen) auf die Reduzierung bzw. zu mindestens Aufrechterhaltung der individuellen Pflegebedürftigkeit, die Erhöhung des Vertrauens in die kommunale Angebotsstrukturen und die mögliche Reduktion von Heimeintritten 70+ Jährigen evaluieren zu können, werden **Folgebesuche bzw. telefonische Kontaktaufnahme (n) innerhalb von drei Monaten** nach dem ersten „Präventiven Hausbesuch“ empfohlen.
- „Präventive Hausbesuche“ sind für die 70+ Jährigen **kostenlos anzubieten**. (Dies deshalb, da ansonsten anzunehmen ist, dass diese aufgrund der anfallenden Kosten von den 70+ Jährigen nicht in Anspruch genommen werden).
- Die Teilnahme erfolgt **auf freiwilliger Basis** der 70+Jährigen.
- Für die Einführungsphase von „Präventiven Hausbesuchen“ (einschließlich Seniorenberatungen) in das Tiroler Gesundheitssystem wird eine öffentliche Aufklärungskampagne durch das Land Tirol über entsprechende Ziele und Nutzen etc. empfohlen.

Falls der „Präventive Hausbesuch“ (einschließlich Seniorenberatungen) Teil des Versorgungssystems des Landes Tirol für ältere Menschen sein sollte, kann dieser, nach Meinung der Autoren, nur erfolgreich systemisch implementiert werden, wenn zielgruppenspezifische und vielfältige Zugangswege in den Rekrutierungsmaßnahmen Berücksichtigung finden. Gemäß den Ergebnissen der Studie konnte aufgezeigt werden, dass innerhalb der zu Hause lebenden 70+ Jährigen verschiedene Zielgruppen für die Inanspruchnahme von „Präventiven Hausbesuchen“ identifiziert werden konnten. Diese sind:

❶. **Proaktive Personen**, die sich auf den Brief des Bürgermeisters meldeten, weil sie erkannten, dass ein „Präventiver Hausbesuch“ (einschließlich Seniorenberatungen) für sie von Bedeutung für die Erhaltung der individuellen Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist.

❷. Personen, die **durch Vertrauenspersonen bzw. Vermittler** (z.B. Sprengelschwester, Pfarre, Bekannte, Hausarzt, Angehörige, etc.) für die Inanspruchnahme eines „Präventiven Hausbesuches“ (einschließlich Seniorenberatungen) angesprochen wurden und bei denen entsprechendes Interesse geweckt wurde.

❸. Personen, die **Hauskrankenpflege neu verordnet** erhielten und im Zuge dessen ein „Präventiver Hausbesuch“ (einschließlich Seniorenberatungen) durch die Sprengelschwester angeboten wurde.

*Aus dem Kontext der Mobilen Dienste Tirol können noch zwei weitere zielgruppenspezifische Zugangswege als relevant betrachtet werden*

④. Personen, die in die häusliche Pflege nach einem Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt entlassen werden oder einen Antrag auf Pflegegeld bzw. Pflegegelderhöhung stellen. Hierbei sollten im Rahmen eines **Entlassungsmanagements** oder einer **Pflegegeldeinstufung** bei 70+ Jährigen **standardmäßig** Informationen über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von „Präventiven Hausbesuchen“ (einschließlich Seniorenberatungen) erfolgen. Zudem sollte eine automatische Meldung seitens des/r Entlassungsmanagers/in bzw. des Arztes, der die Pflegegeldeinstufung vornimmt, an den SGS vorgenommen werden. Daraufhin vereinbart der SGS mit dem Betroffenen und/oder dessen Angehörigen einen „Präventiven Hausbesuch“.

### ***Empfehlung für den Ausbau von zusätzlichen Angeboten zur Beratung und Information***

①. Personen, die grundsätzliche finanziell-rechtliche und/oder sozial-institutionelle Informationen (zur geeigneten und finanzierbaren Hilfe im Einzelfall, zum Abschluss eines ambulanten Pflegevertrages, zur Übernahme der Kosten von Kindern, zur Unterscheidung von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung etc.) benötigen, sollen mittels einer **Telefonhotline** (Anm.: in allen Bezirken) zeitnahe, anonyme, unverbindliche, zielgerichtete, einfach zugängliche und mit einem geringen Kosten- und Zeitaufwand verbundene Informationen erhalten. Hierbei stehen **qualifizierte Personen** in den Bezirken zur Verfügung, **die über Wissen zu pflegerisch-gesundheitlichen Angebotsstrukturen in der Gemeinde bzw. des Landes** und über **finanziell-rechtliche Unterstützungsmaßnahmen des Landes bzw. des Bundes** verfügen. Wichtig dabei ist, dass ein ausgearbeiteter Themenkatalog mit möglichen Beratungs- bzw. Informationsinhalten (angelehnt an die Ergebnisse des Beratungs- und Informationsbedarfs von 70+ Jährigen der vorliegenden Studie) den Personen, die die Hotline besetzen, vorliegt.

②. Personen (zu Betreuende und deren pflegende Angehörige), die eine Koordinierung verschiedener Leistungen bei bereits bestehendem komplexem Behandlungs- und/oder Betreuungsbedarf benötigen, erhalten die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines **Case- (Fall) und Care- (Pflegebedarf) Managements (CCM)**.

### **Empfehlung für eine konzeptionelle Umsetzung von Case- und Care-Management in den Mobilen Dienst in Tirol**

Um CCM in den Mobilen Dienst in Tirol implementieren zu können, bedarf es zwangsweise einer Weiterentwicklung des ambulanten Gesundheits- und Sozialdienstes.

Dies setzt nach Mantovan et al. (2010) eine aufbau- und ablauforganisatorische Verankerung in den bestehenden Strukturen voraus. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Umsetzung von CCM in den Mobilen Dienst stellt die multiprofessionelle integrierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen dar.

Folgend wird, unter Berücksichtigung der oben beschriebenen zielgruppenspezifischen und vielfältigen Zugangswege zu Beratung und Information, **der CCM-Prozess** skizziert. Dieser **CCM-Prozess** ist nicht als linear, sondern als dynamisch prozesshaft zu verstehen und könnte beispielhaft für den Mobilen Dienst in Tirol sein (s. Abb. 41).

**①. Phase:** Grundlage für die Ermittlung des Beratungs- und Informationsbedarfes von Betroffenen stellt das *pflegerische Assessment* einschließlich des *Beratungs- und Informationsbogens* der vorliegenden Studie dar. Im Fokus dabei stehen besonders die alleine lebenden Personen.

**Schritt 1:** Werden Defizite identifiziert, ist folglich zu klären, über welche Ressourcen der Betroffene verfügt (Angehörige, Pflegegeld,...).

**Schritt 2:** Abhängig von der Anzahl und Schwere der Defizite einschließlich identifizierter Ressourcen werden die Betroffenen (älterer Mensch und pflegender Angehörige) entsprechenden Verantwortlichen im Gesundheitswesen (z.B. Arzt, dipl. Pflegepersonen, Physiotherapeut, Heimhilfe etc.) zugewiesen. In der Folge wird der spezifisch-individuelle Versorgungsbedarf erhoben und ein individueller „Versorgungsplan“ erstellt. Bei Ablehnung oder bei gutem funktionalen Gesundheitsstatus wird dem Betroffenen die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Telefonhotline für den Bedarfsfall unterbreitet.

In der Folge (**Phase 2 und 3**) arbeiten der Case- und Care-Manager und die entsprechend Verantwortlichen im Gesundheitswesen interaktiv bei Veränderungen des Gesundheitszustandes des Betroffenen und/oder der Situation des pflegenden Angehörigen zusammen, indem sie die Situation besprechen und Entscheidungen gemeinsam treffen.

**②. Phase:** Grundlage für die Ermittlung des Versorgungsbedarfes stellen die berufsspezifischen Assessmentinstrumente dar. Über die Ergebnisse der einzelnen Schritte der Phase 2 wird der Case- und Caremanager informiert.

**Schritt 1:** Erstellung eines individuellen bzw. familiären (pflegende Angehörige) Versorgungsplanes aufgrund des eruierten Bedarfes.

**Schritt 2:** Umsetzung der geplanten individuellen bzw. familiären Maßnahmen.

**Schritt 3:** Überwachung der Einhaltung des Versorgungsplanes und eventuell Re-Assessment und ggf. Modifizierung und Adaptierung des Versorgungsplanes.

**③. Phase:** Überprüfung des Erfolges der umgesetzten individuellen bzw. familiären Maßnahmen im Sinne der Erhaltung der Selbständigkeit und der Reduzierung von Pflegebedürftigkeit.

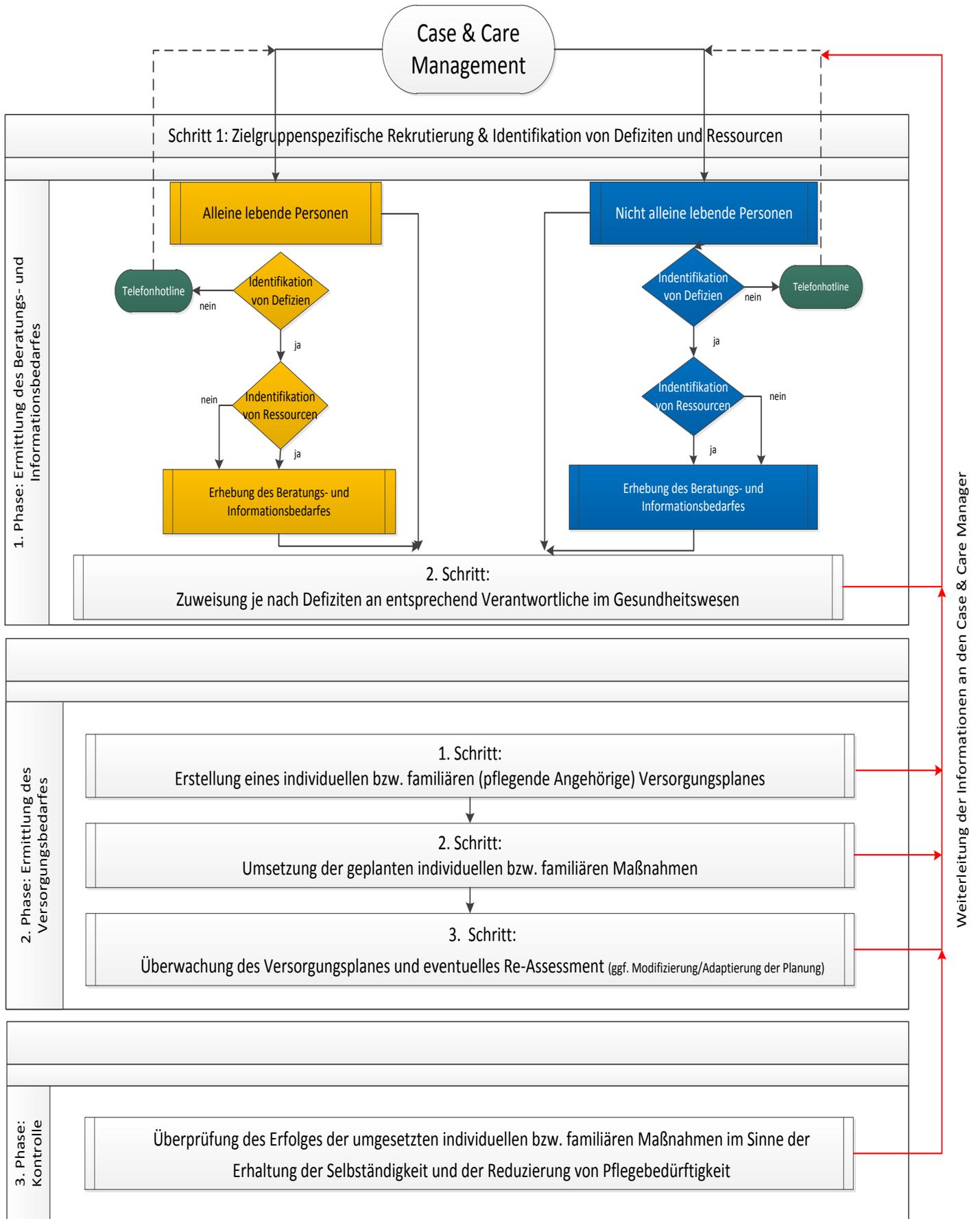


Abbildung 41: Prozessablauf des CCM (eigene Darstellung nach Mantovan, Schulc, 2013)

Als möglicher Start für eine Reorganisation der Sozial- & Gesundheitssprengel in Tirol empfehlen die Autoren, mit einem **Pilotprojekt** in ausgewählten Sozial- & Gesundheitssprengeln zum CCM für zu Hause lebende Personen sowie auch für pflegende Angehörige in Anlehnung an die Panel Studie von Mantovan et al. (2012) zu beginnen. Das Ziel dabei wäre, den Einfluss von CCM auf die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit von alleine lebenden bzw. nicht alleine lebenden 70+ jährigen Personen, sowie auf die Belastungen und andere physische und psychische Ergebnisparameter der pflegenden Angehörigen zu untersuchen. Aus der Studie von Mantovan et al. (2010) konnten verschiedene Entlastungsinterventionen mit positiven Effekten auf die Belastung, Depressivität, das subjektive Wohlbefinden, Fähigkeiten/Wissen, Symptome des Pflegebedürftigen und Institutionalisierung aufgezeigt werden, die auch in den Mobilien Diensten in Tirol eingesetzt werden könnten, sei es für den Betroffene (zu Hause alleine lebend bzw. nicht allein lebend) als auch für den pflegenden Angehörigen.

Da der Care Management Prozess in seinen Grundzügen an den Pflegeprozess erinnert, kommt einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson im Mobilien Dienst bei der Implementierung des CCM eine weitere integrierende und koordinierende Funktion hinzu (Mantovan et al., 2010). Die bekannte große Zufriedenheit der Tiroler Bevölkerung mit den Sozial- & Gesundheitssprengeln kann auch als Gradmesser dafür betrachtet werden, dass Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Rolle des Care Managers sehr gut ausfüllen können.

Das CCM funktioniert jedoch nur, wenn Organisations- und Professionsgrenzen überwunden werden. So empfiehlt es sich, zuerst alle möglichen Akteure im Sinne eines multiprofessionellen Teams lediglich eines SGSs einzuladen und die Umsetzung von CCM zu besprechen. Die Teammitglieder sind zudem entsprechend zu schulen. Mit diesem Hintergrund kann exemplarisch ein Management des Weges zur Lösung der Belastung bzw. anderer durch die Pflege hervorgerufener Probleme pflegender Angehöriger erfolgen. Das Ziel dabei soll die Sicherstellung der Behandlungs- bzw. Betreuungskontinuität und der anwaltschaftlichen Funktion für den individuellen Klienten und die Überwindung von Grenzen von Organisationen und Professionen sein (Löcherbach et al., 2002). Darüber hinaus stehen neben Empowerment die Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien für die pflegenden Angehörigen im Vordergrund (Dörpinghaus et al., 2004).

## VI. Literaturverzeichnis

*Bilotta C., Casè A., Nicolini P., Mauri S., Castelli M., Vergani C. (2010):* Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. *Aging Mental Health* 14(8), 1024-36.

*Bortz J. & Döring N. (2002):* Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg: Springer

*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003):* Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation.

*Bouman A., Rossum E., Ambergen T., Kempen G., Knipschlid P. (2007):* Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. *The American Geriatrics Society*, 56, 397-404.

*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008):* ICF- Praxisleitfaden 2 in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt am Main, 2008.  
[http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/10\\_2008\\_04\\_ICF2%20Praxisleitfaden.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/10_2008_04_ICF2%20Praxisleitfaden.pdf)

*Bundespflegegeldgesetz – BPGG Nr. 110/1993, idGF. 58/2011.*

*Cheng ST., Funkt H.H., Chan A. C. (2008):* Living status and psychological well-being: Social comparison as a moderator in later life. *Aging and Mental Health* 12, 654-661.

*Chou KL., Ho AH., Chi I. (2006):* Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging and Mental Health* 10:583–591.

*Deufert D. (2009):* Pflegebedürftigkeit von Pflegeheimbewohnern in Tirol. Dissertationsschrift am Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Univ. für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol.

*DIP (2008):* Präventive Hausbesuche bei Senioren – Projekt mobil, Abschlussbericht. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

*Dörpinghaus S., Grützmaker S., Erbke SR., Weidner F. (2004):* Überleitung und Case Management in der Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). Schlütersche, Hannover.

*Elley C.R., Robertson MC., Garrett S., Kerse NM., McKinlay E., Lawton B., Moriarty H., Moyes SA., Campbell AJ. (2008):* Effectiveness of a Falls- and-Fracture Nurse Coordinator to Reduce Falls: A Randomized, Controlled Trial of At-Risk Older Adults. *The American Geriatrics Society* 56, 1383-1389

*Eshbaugh EM.*: Perceptions of Living Alone among Older Adult Women. *Journal of Community Health Nursing* 25:125–137, 2008.

*Eurofamcare* (2006): Trans European Survey Report. [www.uke.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php?abs=8](http://www.uke.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php?abs=8)

*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997)*: BGBl. 108, i.d.g.F.

*Gitlin L., Winter L., Dennis M.P., Corcoran M., Shinfeld S., Hauck W.W.* (2006): A Randomized Trial of a Multicomponent Home Intervention to reduce functional Difficulties in Older Adults. *JAGS* 54, 809-816

*Gräßel E.* (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Geriatrie* 31, 57-62.

*Gräßel E.* (2000): Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 13(2):85–94

*Gustavson K., Lee CD.* (2004): Alone and Content: Frail Seniors Living in Their Own Home Compared to Those Who Live with Others. *Journal of Women & Aging* 16(3/4): 3-18.

*Haselwanter –Schneider A., Hilbe J., Schulc E., Saboor S., Ammenwerth E., Them Ch.* (2010): Settinganalyse für die Implementierung technischer Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe. *Pflegewissenschaft* 6 (10), 325-333.

*Heinze C., Rissmann U., Dassen T.* (2004): Stürze bei älteren Menschen. *PrInternet* 2, 105-110.

*Heusinger J.* (2009): Menschenwürdige Pflege und Versorgung Kriterien, Methoden und Ergebnisse qualitativer Fallstudien in stationären Pflegeeinrichtungen. In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*

*Horn A., Schaeffer D.* (2013): Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit. Eine explorative Analyse der Problemsicht der ambulanten Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 18 (1), 34-49.

*Huhn S.* (2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 10, 05 S. 8–12. *J Am Geriatr Soc.* 2012 December; 60(12): 2223–2231.

*Huss A., Stuck A. E., Rubenstein L. Z., Egger M., & CloughGorr K. M.* (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community dwelling older adults: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 298307.

*Iliffe St., Kharicha K., Harari D., Swift D., Gillmann G., Stuck St. (2007):* Health risk appraisal in older people 2: The implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *British Journal of General Practice* 57, 277–282.

*Imhof L., Naef R., Wallhagen M., Schwarz J., Mahrer-Imhof R. (2012):* Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. *Journal of the American Geriatrics Society* 60(12), 2223–2231.

*Johnson B., Grob D., Klaghofer R., Gilgen R. (2007):* Sturzrisikofaktoren und Sturzverletzungen bei hospitalisierten alten Menschen. *Praxis* 93, 1281-1288.

*Kronborg, C., Vass, M., Lauridsen, J., Avlund, K. (2006):* Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly. *Eur J Health Econ* 4 (7): 238 – 246.

*Kruse A. (2005):* Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Z Gerontol Geriat* 38,273–287.

*Kulmey A. (2005) in:* Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn - Dokumentation - Herausgegeben von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

*La Grow SJ., Robertson MC., Campbell AJ., Clarke GA., Kerse NM. (2006):* Reducing hazard related falls in older people 75 years and older with significant visual impairment: how did a successful program work? *Injury Preventing*, 12, 296-301.

*Lawton M.P., Brody E.M. (1969):* Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3), 179-186

*Löcherbach P., Klug W., Rimmel-Fassbender R., Wendt W.R. (Hrsg.) (2002):* Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Luchterhand, Neuwied 2002.

*Luck T., Rolin G., Heinrich S., Lupp M., Matschiger H., Fleischer St., Sesselmann y., Beutner K., Rothgang H., König H-H., Riedel-Heller St., Behrens J. (2011):* Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. Ergebnisbericht Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd. Evidenz-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen. Hallesche Beiträge zu Gesundheits- und Pflegewissenschaften. 8 (10), 1-33.

*Mahoney F.I., Barthel D.W. (1965):* Functional evaluation. The Barthel-Index. Maryland State Med J. 14 (2), 56-61.

*Mahoney JE, Shea TA, Przybelski R, et al. (2007):* Kenosha County falls prevention study: a randomized, controlled trial of an intermediate-intensity, community-based multifactorial falls intervention. Journal of the American Geriatrics Society 55, 489–498.

*Mantovan F., Ausserhofer D., Huber M., Innerhofer E., Götsch I., Ploner E. & Them C. (2010):* Care Management für pflegende Angehörige. Eine Pilotstudie zur Verbesserung der häuslichen Betreuungssituation. Pflegewissenschaft, 7, 434-441.

*Meinck M., Lübke N., Lauterberg J., Robra BP. (2004):* Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidence. In Gesundheitswesen. Stuttgart, Georg Thieme, 66, 732-738.

*Menning S., Hoffman E. (2009):* Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheit und Krankheit im Alter. Herausgeber Karin Böhm, Statistisches Bundesamt Clemens Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen. Robert Koch-Institut, Berlin.

*Nicolaidis-Bouman A., Van Rossum E., Kempen G.I.J.M., Knipschild P. (2004):* Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. In: BMC Health Services Research, 4(35), 1-10.

*Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG):* Situation pflegender Angehöriger – Endbericht. In Pochobradsky E., Bergmann F., Brix-Samoylenko H., Erfkamp H., Laub R. (Hrsg.), Wien, 2005.

*Reggentin H. (2005):* Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, 101–107.

*Roling G., Fleischer St., Hanns St., Luck T., Heinrich S., Rothgang H., König H.H., Riedel-Heller S.G., Behrens J. (2009):* Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche in: Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft« Tagungsband 26.–28. März 2009, Halle (Saale).

*Rubenstein LZ. (2006):* Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age and Ageing 35-S, 2006, 37-41.

*Runciman P., Watson H., McIntosh J., Tolson D. (2006):* Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (1), 46–57.

*Sahlen K.G., Dahlgren L., Hellner B. M., Stenlund H., Lindholm L. (2006):* Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. In: *BMC Public Health* 2006, 6, 200-209.

*Salminen M J., Vahlberg T J., Salonoja M T., Aarnio P TT., Kivelä S-L (2009):* Effect of a Risk-Based Multifactorial Fall Prevention Program on the Incidence of Falls. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (4), 612-619.

*Schaeffer D., Schmidt-Kaehler S. (2008):* Lehrbuch Patientenberatung. Hans Huber Verlag Bern.

*Schulc E., Knitel-Grabher E., Hilbe J., Stellwag Ch., Müller G., Seeberger B., Them C. (2011):* A pilot study - Development and factor analysis of a questionnaire on the functional state of health of elderly people living at home. *Gerontologica* 1, 73-88.

*Schulc E., Them C. (2010):* Akzeptanz- und Bedarfsanalyse der Seniorenberatung im Tennengau. Endbericht für das Gesundheitsnetzwerk Tennengau und Land Salzburg. UMIT, Hall. i. Tirol.

*Schwendimann R. (2000):* Sturzprävention im Akutspital. *Pflege* 13, 169-179.

*Shumway-Cook A., Silver IF., LeMier M., York S., Cummings P., Koepsell TD. (2007):* Effectiveness of a Community-Based Multifactorial Intervention on Falls and Fall Risk Factors in Community-Living Older Adults: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Gerontology: Medical Science* 62A (12), 1420-1427.

*Sicotte M., Alvarado BE., Leon EM., Zunzunegui MV. (2008):* Social networks and depressive symptoms among elderly women and men in Havana, Cuba. *Aging and Mental Health* 12, 193–201.

*Statistik Austria - Mikrozensus 2006 (2009):* Wohnen in der eigenen Wohnung. In: *Hochaltrigkeit in Österreich - eine Bestandsaufnahme*, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, S. 73.

*Strümpel Ch., Wild M. (2012):* Verbesserung des Zugangs zu Pflegeberatung für zu Hause lebende ältere Menschen – Ergebnisse eines europäischen Projekts. *Österreichische Pflegezeitschrift*. 10, 19-22.

*Stuck A. E. (2002):* Präventives geriatrisches Assessment. In: *Prävention im Alter. Geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Dokumentation der Gesundheitskonferenz*, Hrsg.:

Vorstand Gesundheitsbeirat der LH München, Referat für Gesundheit und Umwelt, Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit (2002), München.

*Vaas M., Avlund K., Hendriksen C. (2007):* Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. In: Scandinavian Journal of Public Health 2007, 35, 410-417.

*Weidner F. (2005)* In: Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“. Durchgeführt von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit für die Arbeitsgruppe 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung am 23. November 2005 in Bonn - Dokumentation - Herausgegeben von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

*Wilson K., Mottram P., Sixsmith A. (2007):* Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. International Journal of Geriatric Psychiatry 22, 361-366.

*World Health Organization (2004):* What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? WHO Europe Kopenhagen. [www.euro.who.int/HEN/Syntheses/Fallrisk/20040317\\_1](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/Fallrisk/20040317_1) [letzter Zugriff: 23.06.2008]

## VII. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Exemplarische Darstellung der Fragen zur funktionalen Gesundheit der Kategorie „Motorische Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit bei der Fortbewegung“ .....	25
Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Personen in den disjunktiven Altersgruppen (n=345).....	29
Abbildung 3: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege.....	31
Abbildung 4: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege bei Männern und Frauen .....	32
Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege bei beiden Altersgruppen 70 bis 79 Jährigen und den 80+Jährigen .....	33
Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe durch Angehörige und/oder externer Einrichtungen .....	34
Abbildung 7: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme von Pflege durch Angehörige und/oder externer Einrichtungen .....	35
Abbildung 8: Verwandtschaftsverhältnis der Personen in Prozent (Mehrfachantworten), die im Haushalt bzw. bei der Pflege helfen.....	36
Abbildung 9: Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote in Prozent (Mehrfachantworten) .....	37
Abbildung 10: Durchschnittliche Einstellung im Bedarfsfalle der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe oder Pflege bzw. in einem Pflegeheim zu leben oder eine Tagesbetreuungsstätte zu besuchen (Skalierung: 1 - ja, 2 – eher ja, 3 – eher nein, 4 – nein) .....	37
Abbildung 11: Bevorzugte externe Einrichtung im Bedarfsfall für die Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege in Prozent .....	38
Abbildung 12: Prozentualer Anteil der eingestuften Pflegegeldbezieher (PGB) vs. Nicht- Pflegegeldbezieher (N-PGB).....	39
Abbildung 13: Prozentualer Anteil der eingestuften weiblichen und männlichen Pflegegeldbezieher	40
Abbildung 14: Gesundheitsfaktoren der durchschnittlichen Angaben für Schmerzen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und für die Einnahme von schlaffördernden	

Medikamenten pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 -mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener, 5 - nie) .....	42
Abbildung 15: Gesundheitsfaktoren für die durchschnittliche motorische Leistungsfähigkeit der Fortbewegung pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 - seltener, 5 - nie) .....	43
Abbildung 16: Prozentualer Anteil der vier Interpretationsstufen des Betreuungsbedarfes (Barthel-Index) .....	44
Abbildung 17: Prozentualer Anteil der beiden Interpretationsstufen des Hilfsbedarfes (IADL-Index)	45
Abbildung 18: Prozentualer Anteil der Personen mit Ängsten und deren Gründe (Mehrfachantworten) .....	46
Abbildung 19: Sieben Indikatoren für die durchschnittliche subjektive Einschätzung der Zufriedenheit (Skalierung: 1 - ja, 2 –eher ja, 3 – eher nein, 4 - nein) .....	47
Abbildung 20: Prozentualer Anteil der Personen, die alleine leben und jener, die nicht alleine leben	48
Abbildung 21: Prozentualer Anteil der Gesundheitsfaktoren zu den sozialen Aktivitäten und zur Erreichbarkeit im Notfall .....	50
Abbildung 22: Verteilung der identifizierten Defizite aus den funktionalen Gesundheitsfaktoren der 70+ Jährigen .....	53
Abbildung 23: Prozentualer Anteil der Personen in den jeweiligen Altersgruppen, die alleine leben und jene, die nicht alleine leben .....	56
Abbildung 24: Ergebnisse zu den Lebensformen und der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege in Prozent .....	58
Abbildung 25: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Art der Inanspruchnahme externer Hilfe- und Betreuungsangebote (Mehrfachantworten) in Prozent.....	61
Abbildung 26: Unterschiede zwischen den Lebensformen und dem durchschnittlichen Summenscore des Barthel- und IADL-Index (Mehrfachantworten) .....	66
Abbildung 27: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des Barthel-Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 44) .....	67

Abbildung 28: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des IADL- Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 45).....	68
Abbildung 29: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der telefonischen Erreichbarkeit und Verwendung einer Notrufhilfe in Prozent .....	70
Abbildung 30: Verteilung der Defizite der alleine Lebenden versus nicht alleine Lebenden .....	72
Abbildung 31: Ergebnisse der PGB vs. N-PGB in sechs Gesundheitsfaktoren, die funktionale Gesundheit betreffend, in Prozent .....	74
Abbildung 32: Ergebnisse zur PflegegeldEinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Selbstpflegekompetenz entsprechend des Barthel- und IADL-Index .....	75
Abbildung 33: Signifikanter Unterschied der PGB vs. N-PGB in der Selbstpflegekompetenz entsprechend der Einzelitems des Barthel-Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 54) .....	76
Abbildung 34: Ergebnisse der PGB vs. N-PGB in der Selbstpflegekompetenz entsprechend der Einzelitems des IADL-Index (Maximale Punkte der einzelnen Items s. Tab. 55).....	77
Abbildung 35: Prozentualer Anteil der telefonischen Erreichbarkeit und Teilnahme an Gruppenaktivitäten der PGB vs. N-PGB .....	79
Abbildung 36: Unterschied der Verteilung der identifizierten Problembereiche zwischen den PGB und N-PBG .....	81
Abbildung 37: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, die der SGS den 70+ Jährigen zur Umsetzung zugesichert hat (Mehrfachantworten).....	86
Abbildung 38: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, welche die 70+ Jährigen selbst durchführen würden (Mehrfachantworten).....	87
Abbildung 39: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, die den Angehörigen von den 70+ Jährigen übertragen würden (Mehrfachantworten).....	88

Abbildung 40: Anzahl der Unterstützungsmaßnahmen nach dem pflegerischen Assessment und den durchgeführten Beratungen oder Informationen, die von den 70+ Jährigen abgelehnt wurden (Mehrfachantworten) ..... 89

Abbildung 41: Prozessablauf des CCM (eigene Darstellung nach Mantovan, Schulc, 2013) ..... 104

## VIII. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein – und Ausschlusskriterien .....	18
Tabelle 2: Relevante Beratungsthemen bei Defiziten der funktionalen Gesundheit .....	23
Tabelle 3: Relevante Informationsthemen bei Defiziten der funktionalen Gesundheit.....	23
Tabelle 4: Anzahl der „Präventiven Hausbesuche“ der SGS in den Orten/Städten Tirols .....	27
Tabelle 5: Soziodemografische Daten .....	30
Tabelle 6: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege .....	32
Tabelle 7: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe & Pflege pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als einmal im Monat, 5 - nie) .....	32
Tabelle 8: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts und der Altersgruppen .....	33
Tabelle 9: Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege unter dem Aspekt des Geschlechts und der Altersgruppen .....	34
Tabelle 10: Inanspruchnahme von formeller & informeller Haushaltshilfe und Pflege (Mehrfachantworten).....	35
Tabelle 11: Verwandtschaftsverhältnis der Personen, die im Haushalt bzw. bei der Pflege helfen (Mehrfachantworten).....	36
Tabelle 12: Bevorzugte externe Einrichtung im Bedarfsfall für die Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege (Mehrfachantworten).....	38
Tabelle 13: Aktuelle PflegegeldEinstufung.....	39
Tabelle 14: Aktuelle PflegegeldEinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts .....	40
Tabelle 15: Pflegegeldstufen unter dem Aspekt des Geschlechts und der Altersgruppen.....	41
Tabelle 16: Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitsstatus (Skalierung für die Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als 1x im Monat, 5 - nie).....	44

Tabelle 17: Summenscore des Barthel-Index.....	45
Tabelle 18: Summenscore des IADL - Index .....	46
Tabelle 19: Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation (Skalierung für die Mittelwerte: 1-ja, 2–eher ja , 3– eher nein, 4-nein) (Mehrfachantworten).....	48
Tabelle 20: Lebensformen.....	49
Tabelle 21: Anzahl der Kinder der 70+ Jährigen.....	49
Tabelle 22: Soziale Aktivitäten und Erreichbarkeit im Notfall (Skalierung für die Mittelwerte: Skalierung für die Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als 1x pro Monat, 5 - nie) (Mehrfachantworten) .....	50
Tabelle 23: Sturzhäufigkeit im letzten Jahr und Sturz Ort.....	51
Tabelle 24: Identifizierte Sturzrisikofaktoren der 70+ Jährigen (Mehrfachantworten).....	51
Tabelle 25: Gesundheitsfaktoren, die keine Sturzrisikofaktoren darstellten .....	52
Tabelle 26: Überprüfung des Kenntnisstandes zu finanziell-rechtlichen Themen.....	52
Tabelle 27: Verteilung der identifizierten Defizite aus den funktionalen Gesundheitsfaktoren der 70+ Jährigen .....	53
Tabelle 28: 26 Defizite, die selbsteingeschätzte funktionale Gesundheit betreffend, die bei mindestens 11 bis 80% der 70+ Jährigen identifiziert wurden .....	54
Tabelle 29: Fünf Defizite, die selbsteingeschätzte funktionale Gesundheit betreffend, die bei weniger als 10% der 70+ Jährigen identifiziert wurden .....	55
Tabelle 30: Unterschied zwischen den Lebensformen und dem Alter in Jahren.....	56
Tabelle 31: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt des Geschlechts und des Familienstandes.....	57
Tabelle 32: Ergebnisse zu den Lebensformen und der Anzahl an Kindern .....	57
Tabelle 33: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege pro Woche (Skalierung: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als einmal im Monat, 5 - nie).....	58

Tabelle 34: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von formeller und informeller Haushaltshilfe oder Pflege .....	59
Tabelle 35: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege und des Geschlechts.....	60
Tabelle 36: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege sowie der Altersgruppen .....	61
Tabelle 37: Unterschiede zwischen den Lebensformen und dem Vertrauen zur Inanspruchnahme von formeller Haushaltshilfe und Pflege durch externe Einrichtungen (Skalierung für die Mittelwerte: 1-ja, 2–eher ja , 3–eher nein, 4-nein).....	62
Tabelle 38: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der bevorzugten externen Einrichtung im Bedarfsfall für die Inanspruchnahme von formeller Haushaltshilfe oder Pflege.....	63
Tabelle 39: Unterschiede zwischen den Pflegegeldstufen und den Lebensformen .....	63
Tabelle 40: Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Geschlechts und der Lebensformen.....	64
Tabelle 41: Pflegegeldeinstufung unter dem Aspekt des Alters und der Lebensformen .....	64
Tabelle 42: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes (Skalierung der Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro Woche, 4 – seltener als 1x im Monat, 5 - nie).....	65
Tabelle 43: Unterschiede zwischen den Lebensformen und dem Summenscore des Barthel- und IADL-Index .....	66
Tabelle 44: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des Barthel-Index.....	67
Tabelle 45: Unterschiede zwischen den Lebensformen und den zugrundeliegenden Items des IADL-Index.....	68
Tabelle 46 (a): Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation.....	69
Tabelle 47: Ergebnisse zu den Lebensformen unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren zur sozialen Teilhabe (Skalierung für die Mittelwerte: 1 - täglich, 2 - mehrmals pro Woche, 3 - 1x pro	

Woche, 4 - seltener, 5 - nie; <sup>+</sup> ja (n, %); * Skalierung für die Mittelwerte: 1 - ja, 2 – eher ja , 3 – eher nein, 4 -nein) .....	70
Tabelle 48: Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Sturzhäufigkeit und den Lebensformen...	71
Tabelle 49: Unterschiede zwischen den Lebensformen und der Verteilung der Defizite der funktionalen Gesundheit.....	71
Tabelle 50: Verteilung der Defizite der alleine Lebenden versus nicht alleine Lebenden .....	72
Tabelle 51: Ergebnisse zur Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Inanspruchnahme von Haushaltshilfe und Pflege (PGB vs. N-PGB) .....	73
Tabelle 52: Ergebnisse zur Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren des körperlichen Gesundheitszustandes.....	74
Tabelle 53: Unterschiede der Selbstpflegekompetenz der Pflegegeldbezieher gegenüber den Nicht- Pflegegeldbeziehern.....	75
Tabelle 54: Unterschiede zwischen der Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) und den zugrundeliegenden Items des Barthel-Index .....	76
Tabelle 55: Unterschiede zwischen der Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) und der zugrundeliegenden Items des IADL- Index.....	77
Tabelle 56: Ergebnisse zur Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren der psychisch-emotionalen Situation.....	78
Tabelle 57: Ergebnisse zur Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) unter dem Aspekt der Gesundheitsfaktoren zur sozialen Teilhabe .....	79
Tabelle 58: Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Sturzhäufigkeit und der Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB).....	80
Tabelle 59: Unterschiede zwischen Pflegegeldeinstufung (PGB vs. N-PGB) und der Verteilung der Defizite der funktionalen Gesundheit .....	80
Tabelle 60: Verteilung der Defizite der PGB vs. N-PGB .....	81
Tabelle 61: Beratungs- und Informationsbedarf .....	82
Tabelle 62: Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt der Lebensformen .....	83

Tabelle 63: Beratungs- und Informationsbedarf unter dem Aspekt der PGB vs. N-PGB .....	84
Tabelle 64: Unterschiede im Beratungs- bzw. Informationsbedarf zwischen gestürzten und nicht gestürzten 70+ Jährigen .....	85

## IX. Abkürzungsverzeichnis

Anm. – Anmerkung

ATLs – Aktivitäten des täglichen Lebens

FGZ-Tirol – Fragebogen zum funktionalen Gesundheitszustand-Tirol

IADLs – Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

MW – Mittelwerte

Max – Maximum

Min – Minimum

n – Anzahl an Personen

N-PGB – Nicht-Pflegegeldbezieher

PGB – Pflegegeldbezieher

RCT – Randomized controlled Trial (= randomisierte kontrollierte Studie)

SGS – Sozial- & Gesundheitssprengel

SD – Standardabweichung

## X. Anhang

### Beratungsscheck & Folder



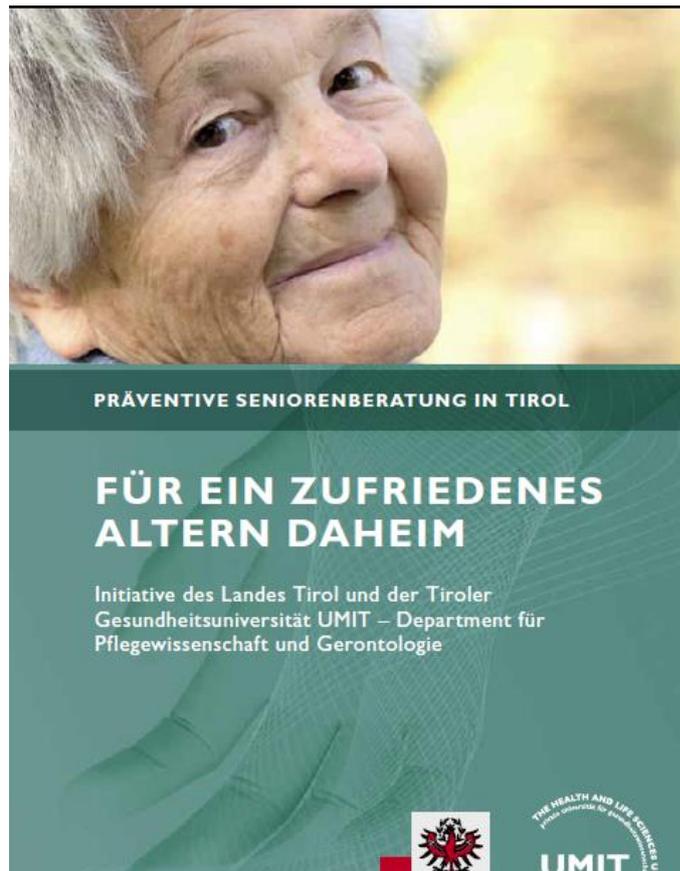
Ihr Ansprechpartner ist

**Herr DGKP Anton Metschnik**  
Seniorenberater des SGS Defereggental - Kals

Falls Sie Interesse haben, an einem persönlichen und **kostenlosen** Beratungsgespräch rufen Sie mich bitte unter der Telefonnummer **0666 / 175 66 55** an.

Ich besuche Sie gerne nach telefonischer Vereinbarung zu Hause!





### Sehr geehrte Bürgerinnen, Sehr geehrte Bürger!

Ab Juli 2011 besteht für alle Bürgerinnen und Bürger Ihrer Gemeinde, die 80 Jahre und älter sind, die Möglichkeit, eine kostenlose Seniorenberatung zu Hause in Anspruch zu nehmen.

Das Land Tirol unterstützt diese Initiative „Präventive Seniorenberatung in Tirol“, damit auch im hohen Alter die selbstständige Lebensführung in den eigenen vier Wänden so lange wie nur möglich gewährleistet wird.

Eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson aus dem Sozial- und Gesundheitsprengel wird Sie auf Ihren Wunsch zu Hause besuchen und gemeinsam mit Ihnen einen Fragebogen ausfüllen. So wird gewährleistet, dass Sie speziell auf Ihre Bedürfnisse beraten werden.

Ihr Seniorenberater und Ihre Seniorenberaterin  
des Landes Tirol

### EINIGE DIESER BERATUNGS- PUNKTE KÖNNTEN SEIN

- ▶ Welches Unterstützungsangebot gibt es für mich in meiner Umgebung, damit ich trotz Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit möglichst lange und unabhängig zu Hause in meinen eigenen vier Wänden bleiben kann?
- ▶ Was kann ich für mich tun, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden oder hinauszuzögern?
- ▶ Welche finanziellen Ansprüche habe ich und wie beantrage ich sie? (z.B. Gebührenbefreiung, Pflegegeldantrag, Pflegegeldserhöhungsantrag, ...)

Vereinbaren Sie telefonisch ein persönliches Beratungsgespräch mit einer Seniorenberaterin bzw. einem Seniorenberater aus Ihrem Gesundheits- und Sozialsprengel.

Dem beigelegten Beratungsscheck können Sie die persönliche Telefonnummer Ihres Seniorenberaters oder Ihrer Seniorenberaterin aus dem zugehörigen Sozialsprengel entnehmen.