

Geburtstagsbriefe - Sozialraumorientierte, präventive Hausbesuche bei älteren Menschen im Land Bremen Konzept

zur Vorlage für

Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport

Wissenschaftliche Beratung durch¹

Prof. Dr. Claudia Stolle und Annika Schmidt M. Sc.
Hochschule Bremen
Am Brill 2-4, Raum 6.14
28195 Bremen
Tel.: +49 421 5905-3764
claudia.stolle@hs-bremen.de



¹ Dieses Fachkonzept basiert auf der Vorlage einer Konzeptentwicklung der Arbeitsgruppen der SJIS und SGFV.

Inhalt

1. Einführung.....	3
2. Konzeptvorschlag zur Umsetzung in Bremen mit sozialraumorientiertem Fokus	11
2.1 Aufgaben und Ziele von präventiven Hausbesuchen.....	12
2.2 Zielgruppe.....	13
2.2.1 Auswahl Modellregion	13
2.2.2 Auswahl der Personengruppe	15
2.3 Zugangswege	15
2.4 Einbindung vorhandener Strukturen.....	17
2.5 Ablauf und Durchführung Präventiver Hausbesuche	18
2.5.1 Initialbesuch.....	19
2.5.2. Beratung und Vermittlung bei erweitertem Bedarf	19
2.5.3. Gefahr im Verzug.....	19
2.6 Personalbedarf und -qualifikation	20
2.6.1 Kalkulation des Personalbedarfs.....	20
2.6.2 Fachliche Anforderungen und Rahmenbedingungen des Berater:innen-Teams ...	20
2.7 Schnittstellen zu Fachdiensten und weiterführendem Case-Management.....	21
2.8 Kooperation und Vernetzung innerhalb der Quartiere.....	22
2.9 Datenschutz	22
2.10 Polizeiliche Hinweise – Grundsätzliche Ausrichtung.....	23
3. Ergänzungsmodul: Medizin- und gesundheitsorientierte Beratung	25
4. Evaluation	26
Literaturverzeichnis	27

1. Einführung

Der demografische Wandel ist längst in Deutschland angekommen. Die Anzahl jüngerer Menschen sinkt, die der Älteren steigt. Jede fünfte Person in Deutschland ist älter als 66 Jahre (Destatis 2021). In der Stadt Bremen sind 21 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter, in Bremerhaven 22 % (Statistik Bremen 2021). Bevölkerungsvorausrechnungen weisen darauf hin, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen, bedingt durch den Anstieg der Lebenserwartung, deutschlandweit stetig ansteigt (Destatis 2021a). Nach aktuellen Prognosen ist im Jahr 2030 von 6 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland auszugehen, wovon etwa 4 Mio. im häuslichen Umfeld leben und 3 Mio. lediglich Pflegegeld beziehen und nicht in institutionalisierte Versorgungsstrukturen eingebunden sind (Rothgang und Müller 2021). Das familiäre Unterstützungspotenzial jedoch nimmt gleichzeitig ab (Destatis 2021b). Mit der Errungenschaft um einen Anstieg der Lebenserwartung gehen allerdings erhebliche Herausforderungen einher und die Frage nach Versorgungserfordernissen gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Der Wunsch vieler älterer Menschen, möglichst lange zu Hause zu wohnen, steht im Einklang mit dem Leitsatz der Sozial- und Gesundheitspolitik „ambulant vor stationär“ und obwohl eine Vielzahl an Unterstützungs- und Versorgungsangeboten existiert, besteht die Gefahr von Versorgungslücken, die durch erschwerte Zugänge entstehen können. Können Angebote nicht erreicht werden, erhöht dies die Gefahr der sozialen Isolation und kann dazu führen, dass die Teilhabechancen erheblich erschwert sind. Betroffen davon sind oftmals Personen die von Ungleichheit² betroffen sind. Zudem ist unklar und nicht systematisch erfasst, welchen vermeintlich verschärfenden Einfluss die aktuelle Pandemie auf die Einsamkeit, soziale Teilhabe und Versorgungssituation von älteren Menschen ausübt.

Vor allem ältere Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status weisen häufiger soziale Benachteiligung, chronische Erkrankungen und Beschwerden, funktionelle Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (vgl. Lampert & Hoebel 2019; Lampert, Hoebel & Kroll 2019). In Bremen ist die Armutgefährdung in Bundesvergleich deutschlandweit am höchsten und der Anteil an Menschen, die Grundsicherung im Alter beziehen, steigt kontinuierlich an (Arbeitnehmerkammer 2021 und Lebenslagen im Land Bremen 2021).

Lampert und Hoebel (2019) fassen verschiedene Studienergebnisse zusammen, die darauf hindeuten, dass es im mittleren Lebensalter und in der Altersspanne zwischen dem 65. und 80. Lebensjahr zu gesundheitlicher Ungleichheit kommt, hingegen lassen die sozioökonomischen Unterschiede in der Gruppe der 80- oder 85-jährigen und älteren Menschen nach. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird beschrieben, dass die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten im Erwerbssalter auch nach dem Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit bestehen bleiben und sich etwa ab dem 80. Lebensjahr angleichen – obgleich die Datenlage hier nicht einhellig ist (RKI 2017). Als Erklärungsansätze für die Anpassung im

² Bezug genommen wird hier auf gesundheitliche Ungleichheit, die das Vorliegen sozialer Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung umfasst.

hohem Lebensalter sind beispielsweise genetische Dispositionen zu sehen, die eine Langlebigkeit unabhängig von sozioökonomischen Merkmalen bewirken sowie Prozesse des selektiven Überlebens, die sich aus der höheren früheren Sterblichkeit in den niedrigeren Statusgruppen ergeben (RKI 2017).

Ein Risiko für gesundheitliche Ungleichheit haben neben den älteren Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status unter anderem auch Alleinlebende (sogenannte Einpersonenhaushalte) sowie die Migrationsbevölkerung. 26,5 % der Einpersonenhaushalte und 27,8 % der Personen mit Migrationshintergrund sind armutsgefährdet, der Bevölkerungsdurchschnitt liegt bei 15,9 % (bpb 2020). Der Einfluss sozialer Faktoren zeigt sich auch beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Aktuelle Studien führen aus, dass enge soziale Beziehungen, Partnerschaft und soziale Unterstützung für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad bedeutsam sind. So führen enge soziale Beziehungen dazu, dass Pflegebedürftigkeit längere Zeit kompensiert werden kann und Versicherungsleistungen erst zu einem späteren Zeitpunkt bei fortschreitenden Gesundheitseinbußen genutzt werden. Für die Prävention bedeutet das eine Handlungsnotwendigkeit auf mehreren Ebenen: Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen müssen (spätestens) im mittleren Erwachsenenalter beginnen, um Selbstständigkeitsressourcen zu stärken. Belastete Angehörige müssen frühzeitig durch flankierende Hilfen unterstützt werden, um das individuelle Pflegearrangement zu stärken und die besonders vulnerable Gruppe der Alleinlebenden muss in den Blick genommen werden (vgl. Blüher et al. 2021)

In Deutschland lebten im Jahr 2020 21,9 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, in Bremen betrug der Migrationsanteil an der Gesamtbevölkerung 38,1 %, womit Bremen das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund darstellt (bpb 2021). Daten aus dem Jahr 2021 weisen aus, dass 8,4 % der Migrant:innen in Bremen 65 Jahre und älter sind (StaLa, 2021)

Die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland können zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen. Obgleich Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker als Menschen ohne Migrationshintergrund sind, da nicht die Migration selbst krank macht, können sie erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen (Razum et al. 2008). Bedingt durch Armut, Unwissen über das Gesundheitssystem, Generationenkonflikte und Ausgrenzung, besteht für ältere Migrant:innen eine besonders brisante Situation, die es sinnvoll erscheinen lässt, ihre Perspektive und Bedarfe durch niedrigschwellige Angebote zu erfassen (Schäfer et al. 2015). Bedingung, aber gleichzeitig Herausforderung ist eine kultursensible Versorgung in einzelnen Sektoren (Görres et al. 2019).

Folglich sind es neben dem demografischen Wandel auch weitere – sich teils bedingende – Herausforderungen wie die Zunahme der Hochaltrigkeit innerhalb der Bevölkerung, die rückläufigen familiären Unterstützungssysteme, die ethnisch-kulturelle Differenzierungen durch einen steigenden Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund usw., die es erfordern, dass auch die Landespolitik, die Kommunen, Sozialversicherungsträger und weitere relevante Akteure den Veränderungen des demografischen Wandels begegnen und Strukturen und Zugänge anpassen, um so die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten zu können.

Laut Altgeld (2009) entscheiden bei älteren Menschen, neben individuellen Faktoren, überwiegend die Lebensumstände vor Ort über Gesundheit oder Krankheit, daher komme den Kommunen hier eine Schlüsselrolle zu: Der demografische Wandel mache es notwendig, integrierte Handlungskonzepte der Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort zu etablieren (Altgeld 2009).

Soziale Teilhabe, Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in ihrem Stadtteil sind Themen von wachsender Bedeutung. Oftmals werden bestimmte Gruppen, wie Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen, dabei nur schlecht erreicht (Kühnemund & Kümpers 2019) und bestehende Unterstützungs- und Versorgungsangebote von dieser vulnerablen Gruppe – im Quartier – zu wenig genutzt.

Als ein Ansatz zur (Informations-) Vermittlung bestehender Angebote der Kommune, zur Förderung der sozialen Teilhabe (auch) durch niederschwellige Angebote, zur Stärkung der Selbstversorgung im eigenen Zuhause, zur frühzeitigen Identifikation gesundheitlicher Risiken und systematischen Erfassung zur Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen hat sich in den letzten Jahrzehnten das Konzept der präventiven Hausbesuche (PHB) international entwickelt und teils etabliert (Renz & Meinck 2018). Auch in Deutschland werden PHB im Rahmen von Modellprojekten oder Versorgungsverträgen erprobt bzw. durchgeführt.

PHB werden als niedrighschwellige³ und individuelle Besuche definiert, die von Fachkräften in der Wohnung älterer Menschen durchgeführt werden und soziale Kontakte und die Inanspruchnahme von bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten fördern, die Selbstversorgungskompetenz stärken, der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, auf die Reduktion der Mortalität, die Vermeidung von Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen, die Verbesserung des funktionalen Status und des allgemeinen Wohlbefindens älterer Menschen zielen und letztendlich zu einer Stabilisierung der häuslichen Situation führen sollen (Meinck et al. 2004, Renz & Meinck 2018, Renz & Meinck 2020, Gebert 2021). Sie umfassen eine systemische multidimensionale soziale, versorgungsbezogene, pflegerisch-medizinische, funktionelle, psychosoziale und/oder umweltbezogene Erfassung und Bewertung von Problemen und Ressourcen, mit dem Ziel Menschen unter anderem dabei zu helfen, die soziale Teilhabe und die Autonomie über Gesundheit zu erhöhen und dabei zu helfen, Funktionen zur Aufrechterhaltung weiterer Lebensbereiche zu erhalten, Versorgungsbedarfe rechtzeitig zu erkennen und Krankheiten zu vermeiden bzw. deren Verschlimmerung zu verhindern.

Weiter sollen eine Vereinsamung und soziale Isolation der älter werdenden Menschen erkannt und eine Vermeidung oder Verzögerung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erreicht werden. Klinikaufenthalte sollen möglichst reduziert, eine Reduktion der Mortalität, die Stabilisierung oder Erhöhung der Lebensqualität sowie die Partizipation in Netzwerken erreicht werden (Renz & Meinck 2018, Renz & Meinck 2020). Im Idealfall kann es auch gelin-

³ Niedrighschwelligkeit bezieht sich in diesem Kontext auf den Zugang zu dem Angebot, das den Anspruch erhebt, eine Teilnahme sehr einfach und ohne Vorkenntnisse zu ermöglichen.

gen, die besuchten Personen zu einer Aktivität in der Familie oder der Nachbarschaft zu bewegen, die nicht nur zu einer Vermeidung von Isolation und Absonderung führen, sondern gleichzeitig einen Beitrag zum Gemeinwohl darstellen und andere Menschen in ihrer Lebenslage unterstützen.

Ein umfassendes Verständnis von sozialer Teilhabe im Zusammenhang mit (Gesundheits-) Beratung im Rahmen des Konzepts der PHB ist als essenziell anzusehen, ebenso die individuelle Erörterung von potenziellen Risikofaktoren in mindestens einem Beratungsgespräch (beispielsweise zu Informationen zur Anregung körperlicher und sozialer Aktivitäten, Verbesserungen des Wohnumfeldes und der (eigenverantwortlichen) Versorgungsstrukturen, Ernährungsberatung, u. a.). Gute und vor allem bekannte, transparente Strukturen und die Vermittlung und Einbindung in bestehende Netzwerke (z. B. auch zu niederschweligen Unterstützungsangeboten) und das Empowerment der älteren Menschen führen dazu, dass Prävention und Gesundheitsförderung gelingen kann.

Mit Blick auf nicht eindeutige Evidenznachweise von PHB wurde der Ansatz in Deutschland, im Gegensatz zu anderen (europäischen) Ländern, noch nicht regelhaft als Gesundheitsleistung eingeführt. Im Folgenden soll daher ein **literaturbasierter Überblick** über die beschriebenen Ergebnisse von PHB gegeben werden.

Allem voran bleibt festzustellen, dass einschlägige Aussagen bzw. belastbare Belege über die Evidenz von PHB fehlen bzw. nicht möglich sind, da die untersuchten Programme und Ansätze in ihren Elementen und Umsetzungsformen eine hohe Heterogenität aufweisen. Dies betrifft unter anderem definierte Ein-/Ausschlusskriterien – wie die Differenzierung der Zielgruppe – das Vorgehen der Teilnehmerrekrutierung, die Interventionsdauer/-intensität, die Zeitpunkte der Datenerhebung und die Länge bis zum Follow-up (Renz & Meinck 2018, Blotenberg et al. 2020).

Die Umsetzung von PHB erfolgt, grob differenziert, nach einem medizin- oder sozialraumorientierten Ansatz, wobei der primär medizinisch ausgerichtete Ansatz kaum mehr Beachtung in der Umsetzung erfährt (Renz und Meinck 2020).

Gerade vor dem Hintergrund, dass sich der Aktions- und Handlungsspielraum im Alter verringern kann, beispielsweise durch Einschränkungen in der Mobilität, dem Wegfall familiärer und sozialer (Hilfs-) Strukturen, etc., und die ältere Person zunehmend auf den sozialen Nahraum angewiesen ist (Krichelhoff & Oswald 2015), ist die Sicherstellung und Ausgestaltung des jeweiligen Handlungsrahmens von tragender Bedeutung. Ein sozialraumorientierter Ansatz, im Sinne des Settingansatzes, ist daher wesentlich und anzustreben.

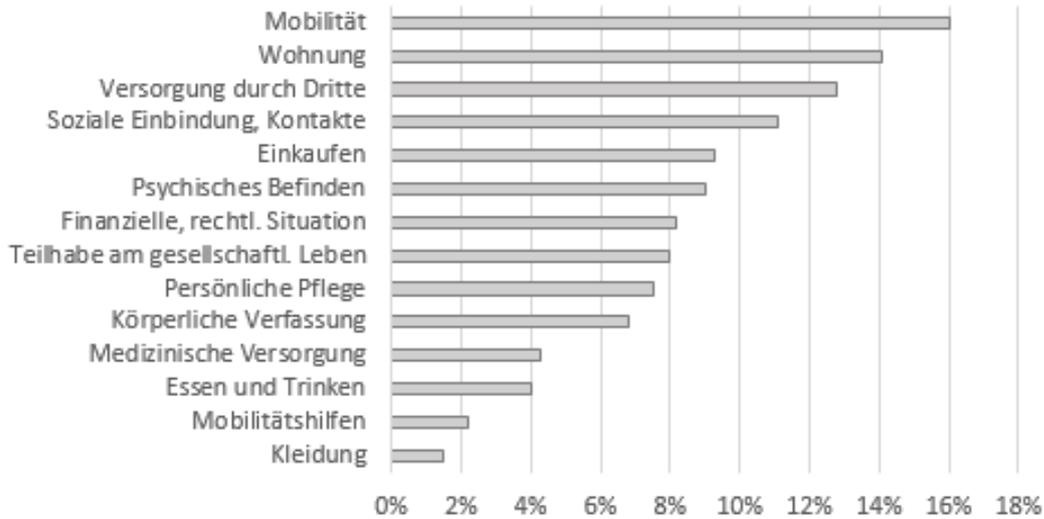
Die Initiierung, Durchführung und Finanzierung von PHB nach sozialraumorientiertem Ansatz erfolgt meist durch Gebietskörperschaften, die „im Rahmen eines kommunalen Serviceangebotes oder subsidiär durch beauftragte Wohlfahrtsverbände umgesetzt“ werden (Renz & Meinck 2020). Die aufsuchenden Personen haben zumeist einen sozialpädagogischen, seltener einen pflegerischen Hintergrund, teilweise werden auch Personen aus dem Ehrenamt eingesetzt (ebd.).

Bei der Durchführung der aufsuchenden Unterstützungsleistung PHB erfolgt typischerweise zunächst eine Erhebung der soziodemografischen Daten und ein leitfadengestütztes Gespräch (Renz & Meinck 2020). Inhalte und Aktivitäten der eigentlichen Intervention sind u. a. die Beratung über sozialrechtliche Ansprüche, die Förderung sozialer Kontakte, die Initiierung erforderlicher Hilfen etc. (ebd.). Die Fachlichkeit der aufsuchenden Personen gewährleistet eine – der jeweiligen Situation angemessene – Ansprache sowie die eventuell erforderliche Anpassung des angedachten Besuchsablaufs.

Im Folgenden wird ein **Überblick über die in der Literatur beschriebenen Maßnahmen, Vorgehensweisen und Ergebnissen von PHB** gegeben, welcher nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

- Die Inanspruchnahme von PHB streut weit zwischen 9-60 % der eingeladenen Personen (GKV 2020, Gebert et al. 2021, hausinterne Präsentationen). Gebert et al. (2021) berichten bspw. eine Inanspruchnahme von 53,3 %, wobei der „Geburtstagsbrief mit Migrationshintergrund“ bei 63,5 %, der „Geburtstagsbrief ohne Migrationshintergrund“ bei 49,7 % und das „Informationsschreiben mit Migrationshintergrund (anlassunabhängig)“ bei 47,3 % zu einer Inanspruchnahme führte.
- Eine hohe Varianz der Dauer der durchgeführten PHB besteht auch im Zeitaufwand: diese reicht von 60-240 Minuten für den Initialbesuch (Blotenberg et al. 2020, hausinterne Präsentation) sowie 30-45 Minuten für Zweit- und Drittbesuche (Blotenberg et al. 2020).
- Varianz besteht ebenfalls in der Häufigkeit der Durchführung der Programme: Die Spanne liegt zwischen einem Besuch in zwei Jahren bis hin zu zwölf pro Jahr (Liimatta et al. 2016).
- PHB-Programme umfassen allgemein zumeist präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtete, aber auch oftmals behandlungs- oder pflegeorientierte Anteile (Barthelmes et al. 2020).
- Sozialraumorientierte PHB-Programme fokussieren ergänzend die Vernetzung der älteren Menschen in bestehende Versorgungsstrukturen der Kommune, setzen auf die Förderung und Einbindung bürgerschaftlichen Engagements und zielen auf eine Stärkung sozialer Ressourcen, Förderung der sozialen Teilhabe ab, um eine Stabilisierung der Lebenssituation im häuslichen Setting durch eine höhere Autonomie und Selbständigkeit zu erreichen (Gebert et al. 2021, Weidner et al. 2018).
- Aus der Erfahrung der Münchner präventiven Hausbesuche werden diese Bedarfe sichtbar (IPP München, 2014):

Unterstützungsbedarf



- Zum Einsatz kommen im überwiegenden Teil der berichtenden Programme Gesprächsleitfäden, Assessments oder strukturierte Fragebögen sowie ein Beratungsangebot (ebd.). Thematisch ist eine hohe Varianz der Programme festzustellen, die auf die jeweilige Zielgruppe angepasst sein sollen. Nach Literaturlage sind folgende Aspekte im Rahmen der präventiven Hausbesuche für die älteren Menschen von Bedeutung (eine Begründung für die jeweilige Auswahl fehlt dabei oftmals):
 - Soziale Teilhabe
 - Wohnsituation und das Wohnumfeld
 - Identifikation von Risikofaktoren in der Umgebung
 - gesellschaftliche Einbindung
 - Mobilität
 - psychosoziale Situation
 - finanzielle Belange und Sozialleistungen
 - gesundheitliche Situation/ medizinische und pflegerische Versorgung
 - Aufklärung über bestimmte Erkrankungen
 - Beratung zu Bewegung, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, zur Verbesserung des generellen Muskeltonus und der Fitness
 - Risikoerfassung für Stürze
 - Maßnahmen zur Schmerzkontrolle und zum angemessenen Einsatz von Schmerzmitteln (Neumann et al. (2021), Barthelmes et al. 2020), Weidner et al. 2021).
- Es erfolgt eine Ermittlung, ob weitere PHB zur Beratung und Vermittlung bei erweitertem Aufwand geplant werden müssen oder es bei dem einmaligen Gespräch bleiben kann (Duan-Porta 2021, Schulc 2016).
- Bei potenziellen Notsituationen während des PHB oder der Versorgungssituation, z.B. im Kontext der Wohnverhältnisse, etc. werden Maßnahmen nach Notwendigkeit getroffen,

die über Informationsvermittlung oder Beratungstätigkeiten (weit) hinausgehen (Renz und Meinck 2020, Duan-Porter 2020).

Folgend werden die **Durchführungselemente im Rahmen von PHB** beschrieben, die aus den Erfahrungen vorangegangener Projekte als Erfolgskriterien für die Durchführung von PHB identifiziert wurden:

- Die Abstimmung des PHB-Konzeptes sollte einerseits den geltenden Datenschutzrichtlinien entsprechen sowie Sicherheitsaspekte berücksichtigen (Neumann et al. 2021). Die Expertise der Polizei (z. B. Landeskriminalamt) sollte eingeholt werden.
- Renz & Meinck (2020) beschreiben, dass das Angebot durch öffentlichkeitswirksame Informationen oder Einladungen, wie Geburtstagschreiben, aktiv befördert werden kann.
- Im Rahmen des Anschreibens sollte bereits ein Terminangebot gemacht werden. Je proaktiver der Zugangsweg ist, desto höher die Akzeptanz (Gebert et al. 2021).
- Gleichzeitig empfiehlt sich eine Öffentlichkeitsarbeit (über Flyer, Plakate, Litfaßsäulen, Presseartikel, etc.) in der Stadt, um über das Angebot zu informieren und das politische Engagement in der Kommune zu zeigen (Schmidt-Deckert 2016).
- Das eingesetzte, validierte und evaluierte Assessment sollte multidimensional sein und soziale und gesundheitsbezogene Zielbereiche abdecken sowie als Planungsgrundlage dienen können (ZQP 2013).
- Besuchskonzepte sollten an bereits vorhandenen Strukturen und Bedarfen ausgerichtet werden, die umfangreiche Kenntnis von lokalen Strukturen und Angeboten ist entscheidend für eine gelingende Umsetzung von PHB.
- Bisher nicht bekannte Bedarfe der älteren Menschen sollen identifiziert und dazu passgenaue Angebotsstrukturen in der Kommune bereitgestellt werden.
- PHB sollten nicht als Einzelmaßnahme erfolgen, sondern ein Baustein in der kommunalen Arbeit mit älteren Menschen sein (Weidner 2016).
- Die Frequenz möglicher Wiederholungsbesuche sollte im Erstgespräch vereinbart werden (Schmidt-Deckert 2016).
- Angehörige sollten konzeptuell berücksichtigt werden und nach Möglichkeit bei den PHB mit anwesend sein.
- Längere Laufzeiten führen zu einem erhöhten Bekanntheitsgrad bei den Besuchten (Renz & Meinck 2020), da besuchende Personen und Besuchsabsicht bekannt ist.
- Es bestehen Empfehlungen, die Zielgruppe der 75-80-jährigen Menschen, die alleine leben, einzuschließen (Weidner 2016).

Fazit für Bremen

Um den beschriebenen Herausforderungen, wie dem demographischen Wandel, den hohen Zahlen potenziell Pflegebedürftiger und dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen, soll in Bremen der Ansatz der präventiven Hausbesuche erprobt werden.

Dabei sollte auf die zuvor beschriebene Zugangs- und Durchführungsformen zurückgegriffen werden, auch wenn die bisherigen Erkenntnisse durchaus heterogen sind. Es sollte deshalb aber auch Raum für eine (Weiter-)Entwicklung des Konzeptes gelassen werden, um die Ausrichtung der PHB im Prozess auf die (ggf. unterschiedlichen) Bedarfe der Zielgruppe flexibel anzupassen. Gleichzeitig kann damit die Möglichkeit genutzt werden, bei einer für Bremen passgenauen Entwicklung auch Aussagen über die Wirksamkeit zu treffen und auf dieser Basis perspektivisch über die Ausweitung dieses Ansatzes entscheiden zu können. Eine Evaluation des Vorhabens (möglichst unter Einbeziehung bereits vorhandener Angebote oder parallel zu erprobender Angebote) wird als erforderlich angesehen.

Im Folgenden wird daraus abgeleitet ein Konzeptvorschlag für die Stadtgemeinde Bremen empfohlen. Beinhaltet sind dabei Hinweise auf Besonderheiten der Stadtgemeinde Bremerhaven.

2. Konzeptvorschlag zur Umsetzung in Bremen mit sozialraumorientiertem Fokus

Die Angebote der offenen Altenhilfe in Bremen sind zahlreich und facettenreich. Die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport fördert mit sozialräumlichem Bezug unterschiedlichste Angebote und Träger in den Quartieren, die zum großen Teil auch sehr gut angenommen werden. Dennoch werden damit selbstverständlich nicht alle älteren Menschen in ihren unterschiedlichen Bedarfslagen erreicht. Potenzielle Nutzer:innen machen sich oft genug nicht auf den Weg. Teilweise verfügen sie über nicht ausreichende Recherchekompetenz und die Angebote bleiben unbekannt. PHB können und wollen hier Lotsen im System zur Komplettierung bzw. Brückenbauer sein.



PHB werden als niedrigschwelliges und freiwillig in Anspruch zunehmendes Angebot vorgehalten und zielen auf die Gruppe der über 80-jährigen Personen in ausgewählten Modellregionen des Landes Bremen.

Das Angebot versteht sich als aufsuchendes Angebot mit ressourcenorientierter Intervention, in dessen Ergebnis – bei Bedarf – eine Überleitung in etablierte Angebotsstrukturen führen kann. Ergebnis kann auch sein, dass – bei Bedarf – nachbarschaftliche Strukturen aktiviert bzw. Ressourcen der besuchten Personen – bei Bereitschaft - auch für den Sozialraum akquiriert werden.

Das Konzept legt den Schwerpunkt auf einen sozialraumorientierten Ansatz: Ziel ist, die selbständige Lebensführung (vulnerabler) älterer Menschen zu verbessern, die soziale Teilhabe dieser Gruppe zu erhöhen, zu einer Verringerung von Einsamkeit und Isolation im häuslichen Umfeld beizutragen, den Zugang zu bestehenden Unterstützungsangeboten im Quartier zu sichern und Pflegebedürftigkeit möglichst hinauszuzögern bzw. zu verhindern sowie den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit – sofern gewünscht – zu ermöglichen.

Im Folgenden wird die konzeptionelle Umsetzung der PHB in der Stadtgemeinde Bremen skizziert und ein angepasstes Vorgehen für Anpassungen für die Stadtgemeinde Bremerhaven beschrieben.

2.1 Aufgaben und Ziele von präventiven Hausbesuchen

Ziel ist es, durch Information über und Vermittlung in Angebote im Sozialraum, Vereinsamung und Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden und – wenn dies den Vorstellungen der älteren Menschen entspricht – möglichst lange den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erreichen. Dafür sollen nachbarschaftliche Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch Angebote der Kommunen und der Sozialversicherung in einem bestmöglichen Mix genutzt werden. Bremen hält zahlreiche Angebote bereit, die nicht immer ausreichend bekannt sind.

Durch den systematischen Besuchsansatz sollen dabei auch jene älteren Menschen erreicht werden, die bisher keine Kenntnis oder erschwerten Zugang zu bestehenden Angebotsstrukturen der Kommune, Sozialversicherung und medizinischer Versorgung haben. Dafür werden zum 80. Geburtstagjubiläum Bremer:innen im Rahmen des geplanten Modellprojekts der sozialraumorientierten PHB individuelle Informationen und Beratung angeboten.

Es soll ein ressourcenorientierter Ansatz verfolgt werden, der den Willen der besuchten älteren Menschen in den Mittelpunkt stellt und – neben dem Verweis auf institutionelle Angebote – auch und vor allem die Potenziale der Selbsthilfe und quartiersbezogenen Vernetzung in den Blick nimmt. Dabei sind unbedingt die tatsächlichen Bedürfnisse in Kombination mit der Ressourcenfeststellung der jeweiligen Person in den Mittelpunkt zu stellen. Hierzu werden Stärken und potenzielle Problemfelder identifiziert, in dessen Ergebnis eine ressourcenorientierte Reaktion in Bezug auf die jeweilige soziale, gesundheitliche und psychologische Situation, die Wohnsituation sowie die soziale Teilhabe der Person steht.

Letztlich können aus den systematischen Besuchen Defizite in der Angebotsstruktur, der Besonderheiten der Stadtteile oder auch den Sorgestrukturen in den jeweiligen Regionen überprüft und abgeleitet werden. Bei dem Aufgreifen der Defizite ist wiederum auf einen Mix an Selbsthilfe und institutionellen Lösungen zu achten.

2.2 Zielgruppe

2.2.1 Auswahl Modellregion

Zur Auswahl der als Modellregionen geeigneten Bremer Stadtgebiete werden diejenigen mit besonders hohem sozialräumlichen Entwicklungsbedarf (in Bremen die sogenannten WiN-Gebiete (Wohnen in Nachbarschaften)) berücksichtigt.

Dabei werden zur letztendlichen Auswahl die folgenden Kriterien zur Identifizierung potenzieller Fördergebiete herangezogen:

1. Anzahl und Anteil von älteren Menschen (65+) und Hochaltrigen (80+).
2. Anzahl alleinlebender Älterer (65+).
3. Anzahl von Grundsicherungsempfänger:innen im Alter (außerhalb von Einrichtungen) und deren Anteil an allen Altersgleichen (als Indikator für potenziell eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe im Alter).
4. durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen.
5. Anteil von Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

Somit stehen diese Bremer Stadt-/Ortsteile zur Auswahl:

1. Auf Grundlage der herangezogenen Kriterien in Bezug auf Alter erweisen sich besonders die Vahr, Blockdiek, Grambke und Marßel in der Stadt Bremen als geeignete Fördergebiete, da hier ein hoher Anteil Älterer und hochaltriger Personen lebt.
2. Eine hohe Anzahl von alleinlebenden Älteren lebt in der Stadt Bremen vor allem in Kattenturm, Lüssum-Bockhorn, Marßel und in der Vahr.
3. Die Bremer Stadtteile mit einer hohen Anzahl von Grundsicherungsempfänger:innen im Alter nach dem 4. Kapitel des SGB XII sind vor allem Kattenturm, Vahr (und weitere Fördergebiete im Bremer Osten wie Blockdiek, Schweizer Viertel), Huchting und Lüssum Bockhorn (mit weiterem Fördergebiet Marßel im Bremer Norden). Dies gilt auch für deren Anteil an Altersgleichen (= allen älteren Menschen 65+ im jeweiligen Fördergebiet). Nur Gröpelingen hat zusätzlich einen auffallend hohen Anteil an Grundsicherungsempfänger:innen im Alter. In Bremerhaven sind es die Ortsteile Goethestraße und Twischkamp, die die höchsten Anteile von Bezieher:innen ambulanter Grundsicherung im Alter an den Einwohner:innen im Alter 65+ aufweisen. Im Ortsteil Grünhöfe kommt zu einem ebenfalls hohen Anteil des Grundsicherungsbezugs unter den Menschen über 65 Jahren ein großer Geschlechterunterschied hinzu. So beziehen dort auffällig mehr Frauen als Männer Grundsicherung im Alter.
4. Da die Datenlage zu gesundheitlichem Befinden bzw. Bedarfen älterer und hochaltriger Menschen in den Fördergebieten rudimentär ist und nur zu einem Drittel der Fördergebiete statistische Angaben zur durchschnittlichen Lebenserwartung vorliegen, lässt sich zu diesem Kriterium keine sinnvolle Auswahl begründen. Nahezu alle bekannten Daten

zeigen eine zum Bundesdurchschnitt unterdurchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern in den Fördergebieten auf.

5. Der Anteil der Migrationsbevölkerung an allen Bewohner:innen im jeweiligen Fördergebiet kann als sehr plausibles Kriterium für den potenziellen Bedarf an aufsuchender Hilfe herangezogen werden, weil Migrant:innen häufiger sozial-, bildungs- oder sprachbedingt Zugangsprobleme zu den Angeboten der Regelversorgung (häufig noch Komm-Strukturen) haben. Dies gilt insbesondere für in der Heimat geborene Migrant:innen der ersten Generation, die hier alt werden. Besonders hohe Anteile in der Stadt Bremen (verglichen mit dem Durchschnitt aller Bremer Fördergebiete) weist der Bremer Osten auf, dies sind Schweizer Viertel, Blockdiek und Vahr. Daneben zeigen auch die durchschnittlich etwas jüngeren Fördergebiete (bzgl. Anteil älterer und hochaltriger Personen) wie Gröpelingen, Grohn und Kattenturm überdurchschnittliche hohe Anteile an Migrationsbevölkerung. In Bremerhaven ist es wieder der Ortsteil Goethestraße, der sich hier mit dem Ortsteil Grünhöfe die zwei Spitzenränge in Bezug auf den höchsten Bevölkerungsanteil an Ausländer:innen im Alter 65+ teilt. Der Ortsteil Twischkamp belegt in Bezug auf den Ausländer:innenanteil unter den über 65-Jährigen den fünften Platz.

Basierend auf dieser verfügbaren Datenlage zeigt sich der höchste potenzielle Bedarf für die Geburtstagsbriefe in der Vahr. Als annähernd so hoch kann der Bedarf in den Fördergebieten Blockdiek und Kattenturm eingeschätzt werden. Danach folgen mit (nur teils) deutlich überdurchschnittlichen Werten hinsichtlich der oben genannten Auswahlkriterien das Schweizer Viertel (Tenever), Lüssum-Bockhorn, Gröpelingen und Marßel.

In der Gesamtschau aller Ergebnisse, Abwägungen von Ortsteil- und Zielgruppenspezifika und Umsetzungsmöglichkeiten könnte ein guter Vorschlag sein, in der Vahr zu starten. Die Auswahl wird dadurch begünstigt, dass – trotz der einschlägigen Sozialdaten – in der Vahr durchaus auch eine gemischte Sozial- und Siedlungsstruktur vorhanden ist. Neben Geschosswohnungsbau in unterschiedlichen Ausprägungen (Gartenstadt Vahr / Neue Vahr Nord) finden sich auch Reihenhaussiedlungen in diesem Stadtteil. Zudem ist die Gewoba ein wichtiger Akteur und verlässlicher Kooperationspartner, um ggf. eine Weiterentwicklung von Strukturen voranzubringen. Schließlich verfügt die Vahr über ein sehr gutes Angebotsnetz für ältere Menschen, sodass eine gute Basis für einen Verweis an Unterstützungsangebote gegeben ist.

In der Vahr leben rund 2.200 ältere Menschen über 80 Jahre. 2022 wurden davon zum Beispiel 198 Personen 85 Jahre und 77 Personen 90 Jahre alt. Im Projektverlauf wird sich zeigen, wie viele Einladungen und Besuche machbar sind, wie viele Absagen, Nichtantreffen an der Haustür, Zweitbesuche etc. anfallen werden.

2.2.2 Auswahl der Personengruppe

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Literatur und der Datenlage für Bremen wird eine Zugangsgruppe in den ausgewählten Modellregionen mit sozialräumlichen Entwicklungsbedarf präferiert:

- Alle Personen ab 80 Jahren, die in der eigenen Häuslichkeit leben.
- Beginn der Modellphase im Stadtteil Vahr.

Außerdem können sich, um die gesundheitliche Gleichstellung zu gewährleisten, auch andere Personen, die die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllen, proaktiv für PHB anmelden.

Die Auswahl der Personengruppe erfolgt in einer Zusammenschau der im Projekt vorhandenen finanziellen Ressourcen und Personalkapazitäten. Ist der errechnete und zu erwartende Beratungsbedarf zu den vorgeschlagenen Personengruppen mit den vorhandenen Ressourcen nicht zu decken, sind im Projektverlauf weitere Kriterien zur Reduktion der auszuwählenden Gruppen vorzunehmen.

Im Verlauf des Projektes wird geprüft, inwieweit eine Ausweitung denkbar ist, so dass auch alle 85-, 90-, 95-, 100-Jährigen etc. angeschrieben werden können. Vorteil wäre, es gäbe dadurch eine Art Screening durch die Altersschichten hindurch. Mit fortschreitendem Alter und zunehmenden Unterstützungsbedarf würden dadurch Maßnahmen eingeleitet werden können.

Die Lebenserwartung der Männer in Bremerhaven wird auf 76 Jahre geschätzt. Sie bilden damit auf bundesdeutscher Kreisebene das Schlusslicht auf Rang 402. Die Frauen in Bremerhaven liegen mit einer geschätzten Lebenserwartung von 82 Jahren etwas höher, jedoch im bundesdeutschen Vergleich auch am unteren Ende auf Rang 391 (Rau & Schmertmann, 2020). Aus diesem Grund werden für Bremerhaven Personen ab 70 Jahren, die in der eigenen Häuslichkeit leben, für die Geburtstagsbriefe vorgeschlagen. Um aber einen Vergleich zu den Befragten in der Stadt Bremen aufstellen zu können, sollten zwei Altersgruppen, nämlich 70- und 75-Jährige besucht werden. Vorgeschlagen sind Personen aus den Ortsteilen Goethestraße, Grünhöfe und Twischkamp, die als Modellregionen beschrieben wurden. Der Ortsteil Surheide, mit besseren sozioökonomischen Voraussetzung, kann als Kontrastierung ebenfalls in die Modellprojektphase aufgenommen werden.

2.3 Zugangswege

Das Anschreiben erfolgt als Gratulationsbrief zum 80. Geburtstag von der Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport. Die Gratulation ist kombiniert mit einem Informationsanschreiben zum kostenlosen Angebot der PHB, in dem bereits ein Termin für den zugehenden Hausbesuch genannt wird. Um die Akzeptanz, das Sicherheitsgefühl und das Vertrauen der älteren Menschen zu stärken, wird im Anschreiben auf folgende Punkte hingewiesen

- die Aufsuchenden werden mit Foto, Kontaktdaten vorgestellt.
- Bei dem Besuch kann selbstverständlich eine Vertrauensperson anwesend sein.

- Das Gespräch kann außerhalb der Häuslichkeit stattfinden.
- Die Aufsuchende zeigt beim Besuch immer unaufgefordert den Personal- und Hausausweis.
- Kennwortschutz / persönliche Besuchsnummer
- Gespräch in einem Raum (Wohnzimmer oder Küche, keine „Besichtigung“ der gesamten Wohnung. Diese Vorgehensweise sollte im Anschreiben klar nach außen kommuniziert werden, um die Taten von potenziellen Kriminellen zu erschweren. Sollte sich im Besuch bei vorliegendem Einverständnis der besuchten Person die Wohnungsbesichtigung als erforderlich erweisen, ist er möglich.
- Hinweis im Anschreiben, dass bei Erkrankung der Besuchskraft keine spontan unangekündigten andere Mitarbeiter:in kommen wird, sondern stattdessen eine neue Terminzusendung erfolgen wird.
- Deutlicher Hinweis, dass der Termin freiwillig und kostenlos ist, jederzeit beendet werden kann.
- Hinweis auf mögliche Betrugsversuche und dass die Aufsuchenden Mitarbeiter:innen auf keinen Fall persönliche Fragen zu Wertgegenständen oder Verstecken stellen werden, noch die Aushändigung vorschlagen oder verlangen.

Zudem ist im Anschreiben die Zusammenarbeit mit Polizei und Datenschutz Nord GmbH aufgeführt.

Die Polizei Bremen empfiehlt in ihrer Stellungnahme vom 04.08.2022 das grundsätzliche Vorgehen nicht und rät zur „Einladung mit Terminvereinbarung“ (siehe vertiefend Kap. 2.10).

Der Besuch erfolgt zum genannten Termin am Wohnort, wenn nicht aktiv eine Terminabsage im Vorfeld erfolgt. Die PHB erfolgen auf freiwilliger Basis, wesentlich ist der Vertrauensaufbau zwischen Aufsuchenden und Aufgesuchten mit dem Ziel, auch die Menschen zu erreichen, die bisher wenig Zugang zu bestehenden Unterstützungsangeboten hatten und über die PHB eine Stabilisierung in der Häuslichkeit erfahren können.

Im Ausnahmefall kann der persönliche Besuch in der Häuslichkeit der aufzusuchenden Person durch eine Videokonferenz über ein datensicheres Videokonferenztool stattfinden, wenn die Person dies wünscht und die technischen Möglichkeiten vorhanden sind. Da eine Einschätzung verschiedener Aspekte (bspw. häusliche Situation) nur bedingt via Videokonferenz möglich ist, dient dieser optionale anwählbare Zugangsweg vor allem dazu, eine möglichst hohe Akzeptanz (vor allem in Zeiten der andauernden Corona-Pandemie) zu gewährleisten und soll nicht als primäres Regelangebot beim Erstkontakt verstanden werden.

Um die Zugangswege zu etablieren und für eine hohe Akzeptanz zu sorgen, ist angedacht, zeitgleich zum Start der PHB, eine Informationskampagne über Flyer in der Hauspost, Poster im ausgewählten Stadtteil, Informationsmaterialien und Sozial- und Kulturzentren, Zeitungsartikel in der Tagespresse und über einen Internetauftritt zu starten. Über die Öffentlichkeitsarbeit werden gleichzeitig Personen adressiert, die die definierten Einschlusskriterien nicht erfüllen, aber auf eigene Initiative PHB anfragen bzw. erhalten möchten.

Um die Zugangswege auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und / oder mit gesundheitlichen/sozialen Beeinträchtigungen niedrigschwellig anbieten zu können, sind nach Möglichkeit alle Angebote in mehreren, für den Stadtteil durchschnittlich besonders relevanten Sprachen sowie barrierefrei vorzuhalten.

Die Polizei Bremen und Bremerhaven wird einerseits über die PHB informiert, um bei Unsicherheit zu den PHB in der Bevölkerung aufklären und beraten zu können, andererseits soll die Expertise der Polizei in der Konzeptionsphase genutzt werden, um relevante Sicherheitsfragen zu berücksichtigen.

Ebenfalls müssen geltende Datenschutzrichtlinien berücksichtigt werden. Dazu werden die Unterstützung von „datenschutz nord GmbH“, als zuständige Beratungsinstanz des Sozialressorts Bremens sowie die Datenschutzbeauftragte für Bremerhaven für den Bereich Soziales einbezogen (siehe vertiefend Kap. 2.9, Datenschutz).

2.4 Einbindung vorhandener Strukturen

Besteht ein Unterstützungsbedarf der aufgesuchten Person, erzielt allein die Durchführung des PHB keine Wirkung hinsichtlich der sozialen Teilhabe, Autonomieerhaltung oder der Stabilisierung der Wohn- und Versorgungssituation. Es ist somit zwingend erforderlich, dass im Rahmen der PHB verfügbare (lokale) Versorgungs- und Unterstützungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich vermittelt werden. So sollen bei Bedarf im Rahmen der Ressourcenermittlung auf Angebote im Stadtteil hingewiesen und zum Beispiel auf mögliches bürger- und nachbarschaftliches Engagement verwiesen werden.

Um beim Auffinden dieser Angebote unterstützend behilflich sein zu können, sollten wohnortnahe Akteure des Quartiers bekannt sein:

- Dienstleistungs- und Begegnungszentren, Seniorentreffpunkte, Bürgerhäuser, Kulturzentren, Gemeinden
- Aufsuchende Altenarbeit
- Amt für Soziale Dienste, Gesundheitsamt, Amt für Versorgung und Integration
- Pflegeberatungsstrukturen (Pflegekassen und Pflegestützpunkte)
- Selbsthilfenetzwerke
- Bibliotheken
- Kirchliche Gemeinschaften
- Dolmetscherdienste (z.B. AiQ UiQ), etc.

Zusätzlich muss dem Team der PHB bekannt sein, wie die Besuchten bei Bedarf an folgende Angebote kommen können – wenn vorhanden:

- Ambulante Pflegedienste, Tages- / Nacht- / Kurzzeitpflege
- Haushaltsunterstützung (Reinigung, handwerkliche Tätigkeiten, Techniksport im Wohnraum)
- Einkaufsbegleitung (praktische Begleitung) / Einkaufsdienst/ Organisation regelmäßiger Lebensmittelbringdienste

- Fahrdienste im Alltag, für Ausflüge / Tagesreisen, Seniorenreisen
- Haushaltshilfen
- Hausmeisterdienste (Winterräumdienst, Mülltonnenservice), Gärtnerdienste
- Essenbringdienste
- Hausnotrufdienste
- Ehrenamtliche Angebote
- Seniorengerechte Bewegungs- und Sportangebote, Sportvereine
- Haus- und Fachärzte, Therapeut:innen (Logopädie, Psycho-, Physio-, Ergotherapie)
- Apotheken
- Dienstleister im Quartier, usw.

Projektvorbereitend und projektbegleitend sind diese Angebote im spezifischen Wohnraum und Quartier auf Verfügbarkeit für die spezifische Zielgruppe zu prüfen und im Verlauf in den Blick zu nehmen, inwieweit eine Nachsteuerung erfolgen kann. Zentral ist dabei, inwieweit die Angebote vorhanden sind und von der Zielgruppe genutzt werden können, oder ob zusätzliche Bedarfe bestehen bzw. sich im Projektverlauf zeigen, die zu decken sind.

2.5 Ablauf und Durchführung Präventiver Hausbesuche

Die Struktur der PHB beruht auf einem proaktiven Vorgehen, das sich durch eine verbindliche Bringstruktur auszeichnet und in der eigenen Häuslichkeit der aufgesuchten Personen stattfindet, um sich einen ganzheitlichen Eindruck von den Ressourcen (inkl. der Wohn- und Versorgungssituation) der aufgesuchten Personen verschaffen zu können.

Nach einem ersten Besuch im häuslichen Umfeld sind potenzielle weitere Treffen (max. 2 weitere Besuche) auf Wunsch auch regulär über ein datensicheres Videokonferenztool oder Videotelefonie möglich.

Grundsätzliches Ziel ist bei den Folgebesuchen die Vermeidung von Doppelstrukturen und schnellstmögliche Überleitung in bestehende Unterstützungssysteme, in denen die regelmäßige Begleitung erfolgen kann.

Fallsteuerung

Ist den älteren Menschen eine eigenständige Kontaktaufnahme der vermittelten Angebote zu den Angebotsträgern nicht möglich, erfolgt die Koordination der Unterstützungsangebote im Rahmen eines minimierten Case Managements bis hin zur gesicherten Überleitung an die zuständige Stelle.

2.5.1 Initialbesuch

Der erste PHB erfolgt über einen Initialbesuch, bei dem zunächst ein offenes, leitfadengestütztes Gespräch zur Erhebung soziodemografischer Daten geführt wird. Für die Konzipierung des bremischen Fragebogens dienen die Gesprächsleitfäden anderer PHB-erfahrener Städte.

Zeigt sich hierbei eine in Hinblick auf die Zielparameter stabile Situation, besteht kein weiterer Besuchsbedarf. Es werden, im Sinne der Förderung der Selbstverantwortung und der Selbstkompetenz ggfs. Angebote aufgezeigt, die bei Änderung der stabilen Situation ausgewählt werden können. Zudem könnten Möglichkeiten des Engagements im Stadtteil – wenn gewünscht – dargestellt werden.

Mit Beendigung des PHB legen Beratende und besuchte Personen, wenn von diesen gewünscht, partizipativ das weitere Vorgehen fest. Dabei wird entschieden, ob ein weiterer PHB zur Beratung und Vermittlung bei erweitertem Aufwand geplant wird oder es bei dem einmaligen Gespräch bleibt. Die älteren Menschen entscheiden, ob und welche der Angebote sie annehmen möchten. Gemeinsam wird besprochen, welche die nächsten Schritte sind, ob es beispielsweise einen weiteren PHB geben soll und/oder ob und wie die Kontaktaufnahme zum jeweiligen Angebot bzw. die Überleitung an den Sozialdienst Erwachsene erfolgen soll.

Für die Durchführung sind die sicherheitsrelevanten Aspekte in den entsprechenden Kapiteln dieses Konzepts anzuwenden.

2.5.2. Beratung und Vermittlung bei erweitertem Bedarf

Je nach Situation in der Häuslichkeit, der identifizierten Ressourcen und Bedarfe der älteren Menschen oder wenn während des Initialbesuchs nicht alle bestehenden Informations- und Beratungsbedarfe gedeckt werden konnten, werden aufbauend auf den Erstbesuch erneute Besuche zur Beratung angeboten.

Bei dieser Beratung mit erweitertem Bedarf erfolgt eine umfassende und spezifische Beratung zur Förderung der selbständigen Lebensführung und Stabilisierung der Lebenssituation im eigenen häuslichen Umfeld im Kontext verfügbarer Ressourcen des Quartiers und ggfs. darüber hinaus. Je nach Problemlage wird das Beratungsangebot durch eine spezifische Profession erbracht oder dahingehend vermittelt z.B. aus dem Bereich Soziale Arbeit, Nachbarschaftshilfe, Pflege, Leistungsrecht.

Darüber hinaus steht es den besuchten Personen jedoch frei, bei späteren Bedarfen den Kontakt zum Team der PHB aufzunehmen. Allerdings wird in erster Linie auf das bestehende Beratungssystem verwiesen und bei Bedarf hineingeleitet.

2.5.3. Gefahr im Verzug

Erleben die Aufsuchenden eine potenzielle Notsituation bzw. wird eine akut handlungsbedürftige Situation festgestellt (z. B. medizinischer Notfall oder akuter Handlungsbedarf im

Kontext der Wohnverhältnisse), werden entsprechende Sofortmaßnahmen, die über einen Beratungseinsatz hinausgehen, geleistet und der zuständige Sozialdienst verständigt. Eine entsprechende Situationseinschätzung ist durch die Qualifizierung der aufsuchenden Personen gegeben.

2.6 Personalbedarf und -qualifikation

2.6.1 Kalkulation des Personalbedarfs

Die erforderliche Teamgröße (Anzahl der Mitarbeiter:innen) ergibt sich aus dem Mengengerüst und der Zielgruppenkalkulation der auszuwählenden Modellregion. Auf Grundlage der im Detail noch zu ermittelnden, jährlich zu erwartenden Anzahl an zu Besuchenden, der veranschlagten Gesprächsdauer zzgl. Vor- und Nachbearbeitung und Fahrtzeit sowie dem Zeitaufwand für Folgebesuche ist der Personalbedarf an Honorarkräften darzustellen.

Ableitend aus den Projekterfahrungen und dem in der Literatur beschriebenen Zeitbedarf, ist von einem Zeitaufwand von durchschnittlich etwa 90 Minuten pro Erstbesuch sowie einer Vor- und Nachbereitungszeit zuzüglich An- und Abfahrtzeit auszugehen. Der Zeitbedarf für weitere Besuche wird mit 30-45 Minuten kalkuliert, zuzüglich Vor- und Nachbereitungszeit ggfs. zuzüglich An- und Abfahrtzeit. Es sollen nicht mehr als drei Besuche durchgeführt werden, da eine Überleitung in bestehende Strukturen bis dahin erfolgt sein sollte.

Unbedingt einzukalkulieren ist ein zeitlicher Aufwand für die Koordinationstätigkeiten, die Telefon- und Videosprechstunde sowie ggf. für Schulungen der fachlich qualifizierten Honorarkräfte. Honorarkräfte könnten eine Ergänzung zum bestehenden Stammpersonal darstellen, da sie vertragsbedingt flexibler einsetzbar und in Abhängigkeit vom Beratungsaufwand und den zu Verfügung stehenden Ressourcen kalkulierbar sind.

Für die Kommune Bremen wird das Amt für Soziale Dienste (AfSD) die Trägerschaft übernehmen. Eine hauptamtliche Fachkraft wird die Qualität des Projekts sichern und die Honorarkräfte fachlich unterstützen. Zudem erfolgt die Gesamtkoordination des Projekts (u.a. Vernetzung) über diese Fachkraft. Durch das AfSD ist die Neutralität des Trägers gegeben. Die Neutralität ist nicht nur hinsichtlich der angestrebten Beteiligung der Kranken- und Pflegekasse wünschenswert, sondern auch im Hinblick auf die Akzeptanz bei den Bürger:innen. Innerhalb des AfSD wird das Projekt beim Sozialdienst Erwachsene angesiedelt sein. Der Sozialdienst Erwachsene eignet sich aufgrund seiner sozialräumlichen Ausrichtung. In dieser Organisationsstruktur sind sowohl die sozialen Angebote und Netzwerke im Stadtteil bekannt, ebenso grundsätzlichen rechtlichen Rahmenbedingungen.

2.6.2 Fachliche Anforderungen und Rahmenbedingungen des Berater:innen-Teams

Die PHB werden – wie beschrieben - durch eine Fachkraft im Modellvorhaben geplant, koordiniert, geleitet und durchgeführt werden. Ergänzend werden kostenminimal freiberuflich tätige Besuchskräfte auf Honorarbasis für die Besuche eingesetzt. Der berufliche Hintergrund der Besuchskräfte (sowohl der Honorar- und Fachkräfte) muss (bis je nach Personalmarkt-

Situation und Finanzierungsmöglichkeiten sollte) fachlich einschlägig sein; also z.B. Fachkräfte der Sozialen Arbeit, der Gerontologie, Pflegefachpersonen oder vergleichbare Berufe mit zusätzlicher Qualifikation zur aufsuchenden Beratung.

Ansprüche an die fachliche Expertise der professionellen Kräfte sind, neben einer einschlägigen beruflichen Ausbildung, Erfahrung in sozialen und pflegerischen Berufen, Beratungserfahrung mit hoher Beratungskompetenz, Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit nach DBSH zur Verknüpfung mit relevanten Angeboten im Quartier / in der Kommune, vertiefte Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung, -erhaltung und -beratung, interdisziplinäres Handeln und Denken, Kenntnisse über den relevanten Sozialraum (Angebote, Akteure), Kenntnisse zu Finanzierung und Sozialversicherungsleistungen (Grundsicherung, KdU, Pflegeversicherung, Einkommen-/Vermögensanrechnung etc.) sowie zu kultursensibler Versorgung.

Darüber hinaus sollten die Fachkräfte über persönliche Kompetenzen wie Empathie, Verantwortungsbereitschaft, Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit, Offenheit und Zugänglichkeit verfügen.

Unbedingt notwendig ist – über das gesamte Team gesehen – eine interkulturelle Kompetenz, Mehrsprachigkeit entsprechend der Zielgruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund und kultursensibles Fachwissen.

Keinesfalls darf auf das erweiterte Führungszeugnis verzichtet werden. Es ist Voraussetzung für eine Beschäftigung. Die Polizei Bremen weist darauf hin, dass ein einfaches Führungszeugnis aus fachlicher Sicht für die Ausübung der Tätigkeit nicht ausreichend ist, da einige Verfehlungen nicht im einfachen Führungszeugnis aufgeführt werden (z.B. Freiheitsstrafen bis zu 3 Monaten oder Geldstrafen von nicht mehr als 90 Tagessätzen).

Die Personen, die die PHB durchführen, verstehen sich als kompetente und neutrale Ansprechpartner:innen. Sie sind Informationsvermittler:innen und Wegweiser:innen zu einer altersgerechten und bedarfsorientierten Angebotsentwicklung, Impulsgeber:innen und Lots:innen im Gesundheits- und Sozialsystem.

2.7 Schnittstellen zu Fachdiensten und weiterführendem Case-Management

Die Kommunen in Bremen und Bremerhaven bieten für ältere Menschen Beratungs- und Unterstützungsstrukturen an. Dazu gehören die Dienste der Altenhilfe, der Sozialen Dienste der Kommunen Bremen und Bremerhaven und der Pflegeberatung der Pflegekassen.

Sofern sich aus dem Assessment der präventiven Hausbesuche eine weiterführende Hilfeplanung nach SGB XII oder Versorgungsplanung nach SGB XI ergibt, ist die Weiterleitung an die zuständigen Dienste an das Case Management sicherzustellen. Dazu gehören die sozialpsychiatrischen Behandlungszentren, die kommunalen Sozialen Dienste, die Pflegeberatungsstrukturen (Pflegekassen und Pflegestützpunkte) und die örtlichen Betreuungsbehörden.

Für das überleitende Case-Management ist eine verbindliche Fallübergabe und Fallannahme festzulegen. Hierfür sind Regelungen in fachlichen Weisungen oder Kooperationsvereinbarungen notwendig.

2.8 Kooperation und Vernetzung innerhalb der Quartiere

Es ist vorgesehen, die Erfahrungen der Geburtstagsbriefe und den Besuchen für die Vernetzung und Weiterentwicklung von Versorgungs- und Betreuungsangeboten in der Quartiersentwicklung zu nutzen.

2.9 Datenschutz

Präventive Hausbesuche erfassen Ressourcen und Risiken in der häuslichen Umgebung, um vorbeugende Empfehlungen im Rahmen der staatlichen Daseinsfürsorge abzuleiten. Wenn ein Verstoß gegen die datenschutzrechtlichen Verordnungen ein hohes Risiko der Missachtung von Freiheiten und Rechten von natürlichen Personen erzeugt, gibt es laut Artikel 33 und Artikel 34 der DSGVO Nachweispflichten des Verantwortlichen gegenüber den betroffenen Personen sowie gegenüber Aufsichtsbehörden. Um nach Art. 30 Abs. 1 DSGVO eine Dokumentation der Verarbeitungstätigkeiten und nach Art. 35 DSGVO im Bereich der Verarbeitung von Sozialdaten eine Datenschutzfolgenabschätzung erbringen zu können, erstellt der Landesdatenschutzbeauftragte in Kooperation mit dem Amt für soziale Dienste, dem Magistrat Bremerhaven und dem Senat für Soziales, Jugend, Integration und Sport ein gesetzlich vorgeschriebenes Datenschutzkonzept.

In einer abgestimmten und von der Datenschutz Nord GmbH geprüften Prozessbeschreibung werden die Rahmenbedingungen zur Datensicherheit und der Umgang mit personenbezogenen Daten nach einem einheitlichen Verfahren geregelt. Es wird ein Sicherheitskonzept zur Schulung und Unterweisung der Mitarbeiter:innen und Honorarkräfte geben.

Das Amt für soziale Dienste (Stadt Bremen) und der Magistrat der Stadt Bremerhaven fragen jeweils für sich genommen als datenschutzrechtlich eigenverantwortliche Stelle folgende Daten nach § 34 BMG von Personen aus dem jeweiligen Teststadtteil, mit einer bestimmten Geburtsdatenangabe (z.B. vor dem 31.12.1946) bei der zentralen Meldebehörde als Gruppenauskunft ab:

1. Familienname
2. Vorname
3. Doktorgrad
4. derzeitige Anschrift, Haupt-Wohnung
5. Geschlecht
6. sofern verfügbar: Ortsteil

Die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist § 71 Abs. 1 Nr. 4 SGB XII i.V.m. § 67a SGB X.

Daraufhin werden die personenbezogenen Daten per passwortgeschützter Zip Datei an die beiden Stadtgemeinden versendet. Diese Aufzeichnungen werden im AfSD durch technische und organisatorische Maßnahmen nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 gesichert und nach Ablauf des Kalenderjahres, das dem Jahr der Erstellung der Aufzeichnung folgt, vernichtet.

Die Adress- und Personendaten werden über eine Serienbrieffunktion von MS Office Excel zu MS Office Word transferiert und in ein Einladungsschreiben eingefügt. Die genaue Umsetzung des Einladungsmanagements wird für die Stadt Bremen noch geprüft. Der Briefdruck in Bremerhaven erfolgt hausintern über eine Mitarbeiter:in des Magistrats. In dem Einladungsschreiben wird ein Besuch angekündigt. Das Schreiben wird eine Information nach Art. 14 DSGVO enthalten, die dem Datenschutzkonzept beigelegt ist.

Wenn dem Besuch widersprochen wird, werden die personenbezogenen Daten gelöscht und der Besuch wird nicht erfolgen.

Die Mitarbeitenden sollen über einen schriftlichen Handlungsleitfaden für die Privatsphäre und den Datenschutz der älteren Menschen sensibilisiert werden. An der Tür erklären die Aufsuchenden transparent ihr Anliegen und nehmen Bezug zum Gratulationsschreiben, weisen auf die Freiwilligkeit hin und betreten die Wohnung nur mit Einwilligung. Die Einwilligung sollte ausdrücklich erteilt werden. Es darf kein Druck aufgebaut werden. Eine Einwilligung gem. § 67b II SGB X grundsätzlich schriftlich erfolgen soll. In diesem Fall reicht auch eine mündliche Einwilligung.

Sofern etwas während des Besuchs schriftlich festgehalten wird, wird es dem älteren Menschen transparent gemacht. Die Einwilligung zur Datenspeicherung hat schriftlich zu erfolgen. Ein entsprechender Entwurf zur Datenspeicherung wird dem Datenschutzkonzept beigelegt. Bei Widerspruch müssen die Daten grundsätzlich gelöscht werden. Werden Gesundheitsdaten gespeichert, muss auf diese ausdrücklich Bezug genommen werden. Vor der Weitergabe an Dritte soll die schriftliche Einwilligung der betroffenen Person eingeholt werden. Nach den Besuchen werden die Daten bis Abschluss Fallbearbeitung gespeichert und danach gelöscht.

2.10 Polizeiliche Hinweise – Grundsätzliche Ausrichtung

Neben der potenziellen Steigerung der sozialen Teilhabe, Prävention und Gesundheitsförderung für Senior:innen durch die PHB, geht die Verwaltung mit der Durchführung der PHB auch juristische Risiken und potenzielle Risiken für ihre Zielgruppe ein. Die Privat-, Geheim- und Intimsphäre wird nach Artikel 1 Abs. 1 i.V.m. Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG) durch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung geschützt. Darüber hinaus muss die Verwaltung Artikel 13 GG, die Unverletzlichkeit der Wohnung, beachten.

- Was sind die Risiken eines Hausbesuches auch ohne Einwilligung im Vorfeld?
- Warum ist dieses Verfahren dennoch geeignet?

Grundsätzlich wäre eine Einwilligung eine sichere Rechtsgrundlage. Das Angebot von Hausbesuchen per Brief würde über § 71 Abs. 1 Nr. 4 SGB XII zur Aufgabe des AfSD gezählt

werden können. Ob dies auch für das Klingeln an der Tür zutrifft, könnte fraglich sein. Rechtssicher wäre insofern die Einholung einer ausdrücklichen Einwilligung für die Kontaktaufnahme an der Haustür bzw. für den Besuch. Dies könnte auch durch niedrigschwellige Antwortmöglichkeiten erfolgen – etwa durch den Rückversand einer vorfrankierten Postkarte mit Ankreuzmöglichkeit.

Da bei der betroffenen Altersgruppe aber zu vermuten ist, dass das Erfordernis einer aktiven Einwilligungshandlung im Vorfeld eine zu hohe Hürde in der Praxis darstellt und zu wenige Personen der gewünschten Zielgruppe erreicht werden würden, wird ein anderer mit Datenschutz Nord GmbH abgestimmter Weg erprobt. Die betroffenen Personen werden per Brief informiert, haben aber die Möglichkeit, zu widersprechen. Erfolgt kein Widerspruch, wird bei den Personen geklingelt. Dies erfolgt auf Grundlage der gesetzlichen Aufgabenerfüllung gem. § 71 Abs. 1 Nr. 4 SGB XII.

Für das Betreten der Wohnung wird jedoch eine ausdrückliche Einwilligung vorausgesetzt, die die aufsuchenden Mitarbeiter*innen in der Eingangssituation an der Wohnungstür zunächst mündlich einholen. Problematisch ist an dieser Stelle, dass gem. § 67b Abs. 2 SGB X eine Einwilligung grundsätzlich schriftlich eingeholt werden soll. Zudem müssen die einwilligenden Personen einwilligungsfähig und die Kriterien für eine wirksame Einwilligung gegeben sein (u.a. Transparenz und Freiwilligkeit). Hier besteht das Risiko, dass im Einzelfall der Nachweis des Vorliegens einer wirksamen Einwilligung nicht geführt werden kann.

Die schriftliche Einwilligung wird im Gesprächsverlauf als erstes eingeholt.

Unter dem Vorwand der PHB könnten sich auch Haustürbetrüger:innen, gerade wenn eine Einwilligung der Hausbesuche erst an der Haustür erfolgen soll, Zugang zu den Wohnungen von Senioren verschaffen. „Betrug an der Haustür“ wird in der polizeilichen Kriminalstatistik nicht gesondert, sondern mit anderen Betrugsdelikten erfasst. Bremen weit sind Betrugsdelikte coronabedingt 2021 insgesamt um 65,8 % gestiegen. Senior:innen sind darüber hinaus besonders für Betrugsdelikte gefährdet (vgl. Senator für Inneres 2022). Zur Vorbeugung möglicher rechtswidriger Hausbesuche Dritter ist eine Kooperation mit der Polizei und Verbraucherzentrale Bremen im Rahmen der PHB vorgesehen und bereits vorbereitet.

Grundsätzlich sieht die Polizei Bremen in ihrer Stellungnahme vom 04.08.2022 das Vorgehen „Anschreiben mit Terminvergabe“ und ohne expliziter Terminabstimmung als sehr kritisch. Der Schutz von Leib und Leben ist höher zu werten, als das soziale, präventive, gesundheitliche Anliegen der Hausbesuche.

Durch die positiven Erfahrungen aus anderen Städten und keinen bekannten Missbrauchsfall und dem grundsätzlichen Anliegen „bisher nicht erreichte Menschen aufzufangen“ soll in der Modellphase sehr umsichtig das Vorgehen „Anschreiben mit Terminvergabe“ gestartet werden. Dafür werden alle sicherheitsrelevanten Aspekte berücksichtigt und aufmerksam im Projektverlauf beobachtet, wie die aufgesuchten Menschen reagieren und mit Nachsteuerungen umgehend reagiert. Die Maßnahmen sind in den Kapiteln zu Zugangswege, Personal und Besuchsdurchführung beschrieben.

3. Ergänzungsmodul: Medizin- und gesundheitsorientierte Beratung

Eine Ergänzung um einen separaten Gesundheitsbaustein könnte möglich sein, wenn laufende Gespräche mit den Kranken- und Pflegekassen zu einer finanziellen Förderung führen.

Der primäre Fokus des vorgelegten Konzeptes liegt in einem sozialraumorientierten Ansatz zur Förderung der selbständigen Lebensführung, der sozialen Teilhabe, der Verringerung von Einsamkeit und der Schaffung von Zugängen zu bestehenden Unterstützungsangeboten im Quartier. Neben dem Potenzial, die älteren Menschen so stärker in den Sozialraum einzubinden und eine selbständige und stabile Lebensführung zu fördern, besteht die Möglichkeit, über die im Initialbesuch gewonnenen Informationen eine gezielte Gesundheitsförderung im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention der älteren Menschen anzustreben, was auch mit den Inhalten des aktuellen Koalitionsvertrags im Bund im Einklang stünde (Abschnitt ‚Gesundheitsförderung‘ im Kapitel ‚Pflege und Gesundheit‘).

Insbesondere vor dem Hintergrund der potenziellen sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung der Zielgruppe(n) und der anzustrebenden Chancengleichheit innerhalb der Bevölkerung, besteht aufbauend auf den Sozialraumansatz, die Möglichkeit der Integration einer pflegepräventiven oder medizinorientierten Beratung innerhalb der PHB (nach individueller Notwendigkeit der älteren Menschen). Eine Ergänzung ist zu empfehlen, da der erfolgreiche Zugang zur Zielgruppe möglichst effizient genutzt werden sollte, um hier über die Ausweitung der sozialraumorientierten auf ergänzende medizinorientierte PHB eine noch gezieltere Gesundheitsförderung umsetzen zu können. Sollte eine Finanzierung aus dem Präventionstopf des GKV Spitzenverbandes möglich sein, wäre ein Modul mit einem gesonderten, rein gesundheitlich-orientierten Zweitbesuch denkbar und sinnvoll.

Eine erste subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation kann im Erstgespräch anhand von ausgewählten Gesundheitsindizes nach *Blaxter* erfolgen, um anschließend hinsichtlich vorhandener akuter oder chronischer Erkrankungen, vorhandener Beschwerden oder Symptome vertieft im Gespräch erörtert zu werden. Im Rahmen von struktureller Verankerung dieses Themenschwerpunktes in der Sozialanamnese kann auf eine partizipative Entscheidungsfindung zu der Inanspruchnahme von Maßnahmen, die die gesundheitliche Situation verbessern, hingearbeitet werden.

An dieser Stelle würden die PHB über den sozialraumorientierten Ansatz hinausgehen, daher wird die Einbindung als optional angesehen. Bei beabsichtigter, potenzieller Umsetzung wären zusätzliche Personalressourcen notwendig. Darüber hinaus müssten spezifische Informations- und Beratungsmaterialien erarbeitet bzw. von lokalen Akteuren zur Verfügung gestellt werden, Mitarbeitende entsprechend qualifiziert werden und Netzwerkstrukturen erweitert werden.

4. Evaluation

In Anlehnung an die Zielstellung der PHB (Abwehr von Risiken und akuten oder potentiellen Gefährdungen und eine Stärkung der Lebensbereiche Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Fähigkeiten, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) sollten die Effekte der PHB mittels qualitativer und quantitativer Methoden unter Betrachtung aller beteiligter Akteure erfasst werden.

Um zu einer tiefgreifenden Analyse sowie eines detaillierten Vergleichs über Effizienz und Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze von aufsuchender Altenarbeit in der Stadt Bremen zu gelangen, ist eine wissenschaftlich begleitete Evaluation empfehlenswert.

Ziel wäre eine Bewertung und handlungsweisende Aussage, welche Form von aufsuchender Altenarbeit die höchste Effizienz aufweist in Bezug auf

- a) Mitteleinsatz
- b) Bremens sozialräumliche Quartiere und Angebots- und Trägerstrukturen
- c) bestmögliche Zugangswege zu der differenzierten Zielgruppe der älteren Menschen (Sprache, Bildung, Gesundheit, Vermögen, sozialer/gesellschaftlicher Status etc.)
- d) ressourcenorientiertem Ansatz, d.h. der Wille und das Bedürfnis des Menschen sind Ausgangspunkt jeder Maßnahme.

Eine Ausschreibung zur Verhandlungsvergabe ohne Teilnahmewettbewerb wäre dafür zu formulieren und mit einer entsprechenden Finanzierung zu hinterlegen.

Begleitend und kostenneutral findet im ersten Schritt der Modellphase eine wissenschaftliche Begleitung durch die Universität Bremen und Apollon Hochschule statt. Im Rahmen des Forschungsclusters „Gesunde Stadt“ beschäftigt sich eine Doktorandenstelle explizit mit präventiven Hausbesuchen, so dass hier eine Zusammenarbeit z.B. zur Fragebogenkonzipierung oder Analyse gegeben ist.

Literaturverzeichnis

- Altgeld T (2009) Gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen. *Praev Gesundheitsf* 4, 149–157.
- Arbeitnehmerkammer (2021) Armut im Land Bremen 2020. *KammerKompakt* Nr. 4 2021, 1. Auflage, Dezember 2021.
- Barthelmes I, Geyer J, Braeseke G (2020) GKV-Spitzenverband (Hrsg.) Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Online verfügbar unter: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Literaturstudie_PraeventiveHausbesuche_IGES_2020.pdf (Stand 26.11.2021).
- Blotenberg B, Hejna U, Büscher A, Seeling S (2020) Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? In: *Präv Gesundheitsf* 15 (3), S. 226–235. DOI: 10.1007/s11553-019-00753-0.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2020) Armutsgefährdungsquoten. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/armutsgefaehrung> (Stand 26.11.2021)
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2021) Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In absoluten Zahlen, Anteile an der Gesamtbevölkerung in Prozent, 2020. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61646/migrationshintergrund> (Stand 26.11.2021)
- Dahlgren G, Whitehead M (1993) Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund (mimeo)
- Duan-Porter W, Ullman K, Rosebush Ch, McKenzie L, Ensrud K, Ratner, Edward et al. (2020) Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments—a Systematic Review of Reviews. In: *Journal of General Internal Medicine*, S. 1–12. DOI: 10.1007/s11606-019-05568-5.
- DZA – Deutsches Zentrum für Altersfragen (2009) Report Altersdaten. *GeroStat*. Ältere Migrantinnen und Migranten
- Görres S, Seibert K, Stiefler S (2019) Bewertung der gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen im Bundesland Bremen. In: Niederberger M., Renn O. (eds) *Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften*. Springer VS, Wiesbaden.
- Gebert A, Brünnett M, Weidner F (2021) Präventive Hausbesuche für vulnerable ältere Menschen - Zugangswege und Beiträge zur Sozialraumentwicklung. In: *Pflege & Gesellschaft* 26 (4), S. 308–323.
- Gebert A, Weidner F, Brünnett M, Ehling C, Seifert K, Sachs S. (2018): Präsenz. Prävention für Senioren Zuhause. Abschlussbericht des Modellvorhabens "Präsenz" in Baden-Württemberg (2014-2017). Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln.
- IPP München, Helga Dill, Wolfgang Gmür (2014): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“
- Koalitionsvertrag 2021 – 2025 (2021) Mehr Fortschritt wagen. BÜNDNIS FÜR FREIHEIT, GERECHTIGKEIT UND NACHHALTIGKEIT. Koalitionsvertrag zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Online verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/koalitionsvertrag-147.pdf> (Stand: 28.11.2021)
- Kricheldorf C, Oswald F (2015) Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. *Z Gerontol Geriat* 48, 399–400.
- Kühnemund C, Kümpers S (2019) Kommunale Partizipationsmöglichkeiten benachteiligter älterer Menschen im ländlichen Raum das Beispiel des Forschungsprojektes „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere“. In Alisch M, Hagspihl, S, Kreipl, C, Ritter, M (Hrsg.): *Soziale Innovationen: Alter(n) in ländlichen Räumen: Perspektiven von Selbstorganisation, Teilhabe und Versorgung*. Band 6 von *Gesellschaft und Nachhaltigkeit*. kassel university press GmbH

- Lampert T, Hoebel J (2019) Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. *Bundesgesundheitsbl* 62:238–246.
- Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring* 4(1): 3–15.
- Liimatta H, Lampela P, Laitinen-Parkkonen P, Pitkala KH (2016): Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review. *European Geriatric Medicine* 7(6), 571–580.
- Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra B-P (2004) Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen*2004; 66:732–738.
- Neumann L, Dapp U, Böttcher-Völker S. et al. (2021) Der „Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren“. *Z Gerontol Geriat* 54, 471–478.
- Rau R, Schmertmann CP (2020) Lebenserwartung auf Kreisebene in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 117(29-30), 493-499. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0493.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch Institut.
- Renz JC, Meinck M. (2018) Wirksamkeit präventiver Hausbesuche bei älteren Menschen. *Z Gerontol Geriat* 51, 924–930.
- Renz J, Meinck M (2020) Präventive Hausbesuche für ältere Menschen: eine systematische Bestandsaufnahme ihrer praktischen Anwendung in Deutschland. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 82 (4), S. 339–344. DOI: 10.1055/a-0658-5880.
- Rothgang H, Müller R, (2021) Barmer Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Hg. v. BARMER. Berlin (Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse - Band 32).
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Schäfer G, Brinkmann D, Freericks R. et al. Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwelliger Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. *Z Gerontol Geriat* 48, 426–433 (2015).
- Schmidt-Deckert (2016) Der Präventive Hausbesuch in München. In: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), Experten-Gespräch zum präventiven Hausbesuch. Dokumentation. Hamburg (17. Juni 2016). Online verfügbar unter: https://www.landtag.sachsen.de/dokumente/Abschlussbericht_Enquetekommission_Pflege_SLT_barrierefrei.pdf (Stand 24.11.2021).
- Schulc E, Pallauf M, Them Ch, Wildbahner T (2016) Präventive Hausbesuche: Querschnittstudie zur Unterstützung der selbstständigen Lebensführung älterer Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49 (6), S. 526–534. DOI: 10.1007/s00391-016-1051-z.
- Senator für Inneres, PKS 2021 des Landes Bremen, 14.04.2022, PKS - Der Senator für Inneres (bremen.de, Zugriff: 17.05.2022).
- Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport (2021): Lebenslagen im Land Bremen, 3. Bericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Demografischer Wandel. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html (Stand 19.11.2021).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a) Lebenserwartung der Bevölkerung. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html> (Stand 19.11.2021).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b) Familien. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-familien.html> (Stand 19.11.2021).

- Statistik Bremen (2021) Bremen Kleinräumig – Bevölkerung nach Geschlecht, Familienstand und Altersgruppen. Online verfügbar unter: [https://www.statistik-bremen.de/soev/abfrage.cfm?table=12411-00-01&netscape=ja&titelname=Bremen%20Kleinr%C3%A4umig_\(Stand_22.11.2021\)](https://www.statistik-bremen.de/soev/abfrage.cfm?table=12411-00-01&netscape=ja&titelname=Bremen%20Kleinr%C3%A4umig_(Stand_22.11.2021)).
- Statistisches Landesamt (2021): Bremen in Zahlen 2021, abrufbar unter <https://www.statistik.bremen.de/publikationen/bremen-in-zahlen-2056>.
- Stiefler S, Seibert K (2020) Präventive Hausbesuche und Alternativen. Präventionspotentiale bei älteren Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Setting. In: Impulse für Gesundheitsförderung 108 (3), S. 25–26.
- Weidner F, Gebert A, Weber C, Brünnett M, Ehling C, Seifert K (2018) Präsenz Prävention für Senioren Zuhause. Handreichung für Kommunen. Umsetzung präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln.
- Weidner F (2016). Hausbesuche. Faktoren für den Erfolg aus wissenschaftlicher Perspektive. In: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.), Experten-Gespräch zum präventiven Hausbesuch. Dokumentation. Hamburg (17. Juni 2016). Online verfügbar unter: https://www.landtag.sachsen.de/dokumente/Abschlussbericht_Enquetekommission_Pflege_SLT_barrierefrei.pdf (Stand 24.11.2021).
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.) (2013) Präventive Hausbesuche. Entwicklung eines methodisch fundierten Dienstleistungskonzeptes für Präventive Hausbesuche. Unter Mitarbeit von IGES Institut GmbH und Dr. Bernd Deckenbach. Berlin. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf (Stand 22.11.2021).