

# Versorgungs-Report 2012

## „Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 249-257



<b>16</b>	<b>Präventive Hausbesuche für ältere Menschen.....</b>	<b>249</b>
	<i>Matthias Meinck</i>	
16.1	Was sind präventive Hausbesuche und worauf zielen sie ab? .....	249
16.2	Präventive Hausbesuche in anderen Ländern .....	250
16.3	Stand der internationalen Forschung .....	251
16.4	Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen in Deutschland .....	252

# 16 Präventive Hausbesuche für ältere Menschen

Matthias Meinck

## Abstract

Präventive Hausbesuche im Alter zielen auf die Reduktion von Mortalität, Pflegeheimaufnahmen und Krankenhausbehandlungen sowie die Verbesserung des funktionalen Status und des allgemeinen Wohlbefindens älterer Menschen. Über mehrere Jahrzehnte wurden zumeist randomisiert kontrollierte Studien ausschließlich im Ausland durchgeführt. Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen kamen dabei nicht zu übereinstimmenden Ergebnissen. Mittlerweile wurden auch in Deutschland lokal begrenzte und nicht aufeinander abgestimmte kontrollierte Studien durchgeführt, die keinen gesicherten Wirksamkeitsnachweis erbrachten. Präventive Hausbesuche können daher derzeit nicht als regelhaftes Versorgungsangebot im deutschen Gesundheits-/Sozialsystem empfohlen werden. Ihre Wirksamkeit sollte im Rahmen eines nationalen multi-zentrischen Forschungsprogramms noch systematischer untersucht werden.

Preventive home visits for the elderly aim at reducing mortality, avoiding admissions to nursing homes and hospitals and improving the functional status and general well-being. Over several decades, a large number of randomized controlled studies have been carried out in an international context to test their effectiveness. Several systematic reviews, partly employing meta-analysis, showed conflicting results. In Germany, only a few local and uncoordinated controlled studies were conducted. They showed no favourable effects. The introduction of preventive home visits for the elderly into the German health care system is therefore currently not advisable. Further studies, constituting a national multi-centre research program, are needed to determine their effectiveness.

16

## 16.1 Was sind präventive Hausbesuche und worauf zielen sie ab?

Vor dem Hintergrund demografischer Alterungsprozesse wurde bereits in den 80-er Jahren in verschiedenen Ländern damit begonnen, präventive Hausbesuche bei älteren Menschen zu erproben. Ältere Menschen wurden dabei in ihrer privaten Wohnung, in betreuten Wohneinrichtungen oder in Wohngemeinschaften durch Hausbesucher aufgesucht, sofern sie hierfür bereit waren. Zur Bewertung der spezifischen individuellen Belange des älteren Menschen und der Ableitung präventiver Empfehlungen wird beim präventiven Hausbesuch ein geriatrisches Assessment durchgeführt, das neben individuellen gesundheitsfördernden Ressourcen auch gesundheitliche Risiken ermittelt. Umfassende geriatrische Assessments erstrecken sich

dabei auf folgende Bereiche: körperlicher Status, psychische Situation, soziale Situation, Wohnsituation. Ferner können persönliche Selbstversorgungsfähigkeit, Krankheitszeichen, Schmerzen, Schlafstörungen, Zahngesundheit, Alltagsaktivitäten, Stimmung und Antrieb, Medikamentengebrauch, Lebensgewohnheiten, Impfschutz und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen erfasst werden. Für eine Vielzahl dieser Assessmentbereiche stehen standardisierte und auch sehr weitgehend validierte Erhebungsinstrumente zur Verfügung, etwa für den Bereich Selbstversorgungsfähigkeit der Barthel-Index, für den Bereich Stimmung und Antrieb die Geriatrische Depressionsskala (Lübke et al. 2004; Yesavage et al. 1982). Aber auch bereichsübergreifend konzipierte und ursprünglich für einen Einsatz in der Allgemeinarztpraxis entwickelte Erhebungsinstrumente wie z. B. das Health Risk Appraisal for Older People – HRA-O (Stuck et al. 2007) oder das Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care – STEP (Junius et al. 2002) kamen im Rahmen der Erprobung präventiver Hausbesuche bereits zum Einsatz. Als Hausbesucher wurden eingesetzt: Ärzte (meist Hausärzte oder Geriater), Arzthelfer, Pflegefachkräfte (auch Familien-Gesundheitsschwestern), Präventivkräfte, Therapeuten oder Freiwillige.

Der Schwerpunkt im Zusammenhang mit präventiven Hausbesuchsprogrammen gegebenen Empfehlungen liegt zumeist auf den eigenen Handlungsbereichen der älteren Menschen und auf ihrer sozialen Umwelt. Darüber hinaus können im Rahmen von präventiven Hausbesuchen ausgesprochene Empfehlungen erfordern, dass Haus- oder Fachärzte aktiv werden und anderweitige kommunale, soziale und medizinische Dienste eingeschaltet werden. Der Erfolg ist damit an die Bereitschaft der besuchten älteren Menschen zur aktiven Mitwirkung und an das Vorhandensein und die Kooperationsbereitschaft von unterschiedlichen Anbietern geknüpft. Breit ausgerichtete präventive Hausbesuchsprogramme für ältere Menschen zielen auf die Reduzierung von Mortalität, die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen sowie auf die Verbesserung des funktionalen Status und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Einzelne Programme mit engeren Zieldefinitionen beschränken sich z. B. darauf, Stürze oder ungeplante Wiederaufnahmen in ein Krankenhaus zu vermeiden. Diese zielbezogen eng ausgerichteten präventiven Hausbesuchsprogramme sind jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrags.

## 16.2 Präventive Hausbesuche in anderen Ländern

Nur in wenigen Ländern sind präventive Hausbesuche Regelleistungen. In Dänemark bspw. haben die Bürger ab einem Alter von 75 Jahren seit dem Jahr 1996 einen gesetzlichen Anspruch auf mindestens zwei präventive Hausbesuche pro Jahr, die durch Städte und Gemeinden sichergestellt werden müssen und bedarfsbezogen auszugestalten sind (Vass et al. 2005 und 2007). Dieser gesetzliche Anspruch wurde im Jahr 2005 für Personen mit einem bereits bestehenden Hilfebedarf wieder aufgehoben. Die Umsetzung gestaltet sich von Ort zu Ort verschieden. Häufig werden z. B. Allgemeinmediziner nicht beteiligt und nicht immer erfolgt ein standardisierter Gesundheitscheck. Die Inanspruchnahmebereitschaft wird mit rund 60% angege-

ben, wobei weniger als die Hälfte der Städte und Gemeinden bis zum Jahr 2005 spezielle Leitlinien oder Qualitätskontrollmechanismen implementiert hatten (Hendriksen und Vass 2005). Daher wurden nachfolgend verstärkt Bemühungen unternommen, einheitliche qualitätsgesicherte Standards für die Umsetzung zu entwickeln und zu etablieren (Vass et al. 2004; Ekmann et al. 2010).

Auch in Japan erfolgen präventive Hausbesuche durch Städte und Gemeinden bei in der Häuslichkeit lebenden älteren Menschen. Nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 2000 wurde die Zielgruppe auf ältere Menschen (> 65 Jahre) ohne Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und damit auch ohne Anspruch auf Leistungen aus dieser Pflegeversicherung beschränkt (Yamada et al. 2010).

1998 wurden in Australien per Gesetz „Gesundheitsassessments“ durch Allgemeinärzte für Menschen ab 75 Jahren eingeführt. Diese präventiv ausgerichteten Gesundheitsassessments können auch als Hausbesuche durchgeführt werden.

Damit sind präventive Hausbesuche für ältere Menschen bis dato nur in sehr wenigen Ländern Regelleistungen in Sozial-/Gesundheitssystemen. In Deutschland haben Hausärzte seit dem Jahre 2005 die Möglichkeit, ein sog. „Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“ durchzuführen. Im Gegensatz zum australischen „Gesundheitsassessment“ gibt es hier keine explizite Altersgrenze und auch keine vorrangig präventive Ausrichtung. Anders als die Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebsfrüherkennung) ist das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment durch Hausärzte in Deutschland nicht extrabudgetär abrechenbar. Somit sind die Anreize zur Durchführung für die Hausärzte nicht sonderlich stark ausgeprägt.

In verschiedenen anderen Ländern mit zumeist demografisch alternden Bevölkerungen wurden auf lokaler Ebene Modelle und Studien durchgeführt (z. B. Großbritannien, Kanada, Schweiz, USA, Schweden). Nur selten wurden diese Aktivitäten auch regelhaft weitergeführt. In Deutschland unterbreiten aktuell nur ganz vereinzelte Institutionen auf lokaler Ebene (bspw. Wohlfahrtsverbände, einzelne Krankenkassen) älteren Menschen präventive Hausbesuchsangebote.

## 16.3 Stand der internationalen Forschung

In mehreren systematischen Übersichtsarbeiten wurden eine Reihe kontrollierter und randomisiert kontrollierter Studien aus den drei zurückliegenden Dekaden zur Wirksamkeit präventiver Hausbesuche ausgewertet (van Haastregt et al. 2000; Elkan et al. 2001; Stuck et al. 2002; Meinck et al. 2004; Huss et al. 2008). Die hierbei einbezogenen Originalarbeiten – darunter keine deutsche Studie – kennzeichnet jedoch eine erhebliche Heterogenität. Neben der Durchführung unter den Bedingungen unterschiedlicher Versorgungssysteme variieren die Einschlusskriterien für die Teilnehmer (Alter, funktionaler/kognitiver Eingangsstatus, Sprachkenntnisse) und zentrale Programmkomponenten (z. B. Assessmentumfang, mittlere Anzahl und Dauer der Hausbesuche, Programmdauer, Anzahl und Zusatz-/Qualifikation beteiligter Professionen) zum Teil erheblich. Daher verwundert es nicht, dass signifikante studienübergreifende Effekte von Hausbesuchsprogrammen zumeist nur anhand stratifizierter studienübergreifender Auswertungen aufgezeigt werden konnten (vgl. Tabelle 16–1).

Tabelle 16–1

**Übersicht der Ergebnisse aus publizierten Meta-Analysen zu präventiven Hausbesuchen im Alter**

Endpunkt	Stratum anhand von Studien	Effektschätzer	Studie
Mortalität	– mit mittlerem Alter der Teilnehmer von unter 77,5 Jahren	0,76 (0,65-0,88) #	Stuck et al. 2002
	– mit mittlerem Alter der Teilnehmer von unter 77,5 Jahren	0,74 (0,58-0,94)*	Huss et al. 2008
	– mit Einschluss von nicht nur altersgebrechlichen Teilnehmern	0,76 (0,64-0,89) *	Elkan et al. 2001
funktionaler Status	– mit Durchführung eines multidimensionalen Assessments mit Follow-up	0,76 (0,64-0,91) #	Stuck et al. 2002
	– mit Durchführung einer klinischer Untersuchung im Rahmen des initialen multidimensionalen Assessments	0,64 (0,48-0,87)*	Huss et al. 2008
	– mit bei einer Mortalität in der Zielgruppe von unter 6 %	0,78 (0,64-0,95) #	Stuck et al. 2002
Pflegeheim-übertritte	– mit Einschluss von nicht nur altersgebrechlichen Teilnehmern	0,65 (0,46-0,91) *	Elkan et al. 2001
	– mit einer mittleren Anzahl der Hausbesuche > 9	0,66 (0,48-0,92) #	Stuck et al. 2002

\* Odds Ratio, # Relatives Risiko, Konfidenzintervall in Klammern

Versorgungs-Report 2012

WIdO

## 16.4 Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen in Deutschland

16

Die Ergebnisse im Ausland durchgeführter kontrolliert randomisierter Studien sind jedoch nur eingeschränkt auf die Bedingungen in Deutschland übertragbar, da Möglichkeiten wirtschaftlicher und zweckmäßiger Verbesserungen in der Prävention vom jeweiligen nationalen Versorgungsstandard abhängig sind. Inzwischen gibt es auch in Deutschland eine Reihe unterschiedlicher Aktivitäten und Forschungsbestrebungen im Zusammenhang mit einer möglichen Einführung präventiver Hausbesuche als Regelleistung in die Gesundheits-/Sozialsysteme.

Die im Jahr 2002 abgeschlossene Münchner Machbarkeitsstudie „Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen“ zielte auf die frühzeitige Entwicklung eines praktischen Umsetzungskonzepts. Zielgruppe waren unabhängige Ältere über 65 Jahre ohne Pflegebedürftigkeit. Dabei zeigten sich erhebliche Barrieren beim Zugang zur Zielgruppe. Etwas vorteilhafter gegenüber einer Kontaktaufnahme via Einwohnermelderegister erwies sich dabei die Kontaktaufnahme über Hausärzte. Ferner stellte sich heraus, dass es umfassender Information und Öffentlichkeitsarbeit bedarf, damit dieses neue, noch weitgehend unbekanntes Leistungsangebot angenommen wird (Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health 2002).

Im Jahr 2002 empfahl ein Gutachten „Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien“ im Auftrag des Bundesministeri-

ums (Kruse 2002) eine regelhafte Einführung präventiver Hausbesuche. Erste Entwürfe für ein deutsches Präventionsgesetz griffen diese Empfehlung auf.

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie erkannte 2003 in einer systematischen Grundsatzstellungnahme zwar die grundsätzliche Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter als ausreichend belegt an. Die Relevanz einzelner Einflussfaktoren auf das Ergebnis präventiver Hausbesuche konnte im Lichte der ausgewerteten Studien jedoch nicht sicher bewertet werden. So konnten keine randomisiert kontrollierten Studien identifiziert werden, die bei ansonsten gleichem Setting vergleichend den Einfluss einzelner Faktoren (z. B. Qualifikation/Profession des Beraters, Dauer der Gesamtintervention, Gesamtzahl der Besuche, inhaltliche Konzeption der Besuche) untersuchten. Zudem fanden sich keine randomisiert kontrollierten Studien, die die Effektivität präventiver Hausbesuche (Bringstruktur) gegenüber anderen präventiven Beratungsangeboten wie Gruppenangebote in der Hausarztpraxis oder im geriatrischen Zentrum (Kommstruktur) untersuchten. Aufgrund der mangelnden Evidenz und der eingeschränkten Übertragungsmöglichkeiten internationaler Erfahrungen auf die spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems konnte deshalb im Jahre 2003 die Einführung präventiver Hausbesuche nicht empfohlen werden. Stattdessen plädierte das Kompetenz-Centrum Geriatrie dafür eine ausreichende Evidenzgrundlage zu schaffen (Lübke und Meinck 2003).

Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit diesem Thema verabschiedete die AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (jetzt Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung) im März 2005 eine Empfehlung mit der gleichen Zielrichtung ([www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)): *„... empfiehlt deshalb, zunächst ressortübergreifend finanziert und differenziert evaluierte Modellvorhaben zum Präventiven Hausbesuch durchzuführen. Es ist davon auszugehen, dass bei flächendeckender Regeleinführung der Hausbesuchsprogramme zusätzliche Ausgaben in Höhe von mehreren Milliarden Euro entstehen. Deshalb muss in kontrollierten Evaluationsstudien gesundheitsökonomisch das Verhältnis von Aufwand und Nutzen präzise bestimmt werden. Vorhandene Versorgungsstrukturen sind bei der organisatorischen Ausgestaltung der Hausbesuchsprogramme für Ältere vorrangig zu berücksichtigen. Ebenso muss in den mit ausreichender Dauer und ausreichenden Fallzahlen geplanten Begleitstudien nachgewiesen werden, dass die durch die Einführung dieses Präventionsinstruments erreichten Einsparungen bei medizinischen und pflegerischen Kosten den jeweiligen Kostenträgern (GKV, SPV, Kommunen) zugeordnet werden können, um die jeweiligen Anteile bei einer evtl. anschließenden Regelfinanzierung entsprechend zu bestimmen.“*

Ein im Jahre 2006 durchgeführter Expertenworkshop im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit stützte die Bewertung des KCG und die o. g. Empfehlung. Die Experten gingen in Einzelfragen aber noch weiter und empfahlen die Erprobung im Rahmen eines randomisiert kontrollierten multizentrischen Studienprogramms, für das sie bereits erste inhaltliche Eckpunkte systematisch zu prüfender Programmelemente vorschlugen. Sie sprachen sich zugleich für die Einsetzung einer Planungsgruppe zur Vorbereitung aus (Bundesvereinigung für Gesundheit 2006).

Zu diesem Zeitpunkt hatten aber zwei Krankenkassen bereits regional begrenzte kontrollierte Erprobungsvorhaben (Projekt „mobil“ der BKK Bosch und Projekt „Gesund älter werden“ der AOK Niedersachsen) gestartet (dip – Deutsches Institut

für Angewandte Pflegeforschung 2008; Theile et al. 2008). Beide Modellvorhaben unterscheiden sich in wesentlichen inhaltlichen, jedoch nicht in systematisch variierten Merkmalen (z. B. Alter der Teilnehmer). Ein weiteres durch das BMBF gefördertes und später begonnenes kontrolliertes Erprobungsvorhaben (Projekt „Altern zu Hause“) (Fleischer et al. 2008) beinhaltet wiederum andere Altersgrenzen. Tabelle 16–2 fasst ausgewählte Merkmale der drei kontrollierten deutschen Studien zusammen.

Tabelle 16-2

### Ausgewählte Charakteristika kontrollierter Erprobungsvorhaben in Deutschland

	Projekt „mobil“ (dip 2008)	Projekt „Gesund älter werden“ (Theile et al. 2008)	Projekt „Altern zu Hause“ (Fleischer et al. 2008; Fleischer et al. 2010; Röling et al. 2009)
<b>Zielgruppe</b>	75 Jahre und älter ohne Pflegeeinstufung keine bekannte kognitive Beeinträchtigung	68–79 Jahre ohne Pflegeeinstufung ausreichende Deutschkennt- nisse	80 Jahre und älter Pflegestufe nicht > 1 zu Hause lebend ausreichende Deutschkennt- nisse keine kognitive Beeinträch- tigung
<b>Zugangswege zur Zielgruppe</b>	Routinedaten einer Krankenkasse	Routinedaten einer Krankenkasse	Arztpraxen Pflegeliaisondienst im Krankenhaus Einwohnermelderegister
<b>Zielkriterien</b>	Einstufung in die Pflege- versicherung Einzug ins Pflegeheim Anzahl der Krankenhaustage/-kosten Gesundheitskosten Funktionale Fähigkeiten Subjektiver Gesundheits- zustand	Mortalität Pflegebedürftigkeit Einweisung in das Pflegeheim Häusliche Krankenpflege Krankenhaustage/-kosten Auftreten von sturzbedingter Fraktur, Schlaganfall Ambulante, Vorsorgelei- stungen und Gesundheits- förderungsmaßnahmen Vorsorgeleistungen und Maßnahmen der Gesund- heitsförderung Arzneimittelverordnungen/- kosten	Primär: Pflegeheimaufnahmerate  Sekundär: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Kosten gesundheitsbezogene Funktionsfähigkeit gesundheitsbezogene Lebensqualität Sturzprävalenz  Zeit bis zur Pflegeheim- aufnahme  inkrementelle Kosteneffek- tivität und Kosten-Nutzwert- Verhältnis
<b>Ergebnisse</b>	keine signifikanten Effekte	Berichtsphase	keine signifikanten Effekte*

ADL – Aktivitäten des täglichen Lebens

IADL – instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens

\* Eine signifikant reduzierte Mortalität wird von den Autoren bisher nicht als Wirksamkeit interpretiert, da im Studienprotokoll dieser Endpunkt a priori nicht definiert wurde (NCT00644826) (Röling et al. 2009)

Da keine der drei kontrollierten Studien für die a priori im Studienprotokoll festgelegten Ergebniskriterien gesicherte Effekte der präventiven Interventionen ermitteln konnte, liegen auch weiterhin keine ausreichend belastbaren Belege für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche aus methodisch hochwertigen Studien in Deutschland vor. Aber nur solche Ergebnisse würden eine flächendeckende und regelhafte Einführung ausreichend legitimieren. Zudem verweisen die konkreten Umsetzungsprobleme dieser deutschen Studien auf weiterhin sehr grundsätzliche, noch klärungsbedürftige methodische Fragen (z. B. Definition einer geeigneten und inanspruchnahmebereiten Zielgruppe, effektiver Zugangsweg zur Zielgruppe, Programmdauer). Der gezielten Erreichbarkeit ausgewählter Teilgruppen älterer Menschen für präventive Hausbesuche widmet sich ein aktuell noch nicht vollständig abgeschlossenes BMBF-gefördertes Forschungsvorhaben (Theile et al. 2010).

Die aus dem deutschen Arm der kontrolliert randomisierten PRO-AGE-Studie aktuell publizierten Ergebnisse ermöglichen zwar keine Unterscheidung zwischen den Effekten eines über die Hausärzte empfohlenen präventiven Gruppenangebots und eines präventiven Hausbesuchs (Dapp et al. 2011). Da die Teilnehmer in der Interventionsgruppe jedoch frei zwischen beiden Präventionsangeboten wählen konnten, gibt die Tatsache, dass sich nur jeder zehnte Teilnehmer für präventive Hausbesuche entscheidet, Anhaltspunkte für eine nur geringe Inanspruchnahmebereitschaft von über 60-jährigen Patienten aus Allgemeinarztpraxen, die keine kognitiven oder anderen pflegerelevanten Beeinträchtigungen bzw. Sprachbarrieren aufweisen.

Die bisher nicht umgesetzten Empfehlungen für ein umfassendes multizentrisches Erprobungsprogramm zur systematischen Prüfung möglicher Erfolgsdeterminanten präventiver Hausbesuche haben daher unverändert ihre Berechtigung. Hierbei sind hinreichend lange Beobachtungszeiträume und biometrische Planungen vorzusehen. Zudem sollten zumindest einige wichtige Programmparameter wie etwa versichertenseitige Einschlusskriterien oder Qualifikation der Hausbesucher systematisch variiert werden, um fundierte Aussagen zu ihrem Einfluss auf die Ergebnisse präventiver Hausbesuche ableiten zu können. Für die Erprobung präventiver Hausbesuche sollten prioritär bereits vorhandene Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Insgesamt sollten die Anstrengungen um ein primär evidenzbezogen auszurichtendes multizentrisches Erprobungsvorhaben intensiviert werden, um in naher Zukunft fundierte Grundlagen für die Ausgestaltung dieses zunehmend wichtigeren Versorgungsbereichs von älteren Menschen in Deutschland zu schaffen. Eine regelhafte Einführung präventiver Hausbesuche für ältere Menschen erscheint derzeit weiterhin nicht ausreichend wissenschaftlich begründet.



## Literatur

- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund (Hrsg). Prävention in Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. München: Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health (Hrsg) 20.11.2002.
- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg). Dokumentation des Experten-Hearings „Präventiver Hausbesuch im Alter“ durchgeführt von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung 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. <http://www.bvpraevention.de> (28. April 2011).
- Dapp U, Anders JAM, von Renteln-Kruse W, Minder CE, Meier-Baumgartner HP, Swift CG et al. A Randomized Trial of Effects of Health Risk Appraisal Combined With Group Sessions or Home Visits on Preventive Behaviors in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011; 66 (5): 591–8.
- dip – Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung (Hrsg). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2008.
- Ekmann A, Vass M, Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Community* 2010; 18 (6): 563–71.
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323 (7315): 719–25.
- Fleischer S, Roling G, Beutner K, Hanns S, Behrens J, Luck T et al. Growing old at home – A randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol [NCT00644826]. *BMC Public Health* 2008; 8 (1): 185.
- Fleischer S, Sesselmann A, Roling G, Behrens J, Luck T, Riedel-Heller SG. Partizipation im individuellen Lebensumfeld: Analyse des Modells der präventiven Hausbesuche, Vortrag auf dem DGSMK-Kongress 2010. Individualisierte Prävention und Epidemiologie: Die moderne Medizin. Berlin, 22.09.2010.
- Hendriksen C, Vass M. Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38 (0): i31–3.
- Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63 (3): 298–307.
- Junius U, Fischer G (für die STEP-Gruppe): Geriatrisches Assessment für die hausärztliche Praxis. Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35 (3): 210–23.
- Kruse A. Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 146). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002.
- Lübke N, Meinck M. Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter (0003-2003). Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Hamburg (Hrsg). Hamburg: KCG 15.12.2003.
- Lübke N, Meinck M, von Renteln-Kruse W. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37: 316–26.
- Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra B-P. Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 2004; 66 (11): 732–8.
- Roling G, Fleischer S, Hanns S, Luck T, Heinrich S, Rothgang H et al. Altern zu Hause – Unterstützung durch präventive Hausbesuche. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 2009; (35): 1–20.
- Stuck AE, Kharicha K, Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP et al. The PRO-AGE study: an international randomised controlled study of health risk appraisal for older persons based in general practice. *BMC Med Res Methodol* 2007; 7 (1): 1–14.
- Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287 (8): 1022–8.

- Theile G, Heim S, Patzelt C, Deitermann B, Walter U, Hummers-Pradier E. Präventive Hausbesuche – wen interessieren sie eigentlich? In: Kirch W, Middeke M, Rychlik R (Hrsg). Aspekte der Prävention. Stuttgart: Georg Thieme 2010; 182–90.
- Theile G, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Studie zu präventiven Hausbesuchen. *Präv Gesundheitsf* 2008; 3 (4): 281–8.
- van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321 (7267): 994–8.
- Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark: Why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr* 2007; 40 (4): 209–16.
- Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22(2): 106–11.
- Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C. Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial. *JAGS* 2005; 53 (4): 563–8.
- Yamada Y, Vass M, Hvas L, Igarashi A, Hendriksen C, Avlund K. Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *Int J Older People Nurs* 2010; 6 (1): 33–40.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982; 17 (1): 37–49.