

PRÄSENZ

Prävention für **Senioren** Zuhause

Abschlussbericht des Modellvorhabens „PräSenZ“ in Baden-Württemberg

(2014 -2017)

PRÄSENZ

Prävention für Senioren Zuhause

Abschlussbericht des Modellvorhabens

„Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg“ (PräSenZ)

Projektbericht über den Zeitraum vom 01.07.2014 bis 30.09.2017

Projektträger und wissenschaftliche Leitung

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)

Hülchrather Str. 15

50670 Köln

Tel.: 0221/ 46861-30

E-Mail: dip@dip.de

Internet: www.dip.de

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner (Wissenschaftliche Gesamtleitung)

Anne Gebert (Projektleitung)

Autorinnen und Autoren

Gebert, A.; Weidner, F.; Brünnett, M.; Ehling, C.; Seifert, K.; Sachs, S.

Das Modellvorhaben PräSenZ wurde unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes sowie aus Mitteln der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung und der kommunalen Landesverbände.

Köln im Januar 2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1 Einleitung	8
2 Ziele und Zielgruppen des Modellvorhabens	9
3 Projektphasen und -organisation	11
3.1 Phase I - Interessenbekundungsverfahren	12
3.2 Phase II – Auswahl der Modellkommunen und Vorbereitungen	13
3.3 Phase III - Implementierung und Umsetzung	14
3.4 Phase IV - Evaluation und Berichterstattung	15
3.5 Projektorganisation und -gremien	15
4 Das Rahmenkonzept im Modellvorhaben PräSenZ	17
4.1 Stand der Forschung zu präventiven Hausbesuchen	17
4.2 Konzeptionelle Bestandteile der Beratung	18
4.2.1 Kommunale Anbindung und regionale Vernetzung	19
4.2.2 Zielgruppenorientierung	20
4.2.3 Proaktivität der Angebote	20
4.2.4 Multidimensionale Ausrichtung der Maßnahme und Instrumentarium	21
4.2.5 Professionalität der Beraterinnen	23
4.2.6 Beratungskonzept/ Beratungsverständnis	24
4.2.7 Ethische Anforderungen	25
4.3 Fortbildungskonzept und Umsetzung	26
4.3.1 Fortbildungskonzept	27
4.3.2 Umsetzung der Schulung	32
5 Rahmenbedingungen, Konzepte und Umsetzung in den Modellkommunen	34
5.1 Modellkommune Neuweiler	34
5.2 Modellkommune Rheinfeldern	39
5.3 Modellkommune Ulm	43
6 Evaluationskonzept und methodische Umsetzung	47
6.1 Evaluationskonzept	47
6.2 Methodische Umsetzung der Evaluation	49

7	Ergebnisse des Modellvorhabens PräSenZ.....	52
7.1.	Grunddaten zur Umsetzung und Akzeptanz der Beratungen.....	52
7.1.1	Umsetzung der Beratungen.....	52
7.1.2	Soziodemografische Merkmale der erreichten Zielgruppen.....	60
7.1.3	Akzeptanz des Angebotes und der Zugangswege	69
7.2	Beratungsprozesse, Rollenverständnis und Aufgabenspektrum der Beraterinnen ..	76
7.2.1	Beratungsprozesse	76
7.2.2	Beratungs- und Rollenverständnis.....	82
7.2.3	Aufgabenspektrum der Beraterinnen.....	84
7.3	Kommunale Einbindung und regionalen Vernetzung	87
7.4	Förderung des bürgerschaftlichen Engagements	94
7.5	Fortbildungserfordernisse und Professionalität in der Beratungsarbeit.....	98
7.6	Nutzen und Wirkungen im Modellvorhaben PräSenZ	102
7.6.1	Nutzen präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren	103
7.6.2	Nutzen des PräSenZ-Angebotes für die Kommunen	106
8.	Fazit und Empfehlungen	110
8.1	Fazit zum Modellvorhaben PräSenZ	110
8.1.1	Präventive Hausbesuche erreichen die Zielgruppen.....	110
8.1.2	Gelingende Einbindung und regionale Vernetzung in den Kommunen	111
8.1.3	Beispielhafte Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten	112
8.1.4	Anspruchsvolle Rollen und Aufgaben der Beraterinnen	113
8.1.5	Professionalität und Qualifikation als Erfolgsfaktoren	114
8.1.6	PräSenZ wirkt und zeigt Nutzen für ältere Menschen und Kommunen.....	114
8.2	Empfehlungen	116
	Literaturverzeichnis	119
	Anhang	

Abbildungsverzeichnis.....Seite

Abbildung 1: Darstellung der Empfehlungsgrundlage DIP	13
Abbildung 2: Projektstrukturen	15
Abbildung 3: Rahmenkonzept PräSenZ und kommunale Differenzierung.....	18
Abbildung 4: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2005: 23)	22
Abbildung 5: Evaluationsdesign von PräSenZ	48
Abbildung 6: Beratungsdauer pro Modellkommune	55

Tabellenverzeichnis.....Seite

Tabelle 1: Projektphasen und Arbeitsschritte im Modellvorhaben PräSenZ	11
Tabelle 2: Konkretisierung der Aufgabenbereiche.....	27
Tabelle 3: Konzeptentwurf Fortbildungsmaßnahme	31
Tabelle 4: Übersicht Qualifizierungsmaßnahme und Begleittage PräSenZ.....	33
Tabelle 5: Steckbrief der Modellkommune Neuweiler	38
Tabelle 6: Steckbrief der Modellkommune Rheinfeldern	42
Tabelle 7: Steckbrief der Modellkommune Ulm	46
Tabelle 8: Übersicht über Datengrundlagen der Evaluation des Modellvorhabens PräSenZ	51
Tabelle 9: Anzahl der Beratungskontakte nach Beratungsformen in den Modellkommunen	53
Tabelle 10: Erstberatungen nach Beratungsform und Anzahl	54
Tabelle 11: Anzahl der Beratungskontakte pro Seniorin/Senior.....	54
Tabelle 12: Entfernung und Fahrzeit zu den Seniorinnen und Senioren nach Kommune	57
Tabelle 13: Anzahl der beratenen Personen in den Modellkommunen	60
Tabelle 14: Altersgruppen nach Kommunen.....	61
Tabelle 15: Familienstand nach Kommunen	61
Tabelle 16: Haushaltssituation nach Kommunen.....	63
Tabelle 17: Beratene Seniorinnen und Senioren mit bzw. ohne Kinder nach Kommunen.....	63
Tabelle 18: Entfernung zum nächstlebenden Kind nach Kommunen	64
Tabelle 19: Einschätzung zur vorhandenen Unterstützung nach Kommunen	64
Tabelle 20: Soziodemografische Merkmale der erreichten Seniorinnen und Senioren im Überblick..	67
Tabelle 21: Akzeptanzrate des präventiven Hausbesuches nach Kommunen – Hauptzugangsweg ...	71
Tabelle 22: Gesprächsanlässe	76
Tabelle 23: Gesprächsanlässe im Projektverlauf	78
Tabelle 24: Anzahl der Beratungsthemen gesamt und nach Projektkommunen	79
Tabelle 25: Grenzbereiche der Arbeit der Beraterinnen in PräSenZ.....	85

Vorwort

Kommunen stehen aktuell und zukünftig vor besonderen Herausforderungen des demografischen Wandels. Der zunehmende Anteil älterer und hochaltriger Bürgerinnen und Bürger erfordert gerade in den Gemeinden, Städten und Landkreisen – also vor Ort – Antworten und Entwicklungen im Hinblick auf den Wunsch der Menschen, so lange und so gut wie möglich im eigenen Zuhause selbstständig leben zu können. Dazu sind neue, passende und angemessene Angebote zur Information, Beratung, Unterstützung und Versorgung im Hinblick auf Erhalt von selbständiger Lebensführung und Teilhabe sowie bezüglich der Prävention von Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Alter notwendig. Die Stärkung der Rolle der Kommunen im Vor- und Umfeld von Pflege steht seit einigen Jahren weit oben auf der politischen Agenda in den Bundesländern und auf Bundesebene.

Bereits 2011 hat es in Baden-Württemberg erste Schritte zur Entwicklung und Erprobung praxisrelevanter und innovativer Ansätze zu präventiven und aufsuchenden Beratungsangeboten für Seniorinnen und Senioren mit Blick auf die kommunale Ebene gegeben. In der Folge wurden konkrete Weichen zur Entwicklung und Umsetzung eines Modellvorhabens „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg“ mit dem Kurztitel PräSenZ (Prävention für Senioren Zuhause) gestellt. Von Juli 2014 bis September 2017 wurde das Modellvorhaben PräSenZ über 39 Monate in drei Modellkommunen aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg und der Landesverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe nach den §§ 45c und 45d Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – SGB XI gefördert. Die Projektträgerschaft und wissenschaftliche Leitung hatte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln inne.

Die übergeordneten Ziele von PräSenZ bestanden in der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung zugehender und präventiv ausgerichteter Beratungs- und Unterstützungsangebote für Seniorinnen und Senioren unter Einbezug des bürgerschaftlichen Engagements. In einem Interessenbekundungsverfahren haben sich 2014 die drei Kommunen Gemeinde Neuweiler (Landkreis Calw), Stadt Rheinfeldern (Landkreis Lörrach) und der Stadtkreis Ulm für die entsprechende Förderung und Umsetzung als Modellkommunen durchsetzen können. In den Modellkommunen wurde das PräSenZ-Rahmenkonzept mit je eigenen Schwerpunktsetzungen umgesetzt, insgesamt sieben Beraterinnen geschult und zahlreiche präventive Hausbesuche und weitere Beratungsformen für Seniorinnen und Senioren erprobt. Tausende Informationsschreiben wurden in den Modellkommunen an ältere Bürgerinnen und Bürger in ausgewählten Quartieren versandt und darin die präventiven Hausbesuche angeboten.

Mit dem vorliegenden Abschlussbericht zum Modellvorhaben werden die umfänglichen Erkenntnisse und Ergebnisse von PräSenZ dargelegt. Die gesteckten Ziele wurden auf verschiedenen Wegen in den Modellkommunen eindrucksvoll erreicht. Die Resonanz auf die Angebote war sehr gut, die Akzeptanz der angebotenen präventiven Hausbesuche lag deutlich über dem

Niveau vergleichbarer Projekte. Annähernd 700 Seniorinnen und Senioren erlebten in den zwei Jahren der intensiven Erprobung rund 1.700 Beratungskontakte. Etwa 500-mal wandten sich älteren Menschen an „ihre“ Beraterin. Bürgerschaftlich engagierte Menschen konnten zur Unterstützung und Hilfe für besuchte Seniorinnen und Senioren gewonnen werden. In einer Modellkommune entstand in Zusammenarbeit mit einem Bürgerverein eine neue Tagespflegeeinrichtung.

Wie die Evaluation von PräSenZ im weiteren zeigen konnte, fühlten sich die älteren Menschen aufgrund der Beratungen und Unterstützungen mehrheitlich besser informiert, sensibilisiert, entlastet und befähigt, sich im Bedarfsfalle selbst weiterhelfen zu können. Die allermeisten Seniorinnen und Senioren, die im Rahmen von PräSenZ beraten wurden, sprachen sich für die Weiterführung des Angebotes aus und würden es auch anderen Menschen und Kommunen weiterempfehlen. Für die Modellkommunen bedeutete PräSenZ ein Gewinn an Informationen über die Wünsche und Belange ihrer älteren Bevölkerung und einen Imagegewinn in der Bevölkerung. Zudem erhielten sie einen Überblick zu vorhandenen sowie fehlenden Angebotsstrukturen.

Der Erfolg des Modellvorhabens PräSenZ war nur möglich aufgrund des großen Interesses und Engagements aller Projektbeteiligten, allen voran der Beraterinnen, der Projektverantwortlichen und weiterer, wichtiger Akteure in den Modellkommunen. Ihnen gilt daher unser ganz besonderer Dank. Überraschend war die Resonanz von hunderten Seniorinnen und Senioren in den Modellkommunen, die das neue Angebot in Anspruch genommen haben. Viele waren auch bereit, Auskünfte für die Evaluation von PräSenZ zu geben. Auch ihnen sind wir für ihre Mitarbeit und ihr Vertrauen sehr dankbar. Ferner konnten etliche bürgerschaftlich engagierte Menschen gewonnen werden und haben sich dankenswerterweise in das Modellvorhaben und die Projekte vor Ort eingebracht, um ältere Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf direkt zu unterstützen. Dank gilt dem Ministerium für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg für die gute Unterstützung und Kooperation sowie die Förderung des Modellvorhabens aus Mitteln des Landes. Unser Dank gilt ebenfalls dem GKV-Spitzenverband und den Landesverbänden der gesetzlichen und privaten Pflegekassen für die Förderung des Vorhabens aus Mitteln der §§ 45c und 45d SGB XI. Last but not least bedanken wir uns bei den kommunalen Landesverbänden sowie den weiteren Verbänden und Organisationen im Koordinierungsausschuss Unterstützungsangebote in Baden-Württemberg und den Mitgliedern des Projektbeirates, die das Modellvorhaben mit Interesse und wohlwollender Aufmerksamkeit begleitet und unterstützt haben.

Köln im Januar 2018

Im Namen des gesamten Teams des Projektträgers und der wissenschaftlichen Leitung

Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner
Direktor des DIP

1 Einleitung

So lange und so gut wie möglich selbständig zu Hause leben zu können, das ist ein zentraler Wunsch älterer Menschen und zugleich ein zentrales Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland (Institut für Demoskopie Allensbach, 2012). Selbständige Lebensführung, Lebensqualität und Teilhabe im Alter werden zum einen vom Verhalten, den Kenntnissen, den Ressourcen und der Motivation des Einzelnen beeinflusst, sein Leben gesundheitsfördernd zu gestalten. Zum anderen kommt der Kommune als Ort der Lebensführung hier eine besondere Bedeutung zu (Menning, 2005: 10). Denn neben den individuellen Faktoren sind selbständige Lebensführung, Lebensqualität und Teilhabe im Alter maßgeblich von kommunalen Rahmenbedingungen und Angeboten sowie den sozialen Netzwerken am Wohnort geprägt. Je älter ein Mensch wird, desto stärker konzentriert sich sein Aktionsradius auf die Wohnung und das angrenzende Wohnumfeld mit seinen Rahmenbedingungen.

Für den Einzelnen, für Familien und Angehörige stellen sich diesbezüglich ganz konkrete Fragen: Welche relevante Infrastruktur ist in unserem Wohnumfeld vorhanden? Welche Freizeit- und Kulturangebote gibt es? Welche Leistungen können im Sozial-, Pflege- und Gesundheitswesen beansprucht werden? Und: Wer kann dazu fundiert und bedarfsorientiert beraten? In diesem Sinne stellt der 7. Altenbericht fest: „Teilhabe und Lebensqualität im Alter hängen also nicht nur von bundesweit einheitlich geregelten Strukturen (etwa der Sozialversicherung) ab, sondern in großem Maße auch von der lokalen Infrastruktur ...“ (BMFSFJ, 2017: 9). Gefordert werden die Verschränkung kommunaler Planungsaktivitäten mit einer bedarfsgerechten Infrastrukturentwicklung und sozialraumorientierten Ansätzen sowie einer Verbesserung der Kooperationsstrukturen über unterschiedliche Handlungsfelder wie Pflege, Gesundheit, soziale und kulturelle Infrastruktur, Mobilitätsangebote hinweg (Hoberg et al., 2016: 40). Nicht einzelne Leistungen sollten in den Blick genommen werden, sondern die Daseinsvorsorge als Ganzes und ihre Gesamtwirkung auf die Lebensqualität der Menschen (BMFSFJ, 2017: 9). Für die kommunalen Akteure bleibt die Herausforderung, wie dies in ihren jeweiligen lokalen Gegebenheiten umgesetzt werden kann.

Zielsetzung von PräSenZ war und ist, „neue, zugehende und präventiv ausgerichtete Beratungs- und Unterstützungsstrukturen unter Einbezug des Ehrenamtes für Seniorinnen und Senioren zu entwickeln, zu erproben und auszuwerten. Die Beratungs- und Unterstützungsstrukturen sollten darauf ausgerichtet sein, den Seniorinnen und Senioren ein Leben in häuslicher Umgebung in größtmöglicher Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten.“ Zur Unterstützung der Schaffung lokaler Strukturen wurde im Projekt PräSenZ das zugehende und präventiv ausgerichtete Beratungsangebot für selbständig in ihrer Häuslichkeit lebende Seniorinnen und Senioren in kommunale Organisations- und Steuerungsstrukturen eingebettet. Damit Aussagen für unterschiedliche kommunale Settings im Projekt gewonnen werden konnten, erfolgte die Erprobung in drei Modellkommunen unterschiedlicher Größe – einer ländlichen Gemeinde, einer Stadt und eines Stadtkreises – in Baden-Württemberg.

Die Grundlagen des Modellvorhabens orientierten sich an identifizierten Bausteinen zur erfolgreichen Durchführung präventiver Hausbesuche (Ströbel & Weidner, 2003; Vass et al.,

2006; Vass et al., 2007). Dabei handelt es sich um spezifische und ineinandergreifende Konzepte zur Gestaltung und Ausrichtung des Angebotes und der Qualifikation der dazu eingesetzten Fachkräfte. Um die Praktikabilität und die Wirkungen der Maßnahme zu belegen, wurde eine umfassende Begleitforschung entwickelt. Beleuchtet wurden Struktur-, Prozess- und Ergebnisfaktoren des Projektes auf der Makro-, Meso- und Mikroebene.

Im folgenden Bericht wird zunächst das Modellvorhaben im Überblick dargestellt (Kapitel 2 und 3). Im Anschluss daran wird das dem Projekt PräSenZ zugrundegelegte Rahmenkonzept ausführlich dargelegt (Kapitel 4). Die Vorstellung der Modellkommunen mit ihren spezifischen Voraussetzungen und den regionalen Konzepten erfolgt in Kapitel 5. Die Evaluation des Projektes und deren Ergebnisse werden in den Kapiteln 6 und 7 umfassend beschrieben und zusammengefasst und abschließend in Kapitel 8 Empfehlungen formuliert.

2 Ziele und Zielgruppen des Modellvorhabens

Die übergeordnete Zielsetzung des Modellprojektes PräSenZ lag in der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung zugehender und präventiv ausgerichteter Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Seniorinnen und Senioren unter Einbezug des bürgerschaftlichen Engagements bzw. bürgerschaftlich engagierter Personen, um die Chancen von älteren Menschen zu erhöhen, so lange wie möglich und gewünscht in größtmöglicher Selbstständigkeit zu Hause leben sowie am Leben in den einzelnen Kommunen teilhaben zu können. Gleichzeitig sollte im Projekt das Potenzial für bürgerschaftliches Engagement genutzt und in die vorhandenen Strukturen eingespeist werden. Zudem sollen die im Projekt entwickelten Grundlagen und Materialien im Anschluss an das Projekt landesweit zur Verfügung stehen.

Das DIP hat als Projektträger die folgenden handlungsleitenden Ziele formuliert:

- Entwicklung eines im kommunalen Raum anschlussfähigen Rahmenkonzeptes für zugehende präventive Hausbesuche.
- Erprobung des Rahmenkonzeptes in drei unterschiedlichen Kommunen in Baden-Württemberg mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen je nach kommunalen Ansätzen und Bedarfen.
- Erkenntnisse zur Angemessenheit der Konzeptbausteine inklusive der Qualifikations- und Schulungserfordernisse einzusetzender Beraterinnen und Berater, der Zugangswege und der erreichten Kohorte sowie der Anbindung, Organisation und Umsetzung der Maßnahme in unterschiedlichen kommunalen Settings.
- Aufbereitung der Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Modellvorhaben für eine landesweite Nutzung. Kommunen sollen möglichst in Kooperation mit weiteren Kostenträgern ermutigt werden, neue zugehende und präventiv ausgerichtete Beratungs- und Unterstützungsangebote für Seniorinnen und Senioren zu entwickeln und anzubieten.

Die Zielgruppen des Projektvorhabens waren a) unmittelbare Zielgruppen (Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen) und b) mittelbare Zielgruppen (bürgerschaftlich Engagierte und weitere Akteure).

- a) Die *unmittelbare Zielgruppe* sind Seniorinnen und Senioren i.d.R. ab einem Alter von 70 Jahren, die selbständig zu Hause leben und von einem innovativen zugehenden Beratungs- und Unterstützungsangebot profitieren können, sowie deren Angehörige. Einbezogen sind auch Personen mit sich abzeichnenden oder bereits bestehenden leichten Einschränkungen der Alltagskompetenzen.
- b) Die *mittelbaren Zielgruppen* sind Netzwerke, Initiativen oder Einzelpersonen sowie weitere Akteure und Stakeholder mit Potenzial und Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement. Diese sollen für ein solches Engagement gewonnen werden, um die durch präventive Hausbesuche erkannten, niedrigschwellig zu beantwortenden Bedarfe und Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren gemeinsam mit diesen anzugehen und zu bearbeiten. Darüber hinaus zählen zu dieser Gruppe alle weiteren relevanten Akteure im jeweiligen kommunalen Raum, die auf rechtlicher Grundlage, nach eigener Satzung und Statut, ihrem organisationalen Selbstverständnis folgend oder im Sinne eines freiwilligen und/oder bürgerschaftlichen Engagements zur Bearbeitung von Fragen und Problemen der wohnortnahen Alten- und Pflegearbeit verpflichtet, betraut und engagiert sind. Dabei handelt es sich i.d.R. um die beteiligten Kommunen, Verbände, Kosten- und Einrichtungsträger, Kirchengemeinden und Leistungsanbieter.

Die Zielgruppendefinitionen wurden bewusst offen formuliert, um Schwerpunktsetzungen in den Kommunen zu ermöglichen und so Maßnahmen an die kommunalen Rahmenbedingungen und Bedarfe anzupassen (siehe Kapitel 5).

3 Projektphasen und -organisation

Das Projekt PräSenZ wurde im Zeitraum vom 01.07.2014 bis 30.09.2017 durchgeführt und gliederte sich in vier Projektphasen (Tab. 1).

Projektphasen PräSenZ	
Phase I:	01.07.2014 bis 30.09.2014
	<ul style="list-style-type: none">• Vorbereitung und Durchführung des Interessenbekundungsverfahrens zur Teilnahme am Modellvorhaben
Phase II:	01.10.2014 bis 31.03.2015
	<ul style="list-style-type: none">• Auswahl der Modellkommunen und „Onboarding“• Vorbereitung und Entwicklung der Konzepte und Instrumente• Gewinnung und Vernetzung von Akteuren in den Modellkommunen• Konstituierung eines Projektbeirates
Phase III:	01.04.2015 bis 31.03.2017
	<ul style="list-style-type: none">• Anstellung und Beschäftigung der Beraterinnen (28 Monate; Kernzeit vom 01.04.2015 bis 20.06.2017)• regionale Konzeptentwicklung• Umsetzung des Modellvorhabens in den Projektkommunen• Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme• Arbeitsgruppe „erweitertes kommunales Netzwerk“• Vorbereitung und Umsetzung der Evaluation
Phase IV:	01.04.2017 bis 30.09.2017
	<ul style="list-style-type: none">• Auswertung und Interpretation der Evaluationsmaßnahmen• Berichterstattung• Vorbereitung einer Handreichung für Kommunen

Tabelle 1: Projektphasen und Arbeitsschritte im Modellvorhaben PräSenZ

Das Modellvorhaben PräSenZ war auf einen Zeitraum von insgesamt 39 Monaten angelegt. Die ersten drei Monate wurden für das Interessenbekundungs- und Auswahlverfahren von in Frage kommenden Kommunen genutzt. Zu Beginn von Phase II wurden die drei Modellkommunen ausgewählt. Es schloss sich eine gemeinsame Vorbereitungszeit von sechs Monaten an. Der eigentliche Erprobungszeitraum in den drei Kommunen betrug zwei Jahre. Die letzten sechs Monate der Projektlaufzeit wurden für die Auswertung und Interpretation der Evaluationsmaßnahmen genutzt und für die Endberichterstattung. Alle definierten Arbeitsschritte wurden im Modellvorhaben PräSenZ in den dafür vorgesehenen Projektphasen durchgeführt.

3.1 Phase I - Interessenbekundungsverfahren

Projektphase I – die Vorbereitung und Durchführung des Interessenbekundungsverfahrens – hatte zum Ziel, geeignete Kommunen für die Umsetzung des PräSenZ-Ansatzes in Baden-Württemberg zu gewinnen.

Die Bekanntmachung des Projektes und die Unterlagen mit den inhaltlichen und formalen Anforderungen zur Teilnahme am Interessenbekundungsverfahren wurden direkt an die kommunalen Landesverbände (Städtetag, Landkreistag, Gemeindetag), die Mitglieder des Koordinierungsausschusses Betreuungsangebote in Baden-Württemberg sowie die Teilnehmenden einer Informationsrunde zum geplanten Modellvorhaben im Sommer 2014 versandt. Zudem standen sie auf der DIP-Homepage zum Download zur Verfügung.

Im Zeitraum des Interessenbekundungsverfahrens vom 29.07.2014 bis 05.09.2014 gingen Bewerbungen von 14 Kommunen ein. Davon erfüllten 13 die definierten Anforderungen für eine Bewerbung zur Teilnahme am Projekt.

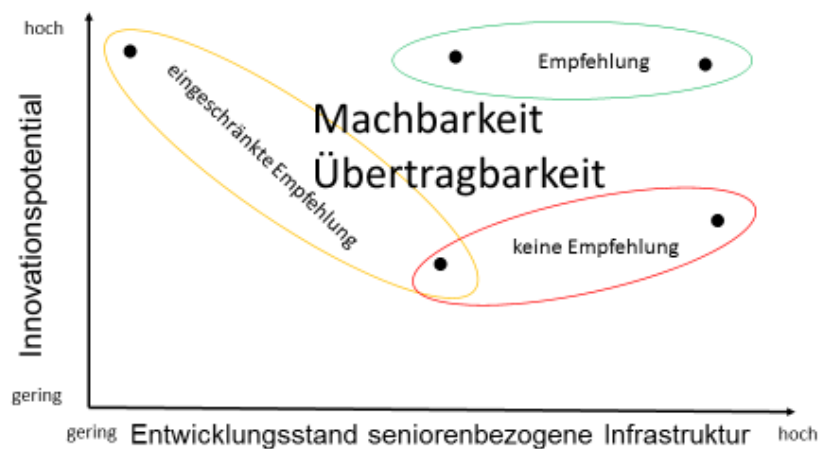
Die eingegangenen Bewerbungen inklusive einer Projektskizze wurden kriterienorientiert ausgewertet. Nachfolgende inhaltliche Kriterien wurden berücksichtigt:

- Innovationspotenzial der angedachten Maßnahme in der Kommune,
- Entwicklungsstand seniorenbezogener Infrastrukturen (Bedarf der Kommunen),
- angestrebte Vernetzung und Verknüpfung mit dem Ehrenamt,
- Machbarkeit der Umsetzung,
- voraussichtliche Nachhaltigkeit der Maßnahmen,
- Übertragbarkeit des Vorgehens auf andere Kommunen in Baden-Württemberg sowie
- Aussagen zu eigenen Ressourcen.

Darüber hinaus sollte bei der Auswahl der Kommunen eine gute regionale Verteilung sowie unterschiedliche Gegebenheiten (eher städtischer oder ländlicher Raum) und Größe der kommunalen Gebietskörperschaften Berücksichtigung finden.

Die eingegangenen Bewerbungen wurden übersichtlich in Form von kommunalen Steckbriefen vom Projektträger aufbereitet. Die Steckbriefe mit Bewertung und Empfehlungen hinsichtlich der Auswahl geeigneter Kommunen im Sinne der Passung zu den Projektzielen wurden den Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg und den Mitgliedern des Koordinierungsausschusses Unterstützungsangebote nach § 5 UstA-VO¹ zur Verfügung gestellt.

¹ Unterstützungsangebote-Verordnung in Baden-Württemberg



Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln – 07.10.2014

Abbildung 1: Darstellung der Empfehlungsgrundlage DIP

Die Auswahl der Projektkommunen erfolgte in nachfolgend beschriebener Phase II des Projektes.

3.2 Phase II – Auswahl der Modellkommunen und Vorbereitungen

Projektphase II diente der Schaffung von notwendigen und förderlichen Projektstrukturen sowie der inhaltlichen Vorbereitung der Umsetzungsphase in den Modellkommunen.

Die Auswahl der Modellkommunen anhand der eingegangenen Interessenbekundungen sowie deren kriterienorientierter Aufbereitung stellte den Auftakt in die zweite Projektphase dar. Sie erfolgte durch den Koordinierungsausschuss Betreuungsangebote im Oktober 2014. Die Auswahl fiel auf die Gemeinde Neuweiler (Landkreis Calw), die Stadt Rheinfelden (Landkreis Lörrach) und die Stadt Ulm. Neuweiler wurde als eine kleine Kommune im ländlichen Raum im Regierungsbezirk Karlsruhe ausgewählt, Rheinfelden (Landkreis Lörrach) als Stadt im Regierungsbezirk Freiburg und Ulm als eine Großstadt mit guter Infrastruktur im Regierungsbezirk Tübingen. Das interne Projekt-Kick-off mit den Projektverantwortlichen der Modellkommunen, den Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums sowie dem DIP erfolgte im Herbst 2014.

Die Aufgaben für die Modellkommunen in Projektphase II bestanden in der Konkretisierung der im Rahmen der Interessenbekundung vorgelegten Projektskizzen, im Finden und Einstellen geeigneter Fachkräfte als PräSenZ-Beraterinnen oder -Berater², die Einrichtung von entsprechenden Arbeitsplätzen sowie die Initiierung von Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit für das Vorhaben. Zur Unterstützung der Prozesse vor Ort reiste das DIP-Team im Januar 2015 in

² Aufgrund der Tatsache, dass die Beratungstätigkeit in PräSenZ ausschließlich von weiblichen Fachkräften ausgeübt wurde, wird im Folgenden ausschließlich die weibliche Sprachform genutzt.

die drei Modellkommunen und führte mit den jeweiligen Projektverantwortlichen und weiteren relevanten regionalen Akteuren Workshops durch. Die Workshops hatten drei Schwerpunkte:

1. Erläuterung und Diskussion der Zielsetzung des Modellvorhabens und des übergeordneten konzeptionellen Rahmens.
2. Weiterentwicklung des spezifischen kommunalen Konzeptes.
3. Klärung von Fragen zum Modellvorhaben und der Umsetzung vor Ort.

Zusätzlich zur Begleitung der Kommunen lagen die Arbeitsschwerpunkte im DIP in Projektphase II in der Erarbeitung und Anpassung von Dokumentations- und Arbeitsmaterialien sowie in der Konzipierung und Planung der Schulung für die Beraterinnen.

3.3 Phase III - Implementierung und Umsetzung

Die Phase zur Implementierung und Umsetzung der kommunalen präventiven Hausbesuchskonzepte startete am 01.04.2015 und war auf eine Dauer von 24 Monaten ausgerichtet. Die kommunalen Konzepte und deren Umsetzung in den Modellkommunen werden in Kapitel 5 ausführlich beschrieben. Nachfolgend werden die allgemeinen wesentlichen Aspekte der für die Phase III definierten Arbeitsschritte erläutert.

Grundlegende Voraussetzung für den Start war das Einstellen von jeweils zwei geeigneten Fachkräften für die Beratungsarbeit in PräSenZ pro Projektkommune im Gesamtumfang von einer ganzen Stelle. Dies war zum 1. April 2015 in allen drei Kommunen gelungen.

Abhängig vom Stand und Konkretisierungsgrad der kommunalen Konzeptentwürfe und Umsetzungsvorbereitungen, begann die Arbeit in den Kommunen mit unterschiedlichen Arbeitsschritten. Schwerpunkt der Phase III war zunächst die Überführung der kommunalen Konzepte in eine konkrete Arbeitsplanung, die Arbeitsorganisation vor Ort und die Durchführung erster Hausbesuche. Ab September 2015 sollten in allen drei Modellkommunen regelhaft präventive Hausbesuche durchgeführt werden. Ein früherer Start blieb den Kommunen unbenommen. Klärungen zur Projektorganisation, zum Vorgehen und zur inhaltlichen Ausgestaltung begleiteten die kommunale Umsetzung von PräSenZ bis Ende 2015. Im Vordergrund standen die Ausgestaltung und Integration der Anforderungen aus dem Rahmenkonzept an die kommunalen Strukturen und das erarbeitete Vorgehen.

Anfang 2016 waren in den Modellkommunen die Implementierungsprozesse erfolgreich umgesetzt und die Prozesse sowie die Arbeitsorganisationen etabliert. Die Umsetzungsphase, im Sinne einer von eher routinierten Abläufen geprägten Arbeitsphase, hatte begonnen. In der Implementierungsphase (den ersten sechs Monaten) wurden die kommunalen Projektteams eng durch das DIP-Team unterstützt. Es fanden bei Bedarf weitere Vor-Ort-Termine sowie eine umfassende Begleitung der Akteure per Telefon und E-Mail statt.

Neben der Implementierung und Umsetzung des Vorhabens in den Modellkommunen war ein weiterer Schwerpunkt des Projektes in Phase III die in Blöcken organisierte Fortbildungsmaßnahme in Köln (siehe Kapitel 4.3). Darüber hinaus gab es zur Unterstützung der regionalen

Umsetzungen für die Beraterinnen im Umfeld der Schulungs- und Begleittage die Gelegenheit, kommunale Sprechzeiten für sich in Anspruch zu nehmen.

Gegen Ende dieser Projektphase wurde vom DIP auch die Evaluation vorbereitet und gemeinsam mit den Akteuren umgesetzt. Bestandteile der Evaluation waren Interviews mit den Beraterinnen, Projektverantwortlichen, Seniorinnen und Senioren und weiteren Akteuren. Ferner wurden die Beratungsdokumentationen sowie die Protokolle von Workshops und aus der Projektbegleitung quantitativ wie qualitativ ausgewertet. Im Detail wird die Umsetzung des Evaluationskonzeptes in Kapitel 6 erläutert.

3.4 Phase IV - Evaluation und Berichterstattung

Phase IV des Modellvorhabens diente der Auswertung und Zusammenführung der unterschiedlichen Evaluationsstränge und der Erstellung des vorliegenden Projektberichts. Bereits in der zweiten Hälfte der Phase III wurden vom DIP das Evaluationskonzept konkretisiert und im weiteren Verlauf Erhebungen und Workshops für die Evaluation des Modellvorhabens durchgeführt.

3.5 Projektorganisation und -gremien

Um eine optimal abgestimmte Entwicklung, Steuerung und Auswertung des Vorhabens bewerkstelligen zu können, lagen Projektträgerschaft und wissenschaftliche Begleitung in einer Hand. Aufgrund der langjährigen Erfahrungen und Initiativen bei der Entwicklung und Umsetzung präventiver Konzepte in kommunalen Settings unter Einbezug weiterer Akteure übernahm das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) in Köln diese komplexen Aufgaben. Das DIP-Team war damit sowohl für die Ausgestaltung und Lenkung des Projektes auf der strategischen wie auf der operativen Ebene verantwortlich. Die Organisation des Modellvorhabens gliederte sich in die drei Ebenen der Förderebene, der strategischen Ebene sowie der operativen Ebene (Abb. 2).

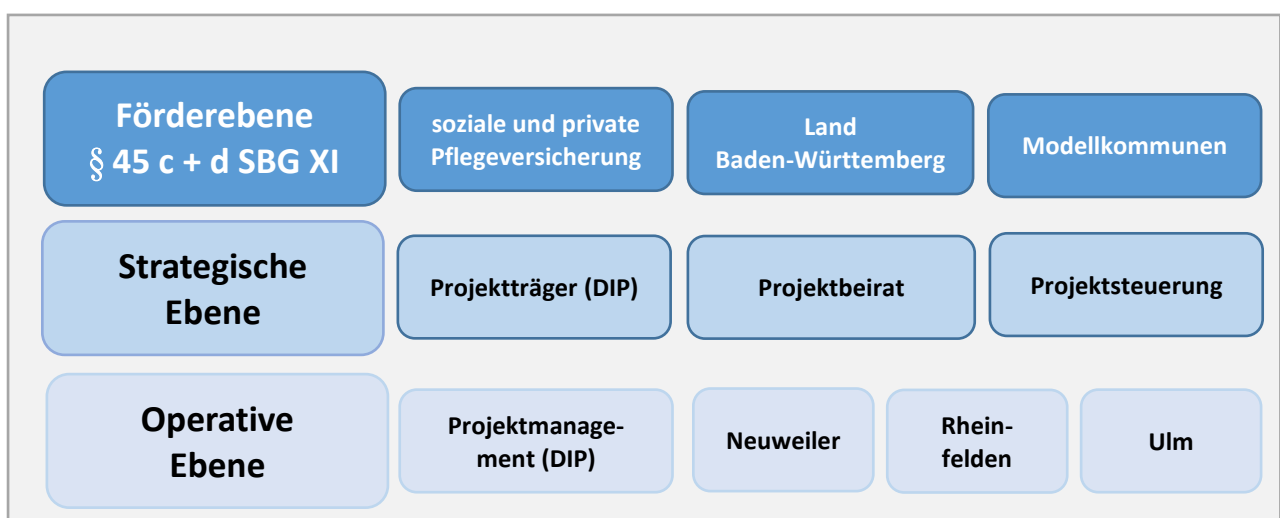


Abbildung 2: Projektstrukturen

Zur Schaffung tragfähiger Projektstrukturen wurde im Laufe der zweiten Projektphase mit dem Projektbeirat ein den Projektträger beratendes strategisches Gremium ins Leben gerufen. Der Beirat setzte sich aus Mitgliedern des Koordinierungsausschusses Betreuungsangebote und Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg zusammen. Er tagte unter Leitung des Ministeriums für Soziales und Integration in der gesamten Projektlaufzeit insgesamt viermal. Folgende Institutionen waren im Projektbeirat vertreten:

- Landesseniorenrat Baden-Württemberg e. V.
- Städtetag Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg (Kranken- und Pflegekasse)
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
- VdeK LV Baden-Württemberg
- Gemeindetag Baden-Württemberg
- Diakonie Württemberg für die Liga der Wohlfahrtspflege
- Agentur „Pflege engagiert“ (Parität)
- Landkreistag Baden-Württemberg
- Abteilung Soziales, Referat Pflege, Quartiersentwicklung des Ministeriums für Soziales und Integration
- Projektträger

Das zweite beratende Gremium der strategischen Ebene war die Projektsteuerungsgruppe. In dieser waren die Projektverantwortlichen der Modellkommunen vertreten sowie weitere relevante kommunale Akteure und der Projektträger. Bei allen Sitzungen als Gast anwesend waren Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Soziales und Integration. Die Projektsteuerungsgruppe kam insgesamt viermal zusammen. Inhaltlich waren die Sitzungen auf einen Informations- und Erfahrungsaustausch ausgerichtet. Zum einen wurde der aktuelle Stand aus den Modellkommunen berichtet, zum anderen wurden die Treffen dazu genutzt, Querschnittsthemen gemeinsam zu erörtern. Hierzu gehörten beispielsweise Fragen hinsichtlich der Gestaltung möglicher Zugangswege zu den Zielgruppen von PräSenZ, Klärungsbedarf zu den Themen Datengewinnung und Datenschutz sowie Fragen bzgl. der Fortsetzung bzw. Verstetigung des Angebotes präventiver Hausbesuche in den Modellregionen.

4 Das Rahmenkonzept im Modellvorhaben PräSenZ

Die Entwicklung eines im kommunalen Raum anschlussfähigen Rahmenkonzeptes für zugehende präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren ist Teil der Zielsetzung der Förderidee des Modellvorhabens (siehe Kapitel 2). Die Konzeption der präventiven Hausbesuche in PräSenZ beruht auf Ergebnissen einschlägiger empirischer Forschung einerseits und den Erfahrungen des DIP (u.a. Ströbel & Weidner, 2003; Gebert et al., 2008; Gebert & Weidner, 2010) andererseits.

Im Folgenden werden zunächst grundsätzliche Anmerkungen zum Stand der Forschung zu präventiven Hausbesuchen und im Anschluss die für PräSenZ entwickelte Konzeption präventiver Hausbesuche näher erläutert.

4.1 Stand der Forschung zu präventiven Hausbesuchen

International liegen seit etlichen Jahren Studien zu präventiven Hausbesuchen vor und auch in Deutschland wurden und werden unterschiedliche Beratungs- und Unterstützungsangebote unter dem Begriff „präventive Hausbesuche“ entwickelt und erprobt. Unter diesem Begriff versammelt sich eine Bandbreite zum Teil sehr unterschiedlicher Konzeptionen, wie vor allem in entsprechenden Übersichtsarbeiten deutlich wird (bspw. Grant et al., 2014; Tappenden et al., 2012; Stuck & Kane, 2008; Stuck et al., 2002). Diese Heterogenität besteht bspw. hinsichtlich der Qualifikation des eingesetzten Beratungspersonals, der Frequenz der Hausbesuche bzw. der Follow-ups, des Settings oder der konzeptionellen Ausrichtung und Zielsetzung der Hausbesuchsprogramme. Auch richten sich die jeweiligen Einzelstudien an unterschiedliche Populationen mit jeweils unterschiedlichen Risikoprofilen (Lin et al., 2012; Stuck & Kane, 2008). Diese Heterogenität hat zur Folge, dass allgemeingültige Aussagen, die für präventive Hausbesuche generell gelten könnten, nur sehr eingeschränkt vorliegen. Auch ein umfassender evidenzbasierter Nachweis der Wirksamkeit konnte bislang aus verschiedenen Gründen noch nicht erbracht werden (vgl. hierzu auch die methodischen Ausführungen in Kapitel 6.1).

Dennoch lassen sich für die Planung und praktische Umsetzung präventiver Hausbesuche aus der Literatur Schlussfolgerungen ableiten: Spezifische Programme müssen jeweils an konkrete Zielgruppen, die regionalen Gegebenheiten (z.B. die vorhandene Angebotslandschaft und die jeweilige Unterstützungskultur), die Qualifikation der Durchführenden und die Leistungen des bestehenden Sozial- und Gesundheitssystems ausgerichtet und angepasst werden. Insgesamt ist die grundsätzliche Frage zu stellen, welche Ergebniserwartungen an ein niedrigschwelliges Konzept wie den präventiven Hausbesuch realistischerweise gestellt werden können und ob Ergebnisparameter wie zum Beispiel die Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit oder eine nachhaltige Steigerung der Lebensqualität mit einer Maßnahme von ein bis zwei Besuchen in einem Zeitraum von zwei Jahren erreichbar sind, oder ob diese nicht über einen weitaus längeren Zeitraum erfolgen müssten. Dazu wären umfassende Forschungs- und Evaluationsbemühungen sowie finanzielle Ressourcen notwendig, die weit über den Rahmen des Modellvorhabens PräSenZ hinausgehen (Bundesvereinigung für Gesundheit

e.V., 2005). Daraus folgt auch die Überlegung, inwieweit erweiterte Ergebnisparameter (Lin et al., 2012) in die Evaluation der Konzepte präventiver Hausbesuche einbezogen werden sollten. Diese Überlegungen sind auch Grundlage der nachfolgend zu erläuternden Rahmenanforderungen zur Durchführung von präventiver Hausbesuchsarbeit als kommunales Angebot (im Folgenden: Rahmenkonzept PräSenZ, Kapitel 4.2) und des Fortbildungskonzeptes für die Fachkräfte (Kapitel 4.3).

4.2 Konzeptionelle Bestandteile der Beratung

Das Rahmenkonzept PräSenZ beschreibt die Anforderungen, die es von den Modellkommunen bei der Entwicklung und Umsetzung des präventiven Hausbesuchsangebotes zu berücksichtigen galt. Der Konkretisierungsgrad in der Beschreibung dieser Anforderungen sollte unterschiedliche konzeptionelle Schwerpunkte und Vorgehensweisen bei der Durchführung der präventiven Hausbesuche je nach Bedarf der teilnehmenden Kommunen ermöglichen und gleichzeitig gemeinsame Leitlinien für die Umsetzung gewährleisten. Nachfolgende Abbildung 3 soll dies verdeutlichen.

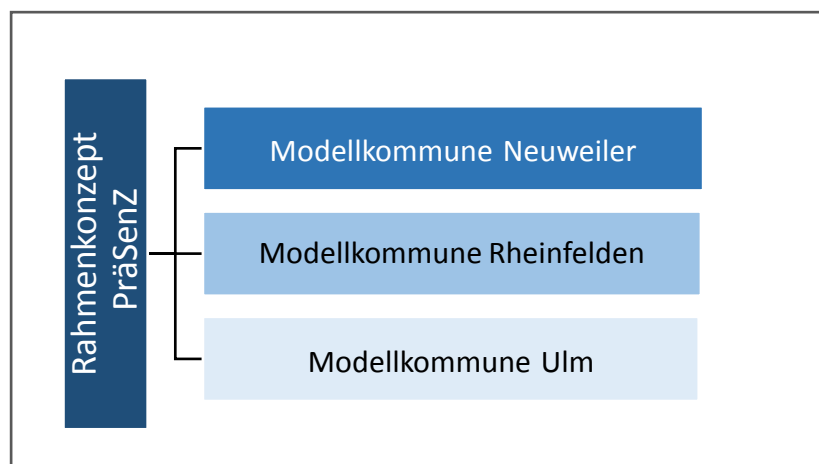


Abbildung 3: Rahmenkonzept PräSenZ und kommunale Differenzierung

Die Ermöglichung eines Gestaltungsspielraums innerhalb der vorgegebenen Leitlinien trägt dem Umstand der unterschiedlichen kommunalen Bedarfe, Infrastrukturen, Kulturen und Projektskizzen Rechnung. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass die Modellkommunen den PräSenZ-Ansatz passgenau für die kommunalen Bedarfe entwickeln und implementieren konnten.

Das Rahmenkonzept beinhaltet die folgenden beschriebenen Anforderungen:

- kommunale Anbindung und regionale Vernetzung,
- Zielgruppenorientierung der Maßnahme,
- Proaktivität des Angebotes,
- Assessment und multidimensionale Ausrichtung,
- Fachlichkeit der Beraterinnen,
- Systemisch lösungsorientiertes Beratungskonzept/Beratungsverständnis sowie
- Einhaltung ethischer Anforderungen und Anforderungen des Datenschutzes.

4.2.1 Kommunale Anbindung und regionale Vernetzung

Eine klare Anforderung an die Modellkommunen bestand darin, die präventiven Hausbesuche organisatorisch und räumlich an vorhandene kommunale Strukturen anzubinden.

Den Kommunen als Träger der kommunalen Daseinsvorsorge mit Verantwortung für die kommunale Altenpflege kommt bei der Sozialraumgestaltung und der Gestaltung der wohnortnahen Versorgung der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger eine besondere Bedeutung zu (BMG, 2016). Neben den Planungs- und Steuerungsaufgaben zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstrukturen werden Themen der Entwicklung und des Vorhaltens von altersgerechten Wohnumgebungen, Dienstleistungen für ältere Menschen, Angeboten zur Ermöglichung von sozialer Teilhabe sowie die Information zu und die Nutzbarkeit des vorhandenen Dienstleistungsangebotes den Kommunen zugeordnet (GKV-Spitzenverband, 2015: 4).

Die Ankoppelung der präventiven Hausbesuche in den Modellkommunen an die kommunalen Strukturen geschah auch entlang der Fragestellung, inwiefern PräSenZ einen Beitrag zur kommunalen Daseinsvorsorge für die ältere, selbständig zu Hause lebende Bevölkerung, insbesondere für Personen im Vor- und Umfeld der Pflege, in den Kommunen leisten kann.

Die auch in der Außendarstellung klare kommunale Zuordnung der Maßnahme sollte der Zielgruppe signalisieren, dass die Kommune ihre älteren Bürgerinnen und Bürger wahrnimmt und sich für deren Lebenssituation, ihre Bedarfe, Sorgen und Wünsche interessiert. Zudem sollte es signalisieren, dass es sich um ein seriöses und neutrales Angebot handelt, und dadurch die Akzeptanz des Angebotes erhöhen. Ziel der kommunalen Anbindung war darüber hinaus, Rückmeldungen von Seniorinnen und Senioren zu den Angeboten im Sozialraum an die Kommunen zu ermöglichen und in diesem Sinne einen Beitrag zur Weiterentwicklung der kommunalen Versorgungslandschaften zu leisten.

Die Verzahnung präventiver Hausbesuchsprogramme mit regionalen Anbieter- und Angebotsstrukturen und die Kenntnis über die Arbeit von themenspezifischen Experten ist notwendig, um zu lokalen Angeboten zu informieren und zu beraten. In diesem Sinne sind die Beraterinnen in präventiven Hausbesuchen auch Informationsmakler und Lotsen. Eine gute regionale Vernetzung ist zudem notwendig, um Bedarfe mit einer hohen Komplexität bearbeiten zu können (Schmidt & Gebert, 2009: 66).

Ein weiterer Aspekt, der die Anforderung zur Netzwerkarbeit und Verzahnung unterstützt, ist die Reduzierung von etwaigen Doppelstrukturen oder -leistungen. Die Leistungen der Beraterinnen in den Hausbesuchen können je nach vorhandenem Leistungsangebot in den Modellkommunen unterschiedliche Konturen annehmen. Am Beispiel der Wohnraumberatung und der Beratungen zu Leistungen der Pflegeversicherung kann dies verdeutlicht werden. Existieren in Kommunen bereits etablierte Beratungsangebote zu diesen Themenkomplexen, werden diese durch die Beraterinnen im Kontext der präventiven Hausbesuche vermittelt.

4.2.2 Zielgruppenorientierung

Die Zielgruppenorientierung im Modellvorhaben PräSenZ wurde bereits im Kapitel 2 erläutert. Ausgehend von der Prämisse, dass die präventiven Hausbesuche ein Baustein der Versorgungslandschaft in den Modellkommunen sein sollen, der auch Bereiche und Bedarfe im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit aufgreift, die bisher nicht bearbeitet werden, bestand für die Modellkommunen die Möglichkeit zur Auswahl von definierten Zielgruppen innerhalb des vorgegebenen Rahmens.

Mit dem Aspekt der Zielgruppenorientierung als Vorgabe des Rahmenkonzeptes wird adressiert, dass die Maßnahme auf die Lebenssituation bzw. den Beeinträchtigungsgrad sowie die kulturelle Prägung der etwaig zu beratenden Seniorinnen und Senioren angepasst werden muss. Dies bedeutet ganz konkret, dass für unterschiedliche Zielgruppen, zum Beispiel für ältere Menschen in vulnerablen Lebenssituationen, für pflegende Angehörige oder für sich sehr rüstig fühlende Seniorinnen und Senioren die Maßnahmen des präventiven Hausbesuches jeweils anders ausgestaltet werden müssen. Die Zugangswege, die Beratungsthemen, die Informationsmaterialien oder die Intensität der Begleitung müssen an die Bedarfe der jeweiligen Zielgruppe angepasst werden.

4.2.3 Proaktivität der Angebote

Der Begriff der Proaktivität steht für die aktive Zugangsgestaltung zur jeweiligen Zielgruppe, die Teil des Rahmenkonzeptes ist. Das Konzept der Proaktivität hat Einfluss auf die Gestaltung der Zugangswege sowie die Gestaltung des Beratungsprozesses.

Hintergrund für die proaktive Vorgehensweise sind Erkenntnisse zur Inanspruchnahme unterschiedlicher Beratungsleistungen im Vor- und Umfeld der Pflege. So zeigen Auswertungen zur Arbeit der Pflegestützpunkte aus einzelnen Bundesländern, dass hauptsächlich Angehörige oder andere Bezugspersonen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen Beratungen suchen und in aller Regel im Stützpunkt und weniger zuhause beraten werden (Kirchen-Peters, 2017: 63). Meist geht es um die Organisation der Pflege und um Finanzierungsfragen (Döhner et al., 2011: 12; Ruschmeier, 2011: 4; Rothgang et al., 2012: 7). Gebert und Weidner (2010: 37) vertreten die These, dass Beratung und Hilfe von der Mehrzahl der Seniorinnen und Senioren erst dann in Anspruch genommen wird, wenn sie keine eigenen Ressourcen zur Bewältigung ihrer Situation mehr sehen. In einer Befragung zum präventiven Hausbesuch im Kreis Siegen-Wittgenstein zeigte sich, dass präventive Beratungsangebote, also Beratung im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, zur Unterstützung der selbständigen Lebensführung gegenwärtig außerhalb

des „Erwartungshorizontes“ von älteren Menschen liegen (ebd.). Gleichzeitig befürwortete die Mehrzahl der in diesem Projekt Befragten (87 %) ein jährliches Informationsschreiben zum zugehenden Angebot sowie die aktive Kontaktaufnahme mit den Seniorinnen und Senioren durch einen bekannten Berater / eine bekannte Beraterin. Zentral ist neben der Proaktivität also auch das Angebot einer aufsuchenden bzw. zugehenden Beratung. Rückmeldung der Seniorinnen und Senioren zum jährlichen Anschreiben waren, dass der Brief eine gewisse Sicherheit vermittele, dass im Bedarfsfall ein unabhängiger und kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stünde.

Das Rahmenkonzept für PräSenZ sieht vor, dass Modellkommunen die Zielgruppe direkt ansprechen. Das Angebot der präventiven Hausbesuche sollte von den Kommunen aktiv an die älteren Menschen herangetragen werden, anders als in vielen anderen Beratungskontexten, in denen die Initiative vom Beratungssuchenden ausgeht.

Proaktivität im Rahmen der Beratungsprozessgestaltung bedeutete im Rahmenkonzept zudem, dass zum Aufbau einer professionellen Beziehung auch das aktive Halten dieser Beziehung seitens der Beraterin ein zentraler Erfolgsfaktor in der Hausbesuchsarbeit ist. In diesem Sinne kommt insbesondere bei Menschen in vulnerablen Lebenssituationen der niedrigschwelligen Begleitung eine besondere Rolle zu. In PräSenZ sollten Folgekontakte im Rahmen der präventiven Hausbesuche (Hausbesuche und Telefonate) von den Beraterinnen aktiv angeboten werden. Diese konzeptionelle Überlegung fusst auf Ergebnissen eines von Gebert et al. (2015) durchgeführten Projektes zum präventiven Hausbesuch, das zeigte, dass „*en passant*“-Kontakte, im Sinne von kurzen Telefonaten oder „Tür- und Angelgesprächen“, das Vertrauensverhältnis zwischen besuchten Seniorinnen und Senioren und Beraterinnen positiv beeinflussen. Es wurden in diesen kurzen Kontakten alltägliche, für die älteren Menschen relevante Belange thematisiert, für die sie sich sonst nicht an eine Beraterin gewandt hätten.

Aus diesem Grunde wurde den Beraterinnen in den Modellkommunen ein Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Anzahl der Beratungsbesuche und -kontakte überlassen. Dadurch sollte auch gewährleistet werden, dass die Seniorinnen und Senioren so beraten werden konnten, wie es ihre individuelle Lebenssituation erforderlich machte.

4.2.4 Multidimensionale Ausrichtung der Maßnahme und Instrumentarium

Die Leitlinie „multidimensionale Ausrichtung der Maßnahme“ basiert auf dem Modellkonstrukt zu selbständiger Lebensführung, das dem DIP-Konzept des präventiven Hausbesuches zugrundeliegt. Selbständige Lebensführung wird verstanden als selbstverantwortlich gestaltete Lebensführung von im eigenen Haushalt lebenden älteren Menschen. Alltägliche Aktivitäten und Bereiche des täglichen Lebens sowie soziale Teilhabe können von der Seniorin oder dem Senior weitgehend selbst ausgeführt werden, also ohne dauerhafte personelle Hilfen. Die Definition orientiert sich an dem Begriff der Selbständigkeit, der als Grundlage zur Ableitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit dient (Wingefeld et al., 2011: 50).

Eine Annäherung an die Zusammenhänge und Wirkungen von Einflussfaktoren auf selbständige Lebensführung bietet das Modell zu funktionaler Gesundheit des ICF. In den Veröffentlichungen zur Klassifikation wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese auch in angrenzenden Themengebieten genutzt werden kann (DIMDI, 2005: 23). Die ICF wurde zunächst als wissenschaftliche Grundlage zum Verständnis und zur Verständigung über Gesundheit entwickelt. Die Bedeutung des Modells liegt in dem umfassenden Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung, wie Abbildung 4 verdeutlicht.

Der gedanklichen Vorstellung des Modells folgend, wird Selbständigkeit im Projekt als sich wandelnder Prozess betrachtet. Das Ausmaß von Aktivität und Teilhabe ist von körperlichen Faktoren, von gesundheits- und personenbezogenen Faktoren sowie von Umweltfaktoren beeinflusst. Angelehnt an diese Vorstellung entsteht selbständige Lebensführung in einer komplexen und dynamischen Wechselwirkung.

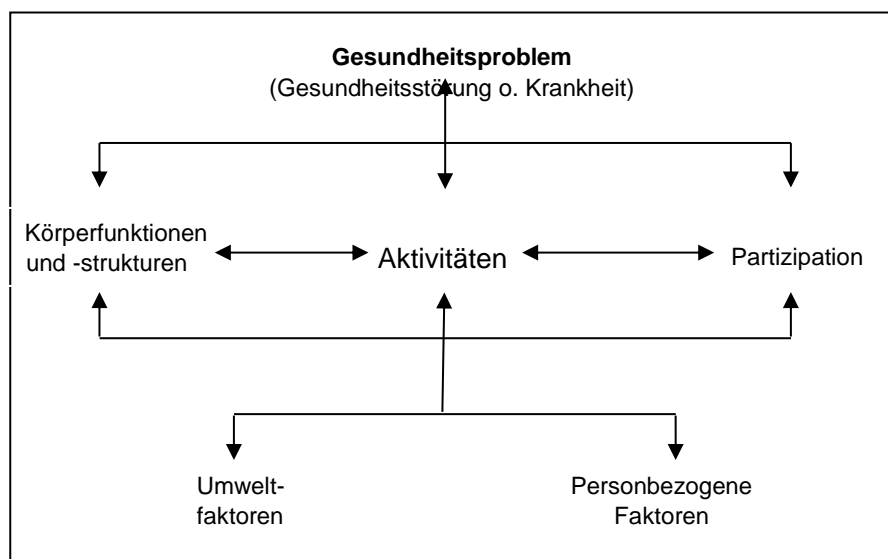


Abbildung 4: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2005: 23)

Dieses Modell der Multidimensionalität und Multidirektionalität von selbständiger Lebensführung bedeutet für die Ausgestaltung der Maßnahme a) eine umfassende Einschätzung der Lebenssituation sowie eine breit gefächerte Beratung und b) einen über unterschiedliche Handlungsfelder (z.B. Pflege, Gesundheit, soziale Infrastruktur, Mobilität) hinaus angelegten Ansatz, der auf Kooperation und Vermittlung angelegt ist.

Zur Grundlegung der multidimensionalen Ausrichtung des Beratungsprozesses ist ein wissenschaftsbasierter „Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitssituation“ als Einschätzungs- und Gesprächsleitfaden in PräSenZ konzeptionell angelegt und weiterentwickelt worden (siehe Anhang). Er unterstützt die Fachkräfte in den Gesprächen dabei, dass nicht nur spezielle bzw. aktuelle Bedarfslagen thematisiert werden, sondern nach Möglichkeit alle für einen Beratungserfolg relevanten Themen- und Lebensbereiche. Auf der Grundlage eines ersten Entwurfs des Leitfadens durch das DIP wurde im Laufe der ersten Hälfte der Umsetzungsphase gemeinsam mit den Beraterinnen der projektspezifische Frage- und Einschätzungsbogen entwickelt. Die zentrale Herausforderung in der Entwicklung bestand darin, dass das Instrument

einerseits dazu dienen sollte, alle relevanten Informationen zur Gestaltung des Beratungsprozesses zu Tage zu fördern, es andererseits vom Umfang und vom Aufwand in der Anwendung in allen Modellkommunen praktikabel bleiben sollte.

Inhaltlich ist der Frage- und Einschätzungsbogen in sechs Themenbereiche gegliedert:

- Stammdaten/soziale Lebenssituation,
- persönliche Versorgung,
- gesundheitliche Situation,
- finanzielle Situation,
- psychosoziale Situation/Teilhabe und
- Zukunftsorientierung/Ziele für das kommende Jahr.

Im Sinne einer größtmöglichen Flexibilität, wie sie die situativ angepasste Beratungsarbeit erforderlich macht, wurde es den Beraterinnen freigestellt, wann und wie sie den Frage- und Einschätzungsbogen im Beratungsprozess zum Einsatz bringen wollten (z. B. als Gesprächsleitfaden, als Protokollbogen im Nachgang eines Beratungsgespräches oder auch als Selbstausfüllerbogen).

4.2.5 Professionalität der Beraterinnen

Eine zentrale Rolle bei der Durchführung eines präventiven Hausbesuchsangebotes kommt den Fachkräften zu, die die Beratungen durchführen. Das Rahmenkonzept von PräSenZ sah hier die Beschäftigung von professionellen Kräften vor, d.h. basierend auf der Auswertung der internationalen und professionssoziologischen Literatur im Kontext aufsuchender, präventiver Beratungsarbeit für und mit Seniorinnen und Senioren wird der Einsatz von nicht oder nur gering qualifizierten oder ehrenamtlich tätigen Einsatzkräften im Konzept von PräSenZ nicht empfohlen. Die Professionalität der Fachkräfte soll dabei vor allem auf einer einschlägigen Primärqualifikation und beruflichen Felderfahrungen, besonderen Begründungs- und Entscheidungskompetenzen sowie der Fähigkeit zur Reflexion von Nähe und Distanz zu den Beratenen fußen (Weidner, 2011).

Die notwendigen umfangreichen Kenntnisse zur Durchführung von präventiven Hausbesuchen, wie medizinisch-pflegerisches (Grundlagen-)Wissen, Kenntnisse präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen, Kenntnisse über therapeutische Möglichkeiten, Kenntnisse über Hilfsmittel und Wohnraumanpassung, Grundlagenkenntnisse zu Sozialversicherungsleistungen und Finanzierungsmöglichkeiten, Kenntnisse zum Dienstleistungsangebot in der Kommune sowie grundlegende Beratungskompetenzen, erfordern eine grundständige Ausbildung mit Anknüpfung an die genannten Bereiche.

Die Konkretisierung des Konzeptes sah zwei Beraterinnen im Gesamtumfang einer Vollzeitstelle für die Dauer von mindestens 24 und maximal 28 Monaten pro Modellkommune vor. Die Vorgabe von zwei Beraterinnen pro Kommune basiert auf den Erfahrungen des DIP, dass so etwaige Personalausfälle besser zu kompensieren sind und sich diese nicht so leicht als Gefahr für die Projektumsetzung auswirken. Darüber hinaus ist mit dem Einsatz von zwei Be-

raterinnen die gegenseitige Unterstützung und der fachliche Austausch ein Stück weit konzeptionell mit angelegt. Den zwei Beraterinnen pro Modellkommune oblag es, die konkrete Beratungsarbeit gemäß den konzeptionellen Vorgaben auszugestalten.

Vor dem Hintergrund der dargelegten Ausführungen wurden vom DIP insbesondere Fachkräfte mit den folgenden Qualifikationsvoraussetzungen als geeignet eingeschätzt bzw. deren Einsatz empfohlen:

- Pflegefachkräfte mit Erfahrungen in der ambulanten Pflege,
- berufserfahrene Sozialversicherungsfachangestellte mit einer Qualifizierung zur Pflegeberaterin/zum Pflegeberater,
- berufserfahrene Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter sowie
- Fachkräfte mit vergleichbarer beruflicher Qualifikation.

Hinweise zur Bedeutung der Qualifikation für die Beratungsqualität können der Übersichtsarbeit von Ströbel und Weidner (2003: 74) zum präventiven Hausbesuch entnommen werden. Die Analyse zeigte darüber hinaus, dass Projekte mit speziell fortgebildeten Beraterinnen und Beratern eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten die definierten Ergebnisindikatoren positiv zu beeinflussen.

Aufbauend auf der beruflichen Qualifikation sah das Rahmenkonzept daher für die Beraterinnen bzw. Berater ein eigens entwickeltes Schulungsprogramm vor, das sie gezielt auf die Anforderungen in der präventiven Hausbesuchsarbeit sowie auf die Aufgaben im Sinne des Projektmanagements vorbereiten sollte (siehe Kapitel 4.3).

4.2.6 Beratungskonzept/ Beratungsverständnis

Im DIP-Konzept zu PräSenZ werden präventive Hausbesuche als ein Gesprächs-, Informations- und Beratungsangebot für Seniorinnen und Senioren verstanden mit dem langfristigen Ziel, die Chancen für selbständige Lebensführung und Lebensqualität in der Häuslichkeit zu erhöhen und zu stabilisieren.

Im Rahmen der präventiven Hausbesuche sollen die Beraterinnen vorhandene Ressourcen identifizieren und wenn möglich aktivieren und zugleich mögliche Risiken selbständiger Lebensführung im Gespräch mit der Seniorin bzw. dem Senior thematisieren. Idealerweise unterstützt das Gespräch zur Lebens- und Gesundheitssituation die Selbstreflexion der älteren Menschen und erweitert damit den Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Beratenen. Die umfassenden Kenntnisse und Erfahrungen der Beraterinnen zu den beeinflussenden Faktoren einer selbständigen Lebensführung stellen für die Seniorinnen und Senioren eine Erweiterung ihrer Gestaltungs- und Lösungskompetenzen dar. Den Gesprächen und Beratungen in den präventiven Hausbesuchen liegt ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz zugrunde (Bamberger, 2015).

Die systemische Lösungsorientierung in der Beratung ist dadurch gekennzeichnet, dass weniger die Problemstellungen des Lebens Gegenstand sind, sondern auf mögliche Lösungen hingearbeitet wird und dabei die vorhandenen oder aktivierbaren Ressourcen der Seniorin bzw.

des Seniors und der Umwelt in den Blick genommen werden und für die Bewältigung von Herausforderungen des Alterns genutzt werden.

In diesem Verständnis bieten die Beraterinnen zunächst ein Reflexionsangebot für die Seniorinnen und Senioren an, also die Möglichkeit, bestimmte Bereiche des eigenen Lebens zu betrachten und zu bewerten. Weiterhin bietet die Beratung die Möglichkeit, sich zu bestimmten Themen und Angeboten zu informieren. Die Reflexion und die Information sind bereits eine Form der Intervention im präventiven Hausbesuch.

Das Beratungsgeschehen ist bei erkannten Veränderungsbedarfen prozesshaft angelegt. Ausgehend von der multidimensionalen Einschätzung der Lebenssituation erarbeitet die Beraterin im Beratungsprozess gemeinsam mit der Seniorin und dem Senior Lösungen, thematisiert mögliche Maßnahmen und beteiligt sich an der Umsetzung sowie der Bewertung der Zielerreichung.

Dem Beziehungsaufbau zwischen der Beraterin bzw. dem Berater und den besuchten Seniorinnen und Senioren wird im Rahmenkonzept des Modellvorhabens seitens des DIP große Bedeutung beigemessen. Die Gespräche in den Hausbesuchen sollen eine Vertrauensbasis schaffen zwischen der Beraterin und letztendlich dem Anbieter der präventiven Hausbesuche in PräSenZ, den Kommunen. Ziel ist es, neben der Information der Seniorinnen und Senioren und dem Erarbeiten von konkreten Lösungen für aktuelle Fragestellungen und Bedarfe, insbesondere bei älteren Menschen, die keine über das Gespräch hinausgehende Bedarfe haben, als Ansprechpartner bzw. Anlaufstation für etwaige Fragen in der Zukunft präsent zu bleiben. Mit dieser Ausrichtung der präventiven Hausbesuche in PräSenZ orientiert sich das Konzept am dänischen Modell, das den Aspekt der Vertrauensbildung mit benennt. Präventive Hausbesuche sollen in Dänemark auch als vertrauensbildende Maßnahme dienen, um älteren Bürgerinnen und Bürgern zu zeigen, dass im Bedarfsfall wohnortnah und in der Kommune Unterstützungsangebote vorhanden sind (Vass et al., 2006: 5). In diesem Sinne ist das Konzept über die jeweils aktuelle Beratung hinaus auf eine nachhaltige Wirkung im kommunalen Raum angelegt.

4.2.7 Ethische Anforderungen

Grundvoraussetzungen für die Durchführung von präventiven Hausbesuchen sind im Rahmenkonzept die ethischen Prinzipien der Freiwilligkeit, der Selbstbestimmtheit, der Vertraulichkeit und der Neutralität.

Das Prinzip der Freiwilligkeit bedeutet, dass ein präventiver Hausbesuch nur mit dem Einverständnis der zu beratenden Person durchgeführt wird. Dies gilt ebenfalls, wenn Angehörige oder Nachbarn einen Hausbesuch für eine Seniorin bzw. einen Senior anfragen. Auch in diesen Situationen sieht das Rahmenkonzept vor, dass der betroffene ältere Mensch erst zustimmen muss, bevor ein Hausbesuch stattfinden kann.

Neben der Freiwilligkeit ist die Selbstbestimmtheit des alten Menschen eine ethische Leitlinie des PräSenZ-Konzeptes. Auch nach der grundsätzlichen Zustimmung zu einem präventiven Hausbesuch hat die Seniorin bzw. der Senior jederzeit das Recht, die Maßnahme wieder zu

beenden. Auch die getroffenen Vereinbarungen gehen von der Selbstbestimmtheit der Beraterinnen aus. Ausnahmen davon bilden einzig die fachliche und begründete Einschätzung der Beraterin, es liege eine „Gefährdungssituation“ vor. Dann ist die Beraterin verpflichtet, weitere Schritte einzuleiten.

Die Gewährleistung der Vertraulichkeit/Verschwiegenheit bzgl. der Gesprächsinhalte ist eine weitere ethische Anforderung bei der Durchführung und Umsetzung präventiver Hausbesuche. Dies betrifft Auskünfte zu den Gesprächsinhalten innerhalb der Familie, aber auch im Hinblick auf eine Vermittlungstätigkeit und Informationsweitergabe an kommerzielle Dienstleister und Organisationen bürgerschaftlich Engagierter.

Neben den bereits genannten ethischen Anforderungen ist auch die Neutralität in der Beratung ein zentraler ethischer Aspekt im PräSenZ-Rahmenkonzept. Gemeint ist damit, dass in den Beratungen alle zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, damit die Seniorinnen und Senioren dann eine zu ihren Bedarfen und Bedürfnissen passende Wahl treffen können. Anders ausgedrückt, es darf also nicht eine Vorauswahl durch die Beraterinnen zugunsten eines Dienstleisters oder eines Leistungsträgers erfolgen oder aufgrund ökonomischer Aspekte Maßnahmen vorenthalten werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der kommunalen Trägerschaft des Beratungsangebotes PräSenZ bedeutsam.

4.3 Fortbildungskonzept und Umsetzung

Zu den Projektbausteinen in PräSenZ gehört auch die Entwicklung und Umsetzung eines Qualifizierungskonzeptes für die Beraterinnen. Es war vorgesehen, dass unter Rückgriff auf Qualifizierungskonzepte aus bereits erfolgreich abgeschlossenen Projekten sowohl eine Einstiegsqualifizierung als auch ein Konzept für begleitende Fallkonferenzen entwickelt werden sollten.

Die Durchführung der Einstiegsqualifizierung lag zeitlich in der Projektphase II – Vorbereitung und Entwicklung. Für die Beraterinnen war eine Beschäftigungsdauer von 28 Monaten vorgesehen, bei einer Umsetzungsdauer der Maßnahme „präventive Hausbesuche“ von 24 Monaten. Die ersten vier Monate der Beschäftigungsdauer der Beraterinnen waren im Projekt für die Qualifizierung, die Einarbeitung in das Rahmenkonzept und seine Anforderungen, die Vorbereitung der Umsetzung der präventiven Hausbesuche in den Projektkommunen und das Kennenlernen der regionalen Strukturen und Angebotslandschaft vorgesehen.

4.3.1 Fortbildungskonzept

In Orientierung an den Phasen eines Curriculumkonstruktionsprozesses (Siebert, 1974) wurde bei der Ausgestaltung des Qualifizierungskonzeptes zunächst das Handlungs- bzw. Arbeitsfeld der PräSenZ-Beraterinnen in Form zentraler Aufgabenbereiche skizziert. Dabei wurde unterschieden zwischen Aufgaben, die sich aus der Arbeit mit der unmittelbaren Zielgruppe, also weitgehend selbständig zuhause lebenden Seniorinnen und Senioren sowie deren Angehörigen, ergeben sowie Aufgaben, die sich aus der Zusammenarbeit mit den mittelbaren Zielgruppen, d. h. bürgerschaftlich Engagierten, Dienstleistern etc. ergeben. Des Weiteren wurde unterschieden zwischen Aufgaben im Sinne des Projektmanagements, die sich aus der kommunalen Projektumsetzung ergeben, und solchen, die aus der Beteiligung am Modellvorhaben PräSenZ resultieren. Diese vier Aufgabenbereiche stellen die wesentlichen Handlungsfelder der Beraterinnen in PräSenZ dar. Die folgende Übersicht (siehe Tabelle 2) dient der konkreteren Darstellung der vier benannten Aufgabenbereiche:

Aufgabenbereiche und ihre Konkretisierungen	
Aufgabenbereich	Konkretisierung
Präventive Hausbesuche durchführen	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte zur unmittelbaren Zielgruppe aufbauen, halten und beenden • die Lebenssituation erfassen und reflektieren • den Beratungs- und Unterstützungsprozess gestalten • Dokumentation der individuellen Beratungs- und Unterstützungsprozesse • eigenverantwortliche Planung und Koordination der Hausbesuchsarbeit
Am Modellvorhaben PräSenZ mitwirken	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmungen und Strukturen im Modellvorhaben PräSenZ kennen und berücksichtigen • mit dem Projektträger zusammenarbeiten • an der Evaluation mitwirken
Mit anderen Akteuren zusammenarbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsangebote der mittelbaren Zielgruppe kennen • Kontakte zur mittelbaren Zielgruppe aufbauen und ausgestalten • individuelle Überleitungsprozesse gestalten
An der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes mitwirken	<ul style="list-style-type: none"> • am Aufbau eines kommunalen Projektteams und an der Entwicklung von kommunalen Projektstrukturen mitwirken • das Angebot des präventiven Hausbesuches in der kommunalen Versorgungslandschaft platzieren • an der Öffentlichkeitsarbeit mitwirken • allgemeines Zeitmanagement und Arbeitsorganisation durchführen

Tabelle 2: Konkretisierung der Aufgabenbereiche

Nach der Beschreibung des Handlungsfeldes in Form zentraler Aufgabenbereiche ging es im nächsten Konstruktionsschritt des Qualifizierungskonzeptes darum, die Lernvoraussetzungen der Beraterinnen zu analysieren, um herauszufinden, welche Handlungskompetenzen sie aufgrund ihrer jeweiligen Berufsbiografien mutmaßlich bereits als Voraussetzung mit in die Schulung einbringen. Zu diesem Zweck wurden die Projektverantwortlichen unmittelbar nach Abschluss der Bewerberinnen-Auswahlverfahren um Angaben zum Qualifizierungs- und Beschäftigungsprofil der zukünftigen Beraterinnen gebeten.

Nach Sammlung der relevanten Informationen ergab sich die konkrete Zusammensetzung der Lerngruppe wie folgt: eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, eine Altenpflegerin, eine Heilerziehungspflegerin, zwei Diplom-Sozialpädagoginnen sowie eine Einzelhandelskauffrau, die bereits hauptberuflich als Assistentkraft in der Altenpflege tätig war sowie sich in ihrer Kommune im Bereich der Seniorenarbeit bürgerschaftlich engagierte.

In der sechsköpfigen Lerngruppe waren fünf unterschiedliche berufliche Qualifikationen vertreten, mit teils sehr unterschiedlichen Kompetenzen in den benannten Aufgabenbereichen. Es handelte sich damit um eine sehr heterogene Lerngruppe. Dementsprechend konnte nicht von einem einheitlichen beruflichen Qualifizierungsprofil als Grundlage für die weitere Konzeptionierung der Schulungsmaßnahme ausgegangen werden. Es galt aus den vorhandenen Kompetenzprofilen eine gemeinsame Lernbasis herauszufiltern, die für alle Teilnehmerinnen gleichermaßen den Ausgangspunkt des Schulungsangebotes darstellen konnte.

Nach Abschluss der beiden Analyseschritte bzgl. des Aufgabenbereiches und der Lernvoraussetzungen wurde unter Berücksichtigung bisheriger Schulungserfahrungen in ähnlich gelagerten Projekten und unter Bezug zur Verfügung stehender Ressourcen ein Konzept für die Einstiegsqualifizierung sowie für die Begleittage entworfen. Tabelle 3 gibt eine Übersicht zum Planungsentwurf der Qualifikationsmaßnahme.

Bezogen auf den Aufgabenbereich „Präventive Hausbesuche durchführen“ konnte bei fünf der sechs Teilnehmerinnen davon ausgegangen werden, dass sie bereits Erfahrungen in der familien- und pflegebezogenen Beratung gesammelt hatten. Zum Teil konnten die Teilnehmerinnen sogar umfangreiche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu diesem Themenbereich vorweisen. Keine der Schulungsteilnehmerinnen hatte jedoch bisher Erfahrungen in der Durchführung präventiver Hausbesuche im Sinne des Rahmenkonzeptes von PräSenZ. Da hierin die Kernaufgabe der zukünftigen Beraterinnen lag, wurde auf die Anbahnung der hierzu erforderlichen Kompetenzen bei der Konzeptionierung ein Hauptaugenmerk gerichtet.

Im Hinblick auf den Aufgabenbereich „Mit anderen Akteuren zusammenarbeiten“ wurde davon ausgegangen, dass alle Teilnehmerinnen grundsätzlich hierzu bereits Kompetenzen im Rahmen ihrer langjährigen Berufsbiografie entwickelt hatten. Für die Zusammenarbeit mit der mittelbaren Zielgruppe bürgerschaftlich Engagierter wurde dennoch ein Schulungsbedarf vorausgesetzt, da hier besondere Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind. Die Frage, ob, wann und in welcher Form an andere Dienste übergeleitet werden kann bzw. soll, wurde im Kontext der eigenen Rollenklärung dem Aufgabenbereich „Am Modellvorhaben PräSenZ mitwirken“ zugeordnet. Hier wurde für alle gleichermaßen ein Schulungsbedarf identifiziert, da

alle Beraterinnen neu in das Projekt eingestiegen waren und so gut wie kein Vorwissen zur Projektarbeit als solche sowie zum Vorhaben PräSenZ im Speziellen hatten.

Für den Aufgabenbereich „An der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes mitwirken“ wurde im Kontext der Schulung ein eher untergeordneter Lernbedarf für die Gesamtgruppe identifiziert. Dies resultierte daraus, dass jede Kommune ihr eigenes Konzept zum präventiven Hausbesuch entwickelt hatte und jede Umsetzung ihre eigenen Rahmenbedingungen mit sich brachte. Aus diesem Grund wurde dieser Themenbereich als Schulungsinhalt nur bedingt bearbeitet. Stattdessen rückte die Bearbeitung dieses Bereiches auf der Planungsebene verstärkt in die Begleittage.

Konzeptentwurf 14-tägige Einstiegsschulung

Themenbereich	Gegenstand der Schulung	Umfang ³
Präventive Hausbesuche durchführen	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen zum präventiven Hausbesuchsangebot, Hintergründe, Verbreitung, mögliche Vorgehensweisen, Wirkung, Diskussionsstand in Forschung und Wissenschaft • Grundlagenwissen zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention • Reflektion zu den Themen Gesundheit und Krankheit, Alter und Tod • Grundlagenwissen zur systemisch-lösungsorientierten Beratung (konzeptionelle Ausrichtung in Abgrenzung zu anderen Beratungsstilen, zugrunde liegendes Menschenbild und Beratungshaltung, Schritte des Beratungsprozesses, Fragen formulieren und Antworten einordnen) • Arbeit mit dem Frage- und Einschätzungsbogen zur Erfassung und Einschätzung der Lebenssituation der älteren Menschen • die Dokumentation der präventiven Hausbesuchsarbeit 	7 Schulungstage/ 42 UE
Am Modellvorhaben PräSenZ mitwirken	<ul style="list-style-type: none"> • Entstehungsgeschichte und fachlicher Hintergrund des Vorhabens PräSenZ • Aufbau und Ablauf des Modellvorhabens • Kommunikationswege und Zuständigkeiten • Projektgremien und deren Aufgaben • übergeordnete Ziele des Vorhabens • die Rolle der Beraterinnen im Vorhaben sowie bei der Evaluation 	4 Schulungstage/ 24 UE

³ Ein Schulungstag = 6 UE, 1 UE = 45 Minuten

Themenbereich	Gegenstand der Schulung	Umfang ⁴
Mit anderen Akteuren zusammenarbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • eine Netzwerkkarte von kommunalen Diensten erstellen • mit bürgerschaftlich Engagierten zusammenarbeiten • Zugangswege ebnen 	2 Schulungstage/ 12 UE
An der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes mitwirken	<ul style="list-style-type: none"> • das kommunale Konzept kennen und in den Gesamtkontext des Vorhabens einordnen • die Rolle als PräSenZ-Beraterin in der Kommune 	1 Schulungstag/ 6 UE
Konzeptentwurf Prozessbegleitung		
Aufgabenbereich	Gegenstand der moderierten Begleittage	Umfang
An der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes mitwirken	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand der Projektumsetzung in den Kommunen • Bearbeitung ausgewählter Situations- bzw. Fallschilderungen • kollegiale Beratung 	5 Begleittage/ 30 UE

Tabelle 3: Konzeptentwurf Fortbildungsmaßnahme

⁴ ein Schulungstag = 6 UE, 1 UE = 45 Minuten

4.3.2 Umsetzung der Schulung

Der Auftakt der Fortbildungsmaßnahme erfolgte dann im Jahr 2015. Aufgrund der deutlich zeitintensiveren Bewerberauswahlverfahren musste von der ursprünglich vorgesehenen Zeitlinie der Qualifizierung in Phase II abgewichen werden. Die Beraterinnen konnten zum Teil erst zum März bzw. zum April 2015 von den Kommunen eingestellt werden. Damit alle sechs Beraterinnen gleichermaßen an der Einstiegsqualifizierung teilnehmen konnten, wurde der Schulungsauftritt für Mitte April 2015 terminiert und startete damit zeitgleich mit dem Beginn der Projekt-Phase III – Umsetzung und Begleitung.

Die Planung sah zunächst vor, die 14 Schulungstage auf vier dreitägige und eine zweitägige Veranstaltung zu verteilen. Der abschließende Schulungsblock sollte durch einen ersten Begleittag ergänzt werden, da davon ausgegangen wurde, dass spätestens nach der Sommerpause zum September 2015 alle Kommunen mit der Hausbesuchsarbeit begonnen haben würden. Die weiteren vier Begleittage sollten einmal im Quartal in 2016 stattfinden.

Die Einstiegsqualifizierung und die Prozessbegleitung wurden durch zwei langjährige und erfahrene Mitarbeiterinnen des DIP durchgeführt. Ergänzend war für den Gegenstandsbereich „Grundlagen der systemisch-lösungsorientierten Beratung“ eine externe Dozentin und Expertin auf dem Gebiet vorgesehen.

Bereits unmittelbar nach Schulungsauftritt wurde deutlich, dass mehr Prozessbegleitung der Modellkommunen sowie der dort verorteten Beraterinnen-Tandems im Rahmen der Schulungen erfolgen musste, als dies ursprünglich geplant war. Die in den unterschiedlichen Professionen der Beraterinnen begründeten verschiedenen Sichtweisen auf Beratung und die damit einhergehenden Konsequenzen führten zu vermehrtem Klärungsbedarf für die Ausgestaltung der Rolle und der Aufgaben als PräSenZ-Beraterin. Darüber hinaus erforderten die Unterschiede in den kommunalen Rahmenbedingungen und den kommunalen Konzepten immer wieder Klärungen und die Einordnung der daraus resultierenden Konsequenzen für die Projektarbeit vor Ort.

Nachdem dieser Bedarf nach Unterstützung realisiert worden war, wurde das Schulungskonzept im Juni 2015 angepasst und weitere Ressourcen für die Prozessbegleitung geschaffen. Darüber hinaus wurden von den Beraterinnen Schulungsbedarfe zu pflegefachlichen Themen wie z.B. Demenz oder Bewegungsförderung im Alter benannt, auch hierfür wurden zusätzliche Termine eingeplant. Insgesamt wurden im Zeitraum von April 2015 bis September 2016 22 Schulungs- und Begleittage für die Gruppe angeboten. Nachfolgende Tabelle 4 fasst die tatsächliche Qualifizierungsmaßnahme und die Begleittage mit ihren Inhalten übersichtlich zusammen.

Datum und Ort	Inhaltliche Schwerpunkte
14.04. – 16.04.2015 Köln	<ul style="list-style-type: none"> • Einstieg in die Projektarbeit (DIP)
11.05. – 13.05.2015 Köln	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Einführung in Assessment und Dokumentation (DIP)
17.06. – 19.06.2015 Vallendar	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Vortrag „Präventiver Hausbesuch: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten der Zukunft“ (Referent: Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler, PTHV Vallendar) • Grundlagen der systemisch-lösungsorientierten Beratung im Rahmen präventiver Hausbesuche (Referentin: Dipl.-Psych. Ursula Dannhäuser)
30.09. – 02.10.2015 Vallendar	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Grundlagen der systemisch-lösungsorientierten Beratung im Rahmen präventiver Hausbesuche (Referentin: Dipl.-Psych. Ursula Dannhäuser)
27.01. – 29.01.2016 Vallendar	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Überarbeitung Einschätzungsbogen und Dokumentation • Einführung in das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Referentin: Elke Keser) • Einführung in das Thema soziale Grundsicherung (Referentin: Renata Goman)
17.02. – 19.02.2016 Köln	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Einführung Evaluation/Datenweitergabe an das DIP • Grundlagen der systemisch-lösungsorientierten Fallarbeit (Referentin: Dipl.-Psych. Ursula Dannhäuser)
06.04. – 07.04.2016 Stuttgart	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Grundlagen zum Thema Demenz (Referentin: Dipl.-Pflegerin Ute Hauser, Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.) • Einführung in das Thema Bürgerschaftliches Engagement/ Aufbau in der Kommune (Referentin: Dipl.-Psych. Irene Steiner, Institut für angewandte Sozialwissenschaften Duale Hochschule Baden-Württemberg)
05.09. – 06.09.2016 Ulm	<ul style="list-style-type: none"> • aktueller Stand in den Kommunen/Prozessbegleitung (DIP) • Bewegungsförderung und Sturzprävention im Alter (Referentin: Karin Rupp)

Tabelle 4: Übersicht Qualifizierungsmaßnahme und Begleittage PräSenZ

Alle auf der Planungsebene benannten Kompetenzen, Inhalte und zusätzliche Bedarfe konnten trotz der zeitlichen Verschiebung der Qualifizierungsmaßnahme berücksichtigt werden.

5 Rahmenbedingungen, Konzepte und Umsetzung in den Modellkommunen

Neben der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes präventiver Hausbesuche für Kommunen war die Erprobung desselben in den drei unterschiedlichen Modellkommunen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen eine weitere Zielsetzung des Projektes PräSenZ. Hierfür erarbeiteten die Modellkommunen, aufbauend auf dem im vorherigen Kapitel vorgestellten Rahmenkonzept präventiver Hausbesuche und den in der Interessenbekundung eingereichten Projektskizzen, regionale Konzepte. Neben der Durchführung der präventiven Hausbesuche sollten die Konzepte auch Möglichkeiten aufzeigen, das Potential für bürgerschaftliches Engagement zu fördern und in die neu entstehenden, aber auch vorhandenen Strukturen einzubinden. Im Folgenden werden die regionalen Konzepte präventiver Hausbesuche in den Modellkommunen und deren Umsetzung näher beschrieben. Damit verbunden ist die Darlegung der unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Den Auftakt stellt die Beschreibung der Modellkommune Neuweiler dar, gefolgt von Rheinfeldern (Landkreis Lörrach) und schließlich von Ulm. Am Ende jedes Unterkapitels sind zentrale Aussagen zu den kommunalen Konzepten in einem Steckbrief in tabellarischer Form zusammengefasst.

Der Auftrag für die kommunalen Konzeptentwicklungen war, die im allgemeinen Projektantrag genannten Ziele der Maßnahme mit regionalen Zielen zu konkretisieren und vor dem Hintergrund beeinflussender Faktoren weiter zu spezifizieren.

Innerhalb der Rahmenbedingungen konnte das PräSenZ-Angebot an unterschiedliche regionale Gegebenheiten wie vorherrschende Haushaltsstrukturen, bestehende Pflege-, Betreuungs- und Dienstleistungsangebote, ehrenamtliche Angebote, Netzwerke, organisatorische Rahmenbedingungen oder die vorhandene städtische und informelle Infrastruktur angepasst werden. Ausgangspunkt dieses Auftrages für die Kommunen war die bereits dargelegte Prämisse, dass unterschiedliche kommunale Gegebenheiten spezifische Bedarfe der Versorgung produzieren und diese mit passgenauen Angeboten beantwortet werden müssen. Anders ausgedrückt, in den drei Modellkommunen konnte es also nicht „ein“ Konzept präventiver Hausbesuche geben.

5.1 Modellkommune Neuweiler

Die Gemeinde Neuweiler im Landkreis Calw wurde als Modellkommune stellvertretend für kleinere Ortschaften mit ländlicher Prägung für die Teilnahme am Projekt PräSenZ ausgewählt. Die Kommune besteht aus insgesamt sieben Ortsteilen. Die räumliche Distanz zwischen den einzelnen Ortsteilen beträgt bis zu 6,5 km, wobei Neuweiler als Hauptort eine zentrale Funktion wahrnimmt. Aufgrund der infrastrukturellen Rahmenbedingungen ist die Bevölkerung von Neuweiler darauf angewiesen, zur Deckung der Bedarfe des täglichen Lebens in die umliegenden größeren Städte zu pendeln. Dies bezieht sich insbesondere auf die Versorgung mit Lebensmitteln wie auch auf die medizinische Versorgung. Da Neuweiler nur noch sehr begrenzt an das Netz des ÖPNV angebunden ist, sind die Menschen dort in ihrer Versorgungssituation stark von der eigenen Mobilität abhängig.

Die Gemeinde Neuweiler hatte sich im Rahmen der LEADER-Initiative⁵ bereits seit Herbst 2013 mit kommunalen Entwicklungsmöglichkeiten befasst. Aufbauend auf den Erkenntnissen einer Bestands- und Bedarfsanalyse im Rahmen des örtlichen LEADER-Projektes hatten sich unter der Verantwortung einer Lenkungsgruppe drei Arbeitsgruppen zum Thema „bedarfsgerechte Wohn- und Betreuungsformen“ mit folgenden Schwerpunkten gebildet:

1. Projektgruppe „Miteinander und Füreinander in Neuweiler“: Umsetzung eines begleiteten Einkaufsangebotes mit Unterstützung eines lokalen Busunternehmers sowie Etablierung eines monatlich stattfindenden Seniorenmittagstisches und eines Seniorencafés.
2. Projektgruppe „Nachbarschaftshilfe“: Organisation von niedrigschwelligen Qualifizierungskursen für pflegende Angehörige und Aufbau eines Nachbarschaftshilfemodells als Ergänzung zum Angebot der regional ansässigen Sozialstation.
3. Projektgruppe „Planen - Bauen - Zukunft“: Entwicklung und Umsetzung von Ideen zum Bau eines generationenübergreifenden Bürgerzentrums in der Ortsmitte von Neuweiler.

In der Beteiligung am Modellvorhaben PräSenZ sahen die kommunal Verantwortlichen und die im LEADER-Projekt Engagierten eine willkommene Möglichkeit zur unterstützten Fortsetzung ihrer bisherigen Bemühungen. Entsprechend bauten die Interessenbekundung und die ersten konzeptionellen Überlegungen auf den Ergebnissen und Zielen, die im Rahmen der LEADER-Beteiligung entwickelt worden waren, auf. Der Hausbesuchsansatz, der bisher in den Weiterentwicklungsplanungen der Gemeinde keine Berücksichtigung gefunden hatte, wurde als ein Baustein in die kommunale Konzeption aufgenommen. Diesen neuen Baustein galt es nun an die anderen Initiativen im Ort anschlussfähig zu machen.

Ziel des präventiven Hausbesuchsangebotes in Neuweiler war es, in Anknüpfung an das LEADER-Projekt, die Bedarfe der Haushalte im Hinblick auf Versorgungsangebote kennenzulernen und die Entwicklung von Angeboten zur Stabilisierung der häuslichen Lebenssituation voranzubringen. Das Kennenlernen der Bedarfe bezog sich dabei nicht nur auf die älteren Menschen, sondern auch auf die Bedarfe unterstützender und pflegender Angehöriger, ausgehend von der Situation in Neuweiler, dass in den Häusern und Haushalten sowie der näheren Umgebung von Neuweiler häufig mehrere Generationen einer Familie leben.

Die Konzeption des Hausbesuchsangebotes wurde von den PräSenZ-Beraterinnen mit Unterstützung von im LEADER-Projekt engagierten Bürgerinnen und Bürgern erarbeitet. Konzeptionell war vorgesehen, dass alle Seniorinnen und Senioren der Gemeinde ab dem 75. Lebensjahr ein Hausbesuchsangebot erhalten sollten.

Zugangsweg war ein Informationsschreiben des Bürgermeisters mit kurzer Erläuterung des Projekthintergrundes und Vorstellung des Hausbesuchsangebotes. Es enthielt den Hinweis, dass sich die Beraterinnen im Nachgang telefonisch bei den Angeschriebenen melden würden.

⁵ LEADER = Liaison Entre Actions de Développement de l'Économie Rurale (Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft). Es ist ein methodischer Ansatz im Rahmen des Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raumes; vgl. dazu auch Dvs Netzwerk ländliche Räume (2017): LEADER. Abgerufen von <https://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/regionen/leader/> (geprüft 12.05.2017).

Die Adressdaten wurden, wie in den anderen Kommunen auch, vom Einwohnermeldeamt zur Verfügung gestellt. Die Telefonnummern der Angeschriebenen wurden über öffentlich zugängliche Telefonregister ermittelt. Zusätzlich zu dem Informationsschreiben wurde das Projekt vom Bürgermeister mit Unterstützung durch die Beraterinnen bei allen Seniorenangeboten der Gemeinde vorgestellt und in der Bevölkerung für die Beteiligung geworben.

Die Beraterinnen entschieden sich in der Umsetzung für ein gestaffeltes Vorgehen und schrieben zunächst die Personen ab dem 85. Lebensjahr an. Nach der Bearbeitung der Rückmeldungen aus dieser Altersgruppe wandten sie sich dann in zwei weiteren Anschreibewellen an die Bürgerinnen und Bürger ab dem 80. bzw. 75. Lebensjahr.

Projektverantwortlicher war in Neuweiler der Bürgermeister. Konkret bedeutete dies, dass alle Aufgaben im Zusammenhang mit der Dienst- und Fachaufsicht der Beraterinnen sowie in Bezug auf das Projektmanagement in PräSenZ formal bei ihm zusammenliefen. Das Büro der Beraterinnen war im Rathaus der Gemeinde angesiedelt, wodurch die räumliche Anbindung an die Verwaltung der Gemeinde gewährleistet wurde.

Die beiden Beraterinnen in Neuweiler wurden zum 01.04.2017 als Angestellte der Gemeinde eingestellt. Die beiden Projektstellen waren öffentlich ausgeschrieben worden. Nach intensiver Beratung entschied man sich in Neuweiler dazu, die Verknüpfung der Interessen aus dem LEADER-Programm und aus PräSenZ durch die zu treffenden Personalbesetzungen bei den Beraterinnenstellen zu forcieren. So wurde eine der beiden 50%-Stellen mit einer Bürgerin aus Neuweiler besetzt, die das gesamte LEADER-Programm in Neuweiler von Beginn des Bewerbungsverfahrens bis in die einzelnen Arbeitsgruppen begleitet hatte und tatkräftig bei der Umsetzung erster Maßnahmen engagiert war. Sie verfügte über detaillierte Kenntnisse der Angebots- und Bedarfseinschätzung in Neuweiler. Zudem war sie in der Gemeinde bekannt und sehr gut vernetzt. Ihre kaufmännische Ausbildung wurde ergänzt im Rahmen ihrer langjährigen Berufsbiografie durch Beschäftigungszeiten als Pflegehelferin in der stationären Altenhilfe in unterschiedlichen Bereichen. Die zweite Stelle wurde mit einer Pflegefachkraft besetzt, die neben langjähriger Berufserfahrung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern im Bereich Pflege und Gesundheit auch über erste Erfahrungen in der Projektarbeit verfügte. Als ehemalige Bewohnerin von Neuweiler besaß auch sie gute Ortskenntnisse.

In Neuweiler starteten die beiden Beraterinnen mit dem Aufbau und der Organisation ihres Arbeitsumfeldes. Zunächst mussten die Büroräume eingerichtet und die Kommunikationsinfrastruktur und -wege etabliert werden. Der nächste Baustein war die Konkretisierung des Konzeptes, mit der Vorbereitung und Organisation des Hausbesuchsangebotes sowie der dazu notwendigen Öffentlichkeitsarbeit. Entsprechend der verantwortlichen Anbindung des Konzeptes beim Bürgermeister sollten alle Entscheidungen im Hinblick auf die Entwicklung, Implementierung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes von bzw. mit ihm herbeigeführt werden. Dieses Vorgehen erwies sich mit Blick auf die zeitlichen Ressourcen eines Bürgermeisters als wenig praktikabel. Vor diesem Hintergrund wurden die Beraterinnen zeitnah mit einem umfassenden Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum ausgestattet, der ihnen die Planung und Umsetzung ihrer Tätigkeiten weitgehend ermöglichen sollte. Die Hausbesuche starteten in Neuweiler im September 2015.

Bereits während der ersten Hausbesuche bestätigte sich ein Kernergebnis der LEADER-Analyse: Es bestand ein deutlicher Bedarf an Betreuungs- und Versorgungsangeboten für die ältere Bevölkerung in Neuweiler. Aus dieser Bedarfslage heraus entstand bei den Beraterinnen zeitnah zum Auftakt der Beratungsarbeit die Idee, eigenverantwortlich ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot anzubieten. Aus der Idee entstand zügig ein wöchentlicher Stammtisch, der im zentral gelegenen Gemeindehaus in Neuweiler durchgeführt wurde. Das Stammtisch-Angebot zielte auf körperlich und/oder kognitiv eingeschränkte Seniorinnen und Senioren, die in Haushalten in Neuweiler lebten. Ziel des Angebotes war es, älteren Menschen, die nicht mehr eigeninitiativ an geselligen Runden teilnehmen können, eine Anlaufstation zu bieten und gleichzeitig die pflegenden Angehörigen mit dem Angebot zu entlasten. Hierzu boten die beiden Beraterinnen für eine Gruppe von bis zu 15 Teilnehmenden über einen Zeitraum von drei Stunden eine gesellige Nachmittagsrunde an mit Kaffeetrinken und z. B. Gedächtnisübungen, Bewegungsübungen, Spielerunden, Sing- und Leserunden. Das Angebot einschließlich der Vor- und Nachbereitung wurde von den Beraterinnen organisiert und gestaltet und fand auf Anhieb enormen Zuspruch in der Bevölkerung.

Auf dieser Erfahrung fußend, nahm die Bürgerinitiative zur Einrichtung eines Tagespflegeangebotes in Neuweiler neuen Schwung auf. Im Zuge der Planungs- und Aufbauphase brachte sich eine der beiden Beraterinnen nach Abstimmung mit dem Projektträger tatkräftig in die Realisierung des Vorhabens ein, sodass bereits wenige Monate später, im Frühjahr 2016, die Tagespflegeeinrichtung mit 12 Plätzen in Neuweiler eröffnet werden konnte. Träger der Einrichtung ist der im Dezember 2015 gegründete Bürgerverein „Miteinander und Füreinander in Neuweiler“.

Mit der Eröffnung der Tagespflegeeinrichtung zog sich die Beraterin aus diesem Arbeitsfeld zurück und unterstützte von nun an verstärkt den Aufbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes im Ort. Ihre Hausbesuchstätigkeit bestand in dieser Zeit schwerpunktmäßig darin, bereits angebahnte Kontakte zu pflegen. Das Anschreiben neuer Seniorinnen und Senioren sowie die Durchführung daraus resultierender Besuche lag vermehrt im Aufgabenbereich der zweiten Beraterin. Zudem kümmerte sich diese um die Öffentlichkeitsarbeit und Aufgaben im Zusammenhang mit dem Projektmanagement.

Die gesteckten Ziele, eine bessere Kenntnis der Bedarfe der älteren Menschen in Neuweiler und ihrer Familien vor Ort zu gewinnen sowie der Aufbau und die Umsetzung bedarfsgerechter Beratungs- und Betreuungsangebote, konnten vollumfänglich erreicht werden, obwohl die Umsetzungsphase in Neuweiler davon beeinflusst wurde, dass beide Beraterinnen krankheitsbedingt mehrfach ihre Tätigkeit für längere Zeit unterbrechen mussten.

Steckbrief kommunales Konzept Neuweiler

Einwohnerzahl	3.107 Einwohner in 2015 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2017a)
Anzahl Seniorinnen und Senioren	591 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter in 2015 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2017a)
Fach-Dienstaufsicht	Bürgermeister der Gemeinde Neuweiler
Qualifikation der Beraterinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkraft • Einzelhandelskauffrau
Erprobungszeitraum	04/2015 – 03/2017 (25 Monate)
Zielsetzung	<p>Kennenlernen der Versorgungsbedarfe der Haushalte sowie Aufbau und Ausbau geeigneter Altenhilfestrukturen in der Gemeinde durch die aktive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger mit den Zielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information über vorhandene Angebote • Gewährleistung einer individuellen Versorgung der älter werdenden und älteren Bürgerinnen und Bürger • Entlastung der pflegenden Angehörigen
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • alle Bürgerinnen und Bürger ab dem 75. Lebensjahr
Zugangswege	<ul style="list-style-type: none"> • Anschreiben der Gemeinde mit anschließendem Telefonkontakt • persönliche Kontakte • Öffentlichkeitsarbeit
Leistungen/Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuch mit Informationscharakter • Folgebesuche mit umfassender individueller Beratung • eingeschränktes Fallmanagement durch Vermittlung von Ansprechpartnern, Angeboten, Hilfsmitteln und Dienstleistungen (z. B. Hausnotruf, Hauswirtschaftshilfe, Nachbarschaftshilfe) Vermittlung an andere zuständige Stellen/Leistungsträger • telefonische Beratung • Beratung mit Komm-Struktur im Verwaltungsgebäude/Sprechstunde • wöchentlicher Stammtisch für Seniorinnen und Senioren (zeitweise)
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt-Visitenkarte (Großformat) • kommunale Öffentlichkeitsarbeit (Berichterstattung im Amtsblatt der Gemeinde) • regionale Pressearbeit
Anknüpfung/weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Anknüpfung an den Ergebnissen und Erfahrung aus der Teilnahme Neuweilers an dem LEADER-Projekt „Innovative, barrierearme Wohnformen mit Betreuungsmöglichkeiten für ältere Menschen zur Belebung der Ortszentren“ • begleitete Fahrten für Seniorinnen und Senioren mit dem Centro-Bus (zeitweise) • Begleitung des monatlichen Mittagstisches für Seniorinnen und Senioren in Neuweiler (zeitweise) • Mitarbeit beim Aufbau des Tagespflegeangebotes in Neuweiler • Mitarbeit beim Aufbau des Bürgervereins „Miteinander und Füreinander in Neuweiler“ (MFN) • Mitarbeit beim Aufbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes • Seniorenfahrplan Neuweiler

Tabelle 5: Steckbrief der Modellkommune Neuweiler

5.2 Modellkommune Rheinfelden

Rheinfelden (Landkreis Lörrach) wurde stellvertretend für kleinere und mittlere Städte als Modellkommune ausgewählt. Eine Besonderheit stellt dabei die Tatsache dar, dass die Stadt unmittelbar an der Grenze zur Schweiz sowie zu Frankreich liegt. Im Bereich der Pflege hat insbesondere die Nähe zur Schweiz Bedeutung, da aufgrund der höheren Gehälter für Pflegekräfte dort eine hohe Abwanderung von Pflegepersonal zu verzeichnen ist. Räumlich besteht die Stadt Rheinfelden aus einer Kernstadt mit Ortsteilen, sie hat dadurch städtische und dörfliche Anteile.

Die Stadt Rheinfelden hat bereits im Jahr 2013 das Projekt „*Perspektiven für ältere Menschen in Rheinfelden*“ initiiert, das bis heute fortgeführt wird. Das Projekt hat zum Ziel, klassische kommunale Planungsaufgaben (Altenhilfeplanung) um neue Akzente zu erweitern, die die Kommune als Beobachter und aktiver Gestalter in der Altenhilfe stärken sollen. Die Bearbeitung des Projekts erfolgt im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit relevanten kommunalen Akteuren und Unterstützung durch eine externe fachliche Begleitung (Amt für Familie, Jugend und Senioren der Stadtverwaltung Rheinfelden (Landkreis Lörrach), 2017). Die Arbeitsgruppe führte 2014 eine umfassende kleinräumige Sachstandsanalyse zur Versorgungsstruktur in Rheinfelden durch. Aus den gewonnenen Daten konnte u.a. ein Bedarf an niedrigschwelliger und unabhängiger Beratung vor Ort in der Häuslichkeit älterer Menschen bzw. Pflegebedürftiger ermittelt werden.

Abgeleitet aus den im Rahmen der Sozialraumanalyse identifizierten Bedarfen, wurde in Rheinfelden das primäre Projektziel formuliert, ein zugehendes Beratungsangebot zu etablieren, das Menschen im Vor- und Umfeld einer Pflegebedürftigkeit darin unterstützt, auf vorhandene Netzwerke und Hilfesysteme zurückzugreifen bzw. deren Angebote effektiver zu nutzen. Das neue Angebot sollte eine Ergänzung der bereits vorhandenen Angebote darstellen. Ein weiteres Ziel von PräSenZ in Rheinfelden war, im direkten Kontakt mit älteren Bürgerinnen und Bürgern deren Bedarfe und Anliegen kennenzulernen, um diese als Rückmeldung für die Sozialplanung zu nutzen.

Als Zielgruppe des neuen Beratungsangebotes in Rheinfelden wurden einerseits Seniorinnen und Senioren mit einem Lebensalter von 75 Jahren und älter definiert (universelle Zielgruppe), zum anderen Personen mit sprachlichen, kulturellen, kognitiven oder sonstigen Barrieren, die mutmaßlich eingeschränkte Informations-, Hilfe- und Beratungskompetenz haben.

In Rheinfelden entschied man sich für ein sequentielles Vorgehen zur Erreichung der unterschiedlichen Zielgruppen. Zunächst wurde der Zugang zur universellen Zielgruppe etabliert. Im Verlauf des Projektes sollte der Zugang für die zweite im Konzept benannte Zielgruppe erarbeitet werden.

Hauptzugangsweg zur universellen Zielgruppe war in Rheinfelden ein Informationsschreiben der Stadt an die Seniorinnen und Senioren. Das zweiseitige Anschreiben beinhaltete eine kurze Erläuterung des Projekthintergrundes und eine Vorstellung des Hausbesuchsangebotes durch die Kommune sowie den Hinweis, dass sich die Beraterinnen im Nachgang telefonisch bei den Angeschriebenen melden würden. Die Telefonnummern der Angeschriebenen wur-

den ebenso wie in Neuweiler über öffentlich zugängliche Telefonregister ermittelt. Viele Personen, die einen Brief erhielten, wurden so auch von den Beraterinnen kurz gesprochen. Trotz der hohen Zeitintensität erwies sich dieser Zugangsweg als praktikabel und zielführend. Damit der Arbeitsaufwand bewältigbar blieb, wurden die Briefe in Chargen versendet. Im Mai 2015 wurden die ersten 166 Anschreiben über die Ortsteile verteilt an Seniorinnen und Senioren versendet.

Parallel zu den Informationsschreiben wurde in Rheinfelden eine breit aufgestellte Öffentlichkeitsarbeit als weiterer Zugangsweg aufgebaut. Auf Initiative der Projektleitung wurden verschiedene regionale Pressevertreter angesprochen. Mit Versendung der ersten Informationsschreiben erschien auch ein halbseitiger Artikel mit Foto zum Projekthintergrund, zum Hausbesuchsangebot sowie zum Beraterinnen-Tandem in einer lokalen Zeitung. Aus einer dieser Erstberichterstattungen entwickelte sich im Projektverlauf eine „Presse-Patenschaft“. Es wurde in regelmäßigen Abständen in der regionalen Presse über den Verlauf des Projektes PräSenZ in Rheinfelden und die Erfahrungen mit den Hausbesuchen berichtet.

Aufbauend auf den Erfahrungen in der Umsetzung des universellen Hausbesuchsansatzes, entschied das Projektteam im dritten Quartal nun die zweite Zielgruppe gezielt anzusprechen. Zugangsweg waren Kooperationspartner aus dem vorhandenen Netzwerk. Der Zugang zu Personen mit eingeschränkter Gesundheits- und Selbstfürsorgekompetenz erfolgte vorrangig über die Kooperation mit der kirchlichen Sozialstation Rheinfelden und über zwei Hausarztpraxen. Vereinbart war, dass wenn Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in den genannten Einrichtungen Bedarfe erkannten, die nicht gedeckt waren oder/und ihrem eigenen Aufgaben- und Verantwortungsbereich nicht entsprachen bzw. durch Dienstleistungen des Anbieters nicht abgedeckt waren, stellten diese mit dem Einverständnis der Seniorinnen und Senioren einen direkten Kontakt zu den PräSenZ-Beraterinnen her.

Die Projektverantwortung in Rheinfelden hatte die Leiterin des Amtes für Familie, Jugend und Senioren inne. Die Büroräumlichkeiten der PräSenZ-Beraterinnen wurden in unmittelbarer Nähe zur Projektverantwortlichen im Verwaltungsgebäude der Stadt untergebracht. Absprachen und Abstimmungen konnten dadurch schnell und zielführend erfolgen. Zusätzlich erfolgte die Begleitung des Projektes im Rahmen einer Projektgruppe durch Vertreter der Arbeitsgruppe *„Perspektiven für ältere Menschen in Rheinfelden“*.

Die Besetzung der Vollzeitstelle mit zwei Fachkräften mit einem Stellenumfang von 60 % bzw. 40 % erfolgte zum 01.03.2015 im Rahmen einer Personalkooperation mit den kirchlichen Sozialstationen des Caritasverbandes Hochrhein gGmbH und des Caritasverbandes Hochrhein e.V. Hintergrund der Personalkooperation war zum einen das Bemühen, die Stellen möglichst zügig mit geeigneten Mitarbeiterinnen besetzen zu können. Zum anderen sollten auf diese Weise die Stellen über die Laufzeit des Projektes hinaus gesichert werden, indem nach Beendigung des Projektes in jedem Fall eine Weiterbeschäftigung ermöglicht werden konnte – entweder im Rahmen der Fortführung des Angebotes oder, falls dies sich nicht bewähren sollte, durch einen nahtlosen Übergang in die frühere Tätigkeit. Es handelte sich bei den beiden Fachkräften zum einen um eine Pflegefachkraft mit langjähriger Berufs- und Leitungserfahrung so-

wohl in der stationären Akutversorgung als auch im ambulanten Pflegedienst sowie zum anderen um eine Diplom-Sozialpädagogin mit umfassender Berufserfahrung im Caritassozialdienst.

Die erste Aufgabe der beiden Beraterinnen im Projekt bestand darin, sich mit den Verwaltungsstrukturen und -abläufen vertraut zu machen. Parallel dazu wurden sie in die weitere Ausarbeitung des kommunalen Konzeptes eingebunden. Darüber hinaus stellten die Beraterinnen das Projekt persönlich den relevanten Akteuren und Diensten aus den Bereichen Gesundheit, Altenhilfe und Soziales in Rheinfeldern vor. Hilfreich war es hier, dass die Beraterinnen durch ihre vorherige Tätigkeit in der ambulanten Pflege und der sozialen Arbeit bestens mit den regionalen Gegebenheiten und lokalen Ansprechpartnern vertraut waren. Die Vorstellung und Verbreitung des Projektes und der damit verbundenen neuen Angebote in der Versorgungslandschaft waren sehr zeitintensiv und reichten bis weit in die zweite Jahreshälfte 2015.

Ein Schwerpunkt der Aufgaben der Beraterinnen in Rheinfeldern war im Projekt die Durchführung der Hausbesuche mit allen damit verbundenen Tätigkeiten. Folgekontakte bei Bedarf zur Begleitung und Unterstützung waren im Konzept vorgesehen. Die Anzahl der Hausbesuche lag im Ermessen der PräSenZ-Beraterinnen. Zeitlich nahm die telefonische Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe relativ großen Raum ein. Es konnte im Projektzeitraum beobachtet werden, dass die telefonische Kontaktaufnahme mit den Seniorinnen und Senioren durch die Kommune bereits eine Intervention ist, unabhängig davon, ob ein Hausbesuch von Älteren gewünscht wurde oder nicht. Aus Sicht der Beraterinnen dienten diese Gespräche nicht nur der Vorstellung des Angebotes, sondern wurden von vielen Älteren genutzt, um sich über kommunale Angebote für Seniorinnen und Senioren zu informieren oder auch „nur“, um ein aufbauendes Gespräch zu führen.

Neben dem proaktiven Hauptzugangsweg der Kommune – Anschreiben und anschließender Telefon- und ggf. Vor-Ort-Kontakt – hatte sich im Laufe der Zeit in Rheinfeldern auch eine aktive Nachfrage der Beratungsleistungen durch Seniorinnen und Senioren etabliert. Die Beraterinnen wurden telefonisch von Bürgerinnen und Bürgern kontaktiert. Darüber hinaus erfolgten zunehmend auch Beratungen und Folgeberatungen im Büro des PräSenZ-Teams im Rathaus.

In der Zielgruppe der von Kooperationspartnern vermittelten Menschen entwickelte sich das Aufgabenfeld der Beraterinnen zum Teil im Sinne eines eingeschränkten Fallmanagements. Die gezielt vermittelten Personen hatten zum Teil einen deutlich höheren Einschränkungsggrad als die durch den proaktiven Zugang erreichten älteren Bürgerinnen und Bürger. Teilweise erfolgten auch Beratungen zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung.

In der folgenden Tabelle sind die zentralen Aspekte des kommunalen Konzeptes in Rheinfeldern zusammengefasst:

Steckbrief kommunales Konzept Rheinfelden (Landkreis Lörrach)

Einwohnerzahl	33.583 Einwohner zum 31.12.2016 (Amt für Familie, Jugend und Senioren der Stadtverwaltung Rheinfelden (Baden), 2017: 9)
Anzahl Seniorinnen und Senioren	6.655 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter zum 31.12.2016 (ebd.)
Fach-Dienstaufsicht	Stadt Rheinfelden, Amt für Familie, Jugend und Senioren Anstellungsträger: kirchliche Sozialstation Rheinfelden
Qualifikation der Beraterinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachkraft • Diplom-Sozialpädagogin
Erprobungszeitraum	03/2015 – 06/2017 (28 Monate)
Zielsetzung	<p>Aufbau und Ausbau eines Netzwerkes von kommunaler Information, Beratung und Begleitung sowie von bürgerschaftlich engagierter Hilfe und Unterstützung für ältere Bürgerinnen und Bürger mit den Zielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Rahmenbedingungen zur Erhaltung und zur Förderung der Lebensqualität im Alter • Etablierung der kommunalen Altenhilfe als Ansprechpartner für alle Fragen des Älterwerdens/Stärkung des Vertrauens in die Kommune • Förderung eines positiven Altersbildes • Identifizierung von Erwartungen, Wünschen sowie Hilfebedarfen der älteren Menschen für die Sozialplanung
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Universell: 75-jährige und ältere Bürgerinnen und Bürger • Selektiv: Personen mit sprachlichen, kulturellen, kognitiven oder sonstigen Barrieren, aus denen eine eingeschränkte selbständige Informations-, Hilfe- und Beratungssuche abgeleitet werden kann (Amt für Familie, Jugend und Senioren der Stadtverwaltung Rheinfelden (Baden), 2017: 32)
Zugangswege	<ul style="list-style-type: none"> • gestuftes Anschreiben der Stadt repräsentativ über alle Ortsteile mit anschließendem Telefonkontakt durch die Beraterinnen • Öffentlichkeitsarbeit sowie Kooperation mit Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales
Leistungen/Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuche mit Informationscharakter insbesondere zur kommunalen Altenhilfearbeit der Stadt („Seniorentasche Rheinfelden“) • Folgebesuche mit umfassender individueller Beratung • Unterstützung im Sinne eines eingeschränkten Fallmanagements • Vermittlung an andere zuständige Stellen/Leistungsträger • telefonische Beratung • Beratung mit Komm-Struktur im Verwaltungsgebäude • Mitarbeit beim Aufbau der Nachbarschaftshilfe „Miteinander – füreinander“ durch die Freiwilligenagentur der Stadt Rheinfelden
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Projektflyer • Regelmäßige Berichterstattung in der lokalen Presse „Pressepate“ sowie Rundfunkbeiträge • Vorträge
Vernetzungsaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit der kirchlichen Sozialstation Rheinfelden, Pflegestützpunkt, Hausarztpraxen und den Sozialdiensten der umliegenden Krankenhäuser • Gremienarbeit
Anknüpfung/weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Anknüpfung des Projektes an das städtische Projekt „Perspektiven für ältere Menschen in Rheinfelden“

Tabelle 6: Steckbrief der Modellkommune Rheinfelden

Neben der Hausbesuchsarbeit stellte laut kommunalem Konzept in Rheinfeldern der Aufbau von Netzwerkstrukturen, insbesondere aus dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements, einen zweiten Tätigkeitsschwerpunkt der Beraterinnen dar. Hier gab es zu Beginn der Projektarbeit zwar bereits einen Pool von Freiwilligen, dieser erwies sich aber als zu gering für die Abdeckung der in den Hausbesuchen ermittelten Bedarfe. Eine notwendige Ausweitung des Freiwilligendienstes blieb zunächst unbearbeitet, da die zuständige Mitarbeiterin langzeiterkrankte. Im weiteren Verlauf entstand dann in Rheinfeldern die Initiative „Miteinander – Für einander“, die sich mit der Neuausrichtung in der Freiwilligenarbeit auf die Bedarfe von Seniorinnen und Senioren befasst. In dieser Initiative bzw. in den Neuaufbau der kommunalen Freiwilligenagentur bringen sich die beiden Fachkräfte mit ihren Erfahrungen aus ihrer Beratungs- und Unterstützungstätigkeit in den Haushalten aktiv ein.

Zusammenfassend betrachtet, konnten in Rheinfeldern die konzeptionellen Überlegungen so umgesetzt werden, wie es zu Beginn der Umsetzungsphase angedacht worden war. Im März 2017 hatten nahezu alle Seniorinnen und Senioren Post von der Kommune erhalten. Anpassungsleistungen bestanden lediglich darin, nicht mit allen konzeptionellen Komponenten gleichzeitig zu beginnen, sondern nacheinander und zum Teil aufeinander aufbauend. Ab Juli 2015 wurde auch in Rheinfeldern die Idee einer „Seniorentasche“ umgesetzt, nachdem sich deren Einsatz in Ulm bereits im Projektverlauf bewährt hatte (siehe Kapitel 5.3).

Die Rückmeldungen zum Angebot aus dem Kreis der Seniorinnen und Senioren sowie von zentralen Akteuren des Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesens sind sehr positiv. Erkenntnisse aus den präventiven Hausbesuchen werden bereits in unterschiedlichen kommunalen Planungsaktivitäten berücksichtigt, z.B. Sozialplanung, Verkehrsplanung (Taktung der Busse, Bänke an Haltestellen).

5.3 Modellkommune Ulm

Die kreisfreie Stadt Ulm wurde für das Modellvorhaben als Repräsentantin einer großstädtischen Versorgungsstruktur ausgewählt. Ulm ist in fünf verwaltungsinterne Sozialräume gegliedert. Für die Umsetzung des Projektes wurden zwei Sozialräume ausgewählt, der Sozialraum „Eselsberg“ und der Sozialraum „Mitte/ Ost“.

Die Ulmer Konzeption ist primärpräventiv ausgerichtet. Ergänzend zum breit aufgestellten Hilfe- und Unterstützungsnetzwerk in Ulm sollte ein Angebot etabliert werden, das möglichst viele ältere Bürgerinnen und Bürger unabhängig von deren Eigeninitiative, sozialem Status und wirtschaftlichen Verhältnissen erreicht. Ein Gratulationsbesuch zu einem „runden“ Geburtstag erschien hier ein guter Türöffner zu sein. Angelehnt und verbunden ist die Idee mit der „Ulmer Babytasche“, die bereits erfolgreich im Kontakt zu jungen Eltern in der Stadt etabliert worden war.

Die Zielsetzungen des präventiven Hausbesuchsangebotes in Ulm waren, Seniorinnen und Senioren auf vorhandene Angebote der Stadt aufmerksam zu machen, Notlagen aufzudecken und möglichst frühzeitig weitere Dienste in die Unterstützung der Seniorinnen und Senioren einzubinden sowie Defizite in der Angebotslandschaft aufzudecken und ggf. durch Maßnahmen in der Sozialraumplanung zu beheben.

Als Zielgruppe für die präventiven Hausbesuche wurden Bürgerinnen und Bürger im Alter von 75 Jahren und 80 Jahren gewählt. Die Auswahl war damit selektiv und nicht universell. Die zwei unterschiedlichen Altersgruppen wurden gewählt, um ggf. Aussagen zur Akzeptanz, dem Bedarf und dem Nutzen in unterschiedlichen Altersgruppen treffen zu können.

Zugangsweg zu den Seniorinnen und Senioren ist ein Gratulationsschreiben durch den Oberbürgermeister der Stadt. Neben einer persönlichen Gratulation zum Geburtstag wird in dem Schreiben ein Informationsgespräch offeriert zu den Angeboten der Stadt Ulm für ältere Bürgerinnen und Bürger sowie zum Umgang mit Veränderungen der Lebensumstände im Prozess des Älterwerdens. Ein kleines Geschenk wird zusätzlich in Aussicht gestellt. In dem Gratulationsbrief werden Datum und Uhrzeit für den Besuch der PräSenZ-Beraterinnen angekündigt sowie der Name derselben. Eine Absage des Besuches muss aktiv durch die Seniorin oder den Senior erfolgen ebenso wie eine ggf. erforderliche Terminverschiebung. Zu diesem Zweck sind die Kontaktdaten der jeweiligen Beraterin im Schreiben angegeben. Das Geschenk ist die „Ulmer Seniorentasche“. Der Inhalt besteht aus Informationsmaterialien der Stadt rund um das Thema Alter(n) in Ulm, aus mehreren Gutscheinen z.B. für ein Bewegungsprogramm am Bethesda Klinikum, für ein Kursangebot der Volkshochschule Ulm, für ein Kursangebot des Generationentreffs Ulm/Neu-Ulm e. V und einen Theaterbesuch sowie aus einem Hilfsmittel zum Öffnen von Schraubverschlüssen auf Flaschen. Der Anlass „runder Geburtstag“, der häufig mit einer Lebensreflexion verbunden ist, und der Inhalt der Tasche sind die Türöffner für das Beratungsgespräch. Zusätzlich zu den standardisierten Informationsmaterialien in der Seniorentasche sieht das Konzept vor, weitere Broschüren für spezifische Bedarfe und bei gezielter Nachfrage vorzuhalten. Dies sind z. B. Broschüren zu Themen wie Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht oder typische Krankheitsbilder im Alter, wie Demenz.

Organisatorisch ist PräSenZ in Ulm dem Fachbereich Bildung und Soziales in der Abteilung Soziales zugeordnet. Die Projektverantwortlichen sind die Altenhilfeplanerin und der Altenhilfeplaner der Stadt Ulm.

Räumlich war das Büro der Beraterinnen zunächst im selben Gebäude wie die Arbeitsplätze der Projektverantwortlichen eingerichtet, sodass eine schnelle persönliche Erreichbarkeit und damit kurze Abstimmungswege gewährleistet waren. Zudem befanden sich zentrale Dienste aus dem Bereich der Altenhilfe der Stadt ebenfalls in dem Gebäude, wodurch eine zügige Vernetzung unterstützt wurde. Langfristig sah die Planung vor, dass die beiden Beraterinnen im Zuge der Neuausrichtung der Verwaltungsstrukturen weg von einer Zentralverwaltung hin zur quartiersbezogenen Verwaltung jeweils ein eigenes Büro in ihrem Sozialraum erhalten sollten. Im Zuge dieser Reform erfolgten im Frühjahr 2016 umfangreiche Umzugsmaßnahmen, die den gesamten Fachbereich betrafen. Immer noch in zentraler Lage, ist das Büro der Beraterinnen nun nicht mehr im selben Gebäude wie die Projektleitungen untergebracht. Auch die unmittelbare räumliche Anbindung an andere zentrale Dienste, wie z. B. den Sozialdienst für Ältere der Stadt Ulm, war damit aufgehoben.

Die Einstellung der Beraterinnen erfolgte im März 2015, nach einem internen und externen Auswahlverfahren. Ausgewählt wurden eine Diplom-Sozialpädagogin sowie eine Heilerziehungspflegerin, die beide mehrere Zusatzqualifikationen u. a. auch im Bereich Beratung sowie langjährige Berufserfahrung in der Altenhilfe vorweisen konnten. Angestellt wurden die

beiden Beraterinnen von der Stadt Ulm. Im August 2016 beendete eine der Beraterinnen das Beschäftigungsverhältnis. Die Stelle konnte bereits im September 2016 intern neu mit einer erfahrenen Mitarbeiterin aus dem Bereich Fallmanagement Hilfe zur Pflege, die ihr Stundenkontingent aufstockte, besetzt werden.

Neben der Einarbeitung in die Arbeitsstrukturen des Fachbereiches bzw. der Abteilung bestand der Arbeitsschwerpunkt der Beraterinnen vor Beginn der Hausbesuchsarbeit darin, den Zugang zu den Seniorinnen und Senioren anzubahnen. Im fortlaufenden Projekt waren bzw. sind die Aufgaben der Beraterinnen in Ulm, neben der Durchführung der Hausbesuche, alle Tätigkeiten rund um den unmittelbaren Zugang zu den Seniorinnen und Senioren und die Verwaltung der Kontakte. Hierzu gehören die Entwicklung und Abstimmung des Gratulationschreibens, die Abstimmung mit der Verwaltung und dem Einwohnermeldeamt für die Adressdaten sowie der Aufbau eines Zeit- und Datenmanagements. Bezüglich des Zeitmanagements konnten beide Beraterinnen weitgehend selbstbestimmt agieren. Die Vorgabe bestand lediglich darin, dass die Anschreiben nach Möglichkeit in zeitlicher Nähe zum Geburtstagstermin versendet werden sollten. Entsprechendes galt für die Terminierung des Besuchsangebotes. Grundsätzlich sah das Konzept einen Hausbesuch pro Haushalt vor. Je nach Bedarf lag es aber im Ermessen der Beraterinnen, Folgebesuche durchzuführen. Ein weiteres Aufgabengebiet war Öffentlichkeitsarbeit, hierzu gehörten Pressearbeit, aber auch die Vorstellung des Projektes in Gremien bei Bedarf.

Trotz konzeptioneller Gleichheit wirkten sich Unterschiede in den Rahmenbedingungen auf die Arbeit der Beraterinnen aus. Ein maßgeblicher Unterschied bestand darin, dass aufgrund der Lebenserwartung die Anzahl der Jubilarinnen und Jubilare in der Gruppe der 75-jährigen Seniorinnen und Senioren größer war als in der Gruppe der 80-jährigen. Die höhere Anzahl an Personen wirkte sich zum Teil auch auf die Bearbeitungsdauer aus. Darüber hinaus bestand ein deutlicher Unterschied in der verkehrsbezogenen Erreichbarkeit der beiden Sozialräume. Während der eine Sozialraum ohne Einschränkungen auch durch den ÖPNV angefahren werden konnte, kennzeichneten den anderen Sozialraum umfassende bauliche Maßnahmen im Bereich des Straßen- und Schienenverkehrs. Weiterhin kam es durch Urlaubs- und Krankheitsphasen der Beraterinnen zu Verzögerungen in der Hausbesuchsarbeit, auch weil eine wechselseitige Vertretung der Beraterinnen nicht vorgesehen war.

Zusammenfassend betrachtet konnte das Ulmer Konzept wie geplant umgesetzt werden. Auf das neue Angebot der Stadt erfolgten viele positive Rückmeldungen der Ulmer Bürgerinnen und Bürger. Unterstrichen wurde dies durch zahlreiche Presseartikel sowie durch einen Rundfunk- und einen Fernsehbeitrag.

Die wesentlichen Bausteine des Ulmer Konzeptes werden in nachfolgendem tabellarischen Steckbrief noch einmal zusammengefasst.

Steckbrief kommunales Konzept Ulm	
Einwohnerzahl	122.636 Einwohner in 2015 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2017b)
Anzahl Seniorinnen und Senioren	22.707 Einwohner im Alter von 65 Jahren oder älter in 2015 (ebd.)
Projektverantwortung	Stadt Ulm, Fachbereich Bildung und Soziales, Abteilung Soziales
Qualifikation der Beraterinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Sozialpädagogin • Heilerziehungspflegerin (bis 08/2016) • B. A. Sozialmanagement (seit 09/2016)
Zeitraum	03/2015 – 06/2017 (28 Monate)
Zielsetzung	<p>Aufbau und Etablierung eines kommunalen, anlassbezogenen Hausbesuchsangebotes für ältere Bürgerinnen und Bürger unabhängig von deren Eigeninitiative, sozialem Status und wirtschaftlichen Verhältnissen („Gratulation zum Geburtstag“) mit den Zielsetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit, gekoppelt mit gelingender Alltagsbewältigung durch Information und Beratung • Anbahnung einer frühzeitigen Inanspruchnahme weiterer Beratungseinrichtungen, frühzeitige Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten • Etablierung der kommunalen Altenhilfe als positiver Ansprechpartner für alle Fragen des Älterwerdens • Identifizierung von Erwartungen, Wünschen sowie Hilfebedarfen der älteren Menschen für die Sozialplanung
Umsetzungsgebiet	zwei Sozialräume der Stadt Ulm: Eselsberg und Mitte/ Ost
Zielgruppe	75-jährige Jubilarinnen und Jubilare im Sozialraum Eselsberg 80-jährige Jubilarinnen und Jubilare im Sozialraum Mitte/Ost
Zugangswege	Anschreiben zum Geburtstag durch den Oberbürgermeister mit der Ankündigung eines Gratulationsbesuches durch eine Beraterin zu einem festgelegten Zeitpunkt; aktive Terminabsage durch Seniorinnen und Senioren erforderlich bei Ablehnung des Hausbesuchsangebotes
Leistungen/ Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Gratulationsbesuch mit Informationscharakter insbesondere zur Altenhilfearbeit der Stadt („Ulmer Seniorentasche“) • Folgebesuch mit umfassender individueller Beratung • Vermittlung an andere zuständige Stellen/Leistungsträger • telefonische Beratung
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Presseartikel • Rundfunkbeiträge • Fernsehbeiträge
Anknüpfung/weitere Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Anknüpfung an Erfahrungen des Einsatzes der „Ulmer Babytasche“; eines universellen Hausbesuchsangebotes für Eltern von Neugeborenen

Tabelle 7: Steckbrief der Modellkommune Ulm

6 Evaluationskonzept und methodische Umsetzung

Im Vordergrund der im Modellvorhaben PräSenZ eingebetteten Evaluation standen Erkenntnisse hinsichtlich der Praktikabilität, Nachhaltigkeit und der Wirksamkeit der im Modellprojekt entwickelten Konzepte und durchgeführten Maßnahmen. Dazu gehörte auch, die Zugangswege zur Zielgruppe, die Merkmale der erreichten Kohorte, die Konzeptbausteine inklusive der Qualifikations- und Schulungserfordernisse einzusetzender Berater sowie die Anbindung, Organisation und Umsetzung der Maßnahme in unterschiedlichen kommunalen Settings ausführlich zu beschreiben und zu analysieren.

Im Wesentlichen beinhaltete dies die folgenden Evaluationsziele:

Die Ergebnisse der Evaluation...

- a) ...sollten Hinweise zur Machbarkeit sowie der Praktikabilität von PräSenZ in kommunalen Kontexten geben.
- b) ...sollten Hinweise zur Verstetigung und Nachhaltigkeit des Modellvorhabens sowie der einzelnen Projektbestandteile aufzeigen.
- c) ...sollten den feststellbaren Nutzen von PräSenZ für Seniorinnen und Senioren, die Kommunen und die Gesellschaft darlegen.

6.1 Evaluationskonzept

Um Aussagen zu den genannten Evaluationszielen zu erhalten, wurde ein triangulatives Evaluationsdesign mit primär qualitativen und zusätzlichen quantitativen Anteilen entwickelt und eingesetzt. Dazu wurden Strukturen und Prozesse derart beleuchtet, dass Erkenntnisse zu fördernden Faktoren, aber auch zu Barrieren der Umsetzung insbesondere im Hinblick auf Zugangswege, Zielgruppen, Personal und Rahmenbedingungen transparent werden konnten. Die Evaluation richtete den Blick weiterhin auf die Wirkungen der Maßnahmen in der Lebenswelt von Seniorinnen und Senioren sowie im kommunalen Raum. Im quantitativen Anteil der Evaluation wurden die eingesetzte Beratungsdokumentation und die Gesprächsleitfäden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet, um Aussagen zu den soziodemografischen Merkmalen der erreichten Kohorte, zur Anzahl der Beratungskontakte, zur Häufigkeit und Dauer der Hausbesuche und zu den Beratungsthemen zu erhalten.

Bei präventiven Hausbesuchen handelt es sich um komplexe soziale Interventionen, die von einer Vielzahl von bekannten wie unbekanntem Faktoren beeinflusst werden. Zudem haben die individuellen Präferenzen der Rezipienten und die lebensweltliche Orientierung einen wichtigen Stellenwert. Das bedeutet, dass es sich bei präventiven Hausbesuchen um multi-komplexe Interventionen handelt und eher weniger um ein standardisiertes bzw. standardisierbares Behandlungsprogramm. Eine Standardisierung bzw. Kontrolle der unterschiedlichen Faktoren war angesichts dieser Komplexität im Rahmen des Projektrahmens mit drei Modellkommunen nicht möglich (Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., 2005). Die Evaluation in PräSenZ kann deshalb keine Aussagen zur Wirksamkeit im Sinne einer statistisch signifikanten Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Pflegeheimenzug oder einer verbesserten Funktionalität mit Bezug zu einer Vergleichsgruppe machen.

Das primär qualitative Evaluationsdesign in PräSenZ ermöglicht hingegen einen explorativen, felderschließenden Zugang zum Themenfeld. In diesem Sinne wurden die Erhebungen der Teilnehmerperspektiven (Beraterinnen, Projektverantwortliche, Akteure, Seniorinnen und Senioren) qualitativ umgesetzt. Im Folgenden wird zunächst auf die Rahmenkonzeption der Evaluation, danach auf die einzelnen methodischen Implikationen eingegangen.

Im Evaluationsdesign wurden die Ziele und Methoden auf drei analytischen Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) angesiedelt und für die Erhebungen operationalisiert und konkretisiert. Makroebene meint hier relevante übergeordnete Rahmenbedingungen wie auch Rahmenbedingungen in den Kommunen selbst. Die Mesoebene steht für die Organisationspraxis in den Kommunen, also die Organisation der präventiven Hausbesuche in PräSenZ. Der Blick der Mikroebene richtet sich auf die Dienstleistungspraxis, also die Umsetzung der Maßnahmen durch die Beraterinnen. Eine weitere Differenzierung dieser Ebenen wurde mittels der Qualitätsdimensionen Donabedians (1988) (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) vorgenommen. Letztendlich ergibt sich daraus der in Abbildung 5 dargestellte Evaluationsrahmen. Die Auswertung der Perspektiven der Beraterinnen und der Projektverantwortlichen richteten sich dabei prinzipiell auf alle Ebenen und alle Qualitätsdimensionen. Die Erhebung der Perspektive der Seniorinnen und Senioren diente der Evaluierung der Ergebnisqualität auf der Mikroebene.

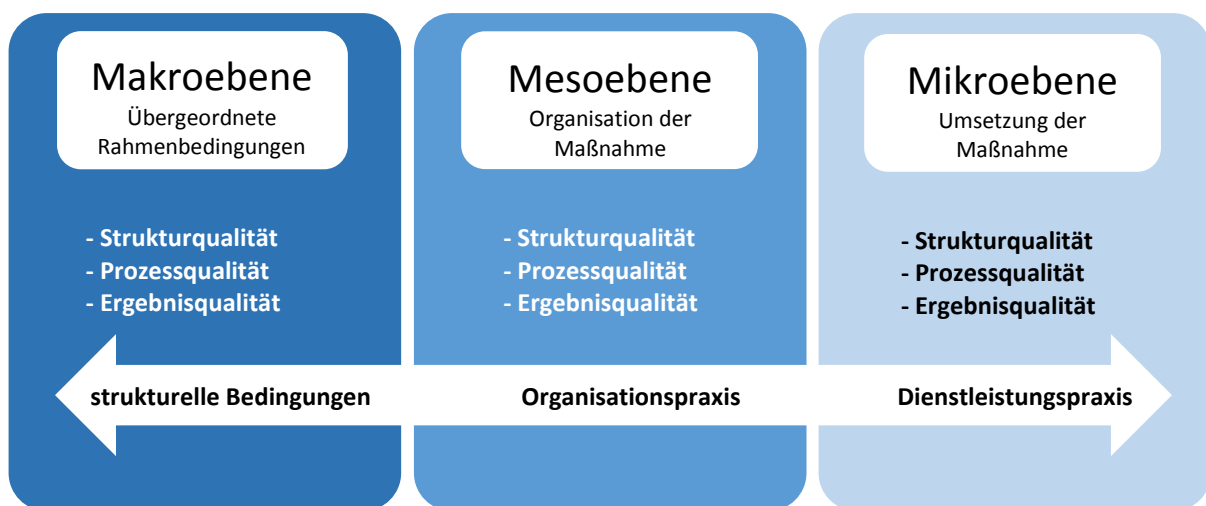


Abbildung 5: Evaluationsdesign von PräSenZ

Dieser Evaluationsrahmen sollte sowohl die notwendigen Analysen auf den jeweils unterschiedlichen Ebenen als auch interdependente Aussagen zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen, der Organisations- und Handlungspraxis ermöglichen (siehe Abb. 5).

Die Gesamtschätzung bezüglich der Zielerreichung erfolgte durch eine systematische und interpretative Gesamtbewertung der einzelnen Evaluationspunkte auch im Hinblick auf die Makro-, Meso- und Mikroebenen.

6.2 Methodische Umsetzung der Evaluation

Um die Evaluationsfragen so umfassend wie möglich beantworten zu können, wurden unterschiedliche Akteursperspektiven in die Evaluation mit einbezogen und ein Methodenmix aus leitfadengestützten Interviews, Stakeholder-Workshops und Dokumentenanalyse genutzt.

Mit den im Modellvorhaben beschäftigten Beraterinnen und den in den jeweiligen Kommunen zuständigen Projektverantwortlichen wurden im Februar 2017 qualitative Interviews geführt. Methodisch orientierten sich diese an den problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews nach Witzel (2000). Erweitert und im Hinblick auf die Gesprächsführung methodisch abgesichert wurden sie durch Elemente des episodischen Interviews nach Flick (2007), der im Wesentlichen zwischen episodischem und semantischem Wissen unterscheidet. Ersteres wird mittels einer Erzählaufforderung und entsprechender episodischer Schilderungen der Befragten, letzteres über gezielte Nachfragen erhoben.

Die Leitfäden umfassten bei den Interviews mit den Beraterinnen die Themen ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereichs, des Arbeitsumfeldes, Zugang zur Zielgruppe und die Netzwerkarbeit sowie Einschätzungen zu den Zielerreichungen. Die Projektverantwortlichen wurden befragt zu den Themen Rahmenbedingungen und Infrastruktur, Aufbau- und Ablauforganisation, dem Nutzen der präventiven Hausbesuche für die Kommunen, dem Zugang zur Zielgruppe sowie zu Veränderungsbedarfen. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Zur Vertiefung und Validierung einzelner Themen wurden sowohl mit den Beraterinnen als auch mit den Projektverantwortlichen Workshops veranstaltet. Die Workshops wurden ebenfalls digital aufgezeichnet und die Ergebnisse protokolliert. Die Interviews mit den Beraterinnen und den Projektverantwortlichen fanden als Face-to-Face-Interviews statt. Zur Auswertung der in den Interviews und den Workshops erhobenen Daten wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse als Primärverfahren angewandt (Mayring, 2015; Stamann et al., 2016). Zugrunde lagen dabei zunächst deduktive, inhaltliche Kategorien, die sich an den Evaluationszielen des Modellvorhabens orientieren. Entsprechend diesen Kategorien wurden in einem ersten Auswertungsschritt die Interviews codiert, d.h. relevante Sequenzen diesen Kategorien zugeordnet. Diese deduktiven Kategorien wurden in einem zweiten Auswertungsschritt induktiv unter Anwendung einer zusammenfassenden Strategie nach Mayring (2015) weiter ausdifferenziert und ergänzt.

Leitfadengestützte Interviews mit den Seniorinnen und Senioren wurden durchgeführt, um Aussagen darüber zu erhalten, wie das Angebot der präventiven Hausbesuche aus Sicht der Zielgruppe eingeschätzt wird. Die Interviews beinhalteten die Themen Nutzen und Nachhaltigkeit der präventiven Hausbesuche, Zufriedenheit mit den und Inanspruchnahme der präventiven Hausbesuche sowie das Gesundheitserleben der Seniorinnen und Senioren. Insgesamt wurden 54 Seniorinnen und Senioren im Zeitraum vom 15.05.2017 bis 11.07.2017 mittels leitfadengestützter Telefoninterviews befragt. Die Interviewdauer betrug hier zwischen 5 und 25 Minuten.

Die Einwilligung der Seniorinnen und Senioren zur Durchführung der Interviews wurde von den Beraterinnen im Anschluss an die Hausbesuche eingeholt. Insgesamt lagen 138 Einwilligungen vor (Neuweiler 69, Rheinfeldern 52, Ulm 16). Aus diesen wurden pro Kommune (wenn möglich) bis zu 20 Seniorinnen und Senioren zufällig für die Interviews ausgewählt. Um die

Bereitschaft der Seniorinnen und Senioren zur Teilnahme an den Interviews zu erhöhen und um die Datenqualität zu verbessern, wurden vor der Durchführung der Interviews Informationsschreiben mit der Ankündigung derselben an die zufällig ausgewählten Seniorinnen und Senioren versandt (Schnell et al., 2011: 362). Die Telefoninterviews wurden protokolliert und digital aufgezeichnet. Letzteres wurde in 4 Fällen abgelehnt. Darüber hinaus wurde ein Postskript angefertigt. Anschließend wurden die Interviews zur Verdichtung der wesentlichen Inhalte des Gesagten paraphrasiert. Die Auswertung der Daten erfolgte in einem offenen, qualitativen Auswertungsverfahren in Anlehnung an Schmidt (2010: 447-456).

Im Kontext der Dokumentenauswertung wurden die von den Beraterinnen geführte Beratungsdokumentation und die in den Beratungsgesprächen ausgefüllten Gesprächsleitfäden deskriptiv-statistisch ausgewertet.

Die Beratungsdokumentation war in Form einer Exceltabelle angelegt. Die zu dokumentierenden Inhalte waren mit den Beraterinnen und den Kommunen abgestimmt worden. Ziel war es, ein praktikables Verfahren nutzen zu können, das erstens die Arbeit der Beraterinnen unterstützt, zweitens die im Rahmen von Sozialplanung notwendigen Daten für die Kommunen bereitstellt und drittens auch im Rahmen der Evaluation genutzt werden konnte. Die Tabelle gliederte sich vor dem Hintergrund der benannten Anforderungen in vier inhaltliche Schwerpunkte:

- Erfassung und übersichtliche Darstellung der Kontaktdaten (ausschließlich zur Nutzung für die Beraterinnen)
- Monats- und Jahresübersicht zur Erfassung der Anzahl der Beratungskontakte
- Erfassung wesentlicher soziodemografischer Merkmale zur Unterstützung der Sozialplanung und der Evaluation
- Erfassung wesentlicher beratungsrelevanter Informationen (Verlauf und Inhalt) zur Unterstützung der Beratungsarbeit und der Evaluation

Die Tabelle erfasste somit kriterienorientiert Informationen. Detaillierte fallbezogene Informationen wurden damit nicht abgebildet. Dies stellt auch eine Limitierung für die Evaluation dar. Komplexe Beratungssituationen und -verläufe können nicht abgebildet werden. Die Weitergabe der Daten für die Evaluation an das DIP erfolgte anonymisiert, ebenso die Weiterleitung der ausgefüllten Frage- und Einschätzungsbögen an das DIP.

Nachfolgende Tabelle 8 gibt einen Überblick über die der Evaluation zugrunde liegende Datenbasis.

Art der Daten	Anzahl	Methodik
Interviews mit Beraterinnen	7	qualitativ
Interviews mit Projektverantwortlichen	4	
Interviews mit weiteren Akteuren	5	
Interviews mit Seniorinnen und Senioren	54	
Protokoll des Workshops mit den Beraterinnen	1	
Protokoll des Workshops mit den Projektverantwortlichen	1	
Protokollnotizen der Prozessbegleitung	fortlaufend	
Gesprächsleitfäden	494	quantitativ
Beratungsdokumentation (Anzahl Personen)	699	

Tabelle 8: Übersicht über Datengrundlagen der Evaluation des Modellvorhabens PräSenZ

7 Ergebnisse des Modellvorhabens PräSenZ

Die Projektergebnisse werden in Anlehnung an die in Kapitel 6 dargelegten Evaluationsfragen unter folgenden Überschriften beschrieben:

- Grunddaten zur Umsetzung und Akzeptanz der Beratungen
- Beratungsprozesse, Rollenverständnis und Aufgabenspektrum der Beraterinnen
- Kommunale Einbettung und regionale Vernetzung
- Förderung und Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements
- Fortbildungserfordernisse und Fachlichkeit der Beratungsarbeit
- Nutzen und Wirkungen

Die Darstellung der Projektergebnisse erfolgt methodenübergreifend über die analytischen Ebenen der Evaluation (Makro-, Meso-, Mikroebene) hinweg. Die Datengrundlagen der Aussagen werden ausgewiesen, sodass die Quellen der Aussagen nachvollziehbar sind.

7.1. Grunddaten zur Umsetzung und Akzeptanz der Beratungen

Der Schwerpunkt des Konzeptes von PräSenZ lag auf der Umsetzung und Implementierung von an die kommunalen Gegebenheiten und Versorgungsbedarfe angepassten Ansätzen präventiver Hausbesuche. Die unterschiedliche kommunale Ausgestaltung des Rahmenkonzeptes wurde in Kapitel 5 ausführlich vorgestellt. In den nachfolgenden Ausführungen werden qualitativ und quantitativ erhobene Erkenntnisse zur Durchführung der präventiven Hausbesuche in den Modellkommunen sowie Erkenntnisse zu den Zugangswegen, den Merkmalen der erreichten Kohorte und zur Angemessenheit der Konzeptbausteine dargelegt.

7.1.1 Umsetzung der Beratungen

Die quantitative Beschreibung der Beratungen gibt Auskunft zur Anzahl der beratenen Personen und der Zahl der Beratungskontakte, zur Dauer der Beratungen, den Fahrzeiten und den zurückgelegten Entfernungen im Rahmen der durchgeführten präventiven Hausbesuche. Die Ergebnisse basieren auf Auswertungen der Beratungsdokumentationen der sechs Beraterinnen. Die quantitativen Auswertungen zur Beratungsdauer werden durch Aussagen in den Senioreninterviews zu diesem Punkt ergänzt.

Anzahl der beratenen Personen

Im Zeitraum von Juli 2015 bis Ende Februar 2017 wurden in den drei Modellkommunen insgesamt 699 Seniorinnen und Senioren beraten. Davon wurden in Rheinfeldern 275 Personen beraten, in Ulm 243 und in Neuweiler 181 Personen. Mit Blick auf die Anzahl möglicher zu adressierender Personen in der kleinsten Modellkommune und unter Berücksichtigung des Konzeptes, das neben den Hausbesuchen auch andere Maßnahmen vorsah, ist die geringere Anzahl an beratenen Personen in Neuweiler erklärbar und schlüssig (siehe Kapitel 5.1).

Anzahl der Beratungskontakte

Die Anzahl der Beratungskontakte wurde in der Beratungsdokumentation festgehalten. Unter dem Stichwort „Beratungsform“ wurde erfasst, ob die Beratung in einem Hausbesuch, im Büro oder telefonisch durchgeführt wurde. Die telefonische Beratung wurde dahingehend noch einmal differenziert, von wem die Kontaktaufnahme ausging, von den Seniorinnen resp. dem Senioren oder den Beraterinnen. Die Anzahl der Beratungskontakte nach Beratungsformen und die Verteilung derselben in den Kommunen kann Tabelle 9 entnommen werden.

Insgesamt führten die sechs Beraterinnen 855 präventive Hausbesuche als Erst- und Folgebesuche im Projektzeitraum durch. Unter der Kategorie „telefonische Nachfrage Senior“ wurden 307 Beratungsanfragen von Seniorinnen und Senioren dokumentiert. Unter dem Punkt „telefonische Beratung/Anruf Beraterin“, der die aktive Kontaktaufnahme mit Seniorinnen und Senioren durch die Beraterinnen erfasste, waren 367 Eintragungen. Zudem wurden in Rheinfeldern und in Neuweiler insgesamt 166 Beratungen (Rheinfeldern = 91, Neuweiler = 75) in den Büroräumen der Beraterinnen durchgeführt. Die Entwicklung der Projektbüros zu kommunalen Anlaufstellen für Seniorinnen und Senioren war konzeptionell nicht vorgesehen und entwickelte sich erst im Projektverlauf. In den Interviews wurde von allen Beraterinnen geäußert, dass die Projektbüros sich, in je unterschiedlicher Art und Ausmaß, zu niedrigschwelligen Anlaufstellen für Seniorinnen und Senioren entwickelt hatten. Neben den telefonischen Anfragen bei den Beraterinnen suchten einzelne Seniorinnen und Senioren die Beraterinnen auch in deren Büros auf, weil sie zwar Beratung, aber nicht unbedingt einen Besuch der Beraterinnen in ihrer eigenen Häuslichkeit wünschten. In einem Fall wurde das als Möglichkeit „auch ins Büro kommen zu dürfen“ beschrieben. Die zentrale Lage der Büros in den Rathäusern der Kommunen erwies sich hier als ein Pluspunkt.

Kommune	Hausbesuche	telefonische Nachfragen Senior	telefonische Beratungen / Anrufe Beraterin	Beratungen im Büro	Beratungskontakte gesamt
gesamt	855	307	367	171	1.700
Neuweiler	247	146	100	75	568
Rheinfeldern	326	138	197	91	752
Ulm	282	23	70	5	380

Tabelle 9: Anzahl der Beratungskontakte nach Beratungsformen in den Modellkommunen

Die Erstberatungen waren im Regelfall Hausbesuche. Dies war bei 606 Seniorinnen und Senioren der Fall (86 %). Eine Erstberatung im Rahmen eines aktiven Anrufs der Beraterinnen wurde für 51 Personen (7 %) dokumentiert. Dieses Kriterium wurde gewählt, wenn bereits im Telefonat zur Terminvereinbarung Inhalte besprochen worden waren, die über die Vorstellung des Angebotes und die Terminvereinbarung hinausgingen. Bei weiteren 24 Personen (3 %) erfolgte das erste Beratungsgespräch im Büro und 13 Personen (1 %) wurden, abweichend vom Standardprocedere, das vorsah, bei Anrufen von Seniorinnen und Senioren einen Termin für einen Hausbesuch zu vereinbaren, sofort telefonisch beraten. Die Verteilung der Beratungsformen auf die Erstberatung in den einzelnen Kommunen zeigt Tabelle 10.

Kommune	Hausbesuche	telefonische Nachfragen Senior	telefonische Beratungen /Anrufe Beraterin	Beratungen im Büro
gesamt	606	13	49	24
Neuweiler	162	2	0	17
Rheinfelden	237	5	24	6
Ulm	207	6	25	1

Tabelle 10: Erstberatungen nach Beratungsform und Anzahl

Neben der Anzahl der Beratungen insgesamt und der Verteilung auf die Beratungsformen gibt die Anzahl der Beratungskontakte pro Seniorin/Senior weitere Hinweise auf den Beratungsbedarf der Seniorinnen und Senioren. Die Anzahl der Beratungskontakte pro Seniorin/Senior (n=699) kann Tabelle 11 entnommen werden.

Kommune	ein Beratungskontakt	zwei Beratungskontakte	drei Beratungskontakte	mehr als drei Beratungskontakte
gesamt (n=699)	410 / 61 %	164/ 23 %	86 / 12 %	17 / 2,5 %
Neuweiler (n=181)	131 / 72 %	27 / 15 %	23 / 13 %	unbekannt
Rheinfelden (n=275)	145 / 53 %	76 / 28 %	49 / 18 %	5 / 2 %
Ulm (n=243)	134 / 55 %	61 / 25 %	31 / 13 %	17 / 7 %

Tabelle 11: Anzahl der Beratungskontakte pro Seniorin/Senior

Die Mehrzahl der beratenen Seniorinnen und Senioren wurde einmal beraten (61 %), ca. ein Viertel hatte zwei Beratungskontakte und 14,5 % der Seniorinnen und Senioren drei und mehr Beratungskontakte. In Rheinfelden und Ulm waren Folgekontakte etwas häufiger als in der ländlichen Kommune Neuweiler.

Von den 164 Personen, die zweimal beraten wurden, erhielten 58 % (n=96) einen Hausbesuch (Neuweiler n=14/ 7 %, Rheinfelden n=37/ 13 %, Ulm n=45/ 18 %). In sechzehn Fällen kamen Personen in das Büro der Beraterinnen, die restlichen Kontakte waren telefonische Beratungen. Der Anteil der Hausbesuche bei den dritten Beratungskontakten betrug immer noch

50 % (n=103). Die Datenbank weist darüber hinaus für 17 Personen mehr als drei Beratungskontakte und für fünf Personen mehr als fünf Beratungen aus. Im Bereich niedrigschwelliges Case Management existierten in Neuweiler und Rheinfeldern hier Versorgungslücken, die die Beraterinnen füllten und Personen längerfristig begleiteten, die sonst keine entsprechende Unterstützung bekommen hätten.

„[...] und der prekäre Fall bestimmt 20-mal [durch die Beraterin besucht], da müsste ich nachschauen. Das ist ein Ehepaar, die sind vor 15 Jahren aus dem Saarland hierhergezogen, sprechen kein Schwäbisch, haben keine Kinder und die ganze Verwandtschaft wohnt im Saarland und ist jetzt auch älter. Das heißt, die können sich nicht mehr besuchen, haben hier keinen Ansprechpartner, verstehen oft das Schwäbische nicht, wenn sie sich mit Leuten unterhalten möchten, an einem Seniorennachmittag oder so. Sie sagen, das bringt ihnen nichts, sie verstehen es einfach nicht. [...] und die jetzt zuhause bleiben können, da ist der Badumbau geschehen, Waschmaschine und Trockner sind oben, Pflegestufe ist da, Nachbarschaftshilfe kommt, bei Bankgeschäften und so habe ich da überall helfen können und jetzt ist ein bisschen Ruhe reingekommen und so kann es jetzt eine Zeit lang noch weiterlaufen.“ (Int. 2)

Beratungszeiten, Fahrzeiten und Entfernung

Die Auswertungen zu den Beratungszeiten, den Fahrzeiten und der Entfernung geben Hinweise zum Aufwand, den ein präventives Beratungsangebot wie PräSenZ auslöst. Die Beratungsdauer (alle Beratungsformen), ohne Vor- und Nachbereitung der Gespräche, in den einzelnen Kommunen kann Abbildung 6 entnommen werden.

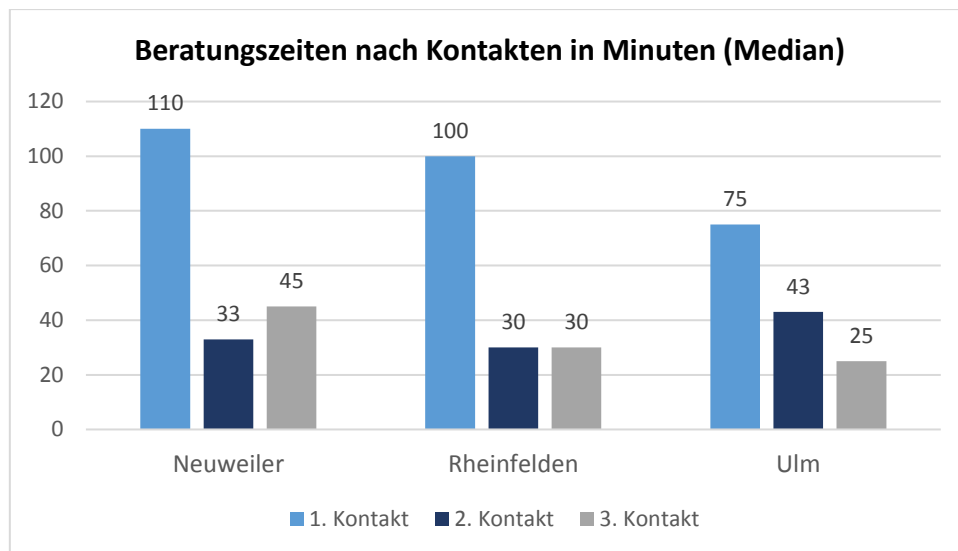


Abbildung 6: Beratungsdauer pro Modellkommune

Das Diagramm zeigt deutliche Unterschiede in den Beratungszeiten für das Erst-, Zweit- und Drittgespräch (alle Beratungsformen). Die Erstgespräche dauerten in Neuweiler im Mittel 110 Minuten, in Rheinfeldern 100 Minuten und in Ulm 71 Minuten. Die zweiten und dritten Beratungen sind im Mittel mit 30 Minuten bis 45 Minuten deutlich kürzer. Die Hausbesuche dauerten in den Folgebesuchen rund 60 Minuten.

Werden die Beratungsformen in die Betrachtung mit einbezogen, zeigt sich, dass Beratungen von Angesicht zu Angesicht im Regelfall länger dauern als telefonische Gespräche. Dies trifft sowohl auf die Hausbesuche als auch auf die Beratungen im Büro zu.

Die Hausbesuchsdauer variiert von 20 Minuten bis 240 Minuten in Ausnahmefällen. Aus den Dokumentationen lässt sich erschließen, dass sehr lange Besuchszeiten eher zu Beginn der Projektlaufzeit zustande kamen. Eine Rückfrage bei den Beraterinnen ergab, dass insbesondere zu Beginn des Projektes bei Seniorinnen und Senioren mit belasteten Lebenssituationen die Routine im Umgang mit dem Gesprächsleitfaden und der Steuerung der Beratungsgespräche fehlte und dies ab und an zu sehr langen Beratungszeiten führte.

In einem vergleichbaren Projekt des DIP „Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein“ waren die Beratungszeiten in einer ähnlichen Größenordnung. Hier dauerte im Mittel (Median) ein Hausbesuch 110 Minuten (Mittelwert 120 Minuten) (DIP, 2011). Im Projekt „mobil“ war die Dauer des ersten Hausbesuches mit durchschnittlich 75 Minuten (Median ist nicht verfügbar) deutlich kürzer (Gebert et al., 2008: 58). In diesem Projekt waren jedoch mindestens zwei Hausbesuche pro Seniorin/pro Senior vorgehen. Die Folgebesuche dauerten in „mobil“ im Durchschnitt 45 Minuten.

Von den Beraterinnen wurde dem Umstand, dass die Beratungen sich am Bedarf orientieren konnten und keine bestimmten Leistungen oder Tätigkeiten innerhalb eines definierten Zeitraums erbracht werden mussten, besondere Bedeutung beigemessen. Sie konnten sich primär auf die Bedarfe und Wünsche sowie die Lebens- und Gesundheitssituation der Seniorinnen und Senioren konzentrieren. Der Vorteil dessen ergibt sich bspw. im Vergleich zur Arbeit in der Pflege, wo Beratung eher *en passant* geleistet werden muss, weil verrichtungsbezogene Aspekte im Vordergrund stehen.

Die Einschätzungen der Seniorinnen und Senioren zur Angemessenheit der Dauer der präventiven Hausbesuche, die in den Telefoninterviews mit erfasst wurde, bestätigen die Einschätzungen der Beraterinnen. Es waren sich alle Angerufenen einig, dass die Dauer des Besuches angemessen gewesen sei.

„Gut, geredet bis keine Fragen mehr offen waren.“ (Telln_34)

„War in Ordnung, die Zeit ging ganz schnell vorbei.“ (Telln_48)

„Gut, hat sich Zeit gelassen.“ (Telln_49)

„Genau richtig... nicht abgebrochen, kein Zeitdruck.“ (Telln_3)

„Angemessen, hat sich Zeit genommen.“ (Telln_24)

In Bezug auf die Dauer und Inhalte des Hausbesuches äußerten zwei Interviewte noch, dass die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themen auch anstrengend sei:

„Gerade richtig, aber danach war ich müde.“ (Telln_53)

„Es ist ne geballte Ladung, die da kommt.“ (Telln_39)

Die Befürchtung, der Hausbesuch könne zu lange dauern, wurde nicht bestätigt. Ganz im Gegenteil: Es wurde als Wertschätzung empfunden, dass sich die Beraterinnen so viel Zeit genommen haben.

Ein weiterer Indikator für die notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Durchführung von präventiven Hausbesuchen sind die zurückzulegenden Entfernungen mit den hierfür benötigten Fahrzeiten bzw. Gehzeiten. Tabelle 12 gibt hierzu einen Überblick.

Kommune	Entfernung zum Büro (einfache Strecke in km)		Fahrzeiten (einfache Strecke)	
	Median	Durchschnitt	Median	Durchschnitt
Neuweiler	2 km (0,5 - 6)	2,88 km	5 Minuten (1 - 15)	6,5 Minuten
Rheinfelden	1,4 km (0,5 - 7,5)	2,25 km	6 Minuten (2 - 40)	8 Minuten
Ulm	6 km (0,5 - 7 km)	4,20 km	20 Minuten (1 - 35)	16 Minuten

Tabelle 12: Entfernung und Fahrzeit zu den Seniorinnen und Senioren nach Kommune

Die einfachen Fahrzeiten liegen in den Kommunen im Mittel zwischen fünf und 20 Minuten. Die Entfernung vom Büro zu den besuchten Seniorinnen und Senioren beträgt zwischen einen bis sechs Kilometer. Deutlich wird, dass auf dem Land oder in einer Kleinstadt die Wege schneller zu bewältigen sind als in der Stadt Ulm. Die sozialraumbezogene Analyse innerhalb der Stadt Ulm hat darüber hinaus gezeigt, dass die Fahrzeiten der beiden Beraterinnen sich erheblich unterscheiden.

Verteilung der Arbeitszeiten auf Tätigkeitsschwerpunkte

Darüber hinaus sollten die Beraterinnen eine Einschätzung zur Verteilung ihrer Arbeitszeit auf die nachfolgenden Schwerpunkte vornehmen:

- Beratung mit Vor- und Nachbereitung sowie Fahrzeit
- Zugangswege und Öffentlichkeitsarbeit
- Netzwerkarbeit, Gewinnung von ehrenamtlich Engagierten
- allgemeine Bürotätigkeiten, Teambesprechungen usw.

Nach Einschätzung der Beraterinnen entfallen auf die Durchführung der Beratungen ca. 30 % der Arbeitszeit, die restlichen 70 % verteilen sich auf die anderen Tätigkeitsschwerpunkte. Die Verteilung innerhalb dieser Arbeitsblöcke variiert zwischen den Kommunen je nach konzeptioneller Schwerpunktsetzung. Im laufenden Projekt war darüber hinaus die Teilnahme an den Schulungen mit den Bestandteilen Qualifizierung und Projektbegleitung mit hohem zeitlichen Aufwand verbunden. Für die Qualifizierung der Durchführenden waren im ersten Jahr Schulungstage einzuplanen (siehe Kapitel 4.3). Im Verlauf waren die jedem Arbeitnehmer zur Verfügung stehenden Fortbildungstage dafür ausreichend.

Interpretation der Ergebnisse

Analytisch sind die in diesem Kapitel dargestellten Aspekte im Evaluationsrahmen auf der Meso- und Mikroebene im Bereich der Prozessqualität angesiedelt. Sie geben Hinweise zur Praktikabilität und Machbarkeit des Angebotes. Auf der Mesoebene ermöglichen sie eine Annäherung an den zeitlichen und personellen Aufwand, den präventive Hausbesuche bzw. ein Angebot wie PräSenZ verursachen. Auf der Mikroebene, der Dienstleistungspraxis, tragen die Erkenntnisse zum Verständnis der Beratungsprozessgestaltung bei.

In den 19 Monaten des Auswertungszeitraums wurden in PräSenZ 699 Personen beraten, davon 38 % mindestens zweimal. Der Bedarf einer Folgeberatung erscheint unabhängig vom Zugangsweg, jedoch nicht unabhängig von der kommunalen Versorgungslandschaft und -tradition. Hintergrund dieser Hypothese ist die Beobachtung, dass in Rheinfelden und Ulm bei einem ähnlich hohen Anteil an Personen Zweit- und Drittberatungen erfolgten (Rheinfelden = 48 %, Ulm = 45 %), während dieser in Neuweiler mit 28 % bedeutend geringer war.

Mit Blick auf den Beratungsbedarf kann festgehalten werden, dass in Rheinfelden und Ulm ca. 50 % der Beratenen mindestens zwei Beratungskontakte (alle Beratungsformen) hatten. Anders ausgedrückt, bei nahezu 50 % der Personen, die erreicht wurden, bestand über den ersten Kontakt hinaus weiterer Beratungs- bzw. Begleitungsbedarf, obwohl die erreichten älteren Menschen mutmaßlich aus Eigeninitiative keine Beratung in Anspruch genommen hätten.

Werden die Zahlen für die Projektkommune Neuweiler beleuchtet, rücken soziodemografische Merkmale und konzeptionelle Unterschiede zwischen den Projektkommunen in das Blickfeld, die im nachfolgenden Kapitel 7.1.2 näher beleuchtet werden. In Neuweiler hatten mehr Beratene Familienanschluss als in den anderen Projektkommunen. Der Informationsbedarf in dieser Personengruppe ist mutmaßlich geringer. Zudem führten die Beraterinnen für beeinträchtigte ältere Beratene den wöchentlichen Stammtisch durch, der im Verlauf des Projektes in die Tagespflege überführt wurde, sodass in diesem Rahmen eine sehr enge Begleitung für eine bestimmte Anzahl von Seniorinnen und Senioren gegeben war. Darüber hinaus wurde in den Senioreninterviews deutlich, dass das Angebot von PräSenZ und dessen Leistungen für die Seniorinnen und Senioren in Neuweiler nicht immer klar ersichtlich waren (siehe Kapitel 7.4). Dies könnte eine weitere mögliche Inanspruchnahme beeinflusst haben.

Zur Dauer der Hausbesuche zeigen die Auswertungen, dass ein Erstbesuch durchschnittlich zwischen 70 Minuten und 110 Minuten dauerte. Aufgrund der Komplexität der Maßnahme, von der Kontaktaufnahme bis zur individuellen Beratung, ist dieser Wert durchaus nachvollziehbar (siehe Kapitel 7.2). Die Auswertungen zeigen zudem, dass Folgekontakte weniger zeitintensiv waren. Werden die Fahrzeiten hinzugerechnet, ergibt sich für den Erstbesuch ein zeitlicher Aufwand von zwei bis zweieinhalb Stunden, wenn Hin- und Rückfahrt zum Büro erfolgen. Für die Folgebesuche beläuft sich der Aufwand auf ca. eineinhalb Stunden. Die Auswertungen zeigen auch, dass telefonische Beratungen wie auch Beratungen im Büro deutlich kürzer sind.

Wichtig für die Berechnung einer Kennzahl von möglichen durchzuführenden Beratungen ist, dass präventive Hausbesuche aufgrund der aktiven Herangehensweise der Kommunen an die Zielgruppen mit einem relativ hohen zeitlichen Aufwand für die Gestaltung der Zugangswege und Öffentlichkeitsarbeit verbunden sind. Dieser nimmt mit der Bekanntheit des Angebotes ab, dennoch sind hier nicht unerhebliche zeitliche Ressourcen einzuplanen.

Die Ausgestaltung und Gewichtung der weiteren konzeptionellen Bausteine eines Konzeptes wie PräSenZ und deren zeitlicher Aufwand sind bei der Planung möglicher Hausbesuche zu berücksichtigen.

Die Antworten in den Telefoninterviews der Seniorinnen und Senioren sowie die Äußerungen der Projektverantwortlichen und Beraterinnen in den Einzelinterviews und Workshops legen den Schluss nahe, dass der Aufwand für die Durchführung und aktive Bewerbung der Maßnahme weit über die Gewinnung von Seniorinnen und Senioren zur Inanspruchnahme eines präventiven Hausbesuches hinaus geht (siehe Kapitel 7.6.2). Aus diesem Grund sollten die dargestellten Aufwände für die Maßnahme auch zukünftig nicht auf die bloße Durchführung von präventiven Hausbesuchen verkürzt werden.

7.1.2 Soziodemografische Merkmale der erreichten Zielgruppen

Die Beschreibung der soziodemografischen Merkmale der erreichten Kohorte und die Einschätzungen zur Zielgruppe durch die Beraterinnen und die Projektverantwortlichen geben Hinweise, welche Zielgruppen erreicht werden konnten und inwiefern diese der anvisierten Zielgruppe entspricht. Die Ergebnisse basieren auf den persönlichen Angaben, die für jede beratene Person in der Beratungsdokumentation dokumentiert wurden. Ergänzende Auswertungen stammen aus den Telefoninterviews mit den Seniorinnen und Senioren und dem Einschätzungsbogen.

Ein Überblick zu den soziodemografischen Merkmalen der erreichten Zielgruppen kann der Tabelle 20 entnommen werden. Die Daten wurden kommunenübergreifend ausgewertet, dargestellt in der Spalte „gesamt“ und für jede Projektkommune. Die Häufigkeitsverteilungen der erfassten Merkmale werden mit ihrer Anzahl und in Prozent nach Geschlecht dargestellt.⁶

Erreichte Zielgruppe nach Geschlecht und Alter

Von den 699 beratenen Personen waren 421 weiblich (60 %) und 260 männlich (37 %), bei 18 Personen lag keine Angabe zum Geschlecht vor (siehe Tabelle 13). Die Geschlechterverteilung in der erreichten Gesamtkohorte entspricht nahezu den Daten des Mikrozensus aus 2011 für die Altersgruppe 75 Jahre und älter (Mikrozensus: 63 % Frauen/ 37 % Männer) und repräsentiert damit bezogen auf diese Merkmale die Gesamtbevölkerung (Zensus, 2011)⁷.

Kommune	Anzahl Personen	davon männlich	davon weiblich	keine Angabe zum Geschlecht
gesamt	699	260 (37 %)	421 (60 %)	18 (3 %)
Neuweiler	181	76 (42 %)	105 (58 %)	
Rheinfelden	275	85 (31 %)	190 (69 %)	
Ulm	243	99 (41 %)	126 (52 %)	18 (7 %)

Tabelle 13: Anzahl der beratenen Personen in den Modellkommunen

Im Mittel waren die beratenen Seniorinnen und Senioren 79,5 Jahre alt. In Neuweiler betrug das durchschnittliche Alter 81,5 Jahre (Median = 81) und in Rheinfelden 80 Jahre (Median = 79). Trotz des geringen Unterschieds im durchschnittlichen Alter der erreichten Seniorinnen und Senioren in den Modellkommunen gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den Kommunen. In Neuweiler wurden im Schwerpunkt Personen der Altersgruppe 80 Jahre bis 90 Jahre erreicht, (n=106/ 59 %), in Rheinfelden hingegen Personen in der Altersgruppe bis 80 Jahre. Tabelle 14 zeigt die Verteilung der Altersgruppen für die Projektkommunen Neuweiler und Rheinfelden.

⁶ In Ulm wurden für 8 % der Kohorte keine Geschlechtsangaben dokumentiert. Diese konnten in der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Diese 8 % schließen die Lücke zu 100 % bei allen soziodemografischen Merkmalen in Ulm.

⁷ Die im folgenden dargestellten Prozentanteile des Mikrozensus zum Vergleich mit der Projektkohorte PräSenZ basieren auf eigenen Berechnungen auf der Grundlage der Zensusdatenbank.

Für die Stadt Ulm wurde auf eine Darstellung und die Berechnung des Mittelwertes verzichtet, da die Altersvorgaben im Konzept mit 75 Jahren und 80 Jahren klar definiert waren. Die Auswertung zeigt, dass in Ulm mehr Personen mit 75 Jahren (n=113/ 47 %) als mit 80 Jahren (n=88/ 36 %) erreicht werden konnten. Darüber hinaus wurden 17 Personen beraten, die von den definierten Altersgruppen 75 und 80 Jahre abwichen. Eine Person war jünger (68 Jahre) und 16 Beratene im Alter von 76 Jahren bis 79 Jahren (7 %). Die Abweichungen in Ulm kamen dadurch zustande, dass einige Ehepartner von Besuchten eigenständige Beratungen anfragten oder Hausbesuche bei Bekannten/Nachbarn zustande kamen.

Kommune	< 75	75 – 79	80 – 84	85 – 90	> 90 Jahre	keine Angabe
gesamt (n = 456)	22 (3 %)	190 (42 %)	140 (31 %)	87 (19 %)	14 (3 %)	3 (1 %)
Neuweiler (n =181)	1 (1 %)	66 (36 %)	65 (36 %)	41 (22 %)	7 (4 %)	1 (0,5 %)
Rheinfelden (n = 275)	21 (8 %)	124 (46 %)	75 (27 %)	46 (17 %)	7 (3 %)	2 (1 %)

Tabelle 14: Altersgruppen nach Kommunen

Auswertungen zum Familienstand

In der Mehrzahl waren die besuchten Seniorinnen und Senioren verheiratet (n=318/ 47 %), der Anteil der verheirateten Frauen und Männer war in der erreichten Kohorte in einer ähnlichen Größenordnung (Frauen 22 %, n = 149; Männer 25 %, n= 169) (Tab. 20).

Kommune	ledig	Partnerschaft	verwitwet	geschieden	Sonstiges	keine Angabe
gesamt (n = 681)	21 (3 %)	318 (45 %)	254 (37 %)	28 (4 %)	13 (2 %)	65 (9 %)
Neuweiler (n =181)	6 (3 %)	103 (57 %)	70 (39 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	0
Rheinfelden (n = 275)	7 (3 %)	111 (40 %)	135 (49 %)	14 (5 %)	1 (0 %)	7 (3 %)
Ulm (n = 243)	8 (3 %)	104 (43 %)	49 (20 %)	13 (5 %)	11 (5 %)	65 (24 %)

Tabelle 15: Familienstand nach Kommunen

Verwitwet waren 254 Personen (37 %), davon 207 Frauen (30 %) und 47 Männer (7 %). Der Anteil der geschiedenen/getrennt lebenden und ledigen Seniorinnen und Senioren betrug 7 % (n = 49). Die Daten des Mikrozensus für diese Altersgruppe zeigen einen Anteil verheirateter und verwitweter Personen von jeweils 45 %, der Anteil lediger und geschiedener Personen beträgt dort insgesamt 10 % (Zensus, 2011).

Die kommunenbezogene Auswertung zeigt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Modellkommunen. In Neuweiler liegt der Anteil verheirateter Personen mit 57 % weit über dem Bundesdurchschnitt für diese Altersgruppe. In Ulm ist der Anteil verwitweter Personen mit 20 % um 25 % geringer als in den Daten des Mikrozensus. Mutmaßlich lässt sich dies auf den höheren Anteil an 75-Jährigen in der Kohorte zurückführen.

Werden die vorliegenden Daten geschlechterbezogen ausgewertet, zeigt sich über die drei Modellkommunen hinweg, dass wesentlich mehr beratene Frauen verwitwet sind als beratene Männer (Frauen 50 %, Männer 18 %) und diese weit häufiger in einer Partnerschaft leben als die beratenen Frauen (Männer 65 %, Frauen 35 %).

Auswertungen zur Haushaltssituation

Für die Haushaltssituation der Beratenen ergibt sich folgendes Bild: 37 % der Beratenen leben alleine (n = 250 von 681), 42 % mit einem (Ehe-)Partner zusammen (n = 291 von 681), 12 % der Beratenen „mit Familie im Haus“ (n = 84 von 681). „Sonstiges“ wurde für 2 % der Personen dokumentiert (n = 12 von 681) und für 6 % liegt keine Angabe vor (n = 44 von 681). Zur Einordnung der Verteilung der Seniorinnen und Senioren auf die verschiedenen Haushaltsformen werden auch hier wieder die Daten des Mikrozensus 2011 zum Vergleich herangezogen. In der Altersgruppe 75 Jahre und älter lebten laut Mikrozensus 39 % der Älteren alleine, 44 % mit Partner und 7 % in Mehrpersonenhaushalten. Für die Kategorien „Paare mit Kindern“ und „alleinerziehende Elternteile“ gibt es in den PräSenZ-Daten keine Entsprechung. Laut Mikrozensus leben 14 % der über 75-Jährigen in dieser Haushaltssituation (Zensus, 2011). Auch die Verteilung der Haushaltsformen in PräSenZ ist anschlussfähig an die Ergebnisse des Mikrozensus, lediglich die Haushaltsform „mit Familie im Haus“ weicht stark ab.

Die kommunenbezogene Auswertung zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Modellkommunen. In der eher ländlichen Kommune Neuweiler ist der prozentuale Anteil Beratener, die alleine leben, mit 21 % sehr niedrig und der Anteil von Seniorinnen und Senioren mit „Familie im Haus“ mit 32 % weit überdurchschnittlich. In Ulm ist ebenfalls der Anteil alleinlebender mit 27 % geringer als in der Gesamtkohorte und im Mikrozensus, darüber hinaus gibt es hier mit 17 % einen hohen Anteil von Personen ohne Angabe der Haushaltssituation. In Rheinfelden hingegen liegt der Anteil Alleinlebender mit 53 % weit über dem Anteil in der Gesamtkohorte sowie des Mikrozensus, der Anteil an Personen die mit (Ehe-)Partner in einem Haushalt leben ist hingegen mit 38 % in Rheinfelden etwas geringer als in den Vergleichsdaten. Tabelle 16 zeigt die kommunenbezogene Auswertung zur Haushaltssituation der Beratenen im Überblick.

Kommune	alleine lebend	mit Partner	mit Familie im Haus	Sonstiges	keine Angabe
gesamt (n = 681)	250 (37 %)	291 (42 %)	84 (12 %)	12 (2 %)	44 (6 %)
Neuweiler (n =181)	38 (21 %)	82 (45 %)	59 (32 %)	2 (1 %)	
Rheinfelden (n = 275)	146 (53 %)	105 (38 %)	20 (7 %)	1 (0 %)	3 (1 %)
Ulm (n = 243)	66 (27 %)	104 (43 %)	5 (2 %)	9 (3 %)	41 (17 %)

Tabelle 16: Haushaltssituation nach Kommunen

Für die Modellkommune Ulm wurden die Zahlen noch einmal differenziert nach Altersgruppen betrachtet. In der Altersgruppe der 75-Jährigen leben 25 % alleine (n = 33 von 130), mit Partnern 47 % (n = 58 von 130) und 2 % „mit Familie im Haus“ (n = 2 von 130). Bei einem Viertel der Beratenen lag keine Angabe vor (25 %, n = 32 von 130).⁸ Bei den 80-Jährigen ist die Verteilung wie folgt: 38 % leben alleine (n = 33 von 88), 47 % mit Partner und 3 % der Beratenen „mit Familien im Haus“ (n = 3 von 88), bei 8 % liegt keine Angabe vor.

Tabelle 20 zeigt darüber hinaus die Verteilung der beratenen Männer und Frauen in den jeweiligen Haushaltssituationen nach Modellkommunen. Deutlich werden, wie schon bei den Auswertungen zum „Familienstand“, die Unterschiede im Alter in den Lebenssituationen von Frauen und Männern.

Kinder und Entfernung zum nächstlebenden Kind

In der Dokumentation wurde darüber hinaus erfasst, ob die Beratenen Kinder haben und wenn ja, wie weit die Entfernung zum nächstlebenden Kind ist. Die große Mehrzahl der Besuchten hat Kinder (n = 550/ 80 %), die Antwort „nein“ wurde bei 12 % der Beratenen (n = 83) dokumentiert, keine Angaben lagen bei 8 % der Besuchten vor.

Kommune	Kinder „ja“	Kinder „nein“	keine Angabe
gesamt (n = 681)	561 (80 %)	85 (12 %)	53 (8 %)
Neuweiler (n =181)	152 (84 %)	26 (14 %)	3 (2 %)
Rheinfelden (n = 275)	240 (87 %)	33 (12 %)	2 (1 %)
Ulm (n = 243)	158 (65 %)	24 (10 %)	43(18 %)

Tabelle 17: Beratene Seniorinnen und Senioren mit bzw. ohne Kinder nach Kommunen

Die Entfernung zum nächstlebenden Kind, die unter anderem ein Indikator für die Wahrscheinlichkeit ist, Unterstützung von den Kindern im Falle von Hilfe- und Pflegebedarf zu erfahren (Blinkert & Klie, 2006: 205), wurde in den Kategorien „0 km, < 1 km, 1-30 km, 30-100km, >100 km“ erfasst. Bei 27 % (n=184) der in PräSenZ beratenen Seniorinnen und Senioren lebten Kinder innerhalb einer Distanz von unter 1 km (0 km und <1 km).

⁸ In die Auswertung wurden alle beratenen Personen im Alter von 75 bis 79 Jahren einbezogen.

Kommune	0 km	< 1km	1-30 km	30 km - 100 km	> 100 km	keine Angabe
gesamt (n = 561)	138 (20 %)	46 (7 %)	230 (34 %)	32 (5 %)	55 (8 %)	50 (8 %)
Neuweiler (n = 152)	45 (25 %)	10 (6 %)	56 (31 %)	7 (4 %)	13 (7 %)	21 (12 %)
Rheinfelden (n = 240)	68 (25 %)	22 (8 %)	108 (39 %)	12 (4 %)	22 (8 %)	8 (3 %)
Ulm (n = 158)	25 (10 %)	14 (6 %)	66 (27 %)	10 (5 %)	20 (8 ,5%)	20 (8,5%)

Tabelle 18: Entfernung zum nächstlebenden Kind nach Kommunen

Die Auswertungen zeigen für die Distanzen zwischen Eltern und Kindern eine große Homogenität über die Kommunen hinweg. Lediglich für die Distanz von „0 km“ besteht zwischen den Kommunen Neuweiler und Rheinfelden einerseits und Ulm andererseits ein deutlicher Unterschied. In den kleineren Projektkommunen lebt ein Viertel der Beratenen in ganz geringer Distanz zu einem Kind, in Ulm hingegen sind dies nur 10 % der Besuchten.

Unterstützung im Alltag

Die Frage nach „vorhandener Alltagsunterstützung“ wurde wie folgt beantwortet. Insgesamt bejahten 73 % (n = 494) der Gesamtkohorte diese Frage, davon waren 46 % Frauen (n = 311) und 27 % (n = 183) Männer. Mit „nein“ beantworteten 21 % der Besuchten diese Frage (n = 140), 80 Frauen (12 %) und 60 Männer (9 %), bei 6 % (n = 47) lag keine Angabe vor.

Kommune	Unterstützung vorhanden „ja“	Unterstützung vorhanden „nein“	keine Angabe
gesamt (n = 681)	494 (73 %)	140 (21 %)	47 (6 %)
Neuweiler (n =181)	125 (69 %)	54 (30 %)	2 (1%)
Rheinfelden (n = 275)	246 (90 %)	29 (10 %)	
Ulm (n = 243)	123 (51 %)	57 (24 %)	45 (19 %)

Tabelle 19: Einschätzung zur vorhandenen Unterstützung nach Kommunen

Die Auswertung zur Frage, ob Unterstützung im Alltag vorhanden sei, wenn sie benötigt werde, wurde in den Kommunen sehr unterschiedlich beantwortet. In Rheinfelden ist die Einschätzung, dass bei 90 % der Besuchten diese vorhanden sei, und nur bei 10 % wurde die Frage verneint. In Neuweiler hingegen wurde bei 69 % der Beratenen die Antwort „ja“ und bei 30 % die Antwort „nein“ dokumentiert. In Ulm wurde für 51 % der Beratenen angegeben, Unterstützung im Alltag sei vorhanden, und bei 24 %, dass keine Alltagsunterstützung vorhanden sei.

Die Ergebnisse der Auswertung für Neuweiler und Rheinfeldern legen die Vermutung nahe, dass die Einschätzung, inwiefern Alltagsunterstützung vorhanden sei, in den Kommunen unterschiedlich gestellt und damit beantwortet wurde. Insbesondere, wenn die Ergebnisse zusammen mit dem Familienstand und der Haushaltssituation betrachtet werden, erscheinen die Ergebnisse für beide Kommunen nicht abschließend bewertbar.

Die Einschätzungen der Seniorinnen und Senioren in den Telefoninterviews (n = 54) zur Fragestellung der Unterstützung durch „ihre Kinder“ im Fall von Hilfebedarf ergänzen die Auswertungen der Beratungsdokumentation. Von den 45 Personen mit Kindern gaben 58 % an (n = 26), sie würden Unterstützung im Allgemeinen erfahren, und 44 % im Fall von Hilfebedarf (n = 19). Die Unterschiede zwischen den Kommunen sind hier besonders ausgeprägt. Während in Neuweiler anteilig 76 % (n = 13 von 17) der interviewten Personen angaben, sie würden bei allgemeinem Bedarf von ihren Kindern unterstützt werden und 65 % der Befragten einschätzten, dass dies auch bei Hilfebedarf der Fall sein würde, hatten in Rheinfeldern 59 % diese Einschätzung im Hinblick auf eine allgemeine Unterstützung (n = 10 von 17) und 41 % hinsichtlich einer Unterstützung bei Hilfebedarf (n = 7 von 17). In Ulm gaben lediglich 27 % der Befragten (n = 3 von 11) an, sie bekämen allgemeine Unterstützung von ihren Kindern, und 18 % (n = 2 von 11), dass dies auch bei Hilfebedarf der Fall sein würde.

Eine weitere Annäherung an das Thema Unterstützung bei Hilfebedarf erlauben die Ergebnisse der Auswertung der Frage im Einschätzungsbogen, ob Hilfe bei Pflegebedürftigkeit vorhanden sei. In den 494 vorliegenden Dokumentationen dazu war diese Frage in 35 % der Fragebögen mit „ja“ beantwortet (n = 176 von 494), in 21 % der Frage- und Einschätzungsbögen mit „nein“ (n = 102 von 494), in 12 % der Bögen war die Antwort „weiß nicht“ und bei 31 % liegt keine Angabe vor. Die hohe Zahl an fehlenden Werten erlaubt keine kommunenbezogene Auswertung. Lediglich eine Tendenz kann hier aufgezeigt werden. In Neuweiler schätzten wesentlich mehr Personen ein, Hilfe im Falle von Pflegebedürftigkeit zu erhalten, als in den anderen Modellkommunen.

Soziodemografische Merkmale der erreichten Seniorinnen und Senioren im Überblick

	gesamt (n=681) ⁹				Neuweiler (n=181)				Rheinfelden (n=275)				Ulm (n=243)			
	weiblich n=421/ 62 %		männlich n=260/ 38 %		weiblich n=105/ 58 %		männlich n=76/ 42 %		weiblich n=190/ 69 %		männlich n=85/ 31 %		weiblich n=126/ 56 %		männlich n=99/ 44 %	
Altersgruppe																
<75	16	2 %	7	1 %	0	0 %	1	1 %	16	6 %	5	2 %	0	0 %	1	0 %
75-79	181	27 %	138	20 %	37	20 %	29	16 %	80	29 %	44	16 %	64	26 %	65	27 %
80-84	148	22 %	80	12 %	39	22 %	26	14 %	52	19 %	23	8 %	57	23 %	31	13 %
85-90	57	8 %	30	4 %	23	13 %	18	10 %	34	12 %	12	4 %	0	0 %	0	0 %
>90	12	2 %	2	0 %	5	3 %	2	1 %	7	3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
keine Angabe	7	1 %	3	0 %	1	1 %	0	0 %	1	0 %	5	0 %	5	2 %	3	1 %
Familienstand																
getrennt lebend/geschieden	14	2 %	14	2 %	0	0 %	0	1 %	6	2 %	8	3 %	8	3 %	5	2 %
ledig	17	2 %	4	1 %	6	3 %	0	0 %	5	2 %	2	1 %	6	2 %	2	1 %
verheiratet/in Partnerschaft	149	22 %	169	25 %	44	24 %	59	33 %	62	23 %	49	18 %	43	18 %	61	25 %
verwitwet	207	30 %	47	7 %	54	30 %	16	9 %	111	40 %	24	9 %	42	17 %	7	3 %
Sonstiges	11	2 %	2	0 %	1	1 %	0	0 %	0	0 %	1	0 %	10	4 %	1	0 %
keine Angabe	23	3 %	24	4 %	0	0 %	0	0 %	6	2 %	1	0 %	17	7 %	23	9 %
Haushaltssituation																
alleine lebend	191	28 %	59	9 %	29	16 %	9	5 %	111	40 %	35	13 %	51	21 %	15	6 %
mit (Ehe-)Partner	139	20 %	152	22 %	36	20 %	46	25 %	58	21 %	47	17 %	45	19 %	59	24 %
mit Familie im Haus	62	9 %	22	3 %	40	22 %	19	10 %	17	6 %	3	1 %	5	2 %	0	0 %
sonstiges	7	1 %	5	1 %	0	0 %	2	1 %	1	0 %	0	0 %	6	2 %	3	1 %
keine Angabe	22	3 %	22	3 %	0	0 %	0	0 %	3	1 %	0	0 %	19	8 %	22	9 %

⁹ In „gesamt“ wurden alle Personen mit Geschlechtsangabe berücksichtigt (Neuweiler n = 181, Rheinfelden n = 275, Ulm n = 225).

	gesamt (n=681)				Neuweiler (n=181)				Rheinfelden (n=275)				Ulm (n=243)			
	weiblich n=421		männlich n=260		weiblich n=105		männlich n=76		weiblich n=190		männlich n=85		weiblich n=126		männlich n=99	
Kinder																
ja	336	49 %	214	31 %	92	51 %	60	33 %	164	60 %	76	28 %	80	33 %	78	32 %
nein	53	8 %	30	4 %	11	6 %	15	8 %	25	9 %	8	3 %	17	7 %	7	3 %
keine Angabe	32	5 %	16	2 %	2	1 %	1	1 %	1	0 %	1	0 %	29	12 %	14	6 %
bei „Kinder ja“, Entfernung zum nächstlebenden Kind																
0 km	91	13 %	47	7 %	25	14 %	20	11 %	49	18 %	19	7 %	17	7 %	8	3 %
< 1 km	24	4 %	22	3 %	7	4 %	3	2 %	10	4 %	12	4 %	7	3 %	7	3 %
1-30 km	143	21 %	87	13 %	34	19 %	22	12 %	77	28 %	31	11 %	32	13 %	34	14 %
30-100 km	19	3 %	13	2 %	5	3 %	2	1 %	9	3 %	3	1 %	5	2 %	8	3 %
>100 km	35	5 %	20	3 %	11	6 %	2	1 %	14	5 %	8	3 %	10	4 %	10	4 %
keine Angabe	24	4 %	25	4 %	10	6 %	11	6 %	5	2 %	3	1 %	9	4 %	11	5 %
Alltagsunterstützung vorhanden																
ja	311	46 %	183	27 %	72	40 %	53	29 %	167	61 %	79	29 %	72	30 %	51	21 %
nein	80	12 %	60	9 %	31	17 %	23	13 %	23	8 %	6	2 %	26	11 %	31	13 %
keine Angabe	30	4 %	17	2 %	2	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	28	12 %	17	7 %

Tabelle 20: Soziodemografische Merkmale der erreichten Seniorinnen und Senioren im Überblick

Die Auswertungen der Beratungsdokumentation, wer bei Unterstützungsbedarf helfen würde, zeigen, dass hier die Ehepartner an erster Stelle stehen, gefolgt von den Kindern und weiteren Verwandten. Nachbarn und andere Bekannte wurden nur von einer sehr geringen Anzahl an Personen als Unterstützer benannt.

Einschätzungen zu den Zielgruppen

Die Einschätzungen der Beraterinnen und Projektverantwortlichen zur erreichten Zielgruppe sind, dass der universelle Ansatz und damit das Erreichen von eher selbständigen bis bereits hilfebedürftigen Seniorinnen und Senioren grundsätzlich als gut befunden wird. Es bestehen in den Kommunen insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Verstetigung der präventiven Hausbesuche Überlegungen, selbige eher auf prekäre Fälle zu fokussieren. Darunter können u.a. Menschen, die Grundsicherung beziehen oder finanziell benachteiligt sind, sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen, bspw. von einem Verwahrlosungssyndrom Betroffene, verstanden werden. Auch Personen mit Migrationshintergrund können unter bestimmten Voraussetzungen dazu gezählt werden, wenn bspw. sprachliche Barrieren den Zugang zu gesundheitsrelevanten Angeboten oder Informationen erschweren. Zugleich werden gegen eine solche Eingrenzung Bedenken dahingehend geäußert, eine solche Fokussierung könne zugleich eine Stigmatisierung dieser Bevölkerungsgruppen bzw. Personen einerseits und/oder eine Deformation der präventiven Hausbesuche andererseits nach sich ziehen.

Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen der soziodemografischen Merkmale der Zielgruppen tragen zum Erkenntnisgewinn auf der Makro- und Mikroebene im Bereich der Strukturqualität bei. Die Auswertungen geben Hinweise zur Lebens- und Haushaltssituation der beratenen Kohorte. Auf der Makroebene sind dies Rahmenbedingungen in den Kommunen mit Auswirkungen auf die Infra- und Pflegestrukturplanung, auf der Mikroebnen geben die Zahlen Anhaltspunkte zu den individuellen Lebenssituationen der beratenen Seniorinnen und Senioren.

Die Auswertungen und deren Vergleich mit den Daten des Mikrozensus der Altersgruppe 75 Jahre und älter für die Kriterien „Altersverteilung“, „Geschlecht“ und „Haushaltssituation“ zeigen eine gute Übereinstimmung. Dies deutet darauf hin, dass mit dem universellen Ansatz ein eher repräsentativer Querschnitt älterer Menschen in den Kommunen angesprochen wurde. Zudem lassen die Zahlen den Schluss zu, dass mit den drei Projektkommunen geeignete Stellvertreter für die unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen und Versorgungslandschaften des Landes Baden Württemberg zur Durchführung des Projektes PräSenZ gewählt wurden. Gleichzeitig verdeutlichen die kommunenbezogenen Auswertungen, dass jede Modellkommune wiederum einen Mikrokosmos darstellt, der von der Gesamtkohorte in einzelnen Teilaspekten durchaus deutlich abweichen kann.

Die Daten und Zahlen verdeutlichen aber auch Unterschiede zwischen der kleinen, ländlichen Kommune Neuweiler und den städtischen Kommunen Rheinfelden und Ulm. Größter Unterschied ist, dass in Neuweiler sehr viel mehr ältere Menschen familiär eingebunden sind, also entweder mit den (Ehe-)Partnern oder „mit Familie im Haus“ leben. In Neuweiler sind dies insgesamt 77 % der Beratenen, in Rheinfelden 45 % und in Ulm ebenfalls 45 %.

Die Ergebnisse zur Einschätzung von bestehender oder potenzieller Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und im Fall von Hilfebedarf oder Pflegebedürftigkeit können nicht abschließend beurteilt werden. Die Ergebnisse der Auswertungen sind hier nicht konsistent und eindeutig. Einen Einfluss auf das Ergebnis könnte der von den Beraterinnen gewählte Bezugsrahmen haben sowie ein Unterschied zwischen Selbstwahrnehmung der Besuchten und Einschätzung der Beraterinnen.

Mit Blick auf die Qualität der Daten im Sinne von Vollständigkeit ist zu beobachten, dass mutmaßlich der Zugangsweg mit bestimmt, wie häufig Fragen von den Beraterinnen als zu persönlich eingeschätzt werden und daher nicht gestellt werden. In Ulm gibt es mehr fehlende Angaben als in den anderen Projektkommunen, dies deutet darauf hin, dass die im Rahmen der Gratulationsbesuche durchgeführten präventiven Hausbesuche bei einer bestimmten Anzahl von Personen eher eine allgemeine Information und keine umfassende Beratung zur Gesundheits- und Lebenssituation sind.

7.1.3 Akzeptanz des Angebotes und der Zugangswege

Zwei Aspekte, die im Rahmen der Evaluation besonders interessierten, zielten auf die Akzeptanz des Angebotes und in diesem Zusammenhang auch auf den Grad der Zielerreichung bzw. die Effektivität unterschiedlicher Zugangswege ab. Mit von Interesse war dabei, ob und inwiefern die Größe der Modellkommunen, der eher ländliche oder städtische Charakter und die Ausrichtung der kommunalen Konzepte die Zugangswege und die Akzeptanz des Angebotes beeinflusst haben. Die Erkenntnisse zur Akzeptanzrate geben auch Hinweise auf die Annahme dieses Angebotes in der Bevölkerung und damit indirekt auf die von den älteren Menschen erlebte Notwendigkeit präventiver Hausbesuche. Die Beleuchtung der Effektivität unterschiedlicher Zugangswege gibt Auskunft, inwiefern diese die Annahme solcher Angebote beeinflussen. Mit Bezug auf die Zielsetzung des Modellvorhabens erlauben die Aussagen über die Akzeptanzrate auch Antworten auf grundsätzliche Fragen nach einem Bedarf an Leistungen, wie sie in PräSenZ angeboten und umgesetzt wurden. Im Hinblick auf das Rahmenkonzept geben die Aussagen Hinweise zur Anforderung an eine proaktive Angebotsgestaltung.

Grundlage für die Erkenntnisse zur Akzeptanzrate des Angebotes und der Effektivität der Zugangswege sind die Daten der Beratungsdokumentation, die Aussagen der Projektverantwortlichen und der Beraterinnen zu diesen Punkten in den leitfadengestützten Interviews sowie die Antworten der Seniorinnen und Senioren in den Telefoninterviews.

Akzeptanzrate des Angebotes und Zugangswege

Zur Berechnung der Akzeptanzrate wurde die Anzahl der aktiv durch Informationsschreiben und Telefonate zum Angebot informierten Seniorinnen und Senioren ins Verhältnis zu den im Erstkontakt durchgeführten Hausbesuchen gesetzt.

Die Bewerbung des Angebotes bzw. die Information zum Angebot erfolgte in allen drei Modellkommunen schriftlich mit einem Anschreiben auf dem Postwege. In Ulm war der Zugangsweg zu den Seniorinnen und Senioren das Gratulationsschreiben des Bürgermeisters zum 75. und 80. Geburtstag in den für die Umsetzung des Projektes PräSenZ ausgewählten Stadtteilen „Eselberg“ und „Mitte/Ost“. In den Geburtstagschreiben wurde – wie im Kapitel 5.3 bereits

erwähnt – ein Datum mit Uhrzeit für den Hausbesuch vorgeschlagen. Die Angeschriebenen mussten, wenn der Besuch nicht gewünscht war, aktiv absagen. Die Stadt Ulm hat im Auswertungszeitraum 403 Geburtstagschreiben mit Ankündigung des Gratulationsbesuches versandt und damit 243 Personen erreicht. Bei 207 dieser Personen wurde mindestens ein Hausbesuch durchgeführt, die anderen Personen wurden telefonisch beraten. In Ulm wurden 60 % (n = 243 von 403) der kontaktierten Seniorinnen und Senioren beraten. Die Akzeptanzrate für den präventiven Hausbesuch lag bei 51 % (n = 207 von 403).

Der Zugangsweg in Rheinfeldern zu den Seniorinnen und Senioren war ein Informationsschreiben zum Angebot der Stadt Rheinfeldern, mit Ankündigung eines nachfolgenden Telefonats zur Vereinbarung eines Termins durch die Mitarbeiterinnen der Stadt Rheinfeldern. In Rheinfeldern wurden im Auswertungszeitraum insgesamt 1.760 Briefe versandt und 757 Telefonate zur Terminvereinbarung dokumentiert. Die Versendung der Briefe erfolgte über die gesamte Projektlaufzeit zeitlich versetzt in Einheiten von jeweils ca. 150 Briefen. Der Zugangsweg zu den Seniorinnen und Senioren aus Briefen und Telefonaten wurde durch gezielte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Presseartikel) flankiert. In Rheinfeldern wurden 43 % der angeschriebenen Personen telefonisch erreicht. Bei 237 der 275 dokumentierten beratenen älteren Menschen wurde im Erstkontakt ein präventiver Hausbesuch durchgeführt. Bei 24 Personen hatte das Terminvereinbarungsgespräch bereits Beratungscharakter, d.h. das Telefonat hatte Inhalte, die über die Vorstellung des Angebotes und die Terminvereinbarung hinausgingen.

Die Akzeptanzrate des Beratungsangebotes insgesamt und für die präventiven Hausbesuche variiert in Rheinfeldern mit der gewählten Bezugsgröße. Wird als Bezugsgröße die Anzahl der Informationsschreiben herangezogen, liegt die Akzeptanzrate für das Beratungsangebot bei 16 % und für die präventiven Hausbesuche bei 13 %. Werden die nachgeschalteten Terminvereinbarungstelefonate gewählt, beträgt sie insgesamt 36 % und für das Hausbesuchsangebot 31 %.

In Neuweiler wurden 343 Informationsschreiben versendet. Zunächst wurde die Gruppe der hochaltrigen Bürgerinnen und Bürger – 85 Jahre und älter – informiert. Dies betraf 71 Personen. In einer zweiten Welle wurden dann alle Seniorinnen und Senioren im Alter von 75 Jahren bis 84 Jahren angeschrieben (Oktober 2015). In Neuweiler wurde den Seniorinnen und Senioren, ebenso wie in Rheinfeldern, das Angebot zusätzlich zum Informationsschreiben noch einmal telefonisch vorgestellt und die Möglichkeit eines Hausbesuches angeboten. In Neuweiler wurde bei 162 Personen als erster Beratungskontakt ein Hausbesuch dokumentiert. Die Akzeptanzrate für den präventiven Hausbesuch lag bei 47 %. Nachfolgende Tabelle 21 fasst die Akzeptanzraten in den Modellkommunen mit Bezugsgröße „Hauptzugangsweg“ noch einmal übersichtlich zusammen.

Kommune	Akzeptanzrate präv. HB nach Informationsschreiben	Akzeptanzrate präv. HB nach Telefonat
Neuweiler	47 % (343 Briefe/ 162 Hausbesuche im Erstkontakt)	keine Auskunft
Rheinfelden	13 % (1.760 Briefe/ 237 Hausbesuche im Erstkontakt)	31 % (757 Telefonate/ 237 Hausbesuche im Erstkontakt)
Ulm	51 % (403 Geburtstagschreiben/ 207 Hausbesuche im Erstkontakt)	konzeptionell nicht vorgesehen

Tabelle 21: Akzeptanzrate des präventiven Hausbesuches nach Kommunen – Hauptzugangsweg

Der durchschnittliche Zeitbedarf für die Kontaktaufnahme mit den Seniorinnen und Senioren im Vorfeld des Hausbesuchs (Versenden der Anschreiben, Feststellen der Kontaktdaten, Telefongespräch) wurde in Rheinfelden und Neuweiler mit 15 Minuten bis 30 Minuten pro kontaktierter Person angegeben.

Neben dem Hauptzugangsweg, Informationsschreiben mit anschließendem Telefonat, wurden in Neuweiler und Rheinfelden weitere Zugangswege zur Anbahnung von Hausbesuchen erprobt. Um Hinweise auf die Effektivität dieser Zugangswege zu bekommen, sollte in der Beratungsdokumentation angegeben werden, wie die Seniorinnen und Senioren auf das Angebot aufmerksam geworden sind.

Insgesamt wurden 45 Personen durch einen anderen Zugangsweg als die Informationsschreiben auf das Angebot aufmerksam. Das sind 6,4 % aller Beratenen (n = 699). 13 Personen wurden auf das Angebot durch „Angehörige/Freunde/Bekannte“ aufmerksam. 27 Seniorinnen und Senioren wurden durch „Behörden/Kooperationspartner/Ärzte“ vermittelt. Ausschließlich durch einen Zeitungsartikel oder den Flyer sind fünf Personen auf das Angebot aufmerksam geworden. Erschien in zeitlicher Nähe zur Versendung der Informationsschreiben ein Zeitungsartikel zum Projekt, hat dies die Resonanz auf die Anschreiben und die anschließende Telefonate positiv verstärkt.

Die Auswertung der Beratungsdokumentation zur Erreichbarkeit der Seniorinnen und Senioren über unterschiedliche Zugangswege wird durch die Aussagen der Beraterinnen und Projektverantwortlichen in den Interviews und Workshops bestätigt. Aus deren Sicht hatten weitere Zugangswege neben den Informationsschreiben im Projekt einen vergleichsweise geringen Stellenwert, da die vorab definierten Kontaktwege gut funktionierten. In den Interviews wurden diese jedoch auch benannt, bspw. die Flyer, die in Arztpraxen auslagen, oder die Vermittlung durch Kooperationspartner. In Rheinfelden wurde bezüglich der Zusammenarbeit mit der Sozialstation berichtet, dass von diesem Partner eher Personen mit Hilfebedarfen vermittelt werden. In der Zusammenarbeit zeigte sich, dass Bedarfe vorhanden sind, die im Rahmen der Leistungen der Sozialstation nicht bearbeitet werden können, jedoch gut im präventiven Hausbesuch. Beispiele hierfür sind, wenn die Pflegekräfte der Sozialstation wahrnehmen, dass außer der Versorgung durch die Sozialstation weiterer Beratungsbedarf besteht, wenn der Einsatz bürgerschaftlich Engagierter sinnvoll sein könnte (Vereinsamung, Begleitung bei Spaziergängen, Einkäufe usw.), zur Abklärung der finanziellen Situation (Leistungen nach

SGB XII, Wohngeld) oder Beratungsbedarf zu den Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung besteht.

Darüber hinaus wurde in den Interviews berichtet, dass sich Seniorinnen und Senioren zunehmend auf mündliche Empfehlung an die Beraterinnen wandten und dass hin und wieder erscheinende Zeitungsartikel und ein Fernsehbericht (in Ulm) den Zulauf und das Interesse seitens der Seniorinnen und Senioren an den Hausbesuchen förderten.

Änderungen der Zugangswege

Die Zugangswege wurden in der Projektlaufzeit nur geringfügig modifiziert. In Rheinfelden wurde die Erfahrung gemacht, dass nicht alle der ausgewählten Seniorinnen und Senioren in öffentlichen Telefonnummernverzeichnissen zu finden sind. Im Anschreiben wurde deshalb ein Passus ergänzt, der darauf hinwies, dass die Angeschriebenen sich auch an die Beraterinnen wenden können, wenn sie nicht im Telefonbuch stünden und deshalb nach Versenden des Anschreibens nicht angerufen werden könnten. Ebenso wurde in Rheinfelden eine Senioren tasche nach Ulmer Vorbild eingeführt, in der sich Informationsmaterial und kleine Geschenke befanden.

In Ulm wurde der Gratulationsbrief dahingehend modifiziert, dass das Thema bürgerschaftliches Engagement im Anschreiben weniger betont wurde, da sich im Projektverlauf zeigte, dass in der Bevölkerung hier wenig Interesse bestand bzw. die Seniorinnen und Senioren zum großen Teil bereits in der einen oder anderen Weise engagiert gewesen waren und keine weiteren Aufgaben annehmen konnten oder wollten.

Im Workshop mit den Beraterinnen wurden darüber hinaus Vorschläge entwickelt, die Altersgrenzen der Zielgruppe gewissermaßen „antizyklisch“ für die Geburtstagsbesuche festzulegen. Nach Einschätzung der Beraterinnen ist an solch runden Geburtstagen das Gratulationsaufkommen ohnehin hoch. Eine Idee im Evaluations-Workshop war, dass ein Anschreiben, das bspw. zum 77. oder 78. Geburtstag verschickt werde, mehr Aufmerksamkeit erhalten könnte.

Die Erfahrungen in Neuweiler verweisen darauf, dass es besser sei, nur jeweils so viele Seniorinnen und Senioren anzuschreiben, wie in einem überschaubaren und nicht zu langen Zeitraum auch tatsächlich besucht werden können. Hier wurden alle Seniorinnen und Senioren einer Altersgruppe (85 Jahre und älter und 75 bis 84 Jahre) des Ortes zu einem Zeitpunkt angeschrieben und der Besuch der Beraterinnen angekündigt. Der tatsächliche Besuch erfolgte jedoch zum Teil erst im Folgejahr, sodass manche Seniorin und mancher Senior sich nicht mehr an das Anschreiben und die darin enthaltenen Informationen erinnern konnte.

Ein weiterer Zugangsweg zur Zielgruppe, der sich im Laufe der Projektlaufzeit hauptsächlich in Rheinfelden und Neuweiler entwickelt hat und nicht konzeptionell vorgesehen war, ist die Beratung von Seniorinnen und Senioren in den „Büros“ (siehe Kapitel 7.1.1). In Rheinfelden und Neuweiler kann hier von der Etablierung als Seniorenbüro gesprochen werden. Insbesondere in Rheinfelden berichteten die Beraterinnen, dass sich das Projektbüro bereits zu einer gut frequentierten Anlaufstelle entwickelt habe. Die Auswertungen zur „Anzahl der Beratungen im Büro“ in Tabelle 9 spiegeln dies wider. Im Rahmen der Beratungen im Büro bearbeiteten die Mitarbeiterinnen auch Anfragen und Anliegen von Seniorinnen und Senioren jenseits der für das Projekt definierten Altersgrenzen und Zielgruppen. Die Beraterinnen nannten hier z.B.

Themen wie Angehörigenberatung (wenn Eltern pflegebedürftig werden), Beratung von pflegenden Angehörigen zur Entlastung und Unterstützung, Gespräche mit Menschen, die Trost und Unterstützung nach dem Tod von Partnern oder einem Elternteil suchen, und Beratungen und Anfragen von Vermietern oder Nachbarn, die Unterstützung für „überforderte“ pflegende Angehörige oder bei vermuteter Verwahrlosung suchen. Darüber hinaus habe es zahlreiche Anfragen bei akutem Bedarf gegeben, die die Beraterinnen, je nach Art des Bedarfs, selbst bearbeiteten oder bei denen sie die Personen an die zuständigen Stellen verwiesen.

Von einem Teil der Seniorinnen und Senioren wurde in den Interviews erwähnt, dass sie wahrgenommen haben, nun eine Anlaufstelle und die Möglichkeit zu haben, bei künftigen Fragen ins Büro der Beraterinnen zu kommen.

„Kann auch ins Büro kommen.“ (Telln_10)

„Wenn es Probleme gibt, dann gehe ich hin.“ (Telln_14)

„Ja auf jeden Fall. Kann mich auch ans Rathaus wenden.“ (Telln_16)

In Ulm war diese Funktion als Anlaufstelle von geringerer Bedeutung, obwohl hier in wenigen Einzelfällen Seniorinnen und Senioren auch die Beraterinnen im Büro aufsuchten. Das geringere Aufkommen lässt sich auch dadurch erklären, dass in Ulm ein dichtes Netz an anderen verschiedenen Beratungsangeboten existiert. Die Ulmer Beraterinnen berichteten aber auch, dass sie sich bspw. über das Aushändigen einer Visitenkarte als Ansprechpartnerinnen und in diesem Sinne auch als Anlaufstelle für weitere Fragen der Seniorinnen und Senioren empfahlen.

Die Funktion der Projektbüros als niederschwellige Anlaufstelle, insbesondere in Rheinfelden und Neuweiler, erleichterte es den Seniorinnen und Senioren den Zugang zu weiteren Informationen zu erhalten und fungierte so als Gatekeeper und Lotse im Gesundheitssystem.

Einschätzungen zur Proaktivität des Angebotes

Der Charakter des PräSenZ-Ansatzes als proaktives, zugehendes und präventives Angebot für Seniorinnen und Senioren wurde generell sowohl von den Projektverantwortlichen als auch von den Beraterinnen als sinnvoll und positiv befunden. In allen Modellkommunen wurden gerade vor dem Hintergrund des Modellvorhabens die bisherigen Defizite hinsichtlich eines zugehenden und in die kommunalen Strukturen eingebundenen Beratungsangebots für ältere Bürgerinnen und Bürger deutlicher gesehen.

Von den Seniorinnen und Senioren selbst wurde die proaktive Herangehensweise im Rahmen der präventiven Hausbesuche, also das Angebot von Information und Beratung zu einem Zeitpunkt, noch bevor die SeniorInnen einen Beratungsbedarf formuliert hatten, überwiegend begrüßt und ebenfalls als sinnvoll und notwendig beschrieben:

„Da sind viele Alte, die sich nicht frühzeitig kümmern... Gut, wenn man die direkt anspricht. Sie haben nicht den Mut irgendwo hinzugehen.“ (Telln_11)

„Super, vor allem für diejenigen, die sich nicht trauen zu fragen.“ (Telln_12)

„In die Zielgruppe zu gehen ist gar nicht schlecht.“ (Telln_39)

„Es gibt viele alleinstehende Menschen, die abseits vom Geschehen sind. Wichtig ist, dass sie wieder einbezogen werden... Ja, weil viele ältere einsame Menschen die Angebote nicht kennen... Offensiv auf Leute zugehen, finde ich gut.“ (Telln_9)

Von sich aus nicht den Mut und den „Anpack“ zu haben, sich Unterstützung zu holen, wird häufig von den Seniorinnen und Senioren als Grund angegeben, weshalb die aktive Zugewiese im präventiven Hausbesuch als sinnvoll erachtet wird. Zudem verwiesen die Seniorinnen und Senioren sehr häufig auf diejenigen, die sich innerhalb der Kommune nicht frühzeitig informieren, oder auch auf einsame, ältere Menschen, die ohne diese Proaktivität wahrscheinlich nicht erreicht werden würden. Selbst wenn aus Sicht der Seniorinnen und Senioren ein Hausbesuch zum Zeitpunkt des Angebotes noch nicht in Frage kommt, wird das Angebot nicht für schlecht befunden, sondern als eine Option auf die Zukunft begrüßt. Die Möglichkeit, den präventiven Hausbesuch nicht wahrnehmen „zu müssen“ und ablehnen oder zeitlich verschieben zu können, ist vom überwiegenden Teil der befragten Seniorinnen und Senioren gut verstanden worden.

Interpretation der Ergebnisse

Die Fragen nach der Akzeptanz und den Zugangswegen sind analytisch sowohl auf der Makroebene im Bereich der Strukturqualität als auch auf der Mesoebene im Bereich der Prozessqualität angesiedelt. Die Beleuchtung der Effektivität der Zugangswege gibt Hinweise zur Praktikabilität und der Machbarkeit des Vorgehens.

Die vorab definierten und empirisch begründeten Zugangswege in den Modellkommunen haben sich im Projektverlauf gut bewährt. Die dargelegten Ergebnisse stehen damit im Einklang mit einer von Yamada et al. (2012: 4) veröffentlichten Studie und stützen deren Erkenntnisse. In dieser Studie wurden die Akzeptanzraten für präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren in Dänemark in Beziehung zum jeweils eingeschlagenen Zugangsweg gesetzt. Untersucht wurden die Akzeptanzraten für präventive Hausbesuche von Informationsschreiben, in welchen ein Datum mit Uhrzeit für den Hausbesuch vorgeschlagen wurde, von Telefonanrufen und von Informationsschreiben, bei denen die Seniorinnen und Senioren aufgefordert wurden, sich bei Bedarf aktiv für einen Termin zu melden. Die höchste Akzeptanzrate erreichten Informationsschreiben, bei denen ein Datum mit Uhrzeit für den Hausbesuch vorgeschlagen wurde. Die Angeschriebenen mussten, wenn der Besuch nicht gewünscht war, aktiv absagen, wie dies auch in Ulm der Fall war. Der in Rheinfelden und Neuweiler gewählte Weg des Anschreibens mit Telefonat hatte auch in der besagten Studie der Autoren ebenfalls noch gute Akzeptanzraten. Am wenigsten Resonanz folgte auf das Angebot, wenn sich die Angeschriebenen auf die Informationsschreiben selbst aktiv melden sollten. Ein Aspekt, der mit Blick auf die Kommune Neuweiler erwähnt werden soll, ist, dass eine Beraterin in der Kommune einen hohen Bekanntheitsgrad hatte, der positiven Einfluss auf die Akzeptanz des Angebotes hatte. Gleichzeitig muss in kleinen Kommunen die hohe Bekanntheit eines Akteurs und insbesondere einer Beraterin auch unter dem Stichwort „sozial erwünschtes Verhalten“ diskutiert werden.

Im Vergleich zu anderen in Deutschland durchgeführten präventiven Hausbesuchsprojekten führte die konsequente proaktive Ausrichtung der Zugangswege in den drei Modellkommunen zu einer sehr guten Annahme des Angebotes. Im Projekt „mobil“, das bei Mitgliedern einer Krankenkasse durchgeführt wurde, konnte eine Akzeptanzrate von 14 % erreicht werden

(Gebert et al., 2008: 27), im Landkreis Siegen-Wittgenstein von 6 % (Cullmann & Gebert, 2009: 19). Patzelt et al. (2015: 545), die im Rahmen der Studie „Ältere gezielt erreichen“ die Erprobung von Zugangswegen für präventive Hausbesuche und deren (Kosten-)Effektivität untersuchten, kamen in dieser Studie auf eine aktive Rückmeldung von angeschriebenen Seniorinnen und Senioren von 4,7 %. Im Projekt „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“ wurden alle Zugangswege zum Angebot über einen Zeitraum von einem Jahr erfasst. 4,5 % der in einem Jahr durchgeführten Hausbesuche kamen durch die Informationsschreiben zustande, 1,5 % über soziale Kontakte, 1,1 % über professionelle Kooperationspartner und 1,3 % über Zeitungsartikel und die Flyer. Darüber hinaus gab es in den ausgewählten Münchner Stadtteilen eine große Plakataktion. Darüber fanden 0,3 % der Besuchten den Zugang zum Angebot (Dill & Gmür (o.A.): 26).

Der Vollständigkeit halber soll hier noch ein weiterer Aspekt der Studie von Yamada et al. (2012) aufgegriffen werden. Die Studie zeigt darüber hinaus, dass mit einem sehr proaktiven Vorgehen (Informationsschreiben mit angekündigtem Besuchstermin und Absageoption) mehr ältere Menschen mit einem niedrigen sozialen Status im Vergleich zu den anderen Zugangswegen erreicht werden konnten. Mit Blick auf die Konzeption möglicher zukünftiger präventiver Hausbesuchsprogramme, auch für vulnerable Gruppen, ist dies eine zusätzliche interessante Information.

Die Entwicklung der Projektbüros in Rheinfeldern und Neuweiler zu Anlaufstellen für Seniorinnen und Senioren zeigt einen Bedarf an gut erreichbaren Beratungsangeboten mit verschiedenen Kontaktwegen. Durch die organisatorische und räumliche kommunale Anbindung sowie die Bekanntheit der Beraterinnen aus den Hausbesuchen hat sich hier ein weiterer Zugangsweg zur älteren Bevölkerung entwickelt.

7.2 Beratungsprozesse, Rollenverständnis und Aufgabenspektrum der Beraterinnen

Im folgenden Unterkapitel werden die Beratungsprozessgestaltung, das Rollenverständnis sowie das Aufgabenspektrum der Beraterinnen in PräSenZ beschrieben und analysiert. Die Ergebnisse basieren auf den Angaben in der Beratungsdokumentation in den Beratungsverläufen, der Auswertung der Gesprächsleitfäden, den Interviews und den Workshops mit den Beraterinnen sowie den Rückmeldungen der Seniorinnen und Senioren in den Telefoninterviews.

7.2.1 Beratungsprozesse

Der umfassende Blick auf die Beratungsprozesse gibt Hinweise zu den Bedarfen der Seniorinnen und Senioren, den Inhalten der Beratungsbesuche und inwiefern der standardisierte Gesprächsleitfaden, der eine Grundlage des Rahmenkonzeptes ist, die Beratungsgespräche unterstützt. Die Erkenntnisse zum Beratungs- und Rollenverständnis der Beraterinnen erlauben ein vertieftes Verständnis dieser wichtigen Aspekte, die maßgeblich den Beratungsprozess prägen.

Fünf Gesprächsanlässe

Eine erste Annäherung an die Gespräche in den präventiven Hausbesuchen und die Bedarfe der besuchten Seniorinnen und Senioren erlauben die Auswertungen zum „Charakter“ der geführten Beratungsgespräche. Die fünf Gesprächsanlässe wurden gemeinsam mit den Beraterinnen im Rahmen der Erarbeitung der Beratungsdokumentation entwickelt und definiert. Nachfolgend werden sie näher beschrieben (siehe Tabelle 22).

Gesprächsanlässe in PräSenZ	
Informations- und Beratungsgespräch	<ul style="list-style-type: none">• Weitergabe von Information• Reflexion von Informationen• Entwicklung von Lösungsstrategien• Entscheidungsfindung
Entlastungsgespräch	<ul style="list-style-type: none">• Entlastung und Stabilisierung in oder nach kritischen Ereignissen• Keine aktive Entwicklung von Lösungsstrategien
Krisenintervention	<ul style="list-style-type: none">• Hilfe in (akuten oder potenziellen) Gefährdungssituationen
Kontakthalten	<ul style="list-style-type: none">• Kontakt aufrecht erhalten• Vertrauensaufbau
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none">• Weitere Kontakte und Gespräche

Tabelle 22: Gesprächsanlässe

Information/Beratung: Gespräche, in deren Mittelpunkt die Orientierung und Weitergabe von Informationen, z.B. zu Anbietern von Hausnotrufsystemen oder Mittagstischen, stehen. Ziele sind die Entwicklung von Lösungsstrategien, die Entscheidungsfindung und die Planung von Handlungen.

Entlastungsgespräche: Gespräche, die der Entlastung und Stabilisierung dienen, bspw. das ausführliche Darlegen von belastenden oder kritischen Ereignissen und Situationen. Diese Ereignisse können unter Umständen auch weiter in der Vergangenheit liegen. Die Seniorinnen und Senioren finden für ihre Sorgen einen Gesprächspartner oder vertrauen sich im Gespräch den Beraterinnen an und entlasten sich somit. Eine aktive Entwicklung von Lösungsstrategien wird nicht angestrebt, im Vordergrund steht das Zuhören.

Krisenintervention: Gespräche, die der Deeskalation akuter oder potenzieller Gefährdungssituationen dienen. Es besteht dringender Hilfe- und Handlungsbedarf.

Kontakthalten: Gespräche, die dazu dienen, mit Seniorinnen und Senioren in Kontakt zu bleiben. Ziel ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung und die Vermittlung eines Sicherheitsgefühls.

Sonstiges: Gespräche, die nicht den oben genannten Gesprächstypen zuzuordnen sind. Ein Beispiel wären die Gratulationsbesuche in Ulm.

Die Auswertungen zeigen, dass in der Mehrzahl der Fälle eine umfassende Information und Beratung der Seniorinnen und Senioren, wie sie das Konzept von PräSenZ vorsah, über den Beratungsverlauf hinweg erfolgte (siehe Tabelle 23). In Ulm zeigt sich darüber hinaus für das Erstgespräch eine Besonderheit. Die Kategorie „Sonstiges“ ist hier mit 48 Nennungen (20 %) weit häufiger vertreten als in den Projektkommunen Neuweiler und Rheinfelden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass hier unter anderem Gespräche dokumentiert wurden, die ausschließlich den Charakter eines Gratulationsbesuches hatten, also keine weiterführende Beratung und Information in dem Hausbesuch erfolgte.

Im Beratungsverlauf gewann der Gesprächstypus „Kontakthalten“ an Bedeutung. Im Gespräch mit Seniorinnen und Senioren zu bleiben, insbesondere wenn vulnerable Gesundheits- und Lebenssituationen vorlagen, war Teil des Konzeptes und sollte von den Beraterinnen im Rahmen der Anforderungen der „Proaktivität“ aktiv umgesetzt werden. Darüber hinaus hatten die Zweit- und Drittgespräche vermehrt den Charakter von „Entlastungs- und Krisengesprächen“. Für die 17 Personen mit mehr als drei Beratungskontakten liegen zu diesem Aspekt keine Auswertungen vor. Die Verteilung der Gesprächsanlässe im Projektverlauf kann Tabelle 23 entnommen werden.

Gesprächsanlässe	1. Beratungs-kontakt (n=699)		2. Beratungs-kontakt (n=267)		3. Beratungs-kontakt (n=103)	
Information/ Beratung	567	81 %	131	49 %	37	35 %
Entlastungsgespräch	25	3,6 %	27	10 %	22	21 %
Krisenintervention	17	2,4 %	23	9 %	8	7 %
Kontakthalten	9	1,3 %	61	23 %	19	18 %
Sonstiges	64	9 %	20	7,5 %	15	15 %
keine Angabe	17	2,4 %	5	2 %	2	2 %

Tabelle 23: Gesprächsanlässe im Projektverlauf

Beratungs- und Gesprächsthemen

Eine Annäherung an die Beratungs- und Gesprächsinhalte erlaubt die Auswertung der in den Beratungsdokumentationen stichwortartig dokumentierten Beratungsinhalte. Die Dokumentation erfolgte im Freitext. Vereinbart war, die Themenbereiche des Einschätzungsbogens zu nutzen. In der Sichtung der Daten zeigte sich, dass die offene Gestaltung der Antwortmöglichkeiten nur eine Annäherung an die Beratungs- und Gesprächsinhalte erlaubt. Die Auswertung zeigt daher nur die inhaltlichen Schwerpunkte und Tendenzen der Beratungen.

Der Schwerpunkt der Beratungen und Gespräche lag in allen drei Modellkommunen im Themenblock „gesundheitliche Situation/medizinische und pflegerische Versorgung“, gefolgt von den Themen „psychosoziale Situation“ und „hauswirtschaftliche Hilfen/Nachbarschaftshilfen/Ehrenamt“. Beratungsthemen mit überraschend wenigen Nennungen sind: „Angehörigenpflege und -erkrankung“, „Demenz/Gedächtnis“ sowie „kommunale Ansprechpartner“. Einen Überblick zu den häufigsten Beratungs- und Gesprächsinhalten insgesamt und in den drei Kommunen gibt Tabelle 24.

Der Blick in die Auswertung zu den Inhalten weist darüber hinaus darauf hin, dass die tendenzielle Häufigkeit der Beratungs- und Gesprächsthemen über die Modellkommunen hinweg vergleichbar ist. Spitzenreiter, Mittelfeld und Schlusslichter bei der Anzahl der Nennungen sind mit wenigen Ausnahmen in den Kommunen die gleichen Themen. Tendenziell unterschiedliche Häufigkeiten der Nennung gibt es lediglich für die Themen „finanzielle Aspekte/Sozialleistungen“, „psychosoziale Situation“ und „Mobilität/Transport“. In Neuweiler lag ein Schwerpunkt der Beratungen auf den Themen „finanzielle Aspekte/Sozialleistungen“ (14,6 %) und „psychosoziale Situation“ (20,7 %). In Ulm wurden vermehrt Beratungen zum Thema „Mobilität/Transport“ (8,5 %) und „soziale Kontakte“ (13 %) durchgeführt. Die Rückmeldung der Beraterinnen für Neuweiler war, dass unter dem Thema „finanzielle Aspekte/Sozialleistungen“ auch Beratungen zu Leistungen der Pflegeversicherung durchgeführt wurden. In Ulm war in einem Stadtteil der Verkehrsfluss aufgrund einer Vielzahl von Baustellen stark behindert. Dies wurde in den Gesprächen auch immer wieder Thema.

Beratungs- bzw. Gesprächsthemen	gesamt (n=1.890)		Neuweiler (n=493)		Rheinfelden (n=527)		Ulm (n=870)	
	Anzahl	und %	Anzahl	und %	Anzahl	und %	Anzahl	und %
gesundheitliche Situation/ med. und pflegerische Versorgung	521	27,6 %	138	28,0 %	146	27,7 %	237	26,6 %
psychosoziale Situation	257	13,6 %	102	20,7 %	62	11,8 %	93	10,5 %
hauswirtschaftliche Hilfen/ Ehrenamt/ Nachbarschaftshilfe	204	10,8 %	72	14,6 %	62	11,8 %	70	7,9 %
Wohnraumberatung	186	9,7 %	25	5,1 %	62	11,8 %	99	11,1 %
finanzielle Aspekte/ Sozialleistungen	160	8,5 %	72	14,6 %	43	8,2 %	45	5,1 %
Kontakte/ Teilhabe	158	8,3 %	15	3,0 %	27	5,1 %	116	13,0 %
Vorsorge/ rechtliche Fragen	112	5,9 %	29	5,9 %	27	5,1 %	56	6,3 %
Mobilität/ Transport	95	5,0 %	5	1,0 %	14	2,7 %	76	8,5 %
Hilfsmittel	70	3,7 %	17	3,4 %	32	6,1 %	21	2,4 %
Sonstiges	49	2,6 %	7	1,4 %	24	4,6 %	18	2,0 %
kommunale Ansprechpartner/ besondere Fragestellungen	24	1,3 %	7	1,4 %	11	2,1 %	6	0,7 %
Demenz/Gedächtnis	20	1,1 %	1	0,2 %	2	0,4 %	17	1,9 %
Angehörigenpflege, -erkrankung	15	0,8 %	1	0,2 %	7	1,3 %	7	0,8 %
Tod/Sterben/Alter	14	0,7 %	1	0,2 %	7	1,3 %	6	0,7 %
Ziele/Zukunft	5	0,3 %	1	0,2 %	1	0,2 %	3	0,3 %

Tabelle 24: Anzahl der Beratungsthemen gesamt und nach Projektkommunen

Bedarfe der Seniorinnen und Senioren

Die Einschätzung der Beraterinnen im Workshop war, dass in den Hausbesuchen eher eine umfassende Beratung geleistet werde. Nur wenige Seniorinnen und Senioren hätten bereits zu Beginn der Gespräche eine konkrete Fragestellung. Dies könne sich jedoch im Laufe des Gesprächs- und Projektverlaufs ändern. Darüber hinaus war die Einschätzung, dass bei den älteren Seniorinnen und Senioren (80+) festzustellen sei, dass hier eher schon konkreter Handlungs- bzw. Hilfebedarf bestehe, auch weil ab einem Lebensalter von ca. 80 Jahren oftmals

eine Verschlechterung der Gesundheits- und Lebenssituation stattfindet. Bei den jüngeren Seniorinnen und Senioren (75-80 Jahre) hingegen bestehe eher Bedarf an Beratung und Information. Generell seien die Bedarfe bei den Jüngeren eher dem präventiven Spektrum zuzuordnen. So gehe es hier bspw. darum, eine aktive Auseinandersetzung mit altersbezogenen Themen zu fördern, da dies in diesem Alter oftmals noch nicht stattfindet.

Ein weiterer Aspekt, der von den Beraterinnen in Zusammenhang mit der umfassenden Information und Beratung gesehen wurde, ist die Gefahr eines „Informations-Overloads“. Damit ist ein Übermaß an Information gemeint, das vom Adressaten, im Falle der präventiven Hausbesuche also die Seniorinnen und Senioren, nicht angemessen verarbeitet werden kann. In den Interviews berichteten die Beraterinnen von solchen Situationen, die in Einzelfällen eingetreten seien. Die Beraterinnen empfahlen sich in diesen Fällen als Ansprechpartnerin bei etwaigem, zukünftigem Bedarf oder weiteren Fragen bspw. über das Aushändigen einer Visitenkarte.

Informationssammlung und Strukturierung der Beratungsgespräche mittels Frage- und Einschätzungsbogen

Das Rahmenkonzept sah für die Beratungen in den präventiven Hausbesuchen zur Unterstützung der dem Beratungsprozess zugrundeliegenden Informationssammlung den Einsatz eines Gesprächsleitfadens oder Einschätzungsbogens im Sinne eines Assessments vor (siehe Kapitel 4.2.4). Zum Teil war zu Beginn des Projekts Skepsis gegenüber dessen Einsatz bei den Beraterinnen und Projektverantwortlichen vorhanden. Dies gründete vor allem in den darin enthaltenen teils intimen oder persönlichen Fragen und der Vielzahl der Fragen (siehe Anhang).

Der Einsatz des Gesprächsleitfadens lag im Ermessen der Beraterinnen, ebenso die Auswahl der Themenbereiche im Gespräch. Die Auswertungen zeigen, dass die Beraterinnen diesen Spielraum in den Beratungsgesprächen individuell nutzten. Insgesamt gingen im DIP 494 ausgefüllte Frage- und Einschätzungsbögen aus den drei Modellkommunen zur Auswertung ein (Neuweiler n = 138, Rheinfelden n = 247, Ulm n = 109). Bei ca. 340 Personen hatten die Beraterinnen den Leitfaden zur umfassenden Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation genutzt, bei ca. 150 Personen ausschließlich zur Erfassung der persönlichen Daten. Ausgehend von der Prämisse, dass der Leitfaden im ersten Hausbesuch zum Einsatz kam, ergibt dies eine durchschnittliche Einsatzrate von 56 % in den ersten Hausbesuchen (n = 606). In Neuweiler wurde der Frage- und Einschätzungsbogen bei ca. 80 % der ersten Hausbesuche eingesetzt, in Ulm bei ca. 50 % und in Rheinfelden bei ca. 40 %. Wenn der Gesprächsleitfaden eingesetzt wurde, dann wurden die dort aufgeführten Themenbereiche umfassend mit den Seniorinnen und Senioren besprochen.

Zu Beginn der Arbeit in den Hausbesuchen bereitete der Einsatz des Leitfadens den Beraterinnen Schwierigkeiten. Das aktive Einbringen und Ansprechen der Themen wurde als unpassend erlebt. Vielmehr hatten die Beraterinnen die auf einem klassischen Beratungsverständnis fußende Vorstellung, die Gesprächsinhalte (ausschließlich) an den geäußerten Fragen und Bedarfen der Seniorinnen und Senioren zu orientieren. Oftmals wurde gerade zu Beginn des Projektes von einem „Abarbeiten“ des Leitfadens gesprochen. Mit zunehmender Beratungserfahrung wurden der Nutzen und die Möglichkeiten des Leitfadens anders bewertet. Er wurde von

den Beraterinnen zusehends bewusst explizit oder implizit zur Gesprächsstrukturierung eingesetzt. Die Themenbereiche des Leitfadens dienten dann als Orientierungsgröße oder Richtschnur. Ausschlaggebend war er dann als Gedächtnisstütze und als impliziter Überblick über sämtliche wichtige und mögliche Themen. So konnten in der jeweiligen Gesprächssituation die Interessen der besuchten Seniorinnen und Senioren wie auch die seitens der Beraterinnen als relevant eingeschätzten Themen gleichermaßen berücksichtigt werden.

In der Einschätzung der Beraterinnen ist die Reaktion der Seniorinnen und Senioren auf den Einsatz des Gesprächsleitfadens wiederum abhängig vom eigenen Umgang damit und der Art der Anwendung durch die Beraterinnen. Der mit zunehmender Erfahrung der Beraterinnen situationsabhängige Umgang mit dem Leitfaden wurde nach Einschätzung der Beraterinnen von den Seniorinnen und Senioren als gut und passend erlebt. In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen zum Rollenverständnis der Beraterinnen im Verlauf dieses Kapitels verwiesen. Insbesondere als anfängliche explizite Hilfestellung und Leitfaden für die Beratungsgespräche kommt dem Einschätzungsbogen aus Sicht der Beraterinnen eine wichtige Funktion zu. Für unerfahrene oder zukünftige Beraterinnen wurde das Instrumentarium als gesprächsstrukturierende Hilfe zur Gestaltung der Inhalte und des Prozesses weiterempfohlen.

Im Projektverlauf zeigte sich zudem, dass die Seniorinnen und Senioren sehr offen für intensive Gespräche und ein umfassendes Interesse an ihrer Gesundheits- und Lebenssituation waren. Diese Offenheit zeigte sich nicht nur bezüglich der im Gesprächsleitfaden enthaltenen Fragen, sondern auch in Bezug auf sehr persönliche Erfahrungen und Ereignisse in ihrem Leben, die sie den Beraterinnen freimütig schilderten. Dabei wurden die Beraterinnen zunehmend als neutrale, vertrauenswürdige Instanz gesehen. Zur Verdeutlichung werden einige Auszüge aus den Interviews mit den Beraterinnen aufgeführt:

„Je nachdem, oft erzählen die Leute auch ganz viel von sich selber, dass man gar nicht so nachfragen muss.“ (Int. 14, Abs. 16)

„Die hat mir dann sogar eine Geschichte erzählt, die sie noch keinem Menschen außer ihrem Hausarzt erzählt hat.“ (Int. 11, Abs. 73)

„Was mich immer wieder sehr verblüfft hat, war, mit welchen Themen die Leute selbst eingestiegen sind. Dass manche sehr persönliche Dinge erzählt haben, Erlebnisse, die sie mal sehr beschäftigt haben und eventuell traumatisch waren. Das hat mich oft sehr bewegt. Leute, die ich nicht kenne, wenn ich komme und mich vorstelle und die Plattform biete und das Projekt vorstelle, dass dann beim Erstbesuch schon solche Themen kommen.“ (Int. 2, Abs. 42)

In einem anderen Beispiel wird geschildert, dass die Beraterin als jemand angesehen wird, dem die Seniorinnen und Senioren Geschichten und Ereignisse erzählen „dürfen“, die sie beschäftigen, die sie ihrem direkten Umfeld aber nicht (mehr) zumuten möchten:

„Und wissen Sie, Ihnen kann ich es ja erzählen, meine Kinder können es nicht mehr hören.“ (Int. 11, Abs. 91)

Die bereits in Kapitel 7.1.1 zitierten Aussagen aus den Telefoninterviews mit den Beratern zur Beratungszeit erlauben zudem den Schluss, dass mit den Äußerungen zum Zeitaufwand für einen Beratungsbesuch nicht nur die Dauer angesprochen, sondern auch die umfassende inhaltliche Beratung herausgehoben wurde. Hier äußerten sich die Seniorinnen und Senioren

sehr zufrieden. Zwei Seniorinnen gaben zu bedenken, dass die Inhalte, die während eines präventiven Hausbesuches angesprochen werden, zum Teil sehr intim seien und nicht jede Seniorin oder jeder Senior darüber sprechen möchte.

„Das muss jeder selber entscheiden, ob er so auskunftsfreudig ist.“ (Telln_42)

„Sind halt Dinge dabei,... die niemanden was angeht. Medikamente oder ärztliche Dinge.“ (Telln_39)

7.2.2 Beratungs- und Rollenverständnis

Grundlage des PräSenZ-Beratungskonzeptes ist ein systemisch-lösungsorientiertes Beratungsverständnis, also ein Ansatz, der Selbstreflexion unterstützt und damit Chancen und Handlungsräume eröffnen soll (siehe Kapitel 4.2.6). Inwiefern die Umsetzung dieses Beratungsverständnisses, das maßgeblich vom Rollenverständnis der Beraterinnen geprägt wird, gelungen ist, wird in folgenden Ausführungen dargelegt.

Die Beschreibung eines guten bzw. „gut gemachten“ Hausbesuches lässt eine Annäherung an das zugrundeliegende Beratungs- und Rollenverständnis der Beraterinnen zu. Die Ausführungen hierzu sind keine erschöpfende Beschreibung, sondern sie dienen vielmehr der Illustration dieser beiden Aspekte. Der Verlauf eines guten Hausbesuches kann grob in sechs Phasen aufgeteilt werden:

1. Begrüßung, Kennenlernen und in Kontakt kommen
2. Wohn- und Lebenssituation sowie Verfassung der Seniorinnen und Senioren wahrnehmen
3. Kennenlernen/Smalltalk
4. generelle Informationen
5. Identifikation der für die Seniorinnen und Senioren wichtigen Themen (nach Erfahrung; Präferenzen der Seniorinnen und Senioren wichtig; Zuhören)
6. spezifische Beratung zu diesen Themen

Bereits in der ersten und zweiten Phase nehmen die Beraterinnen schon beim Begrüßen und Kennenlernen der Seniorinnen und Senioren und beim Betreten des Grundstückes/der Wohnungen erste Hinweise auf die Wohn- und Lebenssituation wahr. Dabei geht es in dieser Phase noch nicht um eine vollständige oder systematische Erfassung, sondern eher um ein intuitiv geschehendes, ungerichtetes Wahrnehmen dessen, was sich den Beraterinnen beim Betreten der Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren (z.B. Grundstück, Vorgarten, Haus, Wohnung, Einrichtung, Auffälligkeiten, Gerüche etc.) und dem Begrüßen der Seniorinnen und Senioren (z.B. Sprache, Gang, Kleidung, Frisur etc.) zeigt. Daran schließt sich die dritte Phase des Kennenlernens oder Smalltalks an, die dazu dient, miteinander in Kontakt zu kommen, ggf. Anspannungen zu reduzieren und eine freundliche und offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen. In einer vierten Phase werden dann Informationen eher allgemeiner Natur vermittelt, bspw. indem Ziel und Sinn des Besuchs erläutert und erste Informationsmaterialien überreicht werden. In Phase fünf werden implizit für die Seniorinnen und Senioren wichtige Themen identifiziert. Implizit deshalb, weil Erfahrung und Intuition hier als wichtige Beratungskompetenzen beschrieben werden. Ein „gut gemachter“ Besuch setzt entsprechende Erfahrung vo-

raus. Die Gesprächsführung ist zielgerichtet und gleichzeitig offen für die Anliegen der Besuchten, das „Abarbeiten“ des Gesprächsleitfadens bleibt im Hintergrund. Stattdessen gewinnt das intuitive, routinierte und flexible auf Präferenzen, Angebote und Fragen der Seniorinnen und Senioren reagierende Vorgehen an Bedeutung. Zugleich werden weitere mögliche Themen seitens der Beraterin bei Bedarf sondiert und im Hinblick auf Relevanz erkundet. In Phase sechs beraten die Beraterinnen die Seniorinnen und Senioren dann zu den identifizierten Themen und besprechen gemeinsam mit ihnen mögliche Herangehensweisen oder Lösungsmöglichkeiten zu erkannten Risiko- oder Problemlagen. Dazu werden insbesondere auch die erkannten Ressourcen und bestehenden bzw. potenziellen Netzwerke der Seniorinnen und Senioren einbezogen.

Ergänzend zu den Ausführungen zum Beratungsverständnis wurden in den Interviews mit den Beraterinnen folgende Aspekte des umfassenden Rollenverständnisses geschildert, die nach Einschätzung der Beraterinnen eine besondere Bedeutung für die Gestaltung des Beratungsprozesses haben. Die Rolle wird bestimmt vom Respekt vor dem Willen und der Selbstständigkeit der Besuchten. In diesem Kontext verstanden sich die Beraterinnen vor allem als Impulsgeberinnen und Brückenbauerinnen und stellten so ein wichtiges Bindeglied zwischen den älteren Bürgerinnen und Bürgern und der Kommune her.

Respekt vor dem Willen und den Präferenzen der Seniorinnen und Senioren: Das Akzeptieren der Entscheidungen der Seniorinnen und Senioren, Vorschläge bzw. Hilfeangebote der Beraterinnen nicht anzunehmen, wurde als Lernprozess beschrieben. Im Vordergrund steht dabei die Haltung, die beratene Person mit ihren Erfahrungen unbedingt zu respektieren. Die Beraterinnen sehen sich, wie unten beschrieben, als „Brückenbauerin“ – inwiefern die Brücke besritten wird, kann nur zu einem gewissen Teil beeinflusst werden. In Situationen keine „Gewissensbisse“ zu haben, in denen Beratene sich gegen Hilfen bzw. Unterstützungsmöglichkeiten entschieden haben, die aus Sicht der Beraterinnen geboten gewesen wären, wurde teilweise auch als Ergebnis eines Lernprozesses beschrieben.

Impulsgeberinnen und Brückenbauerinnen: Ein Aspekt des Rollenverständnisses der Beraterinnen lässt sich zusammenfassend als Impulsgeberinnen beschreiben. In weiteren Beschreibungen dieses Aspekts wurden die Formulierungen „Begegnung schaffen“ und „Auslöser des Miteinander-Redens“ verwendet. Diese Aspekte beziehen die Beraterinnen zum einen auf die Mikroebene, also auf den direkten Kontakt mit den Seniorinnen und Senioren in der Beratungssituation; andererseits ist damit auch die Meso- oder Makroebene gemeint, insbesondere bezüglich des Auslösens des Miteinander-Redens. Gemeint wurde hier eine indirekte, auch als systemisch zu beschreibende Rolle als Impulsgeberin oder Initiatorin in der Kommune als Ganzes, indem eine Auseinandersetzung mit dem Thema Älterwerden angestoßen wird.

Die in der Überschrift dieses Abschnittes erwähnte Metapher des Brückenbauens ist nur eine der von den Beraterinnen verwendeten Formulierungen zur Beschreibung ihres Rollenverständnisses. Eine dem Bauen von Brücken sehr ähnliche Beschreibung ist die des Aufzeigens von Wegen. Sowohl das Bauen von Brücken als auch das Aufzeigen von Wegen beinhalten einen wichtigen Aspekt: Aufgabe der Beraterinnen ist es, Möglichkeiten und Optionen, z.B. für die der jeweiligen Situation der Seniorin oder des Seniors angemessene Hilfe und Unterstützung in der Nähe, aufzuzeigen, also den Lösungs- und Handlungsraum zu erweitern. Ob die

beratenen Seniorinnen und Senioren die Brücke oder den Weg beschreiten, bleibt hingegen ihnen selbst überlassen. Die Beraterinnen stehen als Begleiter zur Verfügung.

Bindeglied zwischen Bürgerschaft und Kommune: Ein anderer Aspekt des Brückenbaus ist der des Rollenverständnisses als Bindeglied zwischen Bürgerschaft und Kommune. Die Beraterinnen sehen sich hier nicht nur als Erbringerinnen einer personenbezogenen Dienstleistung, sondern auch als die Verbindung der Kommune zu den Bürgerinnen und Bürgern. Zum einen stellen sie einen direkten Draht von der Kommune zu den Beratenen dar, indem Informationen zu den Seniorinnen und Senioren gelangen und die Kommune für sie sozusagen „ein Gesicht“ bekommt. Andererseits geht es auch um die Verbindung der Bürgerinnen und Bürger zur Kommune. Die Beraterinnen fungieren gewissermaßen als „Augen und Ohren“ für Bedürfnisse und Sichtweisen der Bürgerinnen und Bürger (siehe Kapitel 7.3).

7.2.3 Aufgabenspektrum der Beraterinnen

Die Aufgaben der Beraterinnen in PräSenZ leiten sich aus den Zielen des Vorhabens ab. Einerseits beinhaltete dies die Vorbereitung, Durchführung und Einbindung der präventiven Hausbesuche in die kommunalen Landschaften, andererseits den Aspekt, sich bei der Initiierung und Umsetzung von Möglichkeiten zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements einzubringen.

Die Beraterinnen arbeiteten im Projekt weitestgehend selbständig, hatten also einen großen Gestaltungsspielraum. Zu diesen selbständig ausgeführten Aufgaben gehörten neben den unmittelbaren Hausbesuchen auch die Organisation derselben, die Vorbereitungen und Terminvereinbarung, Kontaktaufnahme mit den Seniorinnen und Senioren sowie die Nachbereitung und Dokumentation. Eine Abstimmung mit den Projektverantwortlichen fand vor allem zu Beginn des Projektes bezüglich der konzeptionellen Gestaltung und der Auswahl und Kontaktaufnahme mit relevanten Kooperationspartnern statt. In der Folge entwickelte sich in den Modellkommunen nach den Gegebenheiten und Möglichkeiten unterschiedliche Regelkommunikation zwischen Projektverantwortlichen und Beraterinnen.

Innerhalb der jeweiligen Modellkommunen war damit das Aufgabenspektrum der Beraterinnen im Rahmen der präventiven Hausbesuche und hinsichtlich der Initiierung des bürgerschaftlichen Engagements zum Ende der zweiten Projektphase weitgehend geklärt. Unterschiede ergaben sich im Vergleich der einzelnen Kommunen. Welche Tätigkeiten die Beraterinnen über die präventive Beratung und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements hinaus zu ihren Aufgaben zählten oder im Einzelfall leisteten bzw. nicht leisteten, wird nachfolgend dargestellt (siehe Tabelle 25). Dazu wurden beispielhaft einzelne Aufgabenbereiche ausgewählt, die Grenzbereiche der Arbeit in PräSenZ darstellen. Dies bedeutet, sie können im Rahmen von PräSenZ mit bearbeitet werden, im Regelfall werden sie jedoch von anderen Stellen oder Angehörigen geleistet.

Tätigkeit/Aufgabenbereich	Aufgabe der Beraterinnen...		
	ja	nein	im Einzelfall
Beratung zu Pflegegraden	● ◆ □		
Vorbereitung zur MDK-Einstufung	● ◆		□
Trauerbegleitung			● ◆ □ (Entlastungsgespräche)
Anstoßen und Durchführen von Projekten zur Verbesserung der Infrastruktur	● ◆ □		
Hilfen leisten (Fahrdienste, Stolperfallen selbst beseitigen, Einkaufen begleiten)			● ◆ □ (abh. von Art der Hilfe)
Längerfristige Begleitung: niedrigschwelliges Case Management	● ◆	□	
Hilfen für die Seniorin/den Senior organisieren (Beraterin übernimmt Kommunikation, Antrag ausfüllen)	● ◆	□	

Legende: ● Rheinfelden; ◆ Neuweiler; □ Ulm.

Tabelle 25: Grenzbereiche der Arbeit der Beraterinnen in PräSenZ

Beratung zu Pflegegraden: Dieser Beratungsaspekt wurde, wenn er dem Bedarf der Seniorinnen und Senioren entsprach, in allen Modellkommunen im Rahmen von PräSenZ geleistet. In Neuweiler übernahm die Beraterin mit pflegfachlicher Qualifikation auch eine bedarfsbezogene Beratung zu anderen pflegerischen Themen.

Vorbereitung zur MDK-Einstufung: In Rheinfelden und Neuweiler waren die Beraterinnen zudem in MDK-Einstufungen involviert. Das umfasste in Einzelfällen auch die Anwesenheit beim Einstufungsbesuch. In Ulm waren die Beraterinnen eher nicht in diesem Aufgabenbereich involviert, sondern gaben diesbezüglich nur allgemeine Hinweise zu Fragen der MDK-Einstufung.

Trauerbegleitung: Trauerbegleitung im Sinne eines professionellen Angebotes wurde von den Beraterinnen in allen Kommunen nicht als ihre Aufgabe gesehen. Bei Bedarf von Trauerbegleitung wurde an spezialisierte Anbieter vermittelt. Im Sinne eines Entlastungsgesprächs wurden die Beraterinnen in Einzelfällen hier aber tätig.

Anstoßen und Durchführen von Projekten zur Verbesserung der Infrastruktur: Wurde in allen drei Kommunen als Aufgabe der Beraterinnen gesehen.

Hilfen leisten: Diese Tätigkeit ist abhängig von der Art der Hilfe. Kleine Hilfen im Haushalt, wie das Einrollen eines Teppichs oder das Umstellen kleiner Gegenstände, wurden geleistet. In Rheinfelden und Neuweiler wurden in Einzelfällen auch kleinere Hilfen außerhalb des Hauses, wie Brötchen mitbringen oder einen Brief einwerfen, geleistet. Betont wurde hier, dass es sich

um Ausnahmefälle handelte, in denen diese Hilfen bei vorhandenen zeitlichen Ressourcen und ohne großen Aufwand erbracht werden konnten. Hilfen wie Fahrdienste oder Begleitung zum Einkaufen wurden in keiner Kommune als Aufgaben der Beraterinnen gesehen.

Längerfristige Begleitung im Sinne eines niedrigschwelligen Case Management: In Ulm fiel dies nicht in den Aufgabenbereich der Beraterinnen. Hier existieren entsprechende angrenzende Dienste, die diese Aufgaben übernehmen und an die von den Beraterinnen übergeleitet wurde. In Rheinfelden und Neuweiler existierten hier Versorgungslücken, die die Beraterinnen füllten und Personen längerfristig begleiteten, die sonst keine entsprechende Unterstützung bekommen hätten. Neben der reinen Informationsvermittlung und Beratung gehört in Einzelfällen das Auffangen von Personen, die „durch das Versorgungsraaster fallen“ zu den Aufgaben der Beraterinnen. Die Kommune wird hier in einer „moralischen Verpflichtung“ gesehen, in solchen Fällen auch außerhalb eines rein präventiven Beratungsspektrums zu agieren.

Hilfen organisieren: Unter der Organisation von Hilfen wird hier bspw. das Ausfüllen von Anträgen mit der Seniorin oder dem Senior oder die Kommunikation mit anderen Diensten für die Seniorin oder den Senior verstanden. In Ulm werden solche Tätigkeiten nicht eigenständig erbracht, stattdessen werden entsprechende angrenzende Dienste beauftragt. In Rheinfelden und Neuweiler zählen sie hingegen zum Aufgabenspektrum.

Interpretation der Ergebnisse

Im Analyserahmen sind die Erkenntnisse zum Beratungsprozess auf der Mikro- und Makroebene im Bereich der Prozessqualität verortet und können den Evaluationszielen Darlegung der Machbarkeit und des Nutzens zugeordnet werden.

Deutlich wird, dass die präventiven Hausbesuche sowohl in ihrem Charakter als auch inhaltlich präventiv ausgerichtet sind. Die Bedarfe der Besuchten erscheinen eher unspezifisch. Dies legt nahe, dass die Beraterin ein Gesprächsangebot mitbringen muss. Der Gesprächsleitfaden lässt sich als Sammlung solcher Angebote verstehen. Gleichzeitig zeigt sich in den Interviews, dass genügend Raum für Anliegen und Gedanken der Seniorinnen und Senioren in den Hausbesuchen als ein Schlüsselement der gelungenen Beratung angesehen wird. In den Interviews und im Workshop war die Sensibilisierung, das Erweitern des Möglichkeitsspektrums und das gemeinsame Annähern an Möglichkeiten und Lösungen ein zentraler Punkt. Es wurde als Bauen von Brücken, Aufzeigen von Wegen, Schaffen von Begegnung, des Auslösens eines Miteinander-Redens und Impulsgeben bezeichnet. Die Beraterinnen erachteten es in diesem Zusammenhang als sehr wichtig, bewusst den Themen der Seniorinnen und Senioren Raum zu geben und flexibel auf mitunter intuitiv erkannte Bedarfe der Seniorinnen und Senioren reagieren zu können. Dieses raumgebende, respondierende Moment könnte als ein intuitives wie professionelles, von Erfahrung, Gespür und Kompetenz geleitetes Reagieren und Agieren beschrieben werden. Die Fähigkeit, im Hausbesuch auch professionell agieren zu können, entstammt der Notwendigkeit, ein solches Gespräch bewusst steuern zu können, um vor dem Hintergrund der Zeitressourcen zu einem guten Ausgleich zwischen den Mitteilungen seitens der Besuchten und den als wichtig erachteten Themen der Beraterinnen zu kommen. Im Sinne der systemischen Lösungsorientierung war es das Bestreben der Beraterinnen, keine Lösungen von außen vorzugeben, sondern diese gemeinsam mit den Seniorinnen und Senioren unter

Beachtung ihrer Präferenzen zu finden. Dies beinhaltet in jedem Fall die Achtung des Willens, der Entscheidungen und der Privatsphäre der Älteren.

Zum Aufgabenspektrum der Beraterinnen lässt sich feststellen, dass dieses abhängig von der jeweiligen versorgungsrelevanten Infrastruktur und den im Versorgungssystem bestehenden und verfügbaren Angeboten war (siehe Kapitel 7.3). Die Beratungsleistung gestaltete sich im Zusammenspiel mit den vorhandenen Angeboten. Das bedeutet auch, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen des Gestaltungsspielraumes in den einzelnen Kommunen u.a. durch das vorhandene oder fehlende Leistungsspektrum angrenzender niedrigschwelliger oder professioneller Dienste ergaben. Daher ist eine gelingende Interdependenz und Steuerung zwischen fallbezogenem Case Management und strukturbezogenem Care Management von großer Bedeutung für die Schaffung von Nachhaltigkeit in den Kommunen.

Die Erkenntnisse zum Beratungsprozess, zum Rollenverständnis und zum Aufgabenspektrum der Beraterinnen in PräSenZ erlauben die Schlussfolgerung, dass die wissenschaftsgeführte Vorbereitung und Ausgestaltung dieser Bausteine einen wichtigen Beitrag zur Zielerreichung des Modellvorhabens geleistet haben. Den Entscheidungs- und Handlungsspielraum der Seniorinnen und Senioren vor dem Hintergrund einer gesundheitsförderlichen wie präventiven Perspektive ausdrücklich zu erweitern, ist ein zentraler Punkt im Beratungs- und Rollenverständnis der Beraterinnen. Die spezifische Ausgestaltung des Angebotes der präventiven Hausbesuche im Abgleich mit der vorhandenen Versorgungslandschaft ist in unterschiedlicher Art, aber jeweils mit großem Engagement in den Modellkommunen erfolgt.

7.3 Kommunale Einbindung und regionalen Vernetzung

Im nachfolgenden Kapitel werden die Erkenntnisse zur kommunalen Einbindung des Modellvorhabens PräSenZ und den Voraussetzungen bzw. Anforderungen der regionalen Vernetzung dargelegt. Dabei geht es zunächst um die Beschreibung, wo und wie das neue Beratungsangebot in die Verwaltungs- und Angebotsstrukturen der Modellkommunen eingebunden wurde und welche Effekte nach Einschätzung der Akteure daraus für die seniorenbezogene Infrastrukturentwicklung resultierten. Daran schließt sich die Darstellung der Netzwerkarbeit aus Sicht der Akteure an. Abschließend erfolgt die zusammenfassende Interpretation der Erkenntnisse.

Die dargelegten Erkenntnisse basieren auf den Einzelinterviews mit den Projektverantwortlichen und den Beraterinnen sowie den Protokollnotizen der wissenschaftlichen Begleitung.

Kommunale Einbindung

Von zentraler Aussagekraft bei der Beantwortung der Frage, wo und wie das neue Beratungs- und Informationsangebot von PräSenZ angesiedelt worden ist, ist die Beschreibung des Sitzes der Projektverantwortung und -leitung in den Kommunen. In der Kommune Ulm, die aufgrund ihrer Einwohnerzahl einen eigenen Stadtkreis bildet und die damit verbundenen großstädtischen Verwaltungsstrukturen aufweist, teilten sich die Leitung und die stellvertretende Leitung des Bereiches Altenhilfeplanung/Altenhilfekoordination die Aufgabe der verantwortlichen Projektleitung. Organisatorisch ist dieser Bereich eingebunden in die Abteilung Soziales des Fachbereiches Bildung und Soziales, dem unter anderem auch die Pflegestützpunkte und

das Fallmanagement Hilfe zur Pflege zugeordnet sind. Hierdurch war eine fachlich/inhaltliche Anbindung an angrenzende Bereiche der Seniorenarbeit von vornherein gegeben.

Auch in der Modellkommune Rheinfelden, die als Kreisstadt ebenfalls eine fachbezogene Organisationseinheit in ihrem Verwaltungsaufbau aufweist, war durch die Zuordnung der Projektverantwortung an die Leiterin des Amtes für Familie, Jugend und Soziales ein fachlicher Austausch gegeben. Darüber hinaus war in Rheinfelden durch die Personalkooperation mit den kirchlichen Sozialstationen des Caritasverbandes Hochrhein gGmbH und des Caritasverbandes Hochrhein e.V. – die Stadt Rheinfelden hatte einen Vertrag zur Überlassung der Beraterinnen für die Projektzeit mit diesen – bereits die Kooperation mit wichtigen Stakeholdern der kommunalen Seniorenarbeit gesichert.

Im Unterschied zu den Verwaltungsstrukturen in Ulm und Rheinfelden gab es dagegen in der Gemeinde Neuweiler in der kommunalen Verwaltung keine fachbezogene Unterstruktur, die eine fachliche Angliederung der Beraterinnen ermöglicht hätte. Projektleiter und Ansprechpartner für alle Fragen im Zuge des Aufbaus und der Etablierung des neuen Beratungs- und Informationsangebotes der Kommune war hier der Bürgermeister. Darüber hinaus standen den Beraterinnen für die strategische Ausrichtung und die Prozessgestaltung Vorstandsmitglieder des Bürgervereins „Miteinander und Füreinander“ beratend zur Seite.

Während die Aufgabe der Projektverantwortlichen in den Projektphasen I und II schwerpunktmäßig in der Ausarbeitung eines Konzeptentwurfes zur Umsetzung des Rahmenkonzeptes in ihrer jeweiligen Kommune lag, galt es ab Phase III, die Beraterinnen strukturell und prozessbezogen zu unterstützen. Auf der strukturellen Ebene gehörte hier insbesondere die Einrichtung und Ausstattung eines geeigneten Arbeitsplatzes dazu. An allen drei Standorten entschieden sich die Projektverantwortlichen dazu, die Beraterinnenbüros in unmittelbarer räumlicher Nähe, d. h. im selben Gebäude unterzubringen, in dem auch ihr eigenes Büro lag. Auf der Prozessebene ging es darum, gemeinsam Aufgabenzuschnitte und Verantwortungsbereiche abzustimmen und die damit verbundenen Kommunikationserfordernisse und Abstimmungsbedarfe zu klären. Thematisch standen dabei Klärungen und Abstimmungen wesentlicher Prozesse zur Durchführung der präventiven Hausbesuche bzw. im Bereich „Initiierung und Umsetzung von Möglichkeiten zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements“, der kommunalen Öffentlichkeitsarbeit in Presse, Funk und Fernsehen sowie die Berichterstattung zum Projekt in den politischen Gremien der Kommunen im Fokus.

Die Abstimmungen geschahen anfangs vor allem in Rheinfelden und Ulm im Rahmen regelmäßig stattfindender Treffen (jour fixe). Zu Beginn des Projektes fanden diese häufiger statt. Im späteren Verlauf wurden die Intervalle zwischen den einzelnen Treffen länger. Da die Beraterinnen zu diesem Zeitpunkt in der Durchführung der Hausbesuche bereits eine gewisse Routine erreicht hatten, wurde das von den Beteiligten nicht als Nachteil gesehen. Weiterhin standen die Projektverantwortlichen für sich spontan ergebende Nachfragen der Beraterinnen zur Verfügung. Insgesamt arbeiteten die Beraterinnen in allen Kommunen weitgehend selbständig. In Neuweiler bearbeiteten und entschieden die Beraterinnen in grundsätzlicher Übereinstimmung mit dem Bürgermeister auch strategische und konzeptionelle Fragen der Projektgestaltung.

Nach der Bedeutung der räumlichen Anbindung und der Möglichkeit des fachlichen Austausches befragt, betonten die Beraterinnen und die Projektverantwortlichen die Wichtigkeit dieser beiden Aspekte für die gelingende Arbeit.

Mit der unmittelbaren räumlichen Anbindung an die Verwaltungsgebäude der Kommune sind aus Sicht der Beteiligten mehrere Vorteile verbunden. Durch kurze Wege zwischen den Büros werden Kommunikationswege verkürzt und es ergeben sich immer wieder Gelegenheiten zum spontanen Austausch. Dies gilt nicht nur für die Zusammenarbeit mit den Projektverantwortlichen, sondern auch für den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus fachlich angrenzenden Diensten. Dieser Austausch hat den Beraterinnen insbesondere zu Beginn ihrer Tätigkeit das Zurechtfinden in den bestehenden Strukturen erleichtert. Hier gilt es aus ihrer Sicht, die Zuständigkeiten der bestehenden angrenzenden Dienste zu kennen, etwaige Überschneidungen zu antizipieren und so eine fruchtbare Zusammenarbeit etablieren zu können. Die meisten Beraterinnen berichteten, dass sie anfangs mehr Zeit als zunächst angenommen brauchten, um sich in den vorhandenen Strukturen zu orientieren.

Weiterhin wurde die räumliche Anbindung auch mit Blick auf die Erreichbarkeit der Beraterinnen für die Seniorinnen und Senioren thematisiert. Die Beraterinnen wiesen darauf hin, dass bei der Einrichtung der Büroräume mitbedacht werden sollte, dass diese barrierefrei erreichbar sind. In Einzelfällen wünschten Seniorinnen und Senioren statt eines Hausbesuchs in das Büro der Beraterinnen zu kommen. Die Projektbüros, insbesondere das Büro in Rheinfeldern, entwickelten sich zu Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger. Insofern ist ein barrierefreier Zugang notwendig.

Ein weiterer Aspekt der Erreichbarkeit ist kommunikativer Art. In Ulm können die Beraterinnen auf die Dienste eines Sekretariats des Sozialamtes zur Verwaltung von Absagen, Anfragen etc. zurückgreifen. Vorteil ist hier, dass dieses Sekretariat zu den üblichen Büro-Öffnungszeiten besetzt ist, unabhängig von der momentanen An- oder Abwesenheit der Beraterinnen. Dies ist insbesondere durch die in den Hausbesuchen immanenten Abwesenheitszeiten aus den Büros mitzudenken. Für die Modellkommune Ulm wurde dieser Aspekt vor dem Hintergrund der Zugangsweise als sehr wichtig eingeschätzt.

Bezogen auf die fachliche Zusammenarbeit sprachen sich Beraterinnen und Projektverantwortliche eindeutig für die Anbindung an die mit der Seniorenarbeit betrauten Abteilungen in der Kommune aus. Bei weitläufigen Verwaltungsstrukturen ist eine Anbindung dort sinnvoll, wo die meisten inhaltlichen Bezüge liegen. Als Sonderfall sind kleine, ländliche Kommunen zu sehen, die in der Regel nicht über eine entsprechende eigene Fachabteilung in ihrer Verwaltung verfügen. Dem fachlichen Bezug könnte hier mit einer Angliederung an einen Pflegestützpunkt oder einen ambulanten Pflegedienst Rechnung getragen werden. Konterkariert würden hierdurch allerdings die Bestrebungen, das präventive Hausbesuchsangebot als kommunales Angebot zu etablieren, so die Meinung der Befragten. Eine weitere Möglichkeit wäre die Angliederung an das entsprechende Landratsamt oder die Kreisverwaltung, die in der Regel für die Seniorenarbeit zuständig sind. In beiden Fällen würden mit Blick auf eine Verstärkung des Beratungs- und Informationsangebotes die Beraterinnen im ländlichen Raum mehrere Kommunen betreuen.

Darüber hinaus stellt die fachliche bzw. organisatorische An- und Einbindung nach Einschätzung der Beraterinnen ein wichtiges Signal an die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kommune bzw. der Stadtverwaltung dar. Hierdurch wird die Wahrnehmung des präventiven Hausbesuches positiv unterstützt und der Prozess der Etablierung als neues Beratungs- und Informationsangebot der Kommune gefördert. In diesem Prozess geht es darum, das Gemeinsame sowie das Unterscheidende in der Zusammenarbeit herauszustellen. Die Beraterinnen schilderten, dass die Positionierung und Kooperation anfangs teilweise eher von distanzierterem Abwarten bis zu offenkundiger Skepsis geprägt war. Zum Teil wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angrenzender Dienste befürchtet, die Beraterinnen könnten ihnen mit den präventiven Hausbesuchen ihr eigenes Arbeitsfeld streitig machen. Umgekehrt sahen die Beraterinnen zeitweise auch die Tendenz zur Vereinnahmung durch andere Dienste. Eine weitere Herausforderung, die im Bezug auf die Etablierung des neuen Angebots innerhalb der bestehenden Strukturen von den Beraterinnen beschrieben wurde, ist, dass nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass präventive Hausbesuche als feste Größe innerhalb der in der Kommune vorhandenen Dienste der Seniorenarbeit gesehen werden. Zum Teil wurde wahrgenommen, dass diese von Kolleginnen oder Kollegen als unwichtiger Nebenschauplatz angesehen werden.

„Einerseits kommt von vielen so, wird suggeriert, das ist so wichtig, präventiv zu arbeiten und die Senioren frühzeitig zu erreichen. [...] Aber gleichzeitig gibt es eine Information: ‚Jetzt wartest du mal. Die anderen stecken mitten in der wichtigen Arbeit, die haben Verantwortung, die müssen Entscheidungen treffen und du machst ja bloß präventive Arbeit. Das ist ja Spielwiese‘. Also das eigentliche Geschäft machen die wichtigen Leute. Das sind zwei Dinge, die ich empfinde. Da muss eine Kommune, denke ich, eine klare Entscheidung treffen und das in der Mitarbeiterschaft entsprechend platzieren.“ (Int. 15, Abs. 42)

Nach wechselseitiger Klärung der eigenen Aufgaben und der Aufgaben angrenzender Dienste nahmen die Beraterinnen im weiteren Verlauf wahr, dass sie als professionelle Partnerinnen zunehmend von den anderen geschätzt wurden.

„Es gab Animositäten zu Anfang, [...] wie, die besuchen jetzt alle und nehmen uns was weg‘. Aber ganz im Gegenteil, das schätzen die Kollegen jetzt auch, dass sie sehen, da kommt jemand auch mit einem professionellen Blick und sieht dann, gut versorgt.“ (Int. 13, Abs. 39)

Je weiter sich die Zusammenarbeit zwischen den Beraterinnen und den Kolleginnen und Kollegen in den jeweiligen Verwaltungen und angrenzenden Diensten festigte, umso besser gelang es, die in den Beratungsgesprächen von den Seniorinnen und Senioren geäußerten strukturellen Entwicklungsbedarfe aufzugreifen und zu bearbeiten. Hierzu entwickelten die Beraterinnen die folgenden drei Strategien:

1. Gestaltung der „eigenen“ Beratungsleistung im Kontext der bestehenden versorgungsrelevanten Infrastruktur
2. Rückmeldung von Bedarfen an die zuständigen Stellen in den Kommunen
3. Initiierung und Umsetzung von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten

Auf die Gestaltung der eigenen Beratungsleistung im Kontext der bestehenden versorgungsrelevanten Infrastruktur wurde im Kapitel 7.2.2 zu den Beratungsprozessen, dem Rollenverständnis und dem Aufgabenspektrum der Beraterinnen vertiefend eingegangen. Kurz sei hier

darauf verwiesen, dass die Beraterinnen auf identifizierte Beratungsdefizite im Zuge der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, der Vorbereitung auf die Einstufung in einen Pflegegrad durch den MDK oder im Bereich des niedrigschwelligen Case Managements mit der Ausweitung ihres Beratungsangebotes reagierten. Mit Blick auf die Leistungen des Pflegestützpunktes muss hier erläutert werden, dass das Einzugsgebiet der für Neuweiler und Rheinfeldern zuständigen Pflegestützpunkte sehr groß war. Hausbesuche werden nur in Ausnahmefällen oder gar nicht angeboten. Ältere Menschen ohne Transportmöglichkeit können daher von diesem Angebot nahezu nicht profitieren.

Die Rückmeldung von Bedarfen an die zuständigen kommunalen Stellen umfasste eine ganze Spannweite an unterschiedlichen Themen. Die Beraterinnen beschrieben sich selbst auch als „Bindeglied zwischen Bürgerschaft und Kommune“ (siehe Kapitel 7.2.1). Zum einen als ein direkter Draht von der Kommune zu den Beratenen, zum anderen auch als der direkte Draht von älteren Menschen in die Kommune. Als Beispiel dafür sei die folgende Sequenz genannt, in der die Beraterin von einer erfolgreichen Umsetzung von Vorschlägen aus der Bürgerschaft berichtet:

„[...] ich habe es oft so mitgenommen in den Hausbesuchen den Seniorinnen und Senioren zu sagen, wenn sie Wünsche, Anregungen und Ideen haben, auch dazu dient dieser Hausbesuch, dass wir das mitnehmen. [...] Z.B. mehr Bushaltestellen, mehr Briefkästen, also nur Beispiele, es waren noch mehrere Dinge, Ruhebänke, von der Bushaltestelle bis zum Einkaufsladen ist es so weit, also nur so ein Beispiel. Dann hab ich das an den Stadt seniorenrat weitergegeben, die das auch wieder gezielt hier mit dem OB beraten haben und tatsächlich auch Ruhebänke installiert wurden.“ (Int. 8, Abs. 81)

Auf Wünsche und Bedarfe zur Initiierung und Umsetzung von Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegeangeboten reagierten die Beraterinnen ebenfalls. Dies galt insbesondere für Neuweiler, wo der weit überwiegende Teil der Unterstützungsbedarfe der älteren Bürgerinnen und Bürger durch informelle Strukturen in Form von familialen und nachbarschaftlichen Hilfen gedeckt wird. Im Detail wird auf die Gründung der Tagespflegeeinrichtung, der ein von den Beraterinnen durchgeführter Seniorenstammtisch vorausging, in nachfolgendem Kapitel 7.4 zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements eingegangen. Darüber hinaus zeigte sich ein Informationsdefizit über die im Landkreis zur Verfügung stehenden Angebote sowie im Hinblick auf die Beantragung eines Pflegegrades und die Leistungen der Pflegeversicherung.

In Ulm und Rheinfeldern hatte der Aspekt der Initiierung und Umsetzung neuer Betreuungsangebote eher geringe Gewichtung. In der Stadt Ulm, die ein breit gefächertes Portfolio an Freizeitangeboten sowie an Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten hat, zeigte sich dagegen, dass nur wenige dieser Angebote den Seniorinnen und Senioren tatsächlich bekannt waren. Hier gab es also weniger ein Angebots-, sondern eher ein Informationsdefizit zu den zur Verfügung stehenden Angeboten und deren Leistungen. Ein identifizierter notwendiger Schritt im Hinblick auf die dargelegte Problematik ist die übersichtlichere Aufbereitung von Informationen zu den wichtigsten Diensten bzw. Ansprechpartnern der Stadt Ulm und im Quartier. Eine vergleichbare Einsicht resultierte auch für die Verantwortlichen in Rheinfeldern, nachdem sich gezeigt hatte, dass das kommunale Magazin mit Tipps und Angeboten für ältere

Menschen nur wenig bekannt war. Genau wie in Neuweiler nahm der Aufbau bzw. die Neuausrichtung der Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten einen wichtigen Stellenwert in der Arbeit der Beraterinnen ein.

Ein weiterer Aspekt der Arbeit der Beraterinnen, der eher allgemeiner Art ist, wurde im Workshop noch unter den Stichworten „Impulsgeber oder Auslöser einer Auseinandersetzung mit dem Thema Älterwerden in der Kommune als Ganzes“ diskutiert. Die Beraterinnen sahen sich als Sprachrohr/Anwalt der älteren Bürgerinnen und Bürger bzw. von Menschen, die „einfach nur alt“ sind und aufgrund dessen eben auch andere Sorgen, Wünsche und Bedarfe haben als Menschen im mittleren Erwachsenenalter oder Menschen, die bereits pflegebedürftig sind.

Zusammenfassend wurde die Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltungsstrukturen sowohl von den Beraterinnen als auch den Projektverantwortlichen positiv bewertet. Ebenfalls positiv bewertet wurden die Effekte durch die Etablierung des neuen Beratungs- und Informationsangebotes auf die jeweilige seniorenbezogene Infrastruktur in den Kommunen. Entsprechendes gilt auch für die Netzwerkarbeit mit anderen regionalen Akteuren, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Regionale Angebotsstruktur und Netzwerkarbeit

In diesem Abschnitt geht es darum, die Netzwerkarbeit der Beraterinnen mit weiteren regionalen Akteuren aus dem Bereich der Seniorenarbeit zu beleuchten. Auch hier bestehen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Modellkommunen.

Von allen Beraterinnen und Projektverantwortlichen wurde dem Aspekt der Vernetzung mit anderen im Feld der Seniorenarbeit und Pflege tätigen Akteuren große Bedeutung zugeschrieben. Dies bezieht sich sowohl auf die Kenntnis der Strukturen als auch auf die Prozesse einschließlich der beteiligten Personen und deren Aufgaben in den anderen Diensten vor Ort.

Die Qualität der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wurde von den Beraterinnen generell als positiv beschrieben. So sei das neue Angebot der präventiven Hausbesuche trotz im Einzelfall anfänglich aufgetretener Distanziertheit insgesamt nicht als Konkurrenz, sondern vielmehr als willkommene Entlastung und Ergänzung gesehen worden. Kooperation fand im Modellvorhaben einerseits in Form von Weitervermittlung durch die Beraterinnen an Kooperationspartner statt. Hierbei stand die Neutralität der Beratung im Vordergrund. Die Beraterinnen empfahlen im Regelfall keine konkreten Dienstleister, sondern regten lediglich an, eine bestimmte Form der Hilfe in Anspruch zu nehmen. Welchen Anbieter die Seniorinnen und Senioren dann auswählten, blieb ihnen selbst überlassen. Andererseits wurden, in unterschiedlichem Ausmaß in den jeweiligen Kommunen, ältere Menschen auch durch Kooperationspartner an die Beraterinnen vermittelt.

Während die Beraterinnen in Ulm bereits auf eine nahezu lückenlose Angebotsstruktur im Bereich der Altenarbeit und -hilfe zurückgreifen konnten und sie durch die Anbindung an die Kommune zügig in bestehende Netzwerke integriert wurden, stellte sich die Situation in Rheinfeldern und Neuweiler jeweils unterschiedlich dar. In beiden Kommunen waren aus vorangegangenen Analysen bereits deutliche Lücken in der seniorenbezogenen Angebotsstruktur bekannt. In Rheinfeldern bestand zwar bereits eine Vielzahl von professionellen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Versorgung der älteren Bevölkerung, diese galt es aber im

Zuge einer strategischen Neuausrichtung effektiver miteinander zu verzahnen und durch niedrigschwellige Angebote sinnvoll zu ergänzen. Hier galt es, entsprechende Netzwerke zu Beginn der Beratungsarbeit auf- und im Projektverlauf weiter auszubauen. Ein entsprechendes Vorgehen war auch in Neuweiler angezeigt, wobei es hier neben den bereits angelaufenen ehrenamtlichen Angeboten des Bürgervereins nur wenige regionale Dienstleister im Bereich der Altenarbeit, Pflege und Betreuung gab, die für den Aufbau eines Netzwerkes in Frage kamen. Entsprechend schwieriger gestaltete sich hier die Netzwerkarbeit.

Interpretation der Ergebnisse

Analytisch ist die Beleuchtung der dargestellten Punkte im Bereich der Struktur- und Prozessqualität der Makro- und Mesoebene angesiedelt. Die Ausführungen geben Hinweise zum Einfluss kommunaler Rahmenbedingungen und der organisationalen Einbindung auf die Prozessgestaltung sowie die Verstetigung des Angebotes.

Die geschilderten Erkenntnisse lassen bezüglich der Einbindung des präventiven Hausbesuches als neues Beratungs- und Informationsangebot im Sinne des PräSenZ-Rahmenkonzeptes an die Kommune die Einschätzung zu, dass der Prozess in allen drei Kommunen grundsätzlich gelungen ist. Allerdings erscheint diese Einbindung nur dann sinnvoll, wenn es innerhalb der kommunalen Verwaltung genügend fachbezogene Anknüpfungspunkte gibt. Entsprechend resultiert daraus, dass für kleine Kommunen, denen es an fachlich ausdifferenzierter Verwaltungsstruktur im Bereich Gesundheit und Soziales mangelt, eher Anschlüsse an die nächsthöhere Verwaltungsebene mit entsprechender fachlicher Ausdifferenzierung angedacht werden sollten.

Die hohe Bedeutung der fachlichen Anbindung des neuen Beratungs- und Informationsangebotes ergibt sich aus dem Wechselspiel verschiedener Wirkweisen. So profitieren die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur von der Unterstützung ihrer Kolleginnen und Kollegen, wenn es darum geht, sich in der oftmals fremden Organisationsstruktur einer öffentlichen Verwaltung zurechtzufinden. Der Austausch mit anderen dient auch dazu, das eigene, noch in der Entwicklung befindliche Aufgaben- und Verantwortungsgebiet zu schärfen. Durch diesen Schärfungsprozess, der sich im Idealfall nicht nur mit einem Vorgesetzten, sondern auch mit den Kolleginnen und Kollegen vollzieht, kann der Grundstein für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gelegt werden. Innerhalb dieses Prozesses gilt es allerdings auch die Sorgen und Vorbehalte gegenüber dem neuen Angebot auszuhalten bzw. zu lernen damit konstruktiv umzugehen.

Neben der fachlichen Anbindung gibt es weitere Faktoren, die den Anbindungsprozess an die Kommune unterstützen. Die räumliche Verortung des Arbeitsplatzes der Beraterinnen und Berater innerhalb der Verwaltung nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein. Hierdurch wird ein wichtiges Signal in der Außen- wie auch in der Innendarstellung gesetzt, das es den Beratungskräften erleichtert, sich als Repräsentantinnen und Repräsentanten eines neuen Angebotes der Kommune zu positionieren. Liegt das Büro dann auch noch in räumlicher Nähe zur/zum (fachlich) Vorgesetzten, die/der sich verantwortlich zeigt für den Erfolg des neuen Angebotes, können dadurch Kommunikationswege verkürzt und Austauschprozesse erleich-

tert werden. Neben der Gelegenheit zu spontanen Besprechungen sind insbesondere zu Beginn der Konzeptionierungs- und Umsetzungsphase im Rahmen der Etablierung präventiver Hausbesuche regelmäßige und in kurzen Abständen stattfindende Arbeitstreffen hilfreich. Mit zunehmender Routine können die Intervalle der Besprechungen ausgeweitet werden.

Sind die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche grundlegend geklärt und innerhalb der Verwaltung kommuniziert, rückt mehr und mehr die Beratungsarbeit in den Fokus. Diese wird wesentlich davon bestimmt, auf welche Angebotspalette und Infrastruktur an Unterstützungs- und Betreuungsleistungen die Beratenden in den jeweiligen Quartieren zurückgreifen können. Während in Kommunen mit guter und vielfältiger Angebotsstruktur der Schwerpunkt eher in einer Informationsweitergabe oder Vermittlung an andere Dienste bestehen kann, wird es in Kommunen oder Landkreisen mit einem weniger ausgeprägten Angebotsgeflecht nicht nur darum gehen, bestehende Angebote zu kennen und die Seniorinnen und Senioren dahingehend zu beraten und zu informieren, sondern es wird auch Teil der Arbeit sein, Angebotsdefizite zu identifizieren, diese an die zuständigen Stellen zu kommunizieren und die eigene Beratungspraxis ggf. daran auszurichten. Diese Interdependenz von Case Management und Care Management wird als eine zentrale Herausforderung, aber auch Voraussetzung für eine zukunftsorientierte und bedarfsgerechte kommunale Versorgungslandschaft angesehen (Weidner et al., 2010). Ungeachtet der Größe der Kommune ist somit eine gute Kenntnis über und die Vernetzung mit allen an der Unterstützung, Versorgung und Pflege älterer Menschen Beteiligten zentrale Bedingung für die gelingende Etablierung von PräSenZ.

Zusammenfassend lassen sich noch einmal die Bedeutung der räumlichen, personellen und fachlichen Anchlüsse und Verknüpfung des Beratungs- und Informationsangebotes bzw. der Beratenden sowie deren gute Kenntnisse über die seniorenbezogene Infrastruktur in ihrem Einzugsgebiet als zentrale Erfolgsfaktoren für die Anbindung an die (kommunale) Verwaltungsstruktur sowie für die organisationale Prozessgestaltung benennen. In allen drei PräSenZ-Kommunen wurde auch hierdurch das Ziel der seniorenbezogenen Infrastrukturentwicklung erreicht.

7.4 Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

Die Kooperation mit und die Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten war schon im Vorfeld eine wichtige Zielsetzung des Modellvorhabens PräSenZ. Dabei sollten im Rahmen der präventiven Hausbesuche interessierte Menschen für ein anschlussfähiges bürgerschaftliches Engagement gewonnen und bürgerschaftlich Engagierte gezielt eingebunden und vermittelt werden. Nachfolgendes Kapitel beschreibt, inwiefern diese Zielsetzung erreicht werden konnte. Die Ausführungen basieren auf den Einzelinterviews mit den Beraterinnen und den Projektverantwortlichen sowie auf der Auswertung der Protokollnotizen der wissenschaftlichen Begleitung.

In der Praxis erwies sich der Punkt „Gewinnung und Vermittlung von bürgerschaftlich Engagierten“ als eine große Herausforderung. In allen Modellkommunen war festzustellen, dass die Akquisition von Personen mit dieser Zielsetzung im Rahmen der präventiven Hausbesuche schwierig war. Grund dafür ist nach Einschätzung der Beraterinnen, dass sich viele Menschen, die sich für ein bürgerschaftliches Engagement interessieren, bereits aktiv waren und somit

bei vielen keine zeitlichen Ressourcen für weitere Tätigkeiten mehr bestanden. Nachfragen und Angebote für Seniorinnen und Senioren in der Zielgruppe 75 Jahre und älter, sich bürgerschaftlich zu engagieren, kommen nach Einschätzung der Beraterinnen oftmals zu spät. Die Entscheidung hierzu wird nicht selten bereits zu einem früheren Zeitpunkt getroffen.

Sehr deutlich wird dies am Beispiel der Kommune Ulm. Wie bereits in Kapitel 7.1.3 beschrieben, wurden aufgrund der Rückmeldungen von Seniorinnen und Senioren zur wahrgenommenen Intention der Gratulationsschreiben und damit der präventiven Hausbesuche die Erläuterungen zur Zielsetzung von PräSenZ in den Briefen dahingehend modifiziert, dass das Thema „bürgerschaftliches Engagement“ in den Briefen weniger betont wurde. Darüber hinaus wurde in den anderen Modellkommunen sehr deutlich, dass die Vermittlung von bürgerschaftlich Engagierten an Seniorinnen und Senioren mit niedrigschwelligem Hilfebedarf oder zur Ermöglichung sozialer Teilhabe nicht nebenbei geleistet werden kann, sondern geplant, gesteuert und begleitet werden muss.

In Rheinfelden gelang es, ein bereits vorhandenes Kontingent von rund zehn bürgerschaftlich Engagierten in das Modellvorhaben einzubinden. Sie übernahmen niedrigschwellige Hilfen in der Betreuung der Seniorinnen und Senioren im Bereich der Kontaktpflege (zum Beispiel Besuchsdienste, Vorlesen, Spiele spielen) und der Begleitung beim Einkaufen oder bei Arztbesuchen. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass eine genaue Definition des Anspruchs an und der Aufgaben für die bürgerschaftlich Engagierten erfolgen muss. Dazu werden regelmäßige Treffen veranstaltet. Mit den Beraterinnen können dort bei Bedarf bestimmte Fälle besprochen werden. Darüber hinaus werden bei diesen Terminen auch Schulungen für die bürgerschaftlich Engagierten veranstaltet. Diese Konzeption befindet sich derzeit noch im Aufbau bzw. in der Entwicklung.

„Heute Nachmittag ist so ein Treffen [mit den Ehrenamtlichen] und wir besprechen dort als allererstes die aktuellen Fälle. Fragen an, wie es läuft? Wo es Probleme gibt? D.h. immer, wenn es nicht rund läuft, sind wir als erste Ansprechpartner da. Dann schauen wir: Muss man vielleicht mitgehen? Muss man vielleicht etwas klären? Wo kann man Hilfestellung geben? Wo kann man auch helfen, sich abzugrenzen? Also das sind immer Themen. Dann grundsätzlich auch die Verteilung neuer Fälle. Die bringen wir mit und besprechen dann mit den Ehrenamtlichen, wer sich vorstellen könnte, eben so einen Fall zu übernehmen, das zu machen. Wir haben auch vor noch, ich sag mal so ein bisschen Schulung anzubieten zu bestimmten Themen, wo wir finden, das sollten Ehrenamtliche wissen. Wir haben zwar ganz am Anfang, noch bevor das Projekt begonnen hat, noch 10 Ehrenamtliche schulen lassen von der Sozialstation, also recht umfassend auch. Jetzt sind aber neue Ehrenamtliche dazu gekommen und wir überlegen uns, welche Themen sind für sie relevant. Und dazu brauchen wir auch ein Stück Rückmeldung. Was wollen sie? Was wollen sie nicht? Weil ich will niemandem jetzt ein Seminar über einen halben Nachmittag zum Thema Kommunikation anbieten, das ausarbeiten, wenn die meinen, das sei gar nicht nötig oder das nicht in deren Interesse ist. Wir wollen sie auch nicht überfahren, sondern wirklich da sensibel vorgehen.“ (Int. 9, Abs. 73)

Die Erkenntnisse zum Planungs-, Steuerungs- und Begleitungsaufwand von bürgerschaftlich Engagierten führten in Rheinfelden zu einer weiteren Professionalisierung dieser Struktur. Die Gewinnung und übergeordnete Begleitung der bürgerschaftlich Engagierten erfolgte im Verlauf des Projektes dann im Rahmen der Freiwilligenagentur der Stadt Rheinfelden. Die beiden Beraterinnen fungierten dabei unterstützend. Zielsetzung war zum Ende der Projektlaufzeit der Aufbau einer Nachbarschaftshilfe (siehe Kapitel 5.2).

Mit Blick auf die Ein- und Anbindung von bürgerschaftlich Engagierten soll auch die Projektumsetzung von PräSenZ in der Kommune Neuweiler beleuchtet werden. Hier wurde im Rahmen der Beteiligung am LEADER-Projekt bereits ein breiteres Netzwerk von Initiativen zum Thema „bedarfsgerechte Wohn- und Betreuungsformen“ mit bürgerschaftlich Engagierten aufgebaut (siehe Kapitel 5.1). Erste Angebote im Bereich der Seniorenarbeit waren bereits etabliert, andere waren in der Planungsphase. Ziel der Teilnahme an PräSenZ war es, die bisherigen Initiativen zu stabilisieren und die geplanten zu fördern. Diese Ausrichtung des Projektes wurde durch die Wahl einer Beraterin, die im LEADER-Projekt federführend mitgearbeitet hatte, personell untermauert. Die Verantwortlichen in der Kommune gewichteten die Zugehörigkeit zur Kommune und die Kenntnisse der lokalen Strukturen für die Projektumsetzung in Neuweiler höher als einen möglichen professionellen Hintergrund im Bereich Pflege und Projektarbeit.

Die in Personalunion erbrachten Aufgaben als PräSenZ-Beraterin und bürgerschaftlich engagierte Bürgerin führten schnell zu hohen Synergieeffekten bei der Etablierung von zusätzlichen Angeboten in Neuweiler. So wurde im Rahmen von PräSenZ ein dreistündiger, wöchentlicher Stammtisch für Seniorinnen und Senioren mit Einschränkungen organisiert, der die Entlastung der pflegenden Angehörigen zum Ziel hatte. Das Angebot wurde von den PräSenZ-Beraterinnen ohne weitere Beteiligung bürgerschaftlich Engagierter durchgeführt. Parallel zum Stammtisch wurde die Initiierung und der Aufbau einer Tagespflegeeinrichtung angestoßen. Hauptakteurin war die bereits am LEADER-Projekt beteiligte Beraterin. Während der Laufzeit von PräSenZ wurde das neu aufgebaute Tagespflegeangebot in Betrieb genommen und in die Trägerschaft des Bürgervereins „Miteinander und Füreinander in Neuweiler“ überführt. Der Stammtisch wurde im Zuge der Inbetriebnahme der Tagespflege aufgelöst und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zum großen Teil Gäste in der Tagespflege. Im Anschluss an die Etablierung des Tagespflegeangebotes wurde im Rahmen des Projektes der Aufbau einer Nachbarschaftshilfe für niedrigschwellige Betreuungsangebote unterstützt.

Der Aufbau der Tagespflegeeinrichtung, von der Suche der Räumlichkeiten über deren Renovierung und Ausstattung bis hin zum Finanzierungskonzept, wurde in der Gemeinde durch ein großes bürgerschaftliches Engagement erst möglich. Die PräSenZ-Beraterin hatte mit ihrer Tatkraft und ihren Verbindungen in die Kommune gute Verbindungen zu den notwendigen Ansprechpartnern und war somit eine der zentralen Schlüsselpersonen beim Aufbau.

Gleichzeitig gestaltete sich die Abgrenzung von beruflicher Tätigkeit und bürgerschaftlichem Engagement als herausfordernd, ebenso der Übergang von ehrenamtlich motiviertem Aufbau zur notwendigen nachhaltigen Durchführungsverantwortung für den Betrieb der Angebote. Darüber hinaus lagen die weiteren notwendigen Aufgaben zur Aufrechterhaltung der Angebote außerhalb des Auftrags von PräSenZ. Die maßgeblich am Aufbau beteiligte PräSenZ-Beraterin zog sich im Folgenden nicht nur im Rahmen ihres Auftrages aus den Angeboten zurück, sondern auch als engagierte Bürgerin.

Neben der Förderung des Aufbaus neuer kommunaler Angebote (Tagespflege und Nachbarschaftsverein) war es in Neuweiler darüber hinaus konzeptionell angedacht, den Hausbesuch u.a. auch dafür zu nutzen, über den Bürgerverein „Miteinander und Füreinander in Neuweiler“ und die neuen Angebote zu informieren. Dies hat bei einem Teil der besuchten Seniorinnen

und Senioren dazu geführt, dass das eigentliche Angebot der Information und Beratung des präventiven Hausbesuches nicht wahrgenommen wurde. Die personelle und inhaltliche Verknüpfung der Anliegen führte im Hinblick auf die Zielsetzungen der Angebote „präventiver Hausbesuch“ und des Bürgervereins „Miteinander und Füreinander in Neuweiler“ zu Unklarheit, wie die folgenden Auszüge aus den Interviews mit den Seniorinnen und Senioren illustrieren:

„Ich weiß gar nicht so recht, für was das ist... Haben ja auch die Diakonie und wenn man da Hilfe braucht, dann kommen die...“ (Telln_23)

„Wenn irgendwann mal was ist, dann bin ich ja auch bei den Johannitern... Und bei der AOK bin ich auch versichert, da zahl ich auch“ (Telln_33)

„Aber sie sagte, dass ich vielleicht mal ein Jahr, eh ein Jahresbeitrag zahle... Was hat sie denn gesagt? 60 Euro glaub ich“ (Telln_33)

„Ich bin ja da in den Verein eingetreten... Hat man da irgendwie Möglichkeiten? Oder wo muss man sich da dran wenden?... Oder ist das nur für Pflege? Oder wofür ist der überhaupt?“ (Telln_28)

Interpretation der Ergebnisse

Analytisch sind die in diesem Kapitel dargestellten Aspekte im Evaluationsrahmen auf allen drei Ebenen – Makro-, Mikro- und Mesoebene – angesiedelt. Auf der Makroebene im Bereich der Strukturqualität beeinflussen die Rahmenbedingungen in den Kommunen bis zu einem gewissen Grad auch die Herangehensweise und die Steuerung eines bürgerschaftlichen Engagements. Auf der Mesoebene, also der Ebene der Organisationspraxis, interessiert die Frage, wie das bürgerschaftliche Engagement eingebunden werden kann und welche Bedarfe es gibt. Im Bereich der Ergebnisqualität wird dem Aspekt des konkreten Nutzens für die Kommunen nachgegangen. Auf der Mikroebene geht es um die Fragen, wer sich bürgerschaftlich engagieren möchte und welche individuellen Bedarfe es gibt. Die Ausführungen geben Hinweise zu fördernden und hemmenden Faktoren im Projekt PräSenZ bei der Bearbeitung des Aspektes der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements. Darüber hinaus geben sie Hinweise zur Machbarkeit und Praktikabilität, möglichen Einflüssen auf die Verstetigung und die Nachhaltigkeit sowie zu möglichen Nutzen für die Kommunen.

Die Einbindung ehrenamtlich Engagierter im Rahmen der präventiven Hausbesuche war in einigen Fällen erfolgreich. Die gesellschaftliche Mobilisierung zur Akquisition und zum nachhaltigen Einsatz von bürgerschaftlich Engagierten gelingt aber eher dann, wenn auf vielfältige Interessen und Kompetenzen von Menschen aller Altersstufen ein ebenso vielfältiges Angebot an Engagementfeldern angeboten werden kann. Aus einem einzelnen Projekt heraus das dazu passende bürgerschaftliche Engagement zu entwickeln und einpassen zu wollen, erfordert in der Regel weitaus höhere und langwierigere Anstrengungen. Das hängt auch damit zusammen, dass aus der neueren Engagementforschung bekannt ist, dass die gelingende Akquisition und nachhaltige Einbindung eines bürgerschaftlichen Engagements eng mit der fundierten Berücksichtigung der Wünsche und Kompetenzen der Engagierten korreliert. Hier ist also ein systematisches Zusammenwirken von Ressourcen und Kompetenzen des Ehrenamtes mit den Erfordernissen und Angeboten von Engagementfeldern zu beachten (Klie et al., 2016).

Ein weiterer Punkt, der hier nicht unerwähnt bleiben soll und von den Beraterinnen rückgemeldet wurde, ist, dass viele Bürgerinnen und Bürger gerade aktiv geworden waren und sich im Rahmen der Flüchtlingswellen in den Jahren 2015 und 2016 engagierten, sodass zu diesem Zeitpunkt andere Bereiche für bürgerschaftlich Engagierte in den Hintergrund traten.

Das Beispiel aus Rheinfeldern gibt darüber hinaus Hinweise, dass die Gewinnung, Begleitung und Steuerung ehrenamtlich Engagierter kommunal sowohl auf der Struktur- als auch auf der Prozessebene berücksichtigt werden sollte. Auf der Planungs- und Steuerungsebene sind die verantwortliche Angliederung des Netzwerkes und die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu klären. Auf der Prozessebene betrifft es die fachliche Begleitung und mögliche Aufgaben der bürgerschaftlich Engagierten.

Weiterhin zeigt das Beispiel Neuweiler die Wechselwirkung von Einflussfaktoren auf der Struktur- und Organisationsebene einerseits und der handlungspraktischen Ebene andererseits. Die Gewinnung bzw. das Vorhandensein ehrenamtlich Tätiger ist begrüßenswert und kann sehr förderlich sein, um die alltagsnahe Versorgung und Begleitung der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Es ist jedoch nicht hinreichend. Die Initiierung von Versorgungsstrukturen kann zum Teil von ehrenamtlich engagierten Bürgerinnen und Bürgern geleistet werden, ebenso die Steuerung sowie der dauerhafte Betrieb, im Sinne einer Geschäftsführung, wie dies in Neuweiler über die Vereinsstruktur geleistet wird. Die Planung und der Aufbau von Versorgungsstrukturen profitieren von einer professionellen Beratung. Darüber hinaus sind aufgrund normativer Rahmenbedingungen insbesondere für die Erbringung der Pflegeleistungen im dauerhaften Betrieb professionelle Strukturen notwendig. Der Übergang von ehrenamtlich motiviertem Aufbau in die für die Erbringung von Pflegeleistungen notwendigen professionellen Strukturen stellt dabei eine besondere Herausforderungen der Rollen-, Aufgaben- und Beziehungsklärung dar (Klie et al., 2016).

7.5 Fortbildungserfordernisse und Professionalität in der Beratungsarbeit

Das folgende Unterkapitel befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen den Anforderungen aus dem PräSenZ-Rahmenkonzept zur Fachlichkeit in der Beratungsarbeit und den entsprechenden Erkenntnissen aus der Evaluation der Beratungspraxis. In der Zusammenschau werden anschließend die Erfahrungen aus der Umsetzung des Schulungskonzeptes und dem Nutzen bzw. dem Kompetenzzuwachs bei den Beraterinnen erläutert. Abschließend werden hieraus Schlussfolgerungen für die Entwicklung vergleichbarer Schulungs- und Begleitangebote abgeleitet.

Die Erkenntnisse in diesem Kapitel sind im Analyserahmen auf der Makroebene im Bereich der Ergebnisqualität verortet und geben hier Hinweise zur Passung der geforderten Fachlichkeit in der Beratung. Auf der Mikroebene werden im Bereich der Prozessqualität Aussagen zu den Schulungserfordernissen formuliert sowie im Bereich der Ergebnisqualität zum eingeschätzten Kompetenz-Zuwachs bei den Beraterinnen.

Die Ergebnisse basieren auf den Einzelinterviews mit den Projektverantwortlichen und den Beraterinnen sowie dem Evaluationsworkshop mit den letztgenannten. Sie werden ergänzt durch die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung aus der Prozessbegleitung sowie aus der Evaluation des Schulungskonzeptes.

Professionalität in der Beratungsarbeit

Zu dem Aspekt der Fachlichkeit in der Beratungsarbeit war die Evaluation darauf ausgerichtet, Erkenntnisse dazu zu erhalten, ob die konzeptionell geplanten und die tatsächlichen Vorqualifikationen der Beraterinnen hinreichend bzw. zielführend waren oder nicht. Im Rahmenkonzept als geeignet benannt wurden vor allem Pflegefachkräfte sowie Fachkräfte aus dem Berufsfeld der sozialen Arbeit einschließlich des Qualifikationsbereichs der Sozialversicherungsfachangestellten. Berufliche Erfahrung in der Altenhilfe sowie Fort- und Weiterbildungen im Bereich der (Pflege-)Beratung wurden als wünschenswert erachtet. Ebenso war angestrebt, dass in jedem der kommunalen Beratungstandems wenigstens eine Pflegefachkraft für die Beratungstätigkeit gewonnen wird.

Dieser Qualifikationsmix wurde in den Beraterinnentandems in allen drei Kommunen weitgehend erzielt (siehe Kapitel 5). Nach Selbsteinschätzung der Beraterinnen haben sich diese fachlich komplementären Tandems bewährt. Erfahrungsaustausch und Diskussionen im Workshop ergaben, dass die Beraterinnen genau diese beiden Qualifikationsfelder als geeignete Grundlage für die Beratungsarbeit einschätzen, nämlich zum einen pflegerische Berufe und zum anderen sozialpädagogisch-sozialarbeiterische Berufe. Sowohl Beraterinnen als auch Projektverantwortliche wiesen darauf hin, dass der jeweilige berufliche Hintergrund die Perspektive der Beraterin derart beeinflusse, dass eine Kombination im Team von Kompetenzen aus beiden Feldern für eine umfassende Sicht auf die Situationen und Erfordernisse als notwendig angesehen werden müsse.

Zusammenfassend kann als kleinster gemeinsamer Nenner aus den Rückmeldungen festgehalten werden, dass sich Fachkräfte, die in der Seniorenarbeit tätig sind und über entsprechende Professionalität und Erfahrungen verfügen, grundsätzlich für eine Weiterqualifizierung und die Umsetzung von präventiven Hausbesuchen eignen. Auch bei den als am besten geeignet beschriebenen pflegerischen bzw. sozialpädagogisch-sozialarbeiterischen Berufen wurden Fortbildungs- und Schulungsbedarfe im Hinblick auf präventive Hausbesuche gesehen, genau so, wie es auch das PräSenZ-Rahmenkonzept vorgesehen hat.

Professionalität: Generell wurde von den Beraterinnen beschrieben, dass ein breites Spektrum an Kompetenzen gefordert sei, da die Beratung in präventiven Hausbesuchen den physischen, psychischen, sozialen und häuslichen Bereich des Lebens der Seniorinnen und Senioren umfasst (vgl. Kapitel 4.2.4). Diese in ihrer Formulierung recht allgemein anmutende Feststellung verweist auf die Tatsache, dass es sich bei Fachkräften, die präventive Hausbesuche professionell durchführen sollen, um Vertreterinnen und Vertreter von ganzheitlichen, personen- und lebensweltbezogenen Professionen handeln muss, die über profunde Kompetenzen der Diagnostik, Beratung, Intervention und Vernetzung verfügen müssen und im Stande sein müssen, eine analytische Nähe und Distanz zu den besuchten Seniorinnen und Senioren einzunehmen. Auch die Reflexionskompetenzen, die sukzessive in Fallkonferenzen eingeübt und gestärkt werden sollten, gehören dazu. Auch hier decken sich viele Einschätzungen der Beraterinnen mit den Anforderungen aus dem PräSenZ-Rahmenkonzept.

Erfahrung: Neben der Grundvoraussetzung der Professionalität, die über formale Qualifikationen grundgelegt wird, wurde von allen Beraterinnen zum einen die Berufs- und Lebenserfahrung, zum anderen der Zugewinn an Erfahrung während des Projektverlaufs beschrieben.

Berufs- und Lebenserfahrung wurde vor dem Hintergrund des „intuitiven“ Erfassens von Lebenssituationen, des Entgegenbringens von Verständnis für die Sorgen und Nöte der Älteren sowie vor dem Hintergrund des Auftretens von Beratungsthemen mit besonderer Tiefe bzw. emotional herausfordernden Themen, z. B. Kriegserlebnisse, Familiengeschichten, Trauer, als ein Kompetenzmerkmal beschrieben. Die hier gewählte Bezeichnung „intuitiv“ meint dabei *nicht* ein impulsives und nicht begründbares Agieren nach Bauchgefühl, sondern den Rückgriff auf verinnerlichte Erfahrungsbestände und das ganzheitliche, in gewisser Weise „automatische“ Erfassen von Situationen, eben auch unter Rückgriff auf die eigene Lebenserfahrung (Benner, 2017).

Vernetzung in und Vertrautheit mit der Kommune: Diese beiden Aspekte wurden als von der formalen Grundqualifikation unabhängige Kernkompetenzen in der präventiven Seniorenberatung betont. „Vernetzung in der Kommune“ meint Kenntnisse der in der Kommune vorhandenen Versorgungs- und Hilfeinfrastruktur und Vernetzung der Beraterin in derselben. „Vertrautheit mit der Kommune“ meint vor allem Ortskenntnis mit Blick auf relevante Akteure in den Kommunen, informelle Strukturen, auch unter dem Aspekt der ungeschriebenen Gesetze und der Traditionen.

Vertrautheit lässt sich darüber hinaus auch als Grad der Bekanntheit der jeweiligen Person in der Kommune, bspw. als Akteurin im Gesundheits- oder Sozialsystem der Stadt, verstehen. Insbesondere in kleinen Dorfgemeinschaften kommt diesem Aspekt der Vertrautheit mit dem jeweiligen Setting eine besondere Bedeutung zu. So wurde die These geäußert, dass hier eine formale Qualifikation zugunsten der hier beschriebenen Kompetenz in den Hintergrund treten könnte. Im Beraterinnen-Workshop herrschten uneinheitliche Auffassungen über den Stellenwert der Bekanntheit/Vertrautheit gegenüber der Fachlichkeit. So wurde auch betont, dass Fachlichkeit grundsätzlich über der Bekanntheit stehen müsse, da sonst die Gefahr der Verkennung von problematischen Situationen bestehe. Verwiesen sei an dieser Stelle auf die Kapitel 7.2 und 7.3. Dort wurde ebenfalls festgestellt, dass die Etablierung in den kommunalen Strukturen und das Zurechtfinden in denselben wichtige Punkte sind.

Fortbildung und Schulungskonzept

Das Fortbildungskonzept in PräSenZ sah vor, dass die Beraterinnen zu Beginn ihrer Tätigkeit sowie im weiteren Verlauf bis zum Erreichen eines gewissen Grades an Sicherheit im Handeln durch Fortbildungs- und Begleitangebote unterstützt werden sollten. In Kapitel 4.3 sind die Begründungszusammenhänge sowie die Planungs- und Umsetzungsschritte detailliert erläutert. An dieser Stelle geht es darum, vor dem Hintergrund der Erfahrungen und Erkenntnisse der Umsetzungsphase Schlüsse für zukünftige vergleichbare Fortbildungs- und Begleitangebote zu ziehen und daraus entsprechende Empfehlungen abzuleiten.

Das angedachte Handlungsfeld der Beraterinnen wurde zu Beginn der Planungsphase anhand der folgenden Aufgabenbereiche konkretisiert:

- Präventive Hausbesuche durchführen,
- mit anderen Akteuren zusammenarbeiten,
- an der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes mitwirken und
- am Modellvorhaben PräSenZ mitwirken.

Wie sich anhand der vorangegangenen Kapitel belegen lässt, stellten in der Praxis die Durchführung der Hausbesuche sowie die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, schwerpunktmäßig mit Akteuren aus den kommunalen Verwaltungen, bürgerschaftlich Engagierten und regionalen Dienstleiter im Bereich Altenhilfe, die zentralen Aufgaben der Beraterinnen dar. Diesen beiden Bereichen kann der dritte Aufgabenbereich, an der Entwicklung und Umsetzung des kommunalen Konzeptes mitzuwirken, als Querschnittsaufgabe zugeordnet werden. Aus dieser können nur wenige zusätzliche Arbeitsbereiche, wie z. B. die Zusammenarbeit mit den Projektverantwortlichen oder auch die Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit, abgeleitet werden. An der Umsetzung des Modellvorhabens mitzuwirken, war im Kontext der Projektarbeit Aufgabenbestandteil der Beraterinnen und somit als Schulungsgegenstand legitimiert. Allerdings fällt diese Aufgabe in der Übertragung auf zukünftige Maßnahmen fort.

Die Einschätzungen zu den zentralen Aufgabenbereichen und die Planungen der entsprechenden Fortbildungs- und Begleitangebote zur Vorbereitung von PräSenZ haben sich in der Umsetzung bewährt und bestätigt. Diese Einschätzung der wissenschaftlichen Begleitung deckt sich mit den Erfahrungen der Beraterinnen. Sie bewerteten die Fortbildungsinhalte insgesamt als eine gute Grundlage und Vorbereitung auf die komplexen Herausforderungen. Durch die unterschiedlichen Primärqualifikationen der Beraterinnen in den Modellkommunen ergaben sich aus ihrer Sicht zwar zum Teil Überschneidungen von Fortbildungsinhalten mit dem Vorwissen einzelner Beraterinnen, dies wurde jedoch nicht negativ bewertet, sondern als Auffrischung alter Wissensbestände empfunden und als gute Möglichkeit, miteinander darüber in den Austausch zu kommen.

Dass ein fortlaufender Lernprozess bei den Beraterinnen eingesetzt hat, wird von ihnen nicht nur explizit bestätigt, er lässt sich auch ohne eine gezielte Lernerfolgskontrolle aus den Beschreibungen und Bewertungen ihres Aufgaben- und Verantwortungsbereiches sowie ihres Beratungs- und Rollenverständnisses ableiten (vgl. Kapitel 7.2), da sich hierin die Elemente des Rahmenkonzeptes widerspiegeln.

Bzgl. zukünftiger Fortbildungsangebote zur Umsetzung von PräSenZ sollte aus der Perspektive der Beraterinnen ein stärker modul- und kursartiges Konzept angestrebt werden, das je nach vorhandener Qualifikation und Kompetenzen individueller nachgefragt werden könnte. Zugleich sollte weiterhin auf eine berufsbegleitende Form geachtet werden, um die Beraterinnen zeitlich nicht zu überfordern. Nach Einschätzung der PräSenZ-Beraterinnen sind viele der am allgemeinen Fort- und Weiterbildungsmarkt bestehenden Bildungsangebote zu umfangreich bzw. zu unspezifisch oder zu redundant im Hinblick auf die besonderen Voraussetzungen und Qualifikationsbedarfe angehender Beraterinnen im Rahmen präventiver Hausbesuche.

Interpretation der Ergebnisse

Der Einsatz und die Fortbildung von Beraterinnen-Tandems, bestehend aus einer Pflegefachkraft sowie einer Fachkraft aus dem Bereich soziale Arbeit, hat sich für die Durchführung präventiver Hausbesuche im Sinne des PräSenZ-Rahmenkonzeptes sehr bewährt. Neben den formalen Qualifizierungen bringen die Fachkräfte im Idealfall nicht nur Berufs- sondern auch Lebenserfahrung mit und sollten mit der seniorenbezogenen Infrastruktur sowie den Bedarfsla-

gen in ihrer Kommune zudem gut vertraut sein. Letztgenannter Aspekt kann gerade in kleineren bis mittelgroßen Kommunen für den Erfolg des Beratungs- und Informationsangebotes eine Rolle spielen. Auf dem Kompetenzprofil aufbauend bedarf es zur Vorbereitung und Durchführung präventiver Hausbesuche gezielter Fortbildungs- und Begleitmaßnahmen insbesondere während der ersten Monate der Umsetzung. Das in PräSenZ eingesetzte und weiterentwickelte Schulungs- und Begleitprogramm hat sich hierbei sehr bewährt. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Umsetzung des Modellvorhabens erscheinen dennoch folgende Anpassungen des Fortbildungskonzeptes als sinnvoll.

Da für die Tätigkeit als Beratende unterschiedliche berufliche Primärqualifikationen aus dem Berufsfeld Gesundheit und/oder Soziales in Frage kommen, empfiehlt sich zukünftig ein modularer Aufbau der Qualifizierungsmaßnahme. Dazu konnten Module mit unterschiedlicher inhaltlicher Ausrichtung als in sich geschlossene Lehr- und Lerneinheiten konzipiert werden, sodass sie sich im Sinne eines Baukastensystems individuell und passgenau zusammenstellen lassen.

Da dennoch davon ausgegangen werden kann, dass das Rahmenkonzept für alle Beteiligten neue Wissensbestände bereit hält, bietet es sich an, dessen Inhalte und Strukturen als für alle Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer verbindliches Basismodul anzubieten. Ergänzend zum Rahmenkonzept werden hier theoretische Grundlagen wie z. B. zu den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention bearbeitet. Darauf aufbauend, und damit im Sinne eines Transfermoduls, können die vorzugsweise praxisbezogenen Wissens- und Könnensbestände vermittelt werden, die zur konkreten Entwicklung des präventiven Hausbesuchs-Konzeptes und dessen Umsetzung als Teil des kommunalen Beratungs- und Informationsangebotes erforderlich sind. Auch dieses Modul sollte als verbindlicher Teil der Qualifizierung angesehen werden. Im Gegensatz dazu können relevante sozialrechtliche sowie medizinisch-pflegerische Grundlagen je nach formaler beruflicher Qualifikation als bekannt vorausgesetzt werden, sodass diese Inhalte als Ergänzungsmodule angeboten werden können.

Vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen erscheinen jeweils fünf bis sechs Schulungstage für das Basis- sowie für das Transfermodul als angemessen. Die Ergänzungsmodule können sich in thematisch sinnvolle Teilbereiche bzw. Kurse aufgliedern lassen, die ggf. auch als halbtägige oder Ganztagesangebote konzipiert werden können. Für die Begleitung innerhalb des ersten Jahres der Umsetzung sind eintägige Veranstaltungen pro Quartal empfehlenswert. Eine detailliertere Planung von Umfang und Dauer der Schulung und Begleitung kann nur in Orientierung an den konkreteren Rahmenbedingungen und Lernzielen erfolgen. Für die Planung und Umsetzung sollte auf Expertinnen und Experten zurückgegriffen werden, die mit dem Rahmenkonzept und seiner Anwendung vertraut sind.

7.6 Nutzen und Wirkungen im Modellvorhaben PräSenZ

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse zu den von den Seniorinnen und Senioren, den Projektverantwortlichen und den Beraterinnen erlebten Nutzen und Wirkungen des Projektes PräSenZ erläutert und aufbereitet. Im Zuge dessen wird dargestellt, welcher mögliche individuelle Nutzen für die beratenen Seniorinnen und Senioren entstanden ist, welcher Nutzen sich für die Kommune ergeben kann und welcher gesellschaftliche Nutzen daraus resultiert.

Das Kapitel gibt damit Auskunft zu Wirkungen des Modellvorhabens PräSenZ und möglichen Nachhaltigkeitseffekten.

Die Ergebnisse dieses Kapitels basieren auf den Telefoninterviews mit den beratenen Seniorinnen und Senioren sowie den Interviews und Worskhops mit den Beraterinnen und den Projektverantwortlichen.

7.6.1 Nutzen präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren

Im Rahmen der Evaluation kristallisierten sich vier wesentliche Wirkaspekte bei Inanspruchnahme eines präventiven Hausbesuchs für die Seniorinnen und Senioren heraus. Zum einen handelt es sich um einen ganz konkreten Informationsgewinn zu unterschiedlichen Angeboten und Fragestellungen des Alters durch die Beratungen in den präventiven Hausbesuchen. Der zweite Aspekt ist, einen bekannten Ansprechpartner in der Kommunen zu haben, an den man sich wenden kann, wenn man ihn braucht. Drittens werden dadurch die Seniorinnen und Senioren nicht nur sensibilisiert, sondern auch befähigt, sich weitere Informationen und im Bedarfsfall Hilfe und Unterstützung selbstständig zu organisieren. Und letztlich können Seniorinnen und Senioren bei Bedarf rechtzeitig ins Hilfe- und Unterstützungssystem übergeleitet werden.

Informationsgewinn, Sensibilisierung und Befähigung

Die Rückmeldung aus den Senioreninterviews ist, dass beim großen Teil der erreichten Seniorinnen und Senioren zunächst subjektiv kein Beratungsbedarf vorlag. Durch die Beratungen in den präventiven Hausbesuchen kam es dennoch zu einem Erkenntnisgewinn aufgrund von neu erworbenem Wissen. Viele Seniorinnen und Senioren gaben an, neue Angebote in der Kommune kennengelernt zu haben. Die neu kennengelernten Angebote reichten vom Strickcafé über Tagespflege, Nachbarschaftsverein, Haushaltshilfe, Betreuungsmöglichkeiten bis hin zu Seniorentreffen und Gymnastikgruppen.

„Ja, ich fühle mich besser informiert.“ (Telln_5)

„Ja besser informiert, das war interessant. Die hat gesagt, was man so alles im Alter braucht“ (Telln_31)

Die Seniorinnen und Senioren erlebten es als positiv, dass von den Beraterinnen aktiv Inhalte angesprochen wurden, die ihnen als Themen bislang nicht geläufig waren bzw. von denen sie nicht wussten, dass es dafür eine Ansprechpartnerin gibt. Hilfestellung konnten die Beraterinnen über die Vermittlungen von Informationen zu verfügbaren Hilfsangeboten und sachkundiger Beratung geben.

„Badezimmer, Patientenverfügung... alles Sachen die man sich vielleicht gar nicht getraut hätte zu fragen oder auch nicht drauf kommt!“ (Telln_16)

„Beim Erzählen kommt einem doch das eine oder andere, was man wissen möchte.“ (Telln_1)

„Man weiß doch vieles nicht, die Ratschläge waren super, sehr aufschlussreich... Man weiß ja vorher nicht, wo man sich hinwenden soll, wenn man pflegebedürftig wird, und jetzt weiß ich das alles.“ (Telln_44)

Der von den Seniorinnen und Senioren beschriebene Nutzen des Informationsgewinns durch die zugehende Beratung war auch aus Sicht der Beraterinnen ein wesentlicher Aspekt der präventiven Hausbesuche. Die Beraterinnen erlebten, dass die Seniorinnen und Senioren es sehr schätzten, aktiv informiert zu werden, dass sie also im Rahmen der Hausbesuche Informationen erhielten, die sie sich andernfalls selbst hätten besorgen müssen und vielleicht gar nicht gefunden hätten. Hinzu kommt der Aspekt, dass sie somit gleichsam sensibilisiert wurden, um auf bestimmte Themen oder Herausforderungen zukünftig besser Acht geben zu können. Als Beispiele für die Informationen, die einen unmittelbaren Nutzen haben, wurden Informationen zu verfügbaren Hilfeangeboten oder zu Ansprüchen aus der Pflegeversicherung genannt, wie bspw. in der folgenden Interviewsequenz mit einer Beraterin:

„Diesbezüglich waren die Leute froh. Viele Leute haben gesagt ‚ich wusste gar nicht, dass ich einen Anspruch habe oder dass ich das per Rezept bekomme, ich dachte immer, ich müsste mir die Dinge selber kaufen.‘“ (Int. 2, Abs. 26)

Aus Sicht der Beraterinnen ist der wesentliche Vorteil der Hausbesuche, dass Informationen nicht nur gegeben werden, sondern im Gespräch tatsächlich bei den Seniorinnen und Senioren ankommen. Diese Einschätzung ergibt sich aus der direkten Reaktion auf ein neues Thema bzw. eine neue Information oder den weiteren Gesprächsverlauf. In diesem Zusammenhang wurde von den Beraterinnen die rechtzeitige Überleitung ins Hilfesystem ebenfalls als vorteilhaft für die Seniorinnen und Senioren eingeschätzt.

Für einen Teil gut informierter Seniorinnen und Senioren war die Beratung eine Informationsverdichtung oder -bestätigung. Eine Seniorin drückte dies so aus:

„Vielleicht nicht besser informiert, eher vorhandenes Wissen bestätigt und verfestigt.“ (TeilIn_34)

Einige wenige Seniorinnen und Senioren gaben an, dass sie kein Interesse an etwas Neuem gehabt hätten. Ein Großteil der Seniorinnen und Senioren beschreibt aber einen klaren Informationszuwachs durch die präventiven Hausbesuche, von der Umsetzung von Empfehlungen/Anregungen konnte jedoch nur ein kleinerer Teil berichten. Begründungen dafür waren, bislang noch keine Zeit gefunden zu haben oder kein Interesse an weiteren Angeboten zu haben, bereits ehrenamtlich oder in Vereinen tätig zu sein oder eben auch in der Nachbarschaft oder der Familie behilflich zu sein.

Der Nutzen aus Sicht der Beraterinnen für die Seniorinnen und Senioren war, dass, auch wenn einer Beratung keine „Aktion“ folgte, der künftige Handlungsspielraum der Beratenen durch die neutrale und fachliche Außenperspektive, die die Beraterinnen einnahmen, erweitert wurde.

„Was ich auf jeden Fall gemacht habe ist, den Blickwinkel erweitert. Bei der einen oder anderen Situation. Das habe ich vielleicht bei allen irgendwie gemacht.“ (Int. 11, Abs. 121)

„Und die haben dann die Energie nicht, mal etwas anderes zu denken, sondern die sind froh, wenn das Rad immer so läuft. Und wenn jemand von außen kommt, der sieht, da ist eigentlich schon viel Bedarf, [...] und jetzt ist ein bisschen Ruhe reingekommen und so kann es jetzt eine Zeit lang noch weiterlaufen.“ (Int. 2, Abs. 26)

Eine Beraterin nutzte dafür auch die Metapher des „Säens“. Damit ein Samen aufgehen kann und daraus eine Pflanze wachse, seien bestimmte Bedingungen notwendig. Manchmal gehe der Samen sofort auf und entwickle sich zu einer prächtigen Pflanze, andere Samen seien über längere Zeit im Boden und würden dann erst anfangen zu keimen, oft auch durch veränderte Umwelt-, Lebensbedingungen, und manche Samen würden nicht aufgehen. Dies übertrug sie auf die Beratungen. In einigen Fällen wurden Empfehlungen zeitnah umgesetzt, in anderen wendeten sich die Beratenen erst wieder an die Beraterin, wenn eine – meist zum schlechteren – eingetretene Veränderung der Situation stattgefunden hatte. Einige Beratene hätten sich nach einem Jahr oder länger selbständig wieder gemeldet mit einer Frage oder mit der Suche nach Rat und einige Personen wurden nicht aktiv, obwohl aus Sicht anderer Personen bereits Veränderungsbedarf vorhanden war.

Ansprechpartner in der Kommune

Ein weiterer Punkt, den die Seniorinnen und Senioren in den Interviews zur Frage des persönlichen Nutzens des präventiven Hausbesuches nannten, war, nun zu wissen, an wen sie sich bei Fragen wenden können, also einen Ansprechpartner in der Kommune zu haben. Viele waren dankbar für diese Hilfe, die auch dafür stand, im Bedarfsfall jemanden zu haben, der Überblick hat und helfen kann. Die Seniorinnen und Senioren betonten in diesem Zusammenhang, dass eine bekannte Anlaufstelle zu einer Verbesserung ihres Sicherheitsgefühls führe.

„Damit sie [die Seniorinnen und Senioren] auch wissen, da ist jemand, an den man sich hinwenden kann. Man ist sonst so hilflos, wenn man keine Adresse hat.“ (Telln_40)

„Für alte Leute ist das ein bisschen eine Sicherheit. Wenn man niemanden hat, das ist schlimm.“ (Telln_16)

„Ja, fühle mich jetzt im Alter sicherer... Ich habe jetzt Leute, wo man hingehen kann oder mal fragen kann.“ (Telln_16)

„Bin dankbar, dass ich jetzt weiß, wohin ich mich wenden kann.“ (Telln_4)

Die Wichtigkeit des Aspektes, sich bei Bedarf an jemanden wenden zu können, wird durch die nachfolgenden Interviewsequenzen sehr deutlich. Viele Seniorinnen und Senioren können sich genau erinnern, an wen sie sich im Bedarfsfall wenden können bzw. wo sie die Kontaktdaten der Beraterin verstaut haben:

„Kann zur jeder Zeit anrufen und ich kann auch zu ihr hingehen. Sie hat zweimal in der Woche Sprechstunde im Rathaus.“ (Telln_1)

„Wen man anrufen könnte, habe ich mir auch aufgehoben.“ (Telln_52)

„Ich habe das Kärtchen [Visitenkarte der Beraterin] immer im Geldbeutel und ich werde es auch nutzen.“ (Telln_17)

In Rheinfeldern gaben alle Interviewten an, sich im Bedarfsfall, also bei zukünftigen Fragen, an ihre Beraterin zu wenden, in Ulm konnte sich das lediglich eine Person nicht vorstellen und in Neuweiler waren es lediglich vier Befragte, die sich dies nicht vorstellen konnten.

In Rheinfeldern und Ulm würden alle Befragten, mit Ausnahme von zwei Interviewten, den präventiven Hausbesuch weiterempfehlen.

„Ja, viele, die keine Infos haben oder sich nicht kümmern. Daher wäre eine Weiterempfehlung angebracht.“ (Telln_6)

In Neuweiler waren die Interviewten etwas zögerlicher. Die Antworten spiegeln wider, dass das Ziel des präventiven Hausbesuches nicht allen Beratern deutlich wurde:

„Das kann ich schlecht beurteilen... wenn es nötig ist und man darauf zukommen kann, dann ja. Wenn nichts extras ist....die Zeit kann man sich sparen.“ (Telln_27)

„Ich weiss nicht... Diakonie macht doch alles.“ (Telln_23)

Die Einschätzungen der Beraterinnen in den Interviews und im Workshop war, dass durch die präventiven Hausbesuche die Seniorenarbeit für ältere Menschen in den Kommunen ein (weiteres) Gesicht bekommt. Das umfangreiche und oft nicht bekannte Angebot der Kommunen für Seniorinnen und Senioren – Freizeit-, Unterstützungs- oder Pflegeangebote – kommt damit sozusagen zu den Seniorinnen und Senioren nach Hause. Durch das Gespräch mit den Beraterinnen sind diese nicht nur theoretisch verfügbar, sondern in direkter Reichweite.

Wie die Integration und Verankerung des Angebotes im Alltag gelingen kann, zeigen die Rückmeldungen einiger Seniorinnen und Senioren aus Rheinfeldern und Ulm:

„Und sogar eine ganz einfache und leichte Hilfe, aber die man doch immer nimmt, z.B. ein Flaschenöffner, gell. Aber das ist etwas, das sticht immer ins Auge... Und verschiedene andere Leute sagen auch, das ist toll... und wie es auch speziell für ältere Leute gut ist.“ (Telln_3)

Der überwiegende Anteil der Seniorinnen und Senioren würde es befürworten, wenn das Angebot der präventiven Hausbesuche fortgeführt werden würde. Sie haben das Angebot in ihrem Familien-/Freundes- und Bekanntenkreis weiterempfohlen oder würden dies tun. Viele Seniorinnen und Senioren haben ihren Angehörigen, Freunden oder Nachbarn von dem Hausbesuch erzählt. In Rheinfeldern waren es 94 % der Interviewten, in Ulm 83 % und in Neuweiler 76 % der Befragten.

In Schulnoten bewerteten die besuchten Seniorinnen und Senioren den präventiven Hausbesuch insgesamt mit der Durchschnittsnote 1,6. Die vergebenen Noten variierten von eins bis drei.

7.6.2 Nutzen des PräSenZ-Angebotes für die Kommunen

Der von den Seniorinnen und Senioren genannte zentrale Punkt, einen Ansprechpartner in den Kommunen zu haben, ist aus Sicht der Projektverantwortlichen und Beraterinnen ein zentraler Punkt des Nutzens für die Kommunen. Darüber hinaus und damit eng verbunden beschreiben die Projektverantwortlichen den „Imagegewinn“ der Kommune bei den älteren Bürgerinnen und Bürgern als einen zentralen Nutzen.

Anlaufstelle in der Versorgungslandschaft

Der von den Seniorinnen und Senioren erwähnte Nutzen, eine Person vor Ort zu kennen, an die man sich im Bedarfsfall wenden kann, wird auch von den Projektverantwortlichen und Beraterinnen als Nutzen für die Kommune eingeschätzt. Der besondere Nutzen für die Kommune wird darin gesehen, dass sich die Beraterinnen durch die präventiven Hausbesuche als direkte und niederschwellig zugängliche Anlaufstelle und Ansprechpartnerinnen für konkrete Anliegen der Seniorinnen und Senioren im Bedarfsfall etablieren. Wie bereits ausgeführt, bekommt die Kommune ein (weiteres) „Gesicht“, was wiederum eine spätere Kontaktaufnahme der Seniorinnen und Senioren mit der Kommune im Bedarfsfall erleichtert. Diese Funktion der

Beraterinnen, als Ansprechpartnerinnen, Kümmerer und Lotsen, wurde im Projekt aus Sicht der Beraterinnen auch zunehmend genutzt. Eine vermehrte Nutzung bereits existierender Angebote in den Kommunen ist bei einigen Angeboten feststellbar.

Imagegewinn der Kommunen bei den älteren Bürgerinnen und Bürgern

Neben dem Nutzen, Anfragen und Bedarfe von älteren Menschen besser bearbeiten zu können, ist der Imagegewinn bei den älteren Bürgerinnen und Bürgern für die Kommunen ein wesentlicher Nutzen. Unter diesem Begriff zusammengefasst sind unterschiedliche Aspekte, die die Wahrnehmung der Kommune in der Bevölkerung betreffen. In den Senioreninterviews äußerte die große Mehrheit der Seniorinnen und Senioren über alle Modellkommunen hinweg, dass sie es sehr schätzen und anerkennen, dass die Kommune sich um ihre älteren Bürger kümmere.

„Kann man nur als positiv betrachten, wenn die Gemeinde sich kümmern will.“ (Telln_39)

„Finde ich ganz interessant, da denkt man die [Kommune/Politiker] sind so weit weg vom kleinen Mann.“ (Telln_40)

„Super! Man hat das Gefühl, dass für uns Alte was getan wird. Supertoll!“ (Telln_1)

„Ganz gut, dass man sich um die Rentner kümmert.“ (Telln_53)

„Ja, ist eine Wertschätzung gegenüber die Alten.“ (Telln_54)

„Sehr gut, zeigt, dass Alte nicht egal sind.“ (Telln_54)

Die Kommune wird als bürgernah und sorgend beschrieben. Zudem wurde von den Seniorinnen und Senioren formuliert, dass im Bereich der Seniorenarbeit auf kommunaler Ebene Handlungsbedarf bestehe:

„Sehr, sehr, sehr gut.... Denn oft habe ich das Gefühl, dass es nicht richtig im Bewusstsein derer, die hier unsere Geschicke lenken ist, dass wir eben diese Alterspyramide haben.“ (Telln_52)

„Gute Sache, da Leute immer älter werden“ (Telln_18)

„Sehr gut, da es doch ein sehr ländlicher Raum ist, da ist das wichtig.“ (Telln_24)

„Es geht immer um die Autofahrer und um die Radfahrer. Aber nicht um die Fußgänger und das sind ja sehr viel alte Leute. Und es wird ihnen ja dann auch empfohlen das Auto dann mal stehen zu lassen irgendwann. Und wie die dann noch zurechtkommen, und wenn sie dann mit dem Rollator gehen, darüber redet kein Mensch. Aber sie sollen doch auch rausgehen und sie sollen doch teilnehmen... Dafür sollte Geld ausgegeben werden.“(Telln_52)

Das Angebot wird als gelebte kommunale Fürsorge wahrgenommen. Aus Sicht der Seniorinnen und Senioren verdient es Anerkennung, dass die Kommune sich auf den Weg macht, an die Bedarfe von Seniorinnen und Senioren angepasste Infrastrukturen zu entwickeln und mit den Älteren ins Gespräch zu kommen. Gleichzeitig beschreiben die Interviewten, dass aufgrund der demographischen Entwicklung und der kommunalen Gegebenheiten vor Ort Schritte dieser Art auch dringend notwendig sind.

Diese Wertschätzung der Seniorinnen und Senioren dem Angebot und damit auch der Kommune gegenüber kommt auch bei den Projektverantwortlichen und den Beraterinnen an. Aus deren Sicht wird das Signal, das die Kommunen mit der Durchführung der Hausbesuche set-

zen, von den Seniorinnen und Senioren als Interesse der Kommune am Wohlergehen der Seniorinnen und Senioren wahrgenommen. Die Kommune kümmert sich um eben dieses Wohlergehen und um die Belange auch der älteren Bevölkerung. Dass diese Botschaft ganz offensichtlich ankommt, stellt für die Projektverantwortlichen einen großen Nutzen dar.

Nicht zuletzt verbindet sich damit das Signal einer aktiven Seniorenarbeit der Kommune. Von Seiten der Projektverantwortlichen wurde angemerkt, dass dieses gute Image auch bei Einzelfalllösungen hilfreich sein könne. Wenn eine Kommune, bzw. deren Organe, als wertschätzend und bestrebt zu helfen erlebt werde, wendeten sich die Bürgerinnen und Bürger gewissermaßen vertrauensvoller an sie, was wiederum bei der Lösung ihrer Probleme hilft. Von einer Beraterin wurde diese Wertschätzung als Beitrag zum „sozialen Frieden“ in der Kommune beschrieben. Gemeint ist damit, dass der ältere Teil der Bevölkerung sich nicht vergessen fühlt oder den Eindruck hat, seine Bedürfnisse würden nicht beachtet. Hier können präventive Hausbesuche auch neben den konkreten Informationen für die bedarfsgerechte Ausgestaltung kommunaler Infrastrukturen einen allgemeinen Beitrag dazu leisten, dem Thema des Alterwerdens in der Kommunen mehr Raum zu geben.

Finanzieller Nutzen

Aussagen zum finanziellen Nutzen können im Rahmen von PräSenZ nur sehr beschränkt getroffen werden. Nach Auffassung der interviewten Personen ist der finanzielle Nutzen ein Potenzial des Angebotes, der im Rahmen von PräSenZ jedoch nicht im Fokus stand. Nach Einschätzung der Projektverantwortlichen werde sich ein finanzieller Nutzen nicht nur für die Kommunen selbst ergeben, sondern auch für die Kranken- bzw. Pflegekassen in Form verminderter Ausgaben. Wenn die Seniorinnen und Senioren länger in der eigenen Häuslichkeit in der Kommune leben könnten, statt in ein Pflegeheim ggf. in einer anderen Kommune übersiedeln zu müssen, macht sich das nicht nur über Einsparungen auf Kostenträgerseite sowohl bei den Kommunen als auch bei den Pflegekassen bemerkbar, sondern auch bei der einwohnerabhängigen Umlage und dies insbesondere in kleineren Kommunen ohne eigene stationäre Pflegeeinrichtungen. Diese Überlegungen rechtfertigen zugleich die Investitionen in das Angebot präventiver Hausbesuche.

Impulse zur Weiterentwicklung der kommunalen seniorenbezogenen Infrastrukturen

Die in den Modellkommunen erfolgte Weiterentwicklung der seniorenbezogenen Infrastrukturen soll hier unter dem Aspekt des Nutzens noch einmal beleuchtet werden (siehe Kapitel 7.4). Die Rückkoppelung von Bedarfen und Wünschen der älteren Bevölkerung durch die Beraterinnen in die Kommunen führte in allen drei Kommunen zu hilfreichen Erkenntnissen über die Stärken und Schwächen kommunaler seniorenbezogener Infrastrukturen. Die bereits angesprochene Funktion der Beraterinnen als „Bindeglied zwischen Bürgerschaft und Kommune“ trug dazu bei, bislang weniger bekannte Bedarfe mit vorhandenen oder neu zu schaffenden wohnortnahen Angeboten zu verlinken. Denn direkte und systematisch erhobene Rückmeldungen dazu liegen in den Kommunen meist nicht vor, zumal nicht von der älteren Bevölkerung.

Durch die Beratungen in den präventiven Hausbesuchen erhielten die Kommunen Kenntnisse zu folgenden infrastrukturelevanten Aspekten:

- allgemeine Wünsche/Bedarfe in der älteren Bevölkerung
- kommunale Barrieren im Hinblick auf die Teilhabe am öffentlichen Leben
- Wissen über und Nutzung von vorhandenen Angeboten durch die Seniorinnen und Senioren
- Übereinstimmung/Lücken von Angebot und Nachfrage relevanter Angebote

Neben diesem für Kommunen profunden Erkenntnisgewinn brachten sich die Beraterinnen insbesondere in Neuweiler und Rheinfeldern darüber hinaus aktiv in die Weiterentwicklung von Angeboten für die Kommunen ein. Die Initiierung und der Aufbau bis hin zur Verstetigung der Angebote sind weitere Nutzen aus dem Modellvorhaben PräSenZ.

Interpretation der Ergebnisse

Der Aspekt des Nutzens und der Wirkungen des Modellvorhabens PräSenZ ist im Analyserahmen auf der Mikro- und Mesoebene im Bereich der Ergebnisqualität verortet.

Die Erkenntnisse und Ergebnisse zum Nutzen und zu den Wirkungen des Modellvorhabens PräSenZ in den Modellkommunen sind in ihrer Vielfältigkeit und Breite der Einschätzung von Teilnehmenden durchaus als beeindruckend zu bezeichnen. Die beratenen Seniorinnen und Senioren beschreiben in ihrer großen Mehrheit ihren Informationsgewinn, ihre Sensibilisierung sowie die Befähigung, sich zukünftig aktiv und auch selbständig an eine Ansprechpartnerin in der Kommune wenden zu können. Die Projektverantwortlichen und die Beraterinnen sehen sich bestätigt in der Annahme, dass das Angebot in den Zielgruppen zumeist ankommt, auf tatsächliche Bedarfe stößt, diese gut erfassen kann und daraufhin angemessene Prozesse in den Kommunen, etwa zur Beantwortung dieser Bedarfe aktuell und zukünftig auslösen kann. Nicht nur die Seniorinnen und Senioren sind dann die Nutznießer, sondern auch die Kommune als Ganzes.

Das positive Bild, das die Kommune mit einem solchen Angebot nicht nur bei der älteren Bevölkerung auslösen kann, trägt damit durchaus zu einem allgemeinen Imagegewinn bei. Auch der angestrebte Vertrauensgewinn der älteren Menschen zu ihrer Kommune spielt dabei eine wichtige Rolle. Dass das Angebot präventiver Hausbesuche von den allermeisten Seniorinnen und Senioren sehr gut aufgenommen worden ist, zeigt insbesondere deren weit überwiegende Einstellung, es weiterzuempfehlen, und deren Wunsch, dass das Angebot fortgeführt werde. Die Frage des ökonomischen Nutzens war im Evaluationsdesign von PräSenZ nicht angelegt. Sehr wohl gibt es aber Hinweise zur Kosteneffektivität. Denn ohne Zweifel haben vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse die Kosten für die präventiven Hausbesuche in den drei Modellkommunen direkten und indirekten Nutzen sowohl für die besuchten Seniorinnen und Senioren als auch für die anderen in den Kommunen lebenden älteren Menschen und die Kommunen selbst ausgelöst. Das belegen die vielfältigen Aussagen und Hinweise zum engeren und weiteren Wirkungskreis des Modellvorhabens PräSenZ.

8. Fazit und Empfehlungen

8.1 Fazit zum Modellvorhaben PräSenZ

Ausgangspunkt des Modellvorhabens PräSenZ war es, ein im kommunalen Raum anschlussfähiges Rahmenkonzept zu präventiven Hausbesuchen für Seniorinnen und Senioren unter besonderer Berücksichtigung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg zu erproben und zu evaluieren. Damit sollten zum einen Erkenntnisse zur Angemessenheit und Praktikabilität der Konzeptbausteine sowie zu Qualifikations- und Schulungserfordernissen einzusetzender Fachkräfte in der präventiven Beratung gewonnen werden. Zum anderen sollten mittels verschiedener Zugangswege zu Zielgruppen, kommunalen Organisationsformen sowie Förderung und Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements in differenzierten kommunalen Settings Erfahrungen zur Umsetzung der Maßnahmen gesammelt werden. Letztlich ging es darum, den Nutzen präventiver, aufsuchender Beratungsansätze für Seniorinnen und Senioren sowie für die kommunalen Kontexte einzuschätzen und damit zu einer Einschätzung der Wirkungen von PräSenZ zu kommen.

Die Ergebnisse wurden übergreifend für die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowohl auf Makroebene (Rahmenbedingungen), Mesoebene (Organisation) und Mikroebene (Beratung) beschrieben. Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass es in allen drei Modellkommunen sehr gut gelungen ist, unter Beachtung der Anforderungen des Rahmenkonzeptes ein jeweils eigenes, an den spezifischen Bedingungen und Bedarfen vor Ort ausgerichtetes PräSenZ-Konzept zu entwickeln, zu implementieren und die anvisierten Zielsetzungen im Zuge der Umsetzung weitestgehend zu erreichen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse übersichtlich unter den folgenden Kernaussagen zusammengefasst:

- Präventive Hausbesuche erreichen die Zielgruppen
- Gelingende Einbindung und regionale Vernetzung in den Kommunen
- Beispielhafte Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten
- Anspruchsvolle Rollen und Aufgaben der Beraterinnen
- Professionalität und Qualifikation als Erfolgsfaktoren
- PräSenZ wirkt und zeigt Nutzen für ältere Menschen und Kommunen

8.1.1 Präventive Hausbesuche erreichen die Zielgruppen

- **Rund 700 Seniorinnen und Senioren erlebten 1.700 Beratungskontakte**

Die Auswertungen der Grunddaten von PräSenZ zeigen, dass die anvisierten Zielgruppen auf verschiedenen Wegen erreicht werden konnten. Nahezu 700 Seniorinnen und Senioren erhielten in den drei Modellkommunen mitunter mehr als drei Hausbesuche. Beim größten Teil der Beratenen reichte allerdings ein Hausbesuch aus (61 %). Insgesamt haben rund 1.700 Beratungskontakte weit überwiegend in der Häuslichkeit der älteren Menschen, aber auch telefonisch oder in den Büros der Beraterinnen stattgefunden.

- **Die Teilnehmerschaft von PräSenZ ist nahezu repräsentativ für die älteren Menschen in Deutschland**
Die Zielgruppe zeigt für die Altersverteilung 75 Jahre und älter bezüglich Geschlecht und Haushaltssituation im Vergleich zu Zensusdaten eine annähernde Repräsentativität. Die Beratenden sind im Schnitt rund 80 Jahre alt, rund 60 % davon sind Frauen. 42 % der Besuchten leben in Partnerschaft, 37 % leben alleine, rund ein Fünftel lebt mit bzw. in der Familie oder in anderen Haushaltsmodellen.
- **Der durchschnittliche präventive Erstbesuch dauerte ein bis zwei Stunden**
Bei aller Unterschiedlichkeit in den drei Modellkommunen lässt sich ein durchschnittlicher präventiver Hausbesuch (Erstbesuch) in PräSenZ wie folgt beschreiben: Der erste Hausbesuch dauert im Schnitt zwischen ein und knapp zwei Stunden. Um zur Häuslichkeit der Beratenden zu gelangen, mussten die Beraterinnen im Schnitt jeweils 3 - 4 km weit fahren und benötigten für einen Weg rund 10 bis 15 Minuten Fahrzeit.
- **Mit bis zu 51 % erreicht PräSenZ eine vergleichsweise hohe Akzeptanz**
Die durchgängige Proaktivität der Zugangswege (Anschreiben mit und ohne Terminierung von Hausbesuchen) führte im Vergleich zu anderen Modellprojekten präventiver Hausbesuche zu hohen Resonanz- und Akzeptanzraten zwischen 31 % und 51 %. Die Zugangswege haben sich bewährt.

8.1.2 Gelingende Einbindung und regionale Vernetzung in den Kommunen

- **Integration in die kommunalen Organisations- und Kommunikationsstrukturen**
Als Voraussetzung für das Gelingen der präventiven Angebote von PräSenZ galt die enge Einbindung der Beraterinnen in die kommunale Organisation vor Ort. Dies zeigte sich sowohl über die personelle, räumliche und fachliche Nähe zu Vorgesetzten als auch im engen Kontakt zu angrenzenden Diensten der Kommunen. Regelkommunikation, fachlicher Austausch und Gestaltungsspielräume waren die wesentliche Basis für eine gemeinsame Konzeptentwicklung und für sinnvolle wie zielorientierte Abläufe in PräSenZ.
- **Bedarfe erkennen – Potenziale einschätzen – Angebote initiieren**
Die enge kommunale Einbindung der Beraterinnen half dabei, erkannte Bedarfe aus den Einzelfallberatungen nicht nur mit der versorgungsrelevanten Infrastruktur zu verknüpfen, sondern auch Potenziale für zusätzliche Infrastrukturentwicklungen einzuschätzen und an die zuständigen Stellen in der Kommune rückzumelden. Letztlich gelang es auch, einzelne, zusätzlich notwendige Unterstützungs- und Betreuungsangebote direkt zu initiieren.
- **Regionale Vernetzung hängt von Netzabdeckung und Neutralität ab**
Soziale Netze sind wie technische Netze abhängig von der Netzabdeckung. D.h., die regionale Vernetzung des Angebotes PräSenZ hing entscheidend von den vorhandenen wohnortnahen Angeboten und Netzwerken von Anbietern in den Modellkommunen ab. Dort, wo es bereits viele Angebote gab, spielte die Neutralität der Beratung in den präventiven Hausbesuchen eine entscheidende Rolle für eine gelingende Vernetzung mit den professionellen und niedrighschwelligem Anbietern vor Ort.

- **Bedarfsgerechte Versorgungslandschaften brauchen Case und Care Management**
Die systematische und sukzessive Verknüpfung erkannter Bedarfe und potenzieller Nachfragen aus den Einzelfallberatungen in der Häuslichkeit von Seniorinnen und Senioren (Case Management) mit vorhandenen oder zu schaffenden professionellen und/ oder niedrigschwelligen Angeboten in den quartiersbezogenen Infrastrukturen (Care Management) ist eine zentrale Herausforderung und Voraussetzung für zukunftsorientierte und bedarfsgerechte kommunale Versorgungslandschaften für ältere Bürgerinnen und Bürger. Die Beraterinnen in PräSenZ haben dazu wichtige und grundlegende Beiträge in den Modellkommunen geleistet.

8.1.3 Beispielhafte Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten

- **Das Feld des bürgerschaftlichen Engagements ist weit**
In Deutschland engagieren sich Millionen von Menschen bürgerschaftlich in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen. Darin drückt sich gleichermaßen Potenzial als auch Vielfalt aus. Im Modellvorhaben PräSenZ wurde deutlich, dass die gezielte Gewinnung und Einbindung von bürgerschaftlich Engagierten in der Folge der erkannten Bedarfe präventiver Hausbesuche im bereits bestehenden Geflecht verschiedener Angebote eine besondere Herausforderung darstellte.
- **Engagierte leisten niedrigschwellige Entlastung und Betreuung**
In einer der Modellkommunen gelang es dennoch, ein bereits vorhandenes Kontingent von rund zehn bürgerschaftlich Engagierten konkret in das Modellvorhaben PräSenZ einzubinden. Sie übernahmen niedrigschwellige Hilfen in der Betreuung von Seniorinnen und Senioren im Bereich der Kontaktpflege (zum Beispiel Besuchsdienste, Vorlesen, Spiele spielen) und der Begleitung beim Einkaufen oder bei Arztbesuchen.
- **Bürgerschaftlich Engagierte organisieren eine Tagespflegeeinrichtung**
In einer weiteren Modellkommune wurde während der Laufzeit von PräSenZ ein eigens aufgebautes Tagespflegeangebot in Betrieb genommen und in die Trägerschaft eines zuvor gegründeten Bürgervereins überführt.
- **Akquisition und Einsatz von bürgerschaftlich Engagierten professionalisieren**
Der Akquisitions-, Steuerungs- und Begleitungsaufwand von bürgerschaftlich Engagierten setzt professionelle Begleitung, Strukturen und Prozesse voraus. In einer Modellkommune wurde die Gewinnung und übergeordnete Begleitung der bürgerschaftlich Engagierten im Laufe des Vorhabens auch deshalb in den Rahmen der Freiwilligenagentur der Stadt überführt.

8.1.4 Anspruchsvolle Rollen und Aufgaben der Beraterinnen

- **Information geben - Entlastung bieten - in Kontakt bleiben**

In den Beratungsprozessen kamen generell fünf verschiedene Gesprächsanlässe zur Geltung, die sowohl von den Beratenen als auch von den Beraterinnen maßgeblich bestimmt wurden. Im Vordergrund stand eindeutig die angemessene und umfassende Information der Seniorinnen und Senioren (81 % in den Erstgesprächen). In den Folgebesuchen wuchs das Vertrauen und Gespräche mit persönlichem, entlastendem Charakter gewannen an Bedeutung. Des Weiteren ging es dann auch stärker um das Kontakt halten. In einigen wenigen Fällen kam es zu konkreter, akuter Krisenbewältigung.

- **Top-Five der Beratungsthemen**

Insgesamt wurden rund 1.900 Themenwechsel in den Beratungsgesprächen dokumentiert. Das inhaltliche Spektrum umfasste 15 übergeordnete Themenbereiche. Die Top-Five der Beratungsthemen in PräSenZ waren:

- die gesundheitliche Situation/medizinische bzw. pflegerische Versorgung,
- psychosoziale Situation,
- hauswirtschaftliche Hilfen,
- Wohnraumberatung sowie
- finanzielle Belange und Sozialleistungen.

- **Ein anspruchsvolles Rollengeflecht der Beraterinnen – Professionelle**

- **Beziehungsarbeit und Mittlerin zwischen den Menschen und der Kommune**

Das Beratungs- und Rollenverständnis der Beraterinnen in PräSenZ festigte sich mit zunehmender Projektlaufzeit und den gesammelten Erfahrungen. Es war von Professionalität geprägt sowie von respekt- und vertrauensvollem Beziehungsaufbau zu den Beratenen. Gleichermaßen standen die Selbstbestimmtheit der Besuchten wie auch die Neutralität der Beratung im Mittelpunkt. Des Weiteren nahmen die Beraterinnen eine Vermittlerrolle ein sowohl zwischen den erkannten Bedarfen der Seniorinnen und Senioren und vorhandenen wohnortnahen Unterstützungs- und Entlastungsangeboten als auch als Bindeglied zwischen den älteren Bürgerinnen und Bürgern und ihrer Kommune.

- **Präventive Beratung und weitere Aufgaben**

Über die Vorbereitung, Umsetzung und Nachbereitung der präventiven Beratung hinaus übernahmen die Beraterinnen im Modellvorhaben PräSenZ weitere, mitunter ungeplante und zusätzliche Aufgaben, wie beispielsweise Trauerbegleitung, Stolperfallenbeseitigung oder Hilfestellung beim Ausfüllen von Anträgen.

8.1.5 Professionalität und Qualifikation als Erfolgsfaktoren

- **Berater-Tandems ergänzen ihre professionellen Kompetenzen**
Die im Modellvorhaben PräSenZ eingesetzten Berater-Tandems aus pflegerischen und sozialarbeiterischen Berufen mit einschlägigen Berufsfelderfahrungen haben sich bewährt. Die interprofessionelle Mischung aus pflegerisch-klinischer Expertise mit präventiv ausgerichteter Diagnostikkompetenz auf der einen Seite und sozialer Lebensweltexpertise mit Beratungskompetenz auf der anderen Seite ist ein Faktor für den Erfolg von PräSenZ.
- **Lebenswelterkundungen brauchen Erfahrung, Einfühlungsvermögen und Intuition**
Zur fachlichen Professionalität gehört auch die systematische Einbindung von Berufs- und Lebenserfahrung. Um präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren mit ihren vielgestaltigen, nicht selten emotional fordernden Situationen erfolgreich umzusetzen, brauchte es auf Seiten der Beraterinnen Erfahrung, Einfühlungsvermögen und Intuition. Die Reflexion von besonderen Ereignissen im Beratungsalltag wurde aufgearbeitet, auch um die Professionalität weiter zu stärken.
- **Fortbildung muss anschlussfähig und spezifisch genug sein**
Herkömmliche Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Pflege und Sozialarbeit mit Schwerpunkt auf Geriatrie, Gerontologie oder Geragogik decken die spezifischen Bedarfe präventiv zugehender Beratungsarbeit für Seniorinnen und Senioren nicht hinreichend ab. Die Fortbildungskonzeption in PräSenZ mit den Schwerpunkten Hausbesuche vorbereiten, durchführen und nachbereiten, Zusammenarbeit organisieren, an Weiterentwicklungen mitwirken und Ergebnisse sichern hat sich indes bewährt.
- **Weiterentwicklung der Fortbildung – Modularisierung**
Zukünftige Fortbildungsangebote zur Umsetzung von PräSenZ sollten aus Basis- und Aufbaumodulen bestehen, die je nach vorhandener Qualifikation und Kompetenzen individueller nachgefragt und eingesetzt werden könnten.

8.1.6 PräSenZ wirkt und zeigt Nutzen für ältere Menschen und Kommunen

- **Die älteren Menschen waren besser informiert, sensibilisiert, entlastet und befähigt**
Der überwiegende Anteil der Seniorinnen und Senioren fühlte sich durch die Beratungen in PräSenZ erheblich besser informiert über mögliche Angebote in Wohnortnähe und zeigte sich sensibilisiert im Hinblick auf Themen der eigenen Gesundheit, der Selbstständigkeit und möglicher Risiken. Es gab etliche Beispiele der direkten Hilfe, Unterstützung oder Entlastung in den Hausbesuchen. Viele der Besuchten sahen sich im Nachgang befähigt, sich nun auch selbst weitere Informationen oder Hilfe zu organisieren. Die allermeisten Seniorinnen und Senioren im Modellvorhaben PräSenZ würden die Angebote weiterempfehlen und würden es sehr begrüßen, wenn sie in den Kommunen fortgesetzt werden würden.

- **500-mal wandten sich die Seniorinnen und Senioren an ihre Ansprechpartnerin**
 Ein ganz wesentlicher Nutzen ergab sich für alle Zielgruppen aus dem Umstand, dass mit dem ersten Kontakt eine persönlich bekannte Ansprechpartnerin mit Überblick über die relevanten Angebote in der Kommune zur Verfügung stand. Nahezu 500-mal wandten sich Seniorinnen und Senioren in der Projektlaufzeit telefonisch oder per Besuch im Büro direkt mit einem Anliegen an ihre Beraterin.
- **Imagegewinn der Kommunen**
 Die Angebote in PräSenZ wurden von den Seniorinnen und Senioren als „kümmernde Kommune“ wahrgenommen. Aus ihrer Sicht haben sich die Modellkommunen auf den Weg gemacht, die Lebenssituationen, Wünsche und Bedarfe ihrer älteren Bürgerinnen und Bürger besser kennenzulernen und entsprechende seniorengerechtere Infrastrukturen zu entwickeln. Dies wirkte zugleich als Imagegewinn der Kommunen in den Zielgruppen. Die Prozesse und Ergebnisse aus PräSenZ lassen sich sehr gut auf andere Kommunen übertragen, denn die Zielgruppen waren im Hinblick wichtiger sozialdemografischer Kriterien auch weitgehend repräsentativ.
- **Finanzmittel in PräSenZ sinnvoll und erfolgreich eingesetzt**
 Auch wenn es aus nachvollziehbaren Gründen keine detaillierte gesundheits- und/ oder sozialökonomische Bewertung von PräSenZ gegeben hat, lässt sich aus den erreichten Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimensionen belegen, dass in den drei Modellkommunen sowohl direkter und indirekter Nutzen für die Seniorinnen und Senioren als auch für die Kommunen ausgelöst wurde. Zudem wurden zahlreiche allgemeine und weiterführende Erkenntnisse für zukünftig vergleichbare Projekte und Entwicklungen in Kommunen gewonnen. Die Finanzmittel wurden sinnvoll, zielführend und erfolgreich im Modellvorhaben PräSenZ eingesetzt. Dies spricht auch für die zukünftige Umsetzung von PräSenZ in anderen Kommunen mit dem Blick auf die Kosteneffizienz der Interventionen.

8.2 Empfehlungen

Die Ergebnisse des Modellvorhabens PräSenZ zeigen im Fazit, wie und auf welchen Wegen eine systematische, proaktive, aufsuchende und präventiv ausgerichtete Beratungsarbeit für Seniorinnen und Senioren erfolgreich in unterschiedliche kommunale Strukturen und Räume implementiert werden kann. Es ist sichtbar geworden, mit welchen Aufwänden und Engagements gewünschte und notwendige Wirkungen erzielt werden konnten. Grundsätzliche Stoßrichtung des Modellvorhabens war und ist die mögliche Verstetigung von PräSenZ auch in anderen Kommunen und mit weiteren Akteuren. Aus diesem Grunde wird aus dem vorliegenden Projektbericht und weiteren Perspektiven heraus zeitnah eine praxisorientierte „*Handreichung für Kommunen zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen für Seniorinnen und Senioren*“ entwickelt und Interessierten zur Verfügung gestellt. Die folgenden Kernempfehlungen aus PräSenZ werden darin einfließen.

1. Präventive Hausbesuche regelmäßig in Kommunen einsetzen

Präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren haben sich bereits seit längerem international und in den vergangenen Jahren auch zusehends national als geeignete Instrumente zur Beantwortung von individuellen Bedarfen sowie zur Entwicklung von kommunalen Versorgungslandschaften der Zukunft erwiesen. Die in PräSenZ erprobten und weiterentwickelten Konzepte zur aufsuchenden, präventiv ausgerichteten Beratungsarbeit für ältere Menschen haben sich bewährt und sollten zukünftig regelmäßig auch in anderen Kommunen eingesetzt werden.

2. Prävention braucht Professionalität und Interdisziplinarität

Die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung präventiver Hausbesuche ist eine professionelle Angelegenheit! Einzusetzende Fachkräfte sollen einschlägige Vorqualifikationen aus pflegerischen oder sozialarbeiterischen oder vergleichbaren Berufen mitbringen. Zur Einschätzung von Ressourcen für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter sowie zur Vermeidung von Risiken im Hinblick auf potenzielle Gefahren und Einschränkungen im Lebensalltag (drohende Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit und Erkrankungen) ist die klinische Expertise von erfahrenen Pflegefachkräften unverzichtbar. Für die professionelle Beratung insbesondere im Hinblick auf Teilhabe und Sozialleistungen sowie die Verknüpfung mit relevanten Angeboten im Quartier sind Kompetenzen der Sozialen Arbeit sehr bedeutsam.

3. Multidimensionale Erhebungsinstrumente einsetzen

Wer in die Lebenswelt und die Häuslichkeit von älteren Menschen geht, stößt auf einen Kosmos aus Lebenserfahrungen, Ideen, aber auch bestehenden und potenziellen Herausforderungen. Grundlage für die angemessene Erkundung, Erfassung und Bearbeitung dieser Lebenswelten gerade im Hinblick auf Ressourcen und Risiken ist ein multidimensionales Einschätzungsinstrument. In PräSenZ wurde ein wissenschaftsfundierter Frage- und Einschätzungsbogen eingesetzt, der sich als explizites wie auch implizites Instrument der Diagnostik und Beratung bewährt hat. Instrumente wie dieses sind fester Bestandteil bei der Durchführung und Auswertung von präventiven Hausbesuchen bei Seniorinnen und Senioren. Da das Aufgabenspektrum vielfältig ist, muss es in

der Regelversorgung gezielt und dauerhaft von anderen Aufgaben und Angeboten ein- bzw. abgegrenzt und damit noch stärker systematisiert werden.

4. Fachkräfte gezielt vorbereiten und fortbilden

Es ist – wie in PräSenZ bestätigt – notwendig, auch erfahrene Fachkräfte gezielt mit einem angemessenen Schulungskonzept auf ihre spezifischen Aufgaben vorzubereiten und insbesondere in der Anfangsphase der Umsetzung zu begleiten. Zu erwerbende bzw. vertiefende Kompetenzen fokussieren vor allem auf diagnostische (Einsatz des multidimensionalen Frage- und Einschätzungsbogens), beratungsbezogene und vermittelnde Fähigkeiten sowie auf Gesprächs- und Reflexionskompetenzen. Das eingesetzte Schulungskonzept hat sich bewährt. Für zukünftige Einsätze sollte ein darauf aufbauendes, modularisiertes Curriculum „*Aufsuchende, präventive Beratungsarbeit mit Seniorinnen und Senioren im kommunalen Setting*“ entwickelt und eingesetzt werden.

5. Präventive Beratungsstrukturen in bestehende (kommunale) Organisation einbinden

Zur Erzeugung von Synergien und zur Vermeidung von Doppelstrukturen sollten zukünftige Angebote präventiver Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren in vorhandene Strukturen und Prozesse eingebunden werden. Dies können sowohl kommunale Verwaltungen als auch Pflegestützpunkte oder andere regional etablierte Beratungsstrukturen sein. Die Ergebnisse von PräSenZ zeigen, wie wichtig und sinnvoll die enge Einbindung der Beraterinnen in die vorhandenen – in diesem Falle kommunalen – Strukturen und Prozesse war.

6. Vernetzung in der Region transparent und neutral gestalten

Neue und innovative Angebote wie PräSenZ stoßen bei ihrer Implementation in aller Regel bereits auf vorhandene, angrenzende Angebote anderer Akteure. Um Vorbehalten oder Irritationen bestehender Anbieter oder Netzwerke vorzubeugen, empfiehlt es sich im Vorhinein, eine umfassende Information und Transparenz zur Akteurslandschaft herzustellen sowie das Bekenntnis zur Neutralität in der Umsetzung des Angebotes.

7. Bürgerschaftliches Engagement professionell organisieren und verknüpfen

Eine Gewinnung und nachhaltige Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements in Projekte präventiver Beratungsarbeit mit älteren Menschen steht und fällt mit der Systematik, mit der dies betrieben wird. Mit PräSenZ konnten eindrucksvolle Beispiele gezeigt werden. Eine vereinzelt und jeweils projektbezogene Anstrengung zur Einbindung des Ehrenamtes ohne professionalisierte Grundstruktur empfiehlt sich in der Regel nicht.

8. PräSenZ im Quartier umsetzen – Case und Care Mangement verbinden

Mit PräSenZ wurde der Schwerpunkt auf die Entwicklung und Erprobung von spezifischen Einzelfallberatungskontexten gelegt. Dazu wurden präventive Hausbesuche für Seniorinnen und Senioren in den Mittelpunkt gestellt. Ausgelöst wurden dadurch zunächst überwiegend Case-Management-Prozesse mit ersten Anschlüssen zur weiteren Infrastrukturentwicklung in den Modellkommunen. Zur Schaffung von bedarfs- und zukunftsorientierten Versorgungs- und Betreuungslandschaften in Kommunen braucht es aber einen stärkeren Einbezug von sozialräumlichen bzw. quartiersbezogenen Perspektiven und damit Care-Mangement-Prozesse. Es wird daher empfohlen, den PräSenZ-Ansatz gezielt und möglichst nachhaltig mit Quartiers-Ansätzen in Verbindung zu bringen und weiterzuentwickeln.

Literaturverzeichnis

- Amt für Familie, Jugend und Senioren der Stadtverwaltung Rheinfelden (Baden) (2017): Demografie- und Sozialbericht. Teil 1 Schwerpunkt ältere Menschen und Pflege. Abgerufen von <https://www.rheinfelden.de/de/Aktuelles/Stadtmittelungen/Stadtmittelung?view=publish&item=article&id=3862> (geprüft 11.12.2017).
- Bamberger, G.G. (2015): Lösungsorientierte Beratung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- Benner, P. (2017): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Staudacher, D. (Hrsg.). 3., unveränderte deutschsprachige Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege. *Z Gerontol Geriat*, 39, 202–210.
- BMFSFJ (2017): Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts. Abgerufen von https://www.siebter-altenbericht.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=1&u=0&g=0&t=1512824111&hash=94bf954b87b91c8f1c993ee3b4f54937c342a313&file=/fileadmin/altenbericht/pdf/Broschuere_Siebter_Altenbericht.pdf (geprüft 08.12.2017).
- BMG (2016): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf (geprüft 15.10.2017).
- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (2005): Experten-Hearing „Präventiver Hausbesuch im Alter“ im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Dokumentation. Abgerufen von http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Dokumentation_Experten_Hearing.pdf (geprüft 08.12.2017).
- Cullman, G.; Gebert, A. (2009): PON – Analyse erster Erfahrungen der vorbeugenden Einzelfallberatung in 2008/ 2009. Abgerufen von https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Analyseerster_Erfahrungen_2008_2009.pdf (geprüft 15.10.2017).
- Dill, H.; Gmür, W.; Kandler, J. (o. A.): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“. Abgerufen von <http://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3441248.pdf> (geprüft 09.10.2017).
- DIMDI (2005): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Downloadbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> (geprüft 08.12.2017).
- DIP (2011): Pflegeoptimierung Siegen-Wittgenstein (POP). Juni 2011: Abschlussdokumentation und Projektinformation. Entwicklung kommunaler Infrastrukturen mit pflegepräventiven Ansätzen zur Förderung der selbstständigen Lebensführung im Alter. Abgerufen von <http://www.dip.de/projekte> (geprüft 12.01.2017).
- Döhner, H.; Gerlach, A.; Köpke, S.; Lüdecke, D. (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Abgerufen von <https://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/abschlussbericht.pdf> (geprüft 27.02.2015).
- Donabedian, A. (1988): The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
- Dvs Netzwerk ländliche Räume (2017): LEADER. Abgerufen von <https://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/regionen/leader/> (geprüft 12.05.2017).

- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Völlig überarbeitete Neuauflage. Reinbek: Rowohlt.
- Gebert, A.; Weidner, F.; Putz, W.; Schmitt, M.; Moucha, C.; van Lengen, R.H.; Schröder, M. (2015): Abschlussbericht SUSI TD – Sicherheit und Unterstützung für Senioren durch Integration von Technik und Dienstleistung. Abgerufen von https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/SUSI_TD-Abschlussbericht.pdf (geprüft 28.07.2017).
- Gebert, A. & Weidner, F. (2010): PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-Wittgenstein. Abgerufen von <https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf> (geprüft 28.07.2017).
- Gebert, A.; Schmidt, C.; Weidner, F. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche.
- GKV-Spitzenverband (2015): Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern. Abgerufen von http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Kommunen_Pflege_barrierefrei.pdf (geprüft 21.09.2017).
- Grant, S.; Parsons, A.; Burton, J.; Montgomery, P.; Underhill, K.; Wilson, E.M. (2014): Home visits for prevention of impairment and death in older adults: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 3. DOI: 10.4073/csr.2014.3
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2016): Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen: Ziele, Probleme, Gestaltungsoptionen. *Case Management*, 13(1), 40-44.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Bundeszentrale für politische Bildung. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Klie, T.; Klie, A.-W.; Marzluff, S. (2016): Zweiter Engagementbericht 2016 - Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung. Zentrale Ergebnisse. Abgerufen von <https://www.bmfsfj.de/blob/115588/53875422c913358b78f183996cb43eaf/zweiter-engagementbericht-2016---engagementmonitor-2016-data.pdf> (geprüft 21.09.2017)
- Kirchen-Peters, S. (2017): Pflegestützpunkte: Voraussetzungen einer wirkungsvollen Beratungsarbeit. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 3, 60 – 72.
- Lin, J.S.; Whitlock, E.P.; Eckstrom, E.; Fu, R.; Perdue, L.A.; Beil, T.L.; Leipzig, R.M. (2012): Challenges in synthesizing and interpreting the evidence from a systematic review of multifactorial interventions to prevent functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 60(11), 2157-2166.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Menning, S. (2005): Außerhäusliche Aktivität im Alter. *Informationsdienst Altersfragen*, 32(1), 10-12.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2017): Quartier 2020. Gemeinsam. Gestalten. Abgerufen von <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/generationenbeziehungen/quartiersentwicklung/> (geprüft 11.12.2017).

- Patzelt, C.; Deitermann, B.; Heim, S.; Lupp, K.; Stahlmeyer, J.; Krauth, C.; Theile, G.; Hummers-Pradier, E.; Walter, U. (2015): Der präventive Hausbesuch als zugehende Präventionsmaßnahme im Alter – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen. *Das Gesundheitswesen*, 77(Suppl. 1), S. 45-46.
- Rothgang, H.; Bohns, S.; Bauknecht, M.; Sauer, S.; Baumkötter, A.; Naber, H.; Petrick, F.; de Vasconcelos, D. (2012): Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht. Abgerufen von https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2012_05_30_%20Abschlussbericht%20zur%20Evaluation%20der%20Bremer%20Pflegest%20Fctzpunkte%20-bf-.26106.pdf (geprüft 27.02.2015).
- Ruschmeier, R. (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Abgerufen von https://www.masf.brandenburg.de/media_fast/4055/Evaluationsbericht%20PSP%20Brandenburg_final.pdf (geprüft 27.02.2015).
- Schmidt, C. (2010): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Auflage. S.447-456. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidt, C.; Gebert, A. (2009): Das Konzept Präventiver Hausbesuche. In: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), *Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren*. S. 63-68. Hannover: Schlütersche.
- Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser, E. (2011): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 9. Auflage. S. 362. München: Oldenbourg Verlag.
- Siebert, H. (1974): *Curricula für die Erwachsenenbildung*. Braunschweig: Westermann.
- Stamann, C.; Janssen, M.; Schreier, M. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 17(3): Art. 16. Abgerufen von <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1603166> (geprüft 08.12.2017).
- Statistisches Bundesamt (2015): Die Generation 65+ in Deutschland. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile (geprüft 08.12.2017).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2017a): Eckdaten zur Bevölkerung. Bevölkerung und Gebiet im Überblick. Neuweiler (Kreis Calw). Abgerufen von <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=GS235050> (geprüft 11.12.2017).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2017b): Eckdaten zur Bevölkerung. Bevölkerung und Gebiet im Überblick. Universitätsstadt Ulm. Abgerufen von <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/99025010.tab?R=GS421000> (geprüft 04.05.2017).
- Ströbel, A.; Weidner, F. (2003): *Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit*. Hannover: Schlütersche.
- Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.E.; Beck, J.C. (2002): Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.
- Stuck, A.E.; Kane, R.L. (2008): Whom do preventive home visits help? *J Am Geriatr Soc*, 56(3), 561-563.

- Tappenden, P.; Campbell, F.; Rawdin, A.; Wong, R.; Kalita, N. (2012): The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 16 (20), 1-72. DOI: 10.3310/hta16200.
- Vass, M.; Avlund, K.; Hendriksen, C.; Holmberg, R.; Nielsen, H.F. (2006): Older people and preventive home visits. *AgeForum*. Abgerufen von <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2006/~//media/73A23F42EE48493BAB7E1941097EC1F1.ashx> (geprüft 11.12.2017).
- Vass, M.; Avlund, K.; Hendriksen, C.; Philipson, L.; Riis, P. (2007): Preventive home visits to older people in Denmark – why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*, 40(4), 209-16.
- Weidner, F.; Isfort, M.; Laag, U.; Gebert, A.; Schmidt, C.; Brandenburg, H.; Schulz-Nieswandt, F. (2010): *Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld – Innovationen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung*. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. Hannover: Schlütersche e.V..
- Weidner, F. (2011): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. 1. Auflage 1995. Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. In: GKV-Spitzenverband (Hrsg.), *Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2*. Abgerufen von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf (geprüft 08.12.2017).
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1): Art. 22. Abgerufen von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519> (geprüft: 08.12.2017).
- Yamada, Y.; Ekmann, A.; Nilsson, Ch.J.; Vass, M.; Avlund, K. (2012): Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health*, 12(396), 1-6.
- Zensus (2011): *Zensusdatenbank des Zensus 2011*. Abgerufen von: <https://ergebnisse.zensus2011.de/#> (geprüft: 08.12.2017).

Anhang

Fragebogen zur Gesundheits- und Lebenssituation im Projekt PräSenZ



Fragebogen zur Gesundheits- und Lebenssituation¹⁰

¹⁰ In Anlehnung an STEP-m. U., Schmidt C., Breull A. (2004): Das STEP-Assessment. Deutsche Version 1, 2004, Teil 4: Patient. www.mh-hannover.de/9705.html

Gliederung

1	PERSÖNLICHE ANGABEN	3
1.1	Adressdaten	3
1.2	Aktuelle Lebenssituation	3
1.3	Kinder	3
1.4	Bezugsperson	3
	STAMMBLATT SENIORINNEN/ SENIOREN (ANONYMISIERTE WEITERGABE DIP)	4
2	PERSÖNLICHE VERSORGUNG	5
2.1	Hauswirtschaftliche Versorgung	5
2.2	Wohnsituation	5
2.3	Essen und Trinken	5
2.4	Bewegungsfähigkeit	6
2.5	Hilfsmittel	7
2.6	Persönliche Pflege	9
2.7	Allgemeine pflegerische Versorgungssituation	9
3	GESUNDHEITLICHE SITUATION/ VERSORGUNG	10
3.1	Diagnosen	10
3.2	Krankenhausaufenthalte	10
3.3	Allgemeine ärztliche Versorgung	10
3.4	Impfschutz	11
3.5	Medikamente	11
3.6	Schmerz	11
3.7	Blasenfunktion	11
3.8	Verdauung	12
3.9	Sehen und Hören	12
3.10	Leistungsfähigkeit	12
3.11	Schlafen	13
3.12	Stimmung	13
3.13	Gedächtnis und Konzentration	13
4	FINANZIELLE SITUATION	14
5	PSYCHOSOZIALE SITUATION/ TEILHABE	14
5.1	Kontakte	14
5.2	Vertrauensperson	14
5.3	Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht	14
5.4	Fortbewegung/Transport	15
5.5	Hobbies und Sport	15
6	ZIELE FÜR DAS KOMMENDE JAHR	16

Persönliche Angaben

Adressdaten

Code: _____

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Frühere Berufstätigkeit _____

Migrationshintergrund () nein () ja

Aktuelle Lebenssituation

Aktuelle Lebenssituation:

- () allein lebend
- () in Partnerschaft
- () mit Familie (Kindern) im Haus
- () Sonstiges _____

Kinder

Kinder: () nein () ja

wenn ja, Anzahl (1) (2) (3) (4) (5) (6) (+)

Bezugsperson

() nein () ja

wenn ja: Wer ist diese Person (z. B. Sohn/Tochter, Nachbarin etc.):

Persönliche Versorgung

Hauswirtschaftliche Versorgung

Können Sie Ihre Aufgaben im Haushalt und ggf. im Garten zu Ihrer Zufriedenheit selbständig erledigen (z. B. Einkaufen, Kochen, Wäsche, Putzen, Haustiere versorgen, handwerkliche Arbeiten, Gartenarbeit etc.)?

nein ja

Gibt es jemanden, der Sie unterstützt, wenn Sie Hilfe benötigen?

nein
 ja; wer ist diese Person? _____
 weiß nicht

Wohnsituation

Gibt es etwas, das Ihnen das Leben in Ihrer Wohnung erschwert?

nein ja

Wenn ja, was erschwert Ihnen das Leben?

Treppen
 Bad (z.B. Ein- und Ausstieg aus der Badewanne/Dusche, fehlende Haltegriffe)
 Toilette (z.B. ungünstige Sitzhöhe)
 Unfallquellen (z.B. fehlende Beleuchtung, hohe Türschwellen, defekte Geräte)
 Sonstiges _____

Wie gehen Sie mit den Einschränkungen um?

Essen und Trinken

Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag?

weniger als 3
 3 Mahlzeiten
 4 bis 5 Mahlzeiten
 mehr als 5 Mahlzeiten

Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag?

- bis zu 1 Liter
- zwischen 1 und 1,5 Liter
- zwischen 1,5 Liter und 2 Liter

Haben Sie verminderten Appetit oder weniger gegessen während der letzten 3 Monate?

- nein, keinen Appetitverlust
- ja, leichten Appetitverlust
- ja, schweren Appetitverlust

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

- kein Gewichtsverlust
- weiß nicht
- zwischen 1 und 3 Kilo
- mehr als 3 Kilo

Haben Sie manchmal Schmerzen im Mundbereich?

- nein
- ja

Sind Sie zufrieden mit Aussehen und Funktion Ihrer Zähne/Ihrer Prothese (z. B. beim Abbeißen und Kauen)?

- nein
- ja

Wenn Sie Einschränkungen wahrnehmen, wie gehen Sie damit um?

Bewegungsfähigkeit

Haben Sie Schwierigkeiten, wenn Sie ohne Hilfe einer anderen Person (evtl. mit Hilfsmittel) Folgendes durchführen?

- aus dem Bett aufstehen
- zu Fuß gehen
- das Haus verlassen
- die Straße überqueren
- sich hinknien oder bücken
- nein, ich habe keine Schwierigkeiten

Wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um?

Hilfsmittel

**Benutzen Sie ein Hilfsmittel zur Fortbewegung innerhalb der Wohnung/
des Hauses?**

nein

ja; welches? _____

**Benutzen Sie ein Hilfsmittel zur Fortbewegung ausserhalb der Wohnung/
des Hauses?**

nein

ja; welches? _____

Haben Sie weitere Hilfsmittel (z.B. Badewannelifter)?

nein

ja

Wenn ja, welche?

Hilfsmittel 1: _____

Hilfsmittel 2: _____

Empfinden Sie die Nutzung eines Hilfsmittels als Belastung?

nein

ja; inwiefern? _____

Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt?

nein

ja; wie oft? _____

Ist Ihnen häufig schwindelig?

nein

ja

Haben Sie Angst/ Sorge, dass Sie einmal/wieder stürzen könnten?

nein

ja

weiter mit Fragen zur Sturzangst

Fragen zur Sturzangst (FES-I)¹¹

Bitte denken Sie einmal darüber nach, wie Sie die genannten Aktivitäten normalerweise ausführen. Markieren sie bitte diejenige Angabe, die am ehesten Ihrem eigenen Empfinden entspricht.

		keinerlei Bedenken	einige Bedenken	große Bedenken
1	den Hausputz machen (z.B. kehren oder Staub wischen)	()	()	()
2	sich an- oder ausziehen	()	()	()
3	einfache Mahlzeiten zubereiten	()	()	()
4	ein Bad nehmen oder duschen	()	()	()
5	in einem Laden einkaufen	()	()	()
6	von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	()	()	()
7	eine Treppe hinauf- oder hinuntergehen	()	()	()
8	in der Nähe der Wohnung draußen umhergehen	()	()	()
9	etwas erreichen, das sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	()	()	()
10	das Telefon erreichen, bevor es aufhört zu klingeln	()	()	()
11	einen Freund oder Verwandten besuchen	()	()	()
12	eine Steigung hinauf- oder hinuntergehen	()	()	()
13	eine Veranstaltung besuchen (z.B. Verein oder Gottesdienst)	()	()	()

¹¹ Dias N, Kempen GI, Todd CJ et al. The German version of the Falls Efficacy Scale-International Version (FES-I). Z Gerontol Geriatr 2006; 39: 297–300

Persönliche Pflege

Haben Sie Schwierigkeiten bei der täglichen Körperpflege wie z. B. ein Bad nehmen oder duschen, den ganzen Körper waschen, sich an- und auskleiden, zur Toilette gehen etc.?

nein, keine Schwierigkeiten ja

Wenn ja, wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um?

Allgemeine pflegerische Versorgungssituation

Gibt es jemanden, der Ihnen hilft, wenn Sie akut krank sind?

nein
 ja; wer ist diese Person? _____
 weiß nicht

Gibt es jemanden, der Ihnen helfen würde, wenn Sie über längere Zeit pflegebedürftig wären?

nein
 ja; wer ist diese Person? _____
 weiß nicht

Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt?

nein
 ja; welche? _____

Wann, glauben Sie, würde es jemandem auffallen, wenn Sie zu Hause einen Unfall hätten und nicht mehr telefonieren könnten?

nach ca. _____ Stunden

Gesundheitliche Situation/ Versorgung

Diagnosen

Leiden Sie unter bestimmten Erkrankungen oder gesundheitlichen Beschwerden?

nein ja

Wenn ja, unter welchen?

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Gleichaltrigen?

besser gleich gut
 schlechter weiß nicht

Krankenhausaufenthalte

Waren Sie innerhalb des letzten Jahres stationär im Krankenhaus?

nein ja

Allgemeine ärztliche Versorgung

Haben Sie einen Hausarzt?

nein ja

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in hausärztlicher/ärztlicher Behandlung?

nein ja

Wie kommen Sie zu Ihrem Hausarzt/Arzt?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in zahnärztlicher Behandlung?

nein ja

Wie kommen Sie zu Ihrem Zahnarzt?

Wie würden Sie sich in einem medizinischen Notfall verhalten?

Impfschutz

Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

Medikamente

Wieviele Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Anzahl: _____

Tragen Sie immer einen aktuellen Medikamentenplan bei sich?

nein ja

Richten Sie Ihre Medikamente selbst?

nein ja teilweise

Wenn nein, wer richtet die Medikamente für Sie?

Schmerz

Haben Sie Schmerzen?

nein ja

Wenn Sie Schmerzen haben, schränkt der Schmerz Ihre Lebensqualität ein?

nein

ja, inwiefern? _____

Blasenfunktion

Haben Sie eine Einschränkung der Blasenfunktion?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

Wie gehen Sie aktuell damit um?

- Medikamente
- Hilfsmittel
- Training
- ich unternehme nichts

Sind Sie wegen der Blasenschwäche in ärztlicher Behandlung?

nein ja

Verdauung

Haben Sie eine Verdauungsstörung (z. B. Blähungen, Verstopfung, Durchfall etc.)?

nein ja

Wie gehen Sie aktuell damit um?

- Medikamente
- Hilfsmittel
- Training
- ich unternehme nichts

Sehen und Hören

Haben Sie Probleme beim Sehen?

nein ja manchmal

Benutzen Sie eine Sehhilfe?

nein ja

Haben Sie Probleme beim Hören?

nein ja manchmal

Benutzen Sie ein Hörgerät?

nein ja manchmal

Welche Auswirkungen haben die Einschränkungen des Sehens und/oder des Hörens auf Ihren Alltag?

Leistungsfähigkeit

Was strengt Sie körperlich stark an (z. B. wenige Schritte langsam gehen, Spaziergehen, langsames Treppensteigen, zügiges Treppensteigen, leichte Hausarbeit, Gartenarbeit etc.)?

Haben Sie Schwierigkeiten aufgrund Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Stimmung, Ihre alltäglichen Arbeiten oder Aufgaben zu erledigen?

nein
 ja; inwiefern? _____

Schlafen

Hatten Sie im vergangenen Monat Schlafprobleme?

nein

ja, Einschlafprobleme/Durchschlafprobleme)

Stimmung

Hatten Sie im vergangenen Monat weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen?

nein

ja

Macht Ihnen der Verlust eines nahestehenden Menschen noch Kummer?

nein

ja

Fehlt Ihnen der Antrieb für alltägliche Aufgaben?

nein

ja

Grübeln Sie viel?

nein

ja

Sind Sie wegen gedrückter Stimmung in ärztlicher Behandlung?

nein

ja

Was tröstet Sie und tut Ihnen gut?

Gedächtnis und Konzentration

Glauben Sie, dass Ihr Gedächtnis oder Ihre Konzentration nachgelassen hat?

nein

ja

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis schlechter ist als bei anderen Personen Ihres Alters?

nein

ja

Finanzielle Situation

Regeln Sie Ihre finanziellen Angelegenheiten selber?

nein ja

Reicht Ihnen das Geld, das Ihnen momentan zur Verfügung steht, um gut über die Runden zu kommen?

nein, eher nicht es geht so ja, gut

Psychosoziale Situation/ Teilhabe

Kontakte

Wie haben sich Ihre sozialen Kontakte in letzter Zeit entwickelt?

- habe neue Bekannte gewonnen
- keine Veränderung
- einige Kontakte habe ich aufgeben müssen
- habe nahezu alle wichtigen Kontakte verloren (z.B. Lebenspartner)

Wünschen Sie mehr Kontakte?

nein ja

Vertrauensperson

Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen können und dem Sie sich anvertrauen?

nein weiß nicht ja; wer? _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Situation?

Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht

Haben Sie Interesse an einer Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung?

- nein
- ja
- habe bereits eine Vollmacht/ Patientenverfügung erstellt

Fortbewegung/Transport

Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung (z.B. Einkaufen, Garten, Spaziergehen)?

- täglich
- mindestens ein- bis zweimal pro Woche
- seltener als einmal pro Woche
- (fast) nie

Welche der folgenden Transportmittel nutzen Sie selbständig ?

- Fahrrad
- PKW
- ÖPNV (Busse, Bahnen)
- Taxi
- Sonstige _____

Welche der folgenden Transportmittel nutzen Sie nur mit Unterstützung/in Begleitung?

- Fahrrad
- PKW
- ÖPNV (Busse, Bahnen)
- Taxi
- Sonstige _____

Wenn Sie Begleitung/Unterstützung benötigen, wer kommt mit?

Hobbies und Sport

Welche Aktivitäten/Hobbies haben Sie, die Ihnen besondere Freude machen und wie oft betreiben Sie diese?

Machen Sie Sport/Gymnastik oder bewegen Sie sich regelmäßig?

- nein
- ja

Wenn ja, welche Übungen/ Aktivitäten betreiben Sie?

Wie lange bewegen Sie sich täglich so, dass Sie etwas außer Atem sind, ohne dabei ins Schwitzen zu kommen?

_____ Minuten

Ziele für das kommende Jahr

Welche persönlichen Ziele haben Sie sich für das kommende Jahr gesteckt?



© Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
Hülchrather Str. 15
50670 Köln
Tel.: 0221/46861-30
E-Mail: dip@dip.de
Internet: www.dip.de
Köln im Januar 2018