

Abschlussbericht “PräSenZ im Quartier” (PIQ)

Gebert, Anne

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

Abschlussbericht des Modellvorhabens

PräSenZ im Quartier (PiQ)

Präventive Hausbesuche als Instrument der Quartiersentwicklung
zur Förderung von Teilhabe und selbständiger Lebensführung bei älteren Menschen

Projektbericht über den Zeitraum vom 25.10.2017 bis 25.10.2019

Projektförderung über § 45c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI

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: <https://www.dip.de>

Projektleitung: Anne Gebert

Autorin: Anne Gebert

Vorwort

In den vergangenen fünf Jahren (Juli 2014 bis Oktober 2019) entwickelten, erprobten und verstetigten die Kommunen Ulm und Rheinfeld (und bis 2017 auch die Gemeinde Neuweiler im Landkreis Calw) in den Projekten „Prävention für Senioren Zuhause“ (PräSenZ) und anschließend im Projekt „PräSenZ im Quartier“ (PiQ) sozialräumlich orientierte, präventive Hausbesuche zur Förderung selbständiger Lebensführung im Alter und zur Sozialraumentwicklung. Wissenschaftlich begleitet wurden die Projekte vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Der nachfolgende Bericht beschreibt die Ergebnisse des Projektes PiQ, die zugleich auch als weitere Ergebnisse des Projektes „PräSenZ“ über den Gesamtzeitraum von fünf Jahren interpretiert werden können.

Die Ergebnisse aus den Projekten verdeutlichen eindrucksvoll, dass soziale Innovationen Fachlichkeit, Anschubfinanzierung, Zeit und Willen benötigen, sollen sie passgenau und erfolgreich in kommunale Strukturen integriert werden.

Die **Anschubfinanzierung** als Förderung des Modellvorhabens PräSenZ erfolgte 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. Die Finanzierung des direkt anschließenden Projektes PiQ erfolgte über Mittel aus § 45c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI jeweils mit Eigenbeteiligung der Kommunen. Ohne die Fördermittel des Landes, der Kommunen und der Pflegekassen wären diese Projekte nicht möglich gewesen.

Die Entwicklung, Implementierung und Verstetigung der kommunal passgenauen Ansätze im Sinne von anknüpfend und ergänzend an vorhandene Prozesse und Strukturen im Sozialraum benötigte **Zeit**. Die drei Jahre des Modellvorhabens PräSenZ ermöglichten Aussagen zur Machbarkeit und Akzeptanz, die folgenden zwei Jahre in PiQ ermöglichten die Anpassung und Integration in kommunale Landschaften und damit die gelingende Sozialraumorientierung.

Geld und Zeit und wissenschaftliche Begleitung sind notwendige, jedoch keine hinreichenden Bedingungen zur erfolgreichen Ausgestaltung sozialer Innovationen in Kommunen. Das Kernstück sind der **Wille** der kommunal Verantwortlichen zur Veränderung und kreative, engagierte und reflektierte Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vor Ort. Ohne diese unverzichtbaren Akteure laufen alle Bemühungen ins Leere.

Wir danken den Projektverantwortlichen und den Beraterinnen¹ in Ulm und Rheinfeld für die gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit, für das gemeinsame Lernen sowie die Offenheit und den tiefen Einblick in die kommunalen Prozesse und Strukturen, die weitreichende Erkenntnisse zu Zielgruppen, Akzeptanz, Ausgestaltung und Machbarkeit von präventiven Hausbesuchen in Abhängigkeit von lokalen Infrastrukturen ermöglicht haben.

¹ In der nachfolgenden Berichterstattung wird für die im Projekt Beratenden immer die weibliche Form „Beraterin“ genutzt, da in beiden Projektkommunen ausschließlich weibliche Mitarbeiterinnen tätig waren.

Wir freuen uns, dass der Wille, die Geduld und die Kreativität der an den Projekten Beteiligten in beiden Kommunen Früchte tragen und die Verstetigung des Angebotes auch über das Projektende hinaus sowohl in Rheinfelden als auch in Ulm im Laufe des Jahres 2019 mit entsprechenden Beschlüssen der zuständigen Gremien herbeigeführt werden konnte.

Köln im März 2020

Anne Gebert
Projektleitung

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

Inhalt

Kommunenübergreifende Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	5
1. Einleitung.....	14
2. Allgemeine Ziele und Vorgehen in PiQ.....	15
3. Evaluationsziele und Datengrundlagen.....	17
4. Das PiQ-Konzept in der Stadt Ulm: Umsetzung des weiterentwickelten PräSenZ-Ansatzes und Ergebnisse	19
4.1 Stadt Ulm: Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen in PiQ.....	19
4.2 Stadt Ulm: Ergebnisse.....	21
4.2.1 Präventiver Hausbesuch - Anzahl beratener Personen und Akzeptanz des Angebotes	21
4.2.2 Präventiver Hausbesuch - soziodemografische Merkmale der erreichten Zielgruppen	24
4.2.3 Präventiver Hausbesuch - Anzahl der Beratungskontakte und Beratungsthemen	29
4.2.4 Ergebnisse zur Sozialraum- und Quartiersausrichtung der Maßnahme	32
4.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse für Ulm	35
5. Das PiQ-Konzept in der Stadt Rheinfelden: Umsetzung des weiterentwickelten PräSenZ-Ansatzes und Ergebnisse.....	38
5.1 Stadt Rheinfelden: Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen in PiQ	38
5.2 Ergebnisse für die Stadt Rheinfelden	40
5.2.1 Präventiver Hausbesuch - Anzahl beratener Personen und Akzeptanz des Angebotes.....	40
5.2.2 Präventiver Hausbesuch – soziodemografische Merkmale der erreichten Zielgruppen und Beratungsbedarfe.....	42
5.2.3 Gewinnung, Aktivierung und Begleitung von bürgerschaftlich Engagierten	57
5.2.4 Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern in der Einzelfallberatung.....	58
5.2.5 Ergebnisse zur Sozialraumausrichtung der Maßnahme	62
5.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse für Rheinfelden.....	67
Literatur	71

Kommunenübergreifende Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

„Wie wir damit umgehen können (Einfügung A.G.: vulnerable Lebenssituationen), das haben wir immer mal diskutiert, weil wenn die beiden in einen Haushalt kommen, sehen sie ja viel. ... Was ist im Fallmanagement möglich? Eine Kommune muss sich abgrenzen! Was wir im Fallmanagement manchmal gemanagt haben, wäre gar nicht unsere Aufgabe. Es ist nicht unsere Aufgabe und wenn wir vor Ort sind, moralisch doch! Weil die Kommune kümmert sich um die Bürger. Ich hab' ja selber viele Fälle, wo ich denke, wir müssen's nicht, aber wer würde das kapiern, dass wir das nicht müssen und dann organisieren wir doch, ganz niedrigschwellig, auf kleinem Dienstwege. Man kommt als Kommune an die Grenze, weil ja, wenn man sich das anschaut, sieht man, das ist nicht unsere tatsächliche Aufgabe, aber es ist ein Bürger aus unserer Kommune und lassen wir den jetzt im Stich?“ (Interviewzitat Projektverantwortliche/ Projektverantwortlicher Rheinfeld)

Im Projekt PiQ sollten die kommunalen Ansätze des präventiven Hausbesuches aus PräSenZ so weiterentwickelt werden, dass sie vulnerable Zielgruppen erreichen und Beiträge zur Sozialraumentwicklung leisten. Darüber hinaus sollten organisatorische und finanzielle Strukturen in Ulm und Rheinfeld geschaffen werden, die eine Verstetigung der Ansätze unabhängig von Fördermitteln ermöglichten.

Die gemeinsamen übergeordneten Projektziele wurden in beiden Kommunen mit unterschiedlichen, auf die jeweiligen kommunalen Bedarfe und Strukturen angepassten Maßnahmen voll umfänglich erreicht. Die sich bereits im Projekt PräSenZ und anderen Projekten abzeichnende Erkenntnis, dass präventive Hausbesuche nicht rezeptartig umgesetzt werden können, sondern kommunal angepasste Lösungen notwendig sind, zeigte sich in PiQ eindrücklich (Gebert et al. 2018, Renz/ Meinck 2018, Schulz-Nieswandt et al. 2018).

Die Ergebnisse zeigen: In beiden Kommunen ist es gelungen, mit den entwickelten Zugangswegen ältere Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen zu erreichen, insbesondere auch die angestrebten vulnerablen Zielgruppen. Die Interviews mit den Besuchten zeigen zudem, die erreichten älteren Menschen wurden in ihrer Gesundheits- und Versorgungskompetenz gestärkt und ihre Zugänge zu Einrichtungen und Dienstleistungen verbessert. Zudem gelang es sowohl in Ulm als auch in Rheinfeld, mit den sozialraumorientierten Ansätzen des präventiven Hausbesuches Beiträge zur Sozialraumgestaltung, verstanden als Unterstützungs-, Integrations- und Befähigungspotential von (vernetzten) lokalen Lebenswelten zu leisten (Schulz-Nieswandt 2019) und damit die lokalen Gemeinden und Gemeinschaften zu stärken.

Darüber hinaus wird die positive Resonanz auf das Angebot als Imagegewinn der Kommunen bei den Bürgerinnen und Bürgern gesehen. Die Diskussionen zu den Zielgruppen und Zugangswegen, die Rückmeldungen aus den präventiven Hausbesuchen und die positive Berichterstattung in den Medien zu dem Angebot hat in beiden Kommunen auch ein Stück weit zur Verbesserung der öffentlichen Wahrnehmung der Alten- und Seniorenarbeit beigetragen. Ausdruck dessen sind die Gemeinderatsbeschlüsse in beiden Kommunen zur Einstellung von Mitteln in den Haushalt zur Weiterführung und in Ulm zur Ausweitung des Angebotes, unabhängig von Fördermitteln.

Der Bericht spricht ausdrücklich nur Empfehlungen auf der Ebene der Policy-Gestaltung der Mikro- und Mesoebene aus, also den Ebenen von Handlungspraktiken, Maßnahmen und Instrumenten zur Gestaltung präventiver Hausbesuche und zur Sozialraumentwicklung in Kommunen. Diese Ebenen können von den lokalen Akteuren durch Organisationsprozesse, Arbeitskultur und Kultur der Personen mittelbar

beeinflusst werden. Empfehlungen für die Makroebene, die Ebene der Systemfinanzierung und übergeordneten Steuerungsmechanismen wurden bereits andernorts ausführlich dargelegt und werden aus diesem Grunde hier nicht noch einmal dargelegt (Schulz-Nieswandt 2019, BMFSFJ 2017, BMG 2016). Aus Sicht der Autorin bestehen auf dieser Ebene keine Erkenntnisdefizite, sondern Interessenskonflikte zwischen den beteiligten Akteuren. Sollen diese überwunden werden, ist auch hier wie im kommunalen Kontext der Wille das entscheidende Mittel für Veränderung.

Ergebnisse – Präventive Hausbesuche

- **Die Anzahl der erreichten Personen kann über die Wahl der Zugangswege gesteuert werden**

Die Anzahl der mit dem Angebot erreichten Personen ist durch die Wahl der Zugangswege beeinflussbar. Der Befund des DIP lautet: Proaktive Zugangswege erhöhen die Erreichbarkeit der Zielgruppen, reaktive Zugangswege erreichen nur wenige Personen, jedoch mit höher Umsetzungs-kompetenz.

Die höchste Akzeptanzrate² erreichen Gratulations- und Informationsschreiben mit Datum und Uhrzeit für den Besuchstermin, die zudem eine Telefonnummer für mögliche Absagen enthalten (Ulmer und nun auch Hamburger³ Modell). In Ulm lag die Akzeptanzrate insgesamt – Gratulationsschreiben für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (Mh) sowie anlassunabhängige Informationsschreiben für Menschen mit Mh – bei 52,12 % (n=160 bei 307 Briefen). Der in Rheinfeldern verfolgte Ansatz des Gratulationsschreibens mit anschließendem Telefonat hatte eine Akzeptanzrate von 12,10 % in PiQ (n=35 bei 289 Briefen) und war damit in einer ähnlichen Größenordnung wie im Projekt PräSenZ (13,00 %), obwohl der Altersmedian der erreichten Kohorte in PräSenZ bei 79 Jahren lag und damit vier Jahre höher als bei den 75jährigen Jubilaren (Gebert et al. 2018). Auswertungen aus anderen kommunalen Projekten zeigen: Informationsschreiben, auf die sich die Angeschriebenen eigeninitiativ melden können (reaktiver Zugangsweg), haben eine Akzeptanzrate von ca. 5 % (Cullmann/ Gebert 2009)⁴. Für Angebote die ausschließlich mit Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit beworben werden ist diese noch geringer (Dill/ Gmür 2014). Ausnahmen bilden hier ländliche Regionen. Im Projekt Gemeindegewest-^{plus} zeigte sich, dass auf dem Land durch persönliche Kontakte, Mund-zu-Mund-Propaganda und gezielte Öffentlichkeitsarbeit die Zielgruppe ebenfalls erreicht werden konnte (Gebert et al. 2019).

Schlussfolgerung: Soll ein breites Spektrum an älteren Bürgerinnen und Bürgern für Fragen rund ums Älterwerden sensibilisiert und präventiv informiert werden, scheinen Informationsschreiben mit Termin sehr zielführend zu sein. Bestehen Kapazitätsgrenzen für die mögliche Anzahl durchzuführender Besuche, ist das in Rheinfeldern entwickelte Vorgehen – Informationsschreiben und Telefonat – zur Erreichung einer größeren Anzahl von älteren Menschen eine Alternative.

² Zur Berechnung der Akzeptanzrate wurde die Anzahl der aktiv durch Gratulations- und Informationsschreiben zum Angebot informierten Seniorinnen und Senioren ins Verhältnis zu den im Erstkontakt durchgeführten Hausbesuchen gesetzt.

³ Erste Veröffentlichungen zum Hamburger Hausbesuch weisen eine Akzeptanzrate von 32 % aus (Böttcher/ Neumann 2019).

⁴ Vgl. hierzu auch Yamada et al. 2012.

- **Unterschiedliche Zugangswege erreichen unterschiedliche Zielgruppen**

Die Auswertungen zeigen, dass mit unterschiedlichen Zugangswegen Zielgruppen mit unterschiedlichen Selbständigkeitsgraden und Umsetzungskompetenzen erreicht werden können.

1. Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern

Für die gezielte Erreichung von Menschen in vulnerablen Lebenslagen ist die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern der Zugangsweg der Wahl.

Die Auswertungen zu den Zugangswegen in Rheinfelden zeigen, dass die von Kooperationspartnern vermittelten Personen im Vergleich zu den „Jubilaren“ und den „eigeninitiativ“ anfragenden Personen über weniger soziale und körperliche Ressourcen verfügten und einen höheren Hilfe- und Unterstützungsbedarf hatten.

2. Proaktive Zugangswege

Die Auswertungen zeigen zudem, je proaktiver eine Kommune das Angebot bewirbt, desto höher ist der erreichte Anteil an älteren Menschen mit hohem Selbständigkeitsgrad und unspezifischen Fragestellungen. Die Gespräche sind eher präventiv und informativ ausgerichtet. Die mit einem proaktiven Gratulationsschreiben erreichten Kohorten haben einen in etwa altersentsprechenden Selbständigkeitsgrad und Hilfebedarf und hätten von sich aus mutmaßlich keine Beratung angefragt.

3. Reaktive Zugangswege/ Inanspruchnahme des Angebotes durch Eigeninitiative

Je aktiver sich Seniorinnen und Senioren für die Inanspruchnahme der Beratung entscheiden, desto eher haben sie konkrete Fragestellungen⁵ und verfügen über erweiterte Umsetzungskompetenzen.

Diejenigen Kohorten, die eigeninitiativ in PiQ Beratung anfragten („Angehörige/ Bekannte“ und „Sonstige“) verfügten über höhere soziale (Haushaltstyp) und materielle (Mobilitätsmöglichkeiten) Ressourcen insbesondere im Vergleich mit der Kohorte „Vermittlung durch Kooperationspartner“. Die Anzahl der beratenen Themenbereiche war eher gering, dies lässt auf konkrete Fragestellungen schließen. Die Umsetzungskompetenzen waren vermutlich hoch, da im Regelfall eine einmalige Beratung genügte.

Schlussfolgerung: Soll ein breites Spektrum an älteren Menschen präventiv erreicht werden, sind proaktive Zugangswege zu empfehlen. Sollen vulnerable Personengruppen erreicht werden, empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit etablierten Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen. Mit reaktiven Verfahren (Eigeninitiative) werden eher ältere Menschen oder deren Angehörige erreicht, die über Informations- und Umsetzungskompetenzen verfügen.

⁵ Die Ergebnisse des Projektes Gemeindegewestert^{plus} zeigen ebenfalls in diese Richtung. Im Projekt Gemeindegewestert^{plus} wurde ein Viertel der kontaktsuchenden Personen an die Pflegestützpunkte, zur Beratung für Leistungen nach SGB XI, weitervermittelt. Zugangsweg zur Beratung der Gemeindegewesterten waren hier ausschließlich Informationsschreiben ohne Termin und Öffentlichkeitsarbeit (Gebert et al. 2019).

- **Menschen in vulnerablen Lebenslagen können mit proaktiven Zugangswegen erreicht werden**

Menschen in vulnerablen Lebenslagen – Menschen mit Migrationshintergrund (Mh) und ältere Menschen mit eingeschränkten Ressourcen für eine aktive Informations-, Beratungs- und Hilfesuche – können mit proaktiven Zugangswegen erreicht werden.

1. Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund

In beiden Projektkommunen konnten mit proaktiven Zugangswegen Menschen mit Mh erreicht werden. Vor dem Hintergrund, dass ältere Migrantinnen und Migranten als schwer erreichbar für seniorenbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gelten (Hollbach/ Frölich von Bodelschwingh 2015) und immer wieder diskutiert wird, wie die Zugangswege zu dieser durchaus sehr heterogenen Gruppe verbessert werden können, sind dies ermutigende Ergebnisse.

Die Auswertungen zeigen zudem, dass die Akzeptanzrate der mit proaktiven Zugangswegen erreichten Menschen mit Mh je nach Zugangsweg – Informations- und Gratulationsschreiben mit Termin oder Informations- und Gratulationsschreiben mit Telefonat – ähnlich differiert wie in den Gesamtkohorten.

In Ulm nahmen insgesamt 55,93 % (n=66 bei 118 Briefen) der Menschen mit Mh, die ein Gratulations- oder Informationsschreiben zum pHb-Angebot erhalten hatten, das Angebot an. In der Kohorte „Gratulationsschreiben mit Mh“ lag der Anteil bei 63,49 % (n= 40 bei 63 Briefen) und bei den mit einem anlassunabhängigen Informationsschreiben kontaktierten Ulmer Bürgerinnen und Bürgern mit Mh bei 47,3 %⁶ (n=26 bei 55 Briefen). Die Akzeptanzrate in der Kohorte „Gratulationsschreiben mit Mh“ ist damit in Ulm um 13,79 % höher als in der Kohorte „Gratulationsschreiben ohne Mh“ (49,7 %; n=94 bei 189 Briefen). In Rheinfelden lag die Akzeptanzrate bei den Jubilaren mit Mh bei 8,62 % (n=5 bei 58 Briefen) und damit um 4 % niedriger als bei den in Deutschland geborenen Jubilaren (12,98 %, 30 bei 231 Briefen). Den Unterschied zwischen den Akzeptanzraten des Angebotes von Menschen mit und ohne Mh erklärten die Beraterinnen in Rheinfelden damit, dass viele Bürgerinnen und Bürger mit Mh ausschließlich ein Mobiltelefon und keinen Festnetzanschluss besitzen würden und somit telefonisch schlechter als auf dem postalischen Wege zu erreichen wären.

Die Auswertungen in Ulm zu den soziodemografischen Merkmalen und den Beratungsbedarfen von Menschen mit und ohne Mh zeigen darüber hinaus, dass der Anteil an Personen mit Hilfebedarf und reduzierten Teilhabemöglichkeiten in den Kohorten mit Mh deutlich höher ist als in der erreichten Kohorte der Menschen ohne Mh (Kapitel 4.2.2 und 4.2.3).

Ferner deuten die Auswertungen darauf hin, dass in den Gesprächen vielfach eine Vertrauensbasis mit den Menschen mit Mh aufgebaut werden konnte. Ein Drittel der Kohorte „Gratulationsschreiben mit Mh“ und ein Viertel der anlassunabhängig informierten Menschen mit Mh in Ulm hatten zwei und mehr Beratungskontakte. Die Rückmeldungen der Beraterinnen zu den Gratulationsbesuchen bei Menschen mit Mh lassen den Schluss zu, dass gerade diese Gruppe die Gratulation des Oberbürgermeisters/ der Stadt in Kombination mit dem Beratungsangebot als große Wertschätzung ihrer Person erlebte (4.2.1).

Ein weiteres Ergebnis ist, dass trotz des proaktiven Vorgehens nicht alle Nationalitäten erreicht werden konnten. In beiden Kommunen konnte insgesamt nur eine Person aus den ehemaligen Staaten der Sowjetunion erreicht werden (Ulm: n=0, Rheinfelden: n=1) (Kapitel 4.2.1 und 5.2.1).

⁶ Der Anteil der Männer lag bei 58 %. Ältere Männer mit Mh gelten als besonders schwer erreichbar (Hollbach/ Frölich von Bodelschwingh 2015).

2. Erreichbarkeit von Menschen mit eingeschränkten Ressourcen für eine aktive Informations-, Beratungs- und Hilfesuche

Die Projektergebnisse zeigen, vulnerable Personen, also Personen mit sprachlichen, kulturellen, kognitiven oder sonstigen Barrieren, aus denen eine eingeschränkte selbständige Hilfe-, Informations- und Beratungssuche abgeleitet werden kann⁷, können mit präventiven Hausbesuchen erreicht werden. Sie werden sowohl über den universellen proaktiven Ansatz der Gratulationsschreiben erreicht als auch über die gezielte Vermittlung durch Kooperationspartner.

Die Auswertungen zum Hilfe- und Pflegebedarf der mit einem Gratulationsschreiben erreichten Kohorten lassen den Schluss zu, dass dort anteilig mindestens so viele, mutmaßlich jedoch etwas mehr Menschen in vulnerablen Lebenslagen erreicht wurden, wie prozentual in den entsprechenden Alterskohorten der Pflegestatistik ausgewiesen werden (Statistisches Bundesamt 2017) (Kapitel 4.2.2 und 5.2.2). Die Aussage basiert auf der Überlegung, dass die mit einem Gratulationsschreiben erreichten 75-Jährigen am jüngeren Ende der vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Gruppe der 75- bis 79-Jährigen liegen und die für diese Altersgruppe ausgewiesene Pflegequote von der Pflegequote der 75-Jährigen nach oben abweicht.

Die nach Zugangswegen differenzierten Auswertungen in Rheinfeldern zeigen zudem, dass durch die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern Menschen in vulnerablen Lebenslagen (n=36) gezielt erreicht werden können (Kapitel 5.2.1 und 5.2.2). Die durch Kooperationspartner vermittelten Personen verfügten zum großen Teil über eingeschränkte soziale (ca. 50 % alleinlebend) und körperliche Ressourcen (30 % mit erheblichen und schweren Beeinträchtigungen der Selbständigkeit) und hatten einen hohen Hilfe- und Unterstützungsbedarf (50 % hatten einen Pflegegrad). Der Beratungsbedarf der Personen war häufig umfassend und zugleich wenig spezifisch, bei 22,22 % (n=8) der Personen wurden die Erstberatungen als Kriseninterventionen dokumentiert.

Werden die Ergebnisse der Auswertungen der Kohorte aus „PräSenZ“ (n=20) der Kommune Rheinfeldern in die Betrachtungen einbezogen, verdichtet sich das Bild. Personen, die bereits in PräSenZ beraten worden waren und in PiQ erneut Beratung in Anspruch nahmen, zeigten die höchste Vulnerabilität und waren zudem mit einem Altersmedian von 78 Jahren am jüngsten. Diese Kohorte hatte einen sehr hohen Anteil alleinlebender Menschen (65 %, n=13) und einen hohen Anteil an Personen, die bereits einen Pflegegrad hatten (55 %, n=11). Zur Stabilisierung der Lebenssituation war in dieser Gruppe bei der großen Mehrzahl der Personen ein niedrigschwelliges Case Management notwendig. 85 % (n=17) dieser Personen hatten im Projektzeitraum PiQ zwei und mehr Beratungskontakte (Kapitel 5.2.2).

Mit Blick auf den hohen Anteil an Personen mit Pflegegrad, die durch Kooperationspartner vermittelt worden waren und in der Kohorte „aus PräSenZ“ ist zu fragen: Welche Bedarfe haben Personen mit Pflegegrad über die Leistungen des SGB XI hinaus? Deutlich wurde in den Auswertungen, dass Beratung und Leistungserbringung an die Finanzströme der Akteure gekoppelt sind (Kapitel 5.2.4). Bedarfe, die über das in den Leistungskatalogen der Sozialgesetzbücher definierte hinaus vorhanden sind, werden größtenteils nicht berücksichtigt und bleiben damit bislang unbeantwortet.

⁷ Definition der Projektgruppe Rheinfeldern für die im Rahmen der Vermittlung von Kooperationspartnern angestrebte Zielgruppe (Stadtverwaltung Rheinfeldern 2017).

- **Proaktivität, Ambivalenz und Sensibilisierung**

Die Rückmeldungen der interviewten Personen, die mit einem Gratulationsschreiben erreicht worden waren, und der „Non-Responder“ zum Vorhalten des Angebots waren von Ambivalenz geprägt. Einerseits wurde das Angebot sehr begrüßt, andererseits die Notwendigkeit der Beratung für die eigene Person in vielen Fällen verneint. Begründungen waren, sich mit 75 Jahren zu jung oder zu fit für diese Art von Beratung zu fühlen (Kapitel 4.2.1 und 5.2.1). Besonders in Ulm formulierten dies die Jubilare. Es wurde deutlich, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ im Regelfall eher zufällig erfolgte oder wenn bereits Handlungsbedarf vorhanden war, wohlwissend, dass die Reflexion der eigenen Wünsche und Vorstellungen mit Blick auf etwaigen Hilfe- und Pflegebedarf notwendig wäre (Kapitel 4.2.1).

Schulz-Nieswandt ordnet Prävention den meritorischen Gütern zu, die bei reiner Marktallokation weniger konsumiert werden, als dies politisch und gesellschaftlich für wünschenswert gehalten wird (Schulz-Nieswandt 2006). Die Kombination aus Gratulation der Stadt, Information zuhause und geringem Aufwand scheint als Angebotspaket so attraktiv zu sein, dass trotz der ambivalenten Gefühle sich viele der angeschriebenen Jubilare informieren und beraten lassen. Die Gespräche mit den Non-Respondern deuten zudem darauf hin, dass eine Sensibilisierung zur Thematik bereits durch die Gratulationsschreiben erfolgte, obwohl das Angebot nicht angenommen wurde.

- **Ressourcennutzung verlangt Ressourcenkenntnis und Umsetzungskompetenz**

Das Erschließen von vorhandenen Ressourcen setzt deren Kenntnis bei den Betroffenen voraus. Ältere Menschen, die selbst oder deren Umfeld keine Kenntnisse zu Beratungsangeboten, Möglichkeiten der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln oder den Voraussetzungen und dem Verfahren zur Einstufung in die Pflegeversicherung haben und somit Leistungen nicht selbst initiieren, werden beim möglichen Ressourcenbezug systematisch benachteiligt. Denn Ressourcen im Sinne von sozialen, pflegerischen, medizinischen und alltagsbegleitenden Leistungen werden von den Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens nicht immer aktiv angeboten. Dies zeigen die Ergebnisse der Interviews mit den Kooperationspartnern und den Besuchten (Kapitel 5.2.4). Es wurde deutlich, dass das Erkennen von Bedarfslagen an professionsspezifische Wahrnehmungsmuster und Mechanismen zur Steuerung von Kapazitätsgrenzen gekoppelt ist. So sehen z.B. Hausärzte und Hausärztinnen (HZA) die medizinischen Bedarfe und blenden zum Teil damit verbundene Hilfe- und Pflegebedarfe aus, die Sozialstation nimmt eher das Leistungsspektrum nach SGB XI wahr als die umfassenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der Älteren, die Beratung des Pflegestützpunkts erfolgt nur im Büro und die Aufnahme in die Warteliste für hauswirtschaftliche Hilfen erfolgt nur bei Anfrage durch die Betroffenen selbst.

In den präventiven Hausbesuchen öffnen die Beraterinnen die Zugänge für alle besuchten Seniorinnen und Senioren zu Einrichtungen, Leistungen und Diensten. Wenn möglich stärken sie die Personen, eigeninitiativ tätig zu werden, und geben Rückhalt für eine gelingende Umsetzung und Inanspruchnahme.

- **Kooperation braucht Definition und Anreize**

Die Notwendigkeit der Definition von Aufgabe, Rolle, Vermittlungskriterien und -prozessen in der Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Professionen zeigte sich in beiden Kommunen: in Ulm, um das Angebot anschlussfähig in ein bestehendes Netzwerk integrieren zu können – in Rheinfelden, um ein Netzwerk aufbauen und die Leistungen anderer Dienste den Seniorinnen und Senioren zur Verfügung stellen zu können sowie das eigene Profil zu schärfen (4.2.4 und 5.2.4).

Darüber hinaus zeigte sich in Rheinfelden deutlich, dass die kooperierenden Akteure kirchliche Sozialstation und HZT sich auf ihr professionelles Spektrum konzentrieren und damit auf nur einen Aspekt selbständiger Lebensführung. Selbständige Lebensführung im Alter ist jedoch nicht nur eine medizinische oder eine pflegerische oder eine soziale Frage, sondern entsteht in der Zusammenschau und sinnvollen Verknüpfung dieser Perspektiven. Damit dies geschehen kann, sind Anreizstrukturen zur umfassenden Einschätzung der Lebenslagen und Anbahnung von abgestimmten und vernetzten Leistungen für alle beteiligten Akteure notwendig.

- **Präventive Hausbesuche müssen an lokale Strukturen angepasst sein**

Präventive Hausbesuche benötigen kommunal angepasste Lösungen (Gebert et al. 2018, Renz/Meinck 2018, Schulz-Nieswandt et al. 2018).

Ausdifferenzierte Strukturen und ein breites Dienstleistungsangebot, wie sie die Stadt Ulm vorhält, bedingen eine klar spezifizierte Maßnahme, mit definierten Aufgaben und Schnittstellen zu nachgelagerten Diensten. Kommunen mit einem begrenzten Informations- und Beratungsangebot, wie es in Rheinfelden der Fall war, profitieren von einem inhaltlich breit aufgestellten Beratungskonzept von informierend präventiver Beratung bis zu niedrigschwelligem Case Management, um die Bedarfe und Bedürfnisse der älteren Bürgerinnen und Bürger bearbeiten zu können.

Ergebnisse: Beiträge zur Sozialraumentwicklung

- **Netzwerkarbeit braucht professionelle Strukturen**

Voraussetzung für das Zustandekommen von Netzwerken sind kommunale Initiative und die Bereitschaft zur professionellen Steuerung des Netzwerkes. Diese Arbeit teilte sich in Rheinfelden das Seniorenbüro mit der Abteilungsleitung und einem externen Berater, der nicht unerheblichen Anteil an den Arbeitsergebnissen, der guten Diskussionskultur und Ergebnissicherung hatte und hat. In Ulm waren Gremien unter Federführung der kommunalen Sozial- und Quartiersarbeit bereits etabliert (4.2.4 und 5.2.5).

- **Räumliche Nähe fördert die Zusammenarbeit der Fachdienste**

Räumliche Nähe mit anderen Fachdiensten fördert die Zusammenarbeit innerhalb der kommunalen Dienste, das zeigte sich in beiden Kommunen trotz großer kommunaler Unterschiede. Der regelmäßige formale Austausch in Teambesprechungen und die möglichen „Tür-und-Angel-Gespräche“ unterstützten sowohl das Rollen- und Aufgabenverständnis der Dienste untereinander als auch die Zusammenarbeit in der Einzelfallberatung (4.2.4 und 5.2.4).

In Ulm wurde dies von den nachgelagerten Diensten hervorgehoben. In Rheinfeldern zeigten die Auswertungen deutlich, dass die städtischen Dienste sich zu einem wichtigen Vermittlungspartner entwickelt haben.

- **Anwaltschaftliche Vertretung des normalen Alters in den Sozialraumgremien**

Die Beiträge aus den präventiven Hausbesuchen sind mittelbare Rückmeldungen zu den Bedarfen der älteren Menschen im Quartier/ in der Stadt, im Sinne von Impulsen zur Sozialraumentwicklung. Hervorgehoben wurde in Ulm, dass die Mitarbeiterinnen, die die Gratulationsbesuche durchführen, den direkten Draht zur breiten Mehrheit der älteren Menschen und nicht nur zu vulnerablen Gruppen hätten und dadurch die Bedarfe, Wünsche und Anliegen der „normalen“ Älteren in die Sitzungen einbringen könnten und dies auch geschehe. Der Mehrwert in Richtung Sozialraumorientierung ist die Ergänzung der Familien- und Jugendorientierung in den Gremien durch die Perspektive der Seniorenarbeit. Dies wurde als Bereicherung erlebt (4.2.4).

- **Netzwerkarbeit im Spannungsfeld von lokalen Hilfe-Mix-Strukturen, Diversität und Zentralisierung**

Netzwerkarbeit in Kommunen muss im Spannungsfeld der Gestaltung von lokalen Hilfe-Mix-Strukturen unter den Rahmenbedingungen der Diversität des Sozial- und Gesundheitswesens und der Zentralisierung der Akteure geleistet werden. Besonders deutlich wurde dieses Spannungsfeld in Rheinfeldern durch die Fragen (Kapitel 5.2.5):

1. Welche zentralen Akteure sollten und können in das Netzwerk Senioren miteinbezogen werden?

Idealerweise wären im Netzwerk die Anbieter, die ökonomischen Prinzipien unterliegen (Hausärzte, Anbieter, die Leistungen nach SGB XI erbringen, hauswirtschaftliche Leistungen), die „Bezahler“ der Leistungen (u.a. Pflege- und Krankenkassen, kommunale Haushalte sowie Privathaushalte), die Leistungserbringer, die organisatorisch anderen Gebietskörperschaften zugeordnet sind, Gruppen bürgerschaftlich Engagierter, Stiftungen und last but not least die älteren Menschen selbst vertreten.

2. Wie können Akteure unter den Bedingungen der Zentralisierung von Angeboten – Außenstellen der Kassen in den Kommunen, das Krankenhaus in der Kreisstadt, die auch für die Kommune zuständigen Dienste des Kreises in den Räumlichkeiten des Kreises⁸ – in das Netzwerk miteinbezogen werden?

Im Kontext der Weiterentwicklung von lokalen, gut zugänglichen, kleinräumigen Strukturen müssen Aspekte von Zentralisierung und Diversität bestimmter Dienstleistungen mitgedacht und systematisch verbunden werden, damit das volle Unterstützungs-, Integrations- und Befähigungspotential von vernetzten Strukturen dem Bürger zugänglich gemacht werden kann. Und es muss geklärt werden, wie die Gruppen und Interessensvertreter organisatorisch einbezogen werden können, bevor fachlich-inhaltliche Aspekte zu anderen oder neuen Angeboten und Strukturen bearbeitet werden können.

⁸ Eine Beraterin nannte dies: „... die sitzen hinter dem Berg“.

- **Höheres öffentliches und politisches Interesse an der Seniorenarbeit**

Das Thema Seniorenarbeit/ Altenhilfe bekam durch die hohe öffentliche Wahrnehmung und die positive Resonanz in der Bevölkerung in beiden Kommunen mehr politische Aufmerksamkeit (Kapitel 4.2.4 und 5.2.5).

Aus Sicht der Projektverantwortlichen ist das politische Interesse an den Themen der Senioren- und Altenarbeit höher als vor Beginn der Projektvorhaben „PräSenZ“ und „PiQ“. In Ulm wurde explizit formuliert, dass von dieser Gesamtwahrnehmung alle Dienste im Bereich Altenarbeit profitieren würden, da neben der Ausweitung der PräSenZ-Besuche auf die gesamte Stadt auch Stellenaufstockungen für den Sozialdienst für Ältere und den Pflegestützpunkt im Fachbereichsausschuss beschlossen worden seien. In Rheinfeldern war das Fazit, dass sich die Seniorenarbeit von einem freizeitorientierten Ansatz „Stück für Stück“ in eine professionelle Seniorenarbeit, die bei den Bürgerinnen und Bürgern ankommt, mit sehr guter öffentlicher Wahrnehmung verändert habe und die präventiven Hausbesuche und die Arbeit des Seniorenbüros insgesamt dazu einen großen Beitrag geleistet hätten.

1. Einleitung

Die Mehrzahl der älteren Menschen hat den Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Dieser individuelle Wunsch trifft auf gesellschaftliche und ökonomische Notwendigkeiten. Vor diesem Hintergrund werden seit einiger Zeit die Möglichkeiten der Ausgestaltung der Rolle der Kommunen zur Bewältigung der Aufgaben einer alternden Gesellschaft in Politik und den Wissenschaften diskutiert. Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung mit dem Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ beschäftigt sich mit dieser Fragestellung und auch im Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode findet sich die Idee der Stärkung der Kommunen zur Sicherstellung guter Lebensqualität und Selbstbestimmung im Alter. Die Kommunen, so die Argumentation, haben aufgrund der Nähe zur Bevölkerung auf so manchen Handlungsfeldern der Gesundheitsversorgung eine große Problemnähe und Problemlösungskompetenz, und dies unabhängig von Partikularinteressen (Brunnett et al. 2018).

Angestrebt werden unter anderem der Aufbau von bedarfsgerechten Infrastrukturen und ortsnahen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (Bundesregierung 2018, Zeilen 1069ff., 4488ff.). Des Weiteren wird die Verschränkung kommunaler Planungsaktivitäten mit sozialraumorientierten Ansätzen sowie eine Verbesserung der Kooperationsstrukturen über unterschiedliche Handlungsfelder hinweg als notwendig beschrieben (z.B. Pflege, Gesundheit, soziale Infrastruktur, Mobilität) (Hoberg et al. 2016). Im Siebten Altenbericht der Bundesregierung wird dies so formuliert: „Anstatt einzelne Leistungen isoliert zu betrachten, sollten die Kommunen die Daseinsvorsorge als Ganzes und ihre Gesamtwirkung auf die Lebensqualität der Menschen in den Blick nehmen“ (BMFSJ 2017).

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg beschäftigt sich schon seit vielen Jahren intensiv mit der Fragestellung, wie Kommunen bei ihren Antworten auf die demografischen Entwicklungen angemessen unterstützt werden können. Zwei Ansätze, die in Baden-Württemberg systematisch, bislang jedoch getrennt voneinander verfolgt werden, sind zum einen präventive Hausbesuche (pHb) und zum anderen Ansätze der Quartiersentwicklung. Letztere werden mit der Strategie „Quartier 2020 – Gemeinsam. Gestalten“ des Ministeriums für Soziales und Integration gegenwärtig gezielt gefördert (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg).

Die systematische Erprobung eines Ansatzes präventiver Hausbesuche wurde im Projekt PräSenZ in drei Modellkommunen in Baden-Württemberg erprobt (Gebert et al. 2018). Während der Umsetzungsphase des Projektes von April 2015 bis März 2017 hat sich gezeigt, dass die aufsuchende präventive Beratungsarbeit eine Unterstützung für ältere in der Kommune lebende Menschen ist. Darüber hinaus gab es Hinweise, dass präventive Hausbesuche zudem einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der kommunalen Versorgungslandschaften leisten können, um selbständige Lebensführung und Teilhabe von älteren Bürgerinnen und Bürgern in den Kommunen zu fördern. Diese Hinweise wurden im Projekt PiQ aufgegriffen und der PräSenZ-Ansatz in den Projektkommunen Rheinfelden und Ulm mit dieser Zielsetzung weiterentwickelt. Das Rahmenkonzept des PräSenZ-Ansatzes und die in PräSenZ umgesetzten jeweiligen kommunalen Konzepte können im „Abschlussbericht des Modellvorhabens ‚PräSenZ‘ in Baden-Württemberg“ nachgelesen werden (Gebert et al. 2018). In der nachfolgenden Berichterstattung werden diese nicht noch einmal dargestellt.

PiQ wurde im Zeitraum von Oktober 2017 bis Oktober 2019 (24 Monate) durchgeführt. Die Finanzierung erfolgte über § 45c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI, bei der eine Basisfinanzierung aus Landes- und Kommunalmitteln mit Mitteln der Pflegeversicherung kofinanziert werden.

Nachfolgende Berichterstattung fokussiert auf die Weiterentwicklungen des PräSenZ-Ansatzes als Beitrag zur Quartiersentwicklung. Nach dem einleitenden Kapitel eins werden in Kapitel zwei die allgemeinen Ziele von PiQ und das Vorgehen im Projekt beschrieben. Es folgen in Kapitel drei die Evaluationsziele und die Datengrundlagen der Evaluation. In den sich anschließenden Kapiteln vier und fünf werden die kommunalen Ansätze mit Zielen, Maßnahmen und den Ergebnissen der Evaluation beschrieben. Die Evaluationsergebnisse werden zunächst breit dargelegt und am Ende des jeweiligen kommunalen Kapitels komprimiert zusammengefasst und interpretiert.

2. Allgemeine Ziele und Vorgehen in PiQ

Die Erkenntnisse aus PräSenZ und anderen DIP-Projekten zeigen, dass präventive Hausbesuche (pHb) an die lokalen Strukturen angepasst werden müssen. pHb können also nicht rezeptartig umgesetzt werden. Vielmehr sind kontextsensitive Lösungen notwendig, damit sie die Chancen von älteren Menschen erhöhen, so lange wie möglich und gewünscht in den eigenen vier Wänden leben zu können (Gebert et al. 2019, Renz /Meinck 2018, Schulz-Nieswandt et al. 2018). Das Projekt PiQ hatte mit Bezug zu diesem Hintergrund drei Hauptziele:

1. Die Weiterentwicklung und Erprobung des pHb-Angebotes als Zugangsweg zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen.
2. Die Weiterentwicklung des PräSenZ-Ansatzes (Gebert A. et al. 2018) als Instrument für eine seniorenorientierte, bedarfsgerechte Quartiersentwicklung durch Rückkoppelung der individuellen Bedarfe mit dem Angebot und den Planungsaktivitäten der jeweiligen Kommune.
3. Organisatorische Strukturen zu schaffen, die nach Ablauf des Projektes eine reibungslose Integration des Ansatzes in die kommunale Angebotslandschaft erlauben, inklusive der Sicherstellung einer weiteren Finanzierung.

Die Weiterentwicklung des Ansatzes sowie die Durchführung der pHb erfolgte in beiden Projektkommunen mit jeweils einer Vollzeitstelle, verteilt auf jeweils zwei Personen.

zu 1. Weiterentwicklung und Erprobung des pHb-Angebotes als Zugangsweg, um vulnerable Zielgruppen zu adressieren

Angestrebt wurde in PiQ, durch spezifische Zugangswege die Zugangschancen zu kulturellen, infrastrukturellen, sozialen und medizinischen Ressourcen insbesondere für ältere Menschen in vulnerablen Lebenssituationen zu erhöhen und damit zur Chancengleichheit von sozialer Teilhabe und guter Versorgung aller älteren Menschen beizutragen. Zur Erreichung dieser Zielgruppen wurden in beiden Kommunen spezifische Zugangswege entwickelt, die in PiQ erprobt wurden.

Vulnerabilität im Sinne der Definition des GKV-Bündnisses für Gesundheit bezieht sich insbesondere auf Bevölkerungsgruppen die von „*sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheit betroffen*“ sind. Wichtigstes Aufgreifkriterium ist das Vorliegen einer sozialen Benachteiligung, zum Beispiel „*aufgrund ihrer physischen oder psychischen Konstitution oder infolge enger bzw. armer materieller Verhältnisse.*“ (Sörensen et al. 2018). In den vergangenen Jahren wurde diese auf vertikale soziale und gesundheitliche Benachteiligung ausgerichtete Definition erweitert um Bevölkerungsgruppen, die von horizontaler sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. Genannt werden hier insbesondere die Faktoren: Geschlecht, (frühes und fortgeschrittenes) Lebensalter und Migration(-shintergrund) (Kaba-Schönstein/Kilian 2018).

zu 2. Weiterentwicklung des PräSenZ-Ansatzes als Instrument der Quartiers-/ Sozialraum-entwicklung

Modellvorstellung ist, dass im Zusammenspiel von Individualberatung im pHb, gezielter Vernetzung mit den im Sozialraum agierenden Akteuren sowie kommunaler Planung und Steuerung (z.B. Pflegestrukturplanung) produktive Kreisläufe der Quartiers-/ Sozialraumentwicklung entstehen als Wechselwirkung von Person und Umwelt (Abb. 1).

Angestrebt wurde hierfür, den präventiven Hausbesuchsansatz weiter an die jeweilig vorhandenen Gegebenheiten vor Ort – die Angebote und die kommunalen Einflussfaktoren – durch gezielte Vernetzung und geeignete Formen der Kooperation anzupassen, um damit die Anschlussfähigkeit an vorhandene Angebote zu verbessern, Doppelstrukturen zu minimieren, die Ausschöpfung der Möglichkeiten lokaler Angebotslandschaften für das Individuum zu optimieren sowie Defizite im Leistungsspektrum zu identifizieren und damit Impulse für die Sozialraumentwicklung zu setzen.

Darüber hinaus sollten die Rückmeldungen aus den pHb zur Sozialraumentwicklung gezielt genutzt werden. Im Projekt PräSenZ hatten die Beraterinnen viele Mikrohinweise zur Verbesserung des Sozialraums erhalten. In PiQ wurde angestrebt, diese Hinweise für die Gestaltung der Quartiere und Sozialräume durch den systematischen Einbezug der Beraterinnen und der Ergebnisse aus den pHb in die Quartiers- und Sozialraumentwicklung nutzbar zu machen.



Abb. 1. Zusammenspiel Quartiersentwicklung und präventiver Hausbesuch

zu 3. Organisatorische Strukturen zu schaffen, die nach Ablauf des Projektes eine reibungslose Integration des Ansatzes in die kommunale Angebotslandschaft erlauben

Beide Projektkommunen hatten das Ziel, innerhalb der Projektlaufzeit organisatorische Strukturen inklusive der Sicherstellung einer weiteren Finanzierung zu schaffen, die nach Ablauf des Projektes PiQ die Weiterführung des Ansatzes in den jeweiligen Kommunen erlauben.

3. Evaluationsziele und Datengrundlagen

Entsprechend den Zielsetzungen in PiQ hatte die Evaluation zwei Schwerpunkte. Zum einen, Erkenntnisse zur Machbarkeit von pHb bei vulnerablen Zielgruppen zu gewinnen. Konkret waren dies Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund (Mh) und Personen mit gesundheitlichen und ggf. sozialen Beeinträchtigungen. Zum anderen sollte beleuchtet werden, inwiefern das Angebot der präventiven Hausbesuche Beiträge zur Sozialraumentwicklung leisten kann. Zudem sollte die Nachhaltigkeit des Ansatzes beleuchtet werden.

Um Aussagen zu den genannten Punkten zu erhalten, wurde ein Evaluationsdesign mit quantitativen und qualitativen Anteilen umgesetzt. Nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die der Evaluation zugrundeliegende Datenbasis in den beiden Projektkommunen.

Art der Daten	Anzahl		Methodik
	Ulm	Rheinfelden	
Beratungsdokumentation	1	1	quantitativ
leitfadengestützte Interviews mit den Projektverantwortlichen (DIP: telefonisch und persönlich)	2	2	qualitativ
leitfadengestützte Interviews mit Netzwerkpartnern (DIP: telefonisch, schriftlich, persönlich) <u>Ulm</u> : Sozialdienst für Ältere (n=2), Pflegestützpunkte (n=2) Nachbarschaftshilfe (n=1), Quartiers-/ Ressourcenmanagement (n= 1), Seniorenrat der Stadt Ulm (n=1) <u>Rheinfelden</u> : Hausärzte (n=3), PDL Sozialstation (n=1)	7	4	
Evaluationsworkshop mit Netzwerkpartnern (DIP) Sozialstation Leitungsfunktion (n=3), Nachbarschaftshilfe „Miteinander-Füreinander“ und Stadtseniorenrat (n=1), I-Punkt = Pflegestützpunkt (n=1), Einrichtung der Behindertenhilfe (n=2), Alten- und Pflegeheim (n=1)		1	
Evaluationsworkshop mit bürgerschaftlich Engagierten (n = 8 von 14) (DIP)		1	
leitfadengestützte Interviews mit Seniorinnen und Senioren (DIP: telefonisch)	19	14	
leitfadengestützte Interviews mit Seniorinnen und Senioren (DIP: persönlich)		3	
Befragung Non-Responder (Projektkommunen: telefonisch)	9	16	
2-tägiger Evaluationsworkshops mit den Beraterinnen (DIP)		1	
Protokollnotizen der Prozessbegleitung	fortlaufend		

Tabelle 1: Übersicht Datengrundlagen der Evaluation in Ulm und Rheinfelden

Die von den Beraterinnen in Form einer Exceltabelle geführte Beratungsdokumentation wurde deskriptiv-statistisch ausgewertet. Die Tabelle erfasste kriterienorientiert Informationen. Detaillierte fallbezogene Informationen wurden damit nicht abgebildet. Dies stellt eine Limitierung der Evaluation dar. Die Weitergabe der Daten für die Evaluation an das DIP erfolgte anonymisiert. Einen Einblick in komplexe Fallverläufe geben die im Bericht auszugsweise dargestellten leitfadengestützten Interviews mit zwei Personen in vulnerablen Lebenslagen aus Rheinfelden.

Die Fragen in den leitfadengestützten Interviews wurden offen gestellt, da in der Regel offene Fragen bei den Befragten den wichtigsten Aspekt abrufen. Im Nachgang der offenen Fragen wurden Konkretisierungsangebote unterbreitet, sodass andere aus Perspektive der Evaluation wichtige Aspekte einbezogen werden konnten. Alle leitfadengestützten Interviews wurden protokolliert und aufgezeichnet. 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).

4. Das PiQ-Konzept in der Stadt Ulm: Umsetzung des weiterentwickelten PräSenZ-Ansatzes und Ergebnisse

Die Machbarkeit des proaktiv und primärpräventiv ausgerichteten pHb-Ansatzes der Gemeinde Ulm, das einen Geburtstagsgruß mit einem Beratungsangebot verbindet, konnte in PräSenZ gezeigt werden (Gebert et al. 2018). Die Akzeptanz des Angebotes und die Zufriedenheit der besuchten Bürgerinnen und Bürger mit dem Angebot waren hoch (Gebert et al. 2018).

In PiQ sollte nun beleuchtet werden inwiefern mit diesem proaktiven Ansatz ältere Menschen mit Migrationshintergrund (Mh) und Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen erreicht werden können. Darüber hinaus sollte das Ulmer pHb-Angebot weiter an die sozialraumorientierten kommunalen Strukturen angepasst werden. Zudem sollte die Projektzeit dafür genutzt werden, Weichen für die Übernahme des Angebotes in das Leistungsspektrum der Stadt Ulm sowie für die Ausweitung des Angebotes auf das gesamte Stadtgebiet zu stellen.

4.1 Stadt Ulm: Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen in PiQ

Aufbauend auf den Erkenntnissen aus PräSenZ hatte die Stadt Ulm für PiQ folgende drei Hauptziele formuliert:

1. Zusätzliche Erprobung des Zugangswegs pHb für ältere Menschen mit Mh und Menschen mit gesundheitlichen und/ oder sozialen Beeinträchtigungen.
2. Sozialraum- bzw. quartiersbezogene Ausrichtung der pHb.
3. Steigerung der Nachhaltigkeit der Informationen und Beratung in den pHb.

Die Zielgruppen des Projektes waren a) Jubilare zum 75. Geburtstag ohne und mit Mh, b) ältere Menschen mit Mh altersunabhängig. Die Information zum Mh konnte den Daten des Einwohnermeldeamtes zum Geburtsland entnommen werden.

In PiQ wurden ältere Menschen dann mit dem Merkmal „Migrationshintergrund“ klassifiziert, wenn sie nicht in Deutschland geboren worden waren. Diese Definition weicht von der Definition der Bundesanstalt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ab, die lautet: „Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens 1 Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist“ (BAMF: Glossar). Vor dem Hintergrund des Alters der Personen erschien diese Definition für die Zielgruppe des Projektes nicht angemessen.

Der Zugang zur Zielgruppe der 75-Jährigen (ohne und mit Mh) war weiterhin ein Gratulationsschreiben der Stadt, namentlich des Bürgermeisters, zum Geburtstag, mit Datum und Uhrzeit für den Besuchstermin sowie einer Telefonnummer für mögliche Absagen. Unterschied war, dass dieses nun ausschließlich aus Anlass des 75. Geburtstags unterbreitet wurde und nicht wie in PräSenZ in einem Sozialraum zum 75. Geburtstag und in dem anderen zum 80. Geburtstag. Die Kommune hatte sich bewusst für die jüngere Zielgruppe entschieden, um den Fokus noch stärker auf den präventiven und gesundheitsfördernden Gedanken des Angebotes zu richten.

Zugangsweg zu den Ulmer Bürgerinnen und Bürgern mit Mh in den Projektsozialräumen, die alters- und anlassunabhängig einen pHb erhalten sollten, war ein Informationsschreiben mit Datum und Uhrzeit des Besuchs und einer Telefonnummer für mögliche Absagen.

Darüber hinaus sollten Menschen mit gesundheitlichen und ggf. sozialen Beeinträchtigungen gezielt über andere Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens erreicht werden. Das Verfahren zur Erreichung dieser Zielgruppe sollte im Laufe der Projektzeit entwickelt werden.

Nachfolgende Tabelle zwei listet alle zur Zielgruppen- und Zielerreichung geplanten Maßnahmen.

Ziele und Maßnahmen der Kommune Ulm	
Ziele	Maßnahmen
Erprobung der Zugangswege und Erreichbarkeit von vulnerablen Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Zugang zu Migrantinnen und Migranten durch Gratulationsschreiben sowie durch ergänzende Informationsschreiben nach Einwohnerdaten mit Geburtsland, unabhängig vom Geburtstag⁹ - Identifizierung und Gewinnung von möglichen Multiplikatoren im Gesundheits- und Sozialwesen zur Gewinnung von Menschen mit gesundheitlichen und/ oder sozialen Beeinträchtigungen
Sozialraumausrichtung, Sozialraumbezug	<ul style="list-style-type: none"> - örtliche und organisatorische Verortung der Beraterinnen bei der städtischen Dienststelle der Abteilung Soziales im Sozialraum (SR) - mittel-/ langfristig gemeinsame Informationsveranstaltungen im SR mit anderen städtischen Diensten, insbesondere dem Pflegestützpunkt - stärkere Präsenz im SR durch Außensprechstunden, gemeinsam mit Pflegestützpunkt - aktive Beteiligung an verschiedenen SR-Gremien (intern, fachlich, bürgerschaftlich) - Inhalt der PräSenZ-Tasche an SR anpassen - Entwicklung, Einsatz und Auswertung eines "5-Minuten-Fragebogens" mit Fragen zum Quartier für das Gesprächsende
Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung neuer Informationsmappen (Festlegen der Inhalte und Gestaltung der Mappen) - Standardisierung Übergabe/ Überleitung an PSP und andere interne Einheiten mittels "Überleitungsbogen" der Case-Management-Standards des Fachbereichs

Tabelle 2: Teilziele und Maßnahmen Ulm

⁹ Bürgerinnen und Bürger die in Rußland oder der Türkei geboren sind erhielten das Anschreiben mit der Ankündigung des Hausbesuchs zweifach. Neben dem Brief in Deutsch wurde ein Brief in der jeweiligen Muttersprache beigelegt. In diesem muttersprachlichen Anschreiben wurde ergänzend angeboten, bei Bedarf einen Dolmetscher zu dem Hausbesuch mitzubringen. Hierfür stand der verwaltungsinterne Dolmetscherdienst Ulm (IDU) zur Verfügung. Dieser wurde letztlich nicht nachgefragt, er steht aber bei Bedarf zur Verfügung.

4.2 Stadt Ulm: Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse für die Stadt Ulm setzt zwei Schwerpunkte. Sie fokussiert zum einen auf Erkenntnisse zum präventiven Hausbesuch bei älteren Migrantinnen und Migranten. Hier insbesondere auf die Akzeptanz des Angebotes, die soziodemografischen Merkmale und die Beratungsbedarfe dieser Zielgruppe, auch im Vergleich zu in Deutschland geborenen älteren Bürgerinnen und Bürgern.

Den zweiten Schwerpunkt bilden Erkenntnisse zur Quartiers- und Sozialausrichtung der Maßnahme. Dies beinhaltet Fragen zur Schnittstellengestaltung und Zusammenarbeit mit anderen Diensten sowie die Fragen, ob und welchen Beitrag die präventiven Hausbesuche zur Quartiersentwicklung leisten können und welchen Nutzen die Kommune ganz allgemein von diesem Angebot hat.

4.2.1 Präventiver Hausbesuch - Anzahl beratener Personen und Akzeptanz des Angebotes

Grundlage der Erkenntnisse zur Anzahl der beratenen Personen, der Zugangswege und der Akzeptanz des Angebotes sind die Daten der Beratungsdokumentation.

Insgesamt wurden im Zeitraum von Juni 2018 bis Juni 2019 (13 Monate) 173 Personen beraten. Im Sozialraum Eselsberg (alt und neu) wurden 87 ältere Menschen besucht, in der Oststadt und der Stadtmitte insgesamt 86 Bürgerinnen und Bürger. Von den 173 beratenen Personen hatten sieben Personen Folgeberatungen aus PräSenZ und fünf Personen wendeten sich aktiv an die Beraterinnen (Zeitungsartikel, Empfehlung Freunde oder Bekannte).

Insgesamt hatten 69 der 173 besuchten Personen einen Mh, das sind 39,9 % der Beratenen, bei zwei Personen lag keine Angabe zum Mh vor. Die besuchten Personen mit Mh stammen aus folgenden Ländern:

Land/ Länder	Anzahl der Personen
Türkei	22
Staatsgebiet des ehemaligen Jugoslawien	16
Rumänien/ Siebenbürgen	7
Italien	6
Österreich	5
England, Griechenland, Tschechien, Ungarn	jeweils 2
Eritrea, Schweden, Vietnam	jeweils 1
ohne Angabe des Geburtslandes	2

Tabelle 3: Geburtsland Migrantinnen und Migranten – Ulm

Auffällig ist, dass keine Personen aus den heutigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion erreicht wurden, weder mit den Gratulations- noch mit den Informationsschreiben, obwohl neun Personen die im heutigen Russland, in der Ukraine und in Lettland geboren worden waren, einen Brief erhalten hatten. Befunde der Segregation von Migrantinnen und Migranten bestimmter Nationalitäten, besonders in städtischen Gebieten, zeigen sich immer wieder. Die Erkenntnisse bestätigen die Literatur (Schulz-Nieswandt et al. 2018).

Nachfolgende Auswertung (Tabelle 4) zeigt die Akzeptanzraten des Vorgehens bei den aktiv im Zeitraum angeschriebenen Personen, differenziert nach „Gratulationsschreiben“ für Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Mh sowie für anlassunabhängig informierte Personen mit Mh.

	Anzahl der versendeten Briefe	Anzahl der Hausbesuche	Akzeptanzrate
Gratulationsschreiben ohne Mh	189	94	49,7 %
Gratulationsschreiben mit Mh	63	40	63,49 %
Ulmer Bürger mit Mh: Informationsschreiben	55	26	47,30 %
Gesamt	307	160	52,24 %

Tabelle 4: Akzeptanzrate nach Zielgruppe – Ulm

Insgesamt erhielten 252 Jubilare einen Geburtstagsgruß des Bürgermeisters mit dem Angebot einer Beratung im Zeitraum von Juni 2018 inkl. Juni 2019 (13 Monate), davon 189 Personen, die in Deutschland geboren sind, und 63 Bürgerinnen und Bürger mit Mh. Die **Akzeptanzrate**¹⁰ des Angebotes betrug bei den deutschen Jubilaren 49,7 % (n=94 bei 189 Briefen) und bei den Jubilaren mit Mh 63,49 % (n=40 bei 63 Briefen). Das Beratungsangebot ohne den Anlass des Geburtstages an Ulmer Bürgerinnen und Bürgern mit Mh, nahmen 47,3 % (n=26 bei 55 Briefen) dieser Kohorte an.

Den Termin sagten bei den deutschen Jubilaren 37 % (n = 70) der Personen ab und 12,16 % (n = 23) waren an dem vorgeschlagenen Termin nicht zuhause. Bei den Jubilaren mit Mh sagten 6,34 % (n = 4) der Personen den Termin ab und bei 25,39 % (n = 16) der angeschriebenen Personen, also bei ca. einem Viertel, standen die Beraterinnen vor verschlossener Tür. Für die Personengruppe der anlassunabhängig beratenen Migrantinnen und Migrantinnen liegen zum Punkt „des Nicht-Antreffens“ keine Zahlen vor.

Im Evaluations-Workshop berichteten die Beraterinnen darüber hinaus, dass bei den Jubilaren mit Mh mehr Personen von dem Besuch überrascht worden seien, also den Termin nicht aktiv zur Kenntnis genommen hatten als bei den deutschen Jubilaren. Aus den Schilderungen lässt sich schließen, dass der Überraschungsbesuch mit der Gratulation, jedoch nahezu in jedem Fall sehr willkommen war und sich die Besuchten über die persönliche Gratulation und das Interesse an ihrem Leben freuten. Dies berichteten die Beraterinnen auch von den Jubilaren mit Mh, die auf den Besuch vorbereitet waren. Die Einschätzung war, dass der Besuch zum Geburtstag im Auftrag der Stadt und des Oberbürgermeisters als eine besondere Wertschätzung erlebt wurde.

Im Mittel lebten die Ulmer Bürgerinnen und Bürger mit Mh 44 Jahre in Deutschland (n=64). Nicht mit eingerechnet wurden drei Angaben, die mit „größer als“ und „kleiner als“ dokumentiert waren und zwei Datensätze ohne Angabe. Das Maximum der in Deutschland gelebten Jahre betrug 70 Jahre (1 Person), das Minimum weniger als ein Jahr.

Werden die Rückmeldungen zur Akzeptanz des Angebotes aus den Senioreninterviews hinzugenommen ergibt sich folgendes allgemeines Bild für das Angebot.¹¹ Die Jubilare freuten sich über das Gratulationsschreiben und waren neugierig auf das Angebot. Zugleich rief der Brief bei vielen Jubilaren ambivalente Gefühle hervor: Stellvertretend hierfür stehen nachfolgend zitierte Aussagen aus den Interviews:

¹⁰ Die Akzeptanzrate errechnet sich aus dem Verhältnis versandte Briefe (n=289) zu durchgeführten Hausbesuchen im Projektzeitraum.

¹¹ Die Frage nach dem Mh wurde im Telefonat nicht gestellt, um eine etwaige mögliche gefühlte Diskriminierung zu vermeiden, so dass zu diesem Punkt aus den Interviews keine zusätzlich vertieften Erkenntnisse mit Blick auf diese Zielgruppe möglich sind.

„Ich dachte, och, das ist ja nett. Ich bin mal gespannt, mal schaun was da kommt. Informationen braucht man ja immer.“ (TN 14)

„Brauch ich das? Ist das notwendig? Manche sagen bestimmt: Lass mich alleine, ich fühle mich zu jung.“ (TN 20)

„Ich dachte, ich will mich nicht konfrontieren“. (TN 6)

Vor diesem Hintergrund wurde die Frage, ob der Anlass des 75. Geburtstags für das Angebot angemessen sei, ganz unterschiedlich beantwortet.

„In Ordnung, weil es freiwillig ist, ich fühle mich mit 75 Jahren noch zu jung, auf der anderen Seite man kann nie früh genug damit anfangen.“ (TN 5)

„Die ganze Übung finde ich gut. Der Ansatz ist sehr lobenswert; ich habe das Gefühl, das ist eine soziale Notwendigkeit; es gibt sicher Leute die davon sehr profitieren“. (TN 13)

„Mit 75 ist das zu spät. Ich kenne keinen Mann, der über 75 Jahre ist. Vielleicht sollte man mit 70 beginnen.“ (Aussage einer Frau mit Mh) (TN 6)

Gesehen wurde, dass die Stadt mit dieser Maßnahme sich aktiv um die Seniorinnen und Senioren kümmert, stellvertretend hierfür ist nachfolgendes Zitat:

„Man kann das nur begrüßen, dass das gemacht wird. Ich finde das sehr gut, dass die Stadt sich kümmert und ihre Alten nicht vergisst. Zu wissen, dass die Stadt den Bürger ernst nimmt. Ich merk daran, dass es dem OB und dem Gemeinderat ernst ist.“ (TN 16)

Ein früher selbst politisch aktiver Senior formulierte folgendes Statement:

„Das ist eine clevere Idee. Ich wusste natürlich, was damit bezweckt werden soll. Das ist ein Türöffner, die Leute machen bei einer Geburtstagsgratulation auf.“ (TN 3)

Die Interviewantworten der besuchten Seniorinnen und Senioren wurden durch die Non-Responder Interviews bestätigt. Auch hier gaben die Befragten an sich über den Brief und das Angebot gefreut zu haben und bedankten sich dafür. Gefragt nach den Gründen für die Absage des Besuchs, gaben fünf der neun Befragten in Ulm an „zu fit“ zu sein, eine Person antwortete, dies käme noch früh genug, eine lebte im Ausland, eine gab gesundheitliche Gründe an und eine weitere, dass sich die Familie bereits kümmere.

In den leitfadengestützten Interviews mit den Kooperations- und Netzwerkpartnern findet die Ambivalenz der Seniorinnen und Senioren hinsichtlich der Maßnahme eine Entsprechung. Bei den Kooperationspartnern war es der Zugangsweg der Skepsis auslöste. Die Befürchtung war, dass ein Brief mit Termin und Ankündigung einer Information und Beratung „ohne Auftrag“ von den Älteren als unangemessen, als Einmischung in die Privatsphäre oder Bevormundung erlebt werden könnte. Vier der sieben Interviewten äußerten, dass sie am Anfang des Projektes Bedenken dieser Art hatten. Gleichzeitig sahen alle interviewten Kooperationspartner die Wertschätzung für die älteren Bürgerinnen und Bürger, die mit dem Angebot transportiert wird, und den Mehrwert durch die frühzeitige Informationsvermittlung.

Hervorzuheben ist, dass die Freiwilligkeit des Angebotes, also die Möglichkeit den Besuch jederzeit absagen zu können, von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz des Angebotes sowohl bei den Bürgerinnen und Bürgern als auch bei den Kooperationspartnern war.

4.2.2 Präventiver Hausbesuch - soziodemografische Merkmale der erreichten Zielgruppen

Die Auswertungen zu den soziodemografischen Merkmalen der Besuchten wurden für das Kriterium „Migrationshintergrund“ differenziert. Es wurde in Ulm darauf verzichtet zusätzliche Auswertungen, für die Personen „aus PräSenZ“ (n=7) und die 5 Personen die sich eigeninitiativ gemeldet hatten, vorzunehmen. oder Gratulationsschreiben – vorgenommen. Die zwei Personen deren Mh nicht dokumentiert war, Für die Kohorte mit Mh wurde zudem eine Binnendifferenzierung nach Zugangswegen – Informations- wurden nicht in die Auswertungen miteinbezogen.¹²

Die Angaben zum **Alter** wurden für die Personengruppen „über Informationsschreiben erreichte Migrantinnen und Migranten“ und für Personen, die über sonstige Zugangswege erreicht wurden, ausgewertet. Die anlassunabhängig besuchten älteren Migrantinnen und Migranten (n=26) waren im Mittel 78,9 Jahre (max. 84 Jahre, mind. 73 Jahre), die Gruppe der Personen, die über einen sonstigen Zugangsweg eine Beratung anfragten (n=5), 78 Jahre alt (max. Jahre 85, mind. 72) (nicht in Auswertungstabelle dargestellt).

In PiQ wurden in Ulm 62 Männer (36,25 %) und 109 Frauen (63,74 %) beraten (Tabelle 5). Die **Geschlechterverteilung** ist bei den beratenen Personen „mit“ und „ohne“ Mh nahezu vergleichbar. Besonders hoch ist der Anteil der erreichten Männer in der anlassunabhängig besuchten Kohorte mit Mh, hier lag er bei 57,69 % (n=15).

Die Auswertungen zum **Familienstand** zeigen bei den Merkmalen „verheiratet“ und „verwitwet“ zwischen den Kohorten eine hohe Übereinstimmung (Tabelle 5). Unterschiede zeigen sich beim Merkmal „geschieden“. Der Anteil der Ulmer Seniorinnen und Senioren ohne Mh ist hier höher als bei den Personen mit Mh (Informations- und Gratulationsschreiben).

Die Auswertungen zum **privaten Haushaltstyp** der erreichten Seniorinnen und Senioren (Tabelle 5) zeigen, insbesondere einen Unterschied zwischen den Kohorten beim Anteil der in einem Einpersonenhaushalt lebenden Seniorinnen und Senioren. In der Gruppe mit Mh ist dieser insgesamt wesentlich geringer (27,53 %, n=19) als bei älteren Bürgerinnen und Bürger ohne Mh (40,20 %, n=41). Eine Abweichung zwischen den Gruppen zeigt sich darüber hinaus bei dem Merkmal „sonstiges“ (z.B. mit Familienangehörigen in einem Haushalt, Wohngemeinschaft). Es lebten 13,04 % (n=9) der Personen mit Migrationshintergrund in diesen Haushaltsformen, aber nur 2,94 % (n=3) der besuchten Deutschen.

Unterschiede gab es in den Kohorten auch mit Blick auf die **frühere berufliche Stellung** (Tabelle 5). In der Kohorte mit Mh arbeiteten die Besuchten früher eher als Arbeiterinnen oder Arbeiter. In der mit einem Informationsschreiben erreichten Kohorte waren dies 38,46 % (n=10) und in der Kohorte „Gratulationsschreiben mit Mh“ 27,91 % (n=12) der Personen, in der Kohorte „Gratulationsschreiben ohne Mh“ hingegen nur 3,92 % (n=4). Letztgenannte hatten früher eher in einem Angestelltenverhältnis (53,92 %, n=55) gearbeitet. Der Anteil fehlender Werte ist in allen drei Kohorten mit über 20 % hoch.

Die Auswertungen zum Merkmal „**Bezugsperson**“ mit den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ zeigen, dass sowohl in der Kohorte mit Mh als auch ohne Mh über 95 % der Besuchten eine Bezugsperson hatten (nicht in der Auswertungstabelle dargestellt). Unterschiede gibt es mit Blick auf die sozialen Beziehungen zu den genannten Bezugspersonen. In der Kohorte mit Mh gaben 55 % (n=38) der Besuchten an, dies seien Familienangehörige, bei den deutschen Besuchten waren dies 34,3 % (n=35) der Personen. Mehrere Bezugspersonen zu haben, gaben in der Kohorte mit Mh 11,6 % (n=8) der Personen, bei

¹² Die Kohorten „Gratulationsschreiben“ mit und ohne Mh, enthalten auch die Bürgerinnen und Bürger, die sich eigeninitiativ meldeten (n=5; mit Mh=1, ohne Mh= 3) sowie die Personen, die bereits in PräSenZ ein Gratulationsschreiben und einen Gratulationsbesuch erhalten hatten (n=7; mit Mh=2, ohne Mh=5).

den in Deutschland Geborenen 25,5 % (n=26). Eine untergeordnete Rolle als Bezugspersonen spielten in beiden Gruppen „Freunde“ und „Nachbarn/ Bekannte“.

Soziodemografische Merkmale – Ulm						
	mMh (n=69)				oMh (n=102)	
	Informationsschreiben (n=26)		Gratulations-schreiben (n=43)		Gratulationsschreiben	
Geschlechterverteilung						
männlich	15	57,69 %	14	32,56 %	33	32,35 %
weiblich	11	42,31 %	29	67,44 %	69	67,65 %
Familienstand						
geschieden	1	3,85 %	4	9,30 %	14	13,73 %
ledig	1	3,85 %	2	4,65 %	7	6,86 %
verheiratet	15	57,69 %	24	55,81 %	56	54,90 %
verwitwet	6	23,08 %	10	23,26 %	22	21,57 %
ohne Angabe	3	11,54 %	3	6,98 %	3	2,94 %
Privater Haushaltstyp						
Einpersonenhaushalt	7	26,92 %	12	27,91 %	41	40,20 %
Paar mit im Haus- (halt) lebenden Angehörigen	3	11,54 %	0	0,00 %	2	1,96 %
Paar ohne im Haus- (halt) lebende Angehörige	11	42,31 %	24	55,81 %	53	51,96 %
sonstiges	3	11,54 %	6	13,95 %	3	2,94 %
ohne Angabe	2	7,69 %	1	2,33 %	3	2,94 %
Berufliche Stellung in der Vergangenheit						
Angestellte	5	19,23 %	15	34,88 %	55	53,92 %
Arbeiter/innen	10	38,46 %	12	27,91 %	4	3,92 %
Beamte/-innen		0,00 %		0,00 %	6	5,88 %
mithelfende Familien-angehörige		0,00 %	3	6,98 %	1	0,98 %
Selbständig mit Beschäftigten		0,00 %	1	2,33 %	5	4,90 %
Selbständig ohne Beschäftigte	2	7,69 %	2	4,65 %	8	7,84 %
ohne Angabe	9	34,62 %	10	23,26 %	23	22,55 %

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale – Ulm

Die Auswertungen zu den **Mobilitätsmöglichkeiten** (Tabelle 6) der besuchten Personen zeigen, dass in der Kohorte mit Mh diese eingeschränkter sind, als in der Gruppe ohne Mh. In der Kohorte ohne Mh ist der Anteil an Autofahrern (59,80 %, n=61) mehr als doppelt so hoch als in der Gesamtkohorte mit Mh (27,53 %, n=19), auch der ÖPNV wird in dieser Kohorte weniger genutzt. Dafür ist der Anteil der Beifahrer im Auto deutlich höher. Mit Blick auf niedrigschwellige Fortbewegungsmöglichkeiten ist interessant, dass immerhin ein Viertel (25,52 %, n=24) der Personen in der Kohorte „Gratulationsschreiben ohne Mh“ das Fahrrad als Fortbewegungsmittel nutzten, von den Personen mit Mh (Informations- und Gratulationsschreiben) hingegen nur 4,34 % (n=3).

Unterschiede zwischen den Kohorten zeigten sich zudem für die **Einschätzungen zum Allgemeinzustand** bzw. dem **Grad der Selbständigkeit** (Tabelle 6). Die Beraterinnen orientierten sich hier an den Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ nach Rockwood (2005). In der Kohorte mit Mh waren anteilig, nach Einschätzung der Beraterinnen mehr Personen an der Schwelle zu Hilfebedürftigkeit und/ oder mit Hilfebedarf. Es wurden 23,08 % (n=6) der Migrantinnen und Migranten, die mit einem Informationsschreiben erreicht wurden als „an der Schwelle zur Hilfebedürftigkeit“ klassifiziert und rund 13,95 % (n=6) der Jubilare mit Mh, bei den deutschen Jubilaren wurden 3,92 % (n=4) der Personen so eingeschätzt. Eine bereits bestehende Beeinträchtigung der Selbständigkeit (Hilfebedarf) wurde für 34,61 % (n=9) der mit einem Informationsschreiben erreichten Personen dokumentiert sowie für 18,61 % (n=8) der Jubilare mit ausländischen Wurzeln und für 16,66 % (n=17) der in Deutschland geborenen Jubilare.

Der Anteil der Personen mit einem **Pflegegrad** war in allen drei Kohorten in einer ähnlichen Größenordnung (Tabelle 6). Er betrug 11,54 % (n=3) bei den Ulmer Bürgerinnen und Bürgern mit Mh, die anlassunabhängig besucht wurden, 9,3 % (n=4) bei Jubilaren mit Mh und 10,78 % (n=11) bei den in Deutschland geborenen Jubilaren. Einen Pflegegrad zu beantragen überlegten oder hatten bereits betragt 15,39 % (n=4), der mit dem Informationsschreiben erreichten Kohorte, in der Gruppe der Jubilare waren dies 6,98 % (n=3) der Personen mit Mh und 2,94 % (n=3) der in Deutschland geborenen Jubilare. Die Auswertungen bestätigen, die Einschätzungen der Beraterinnen zum Allgemeinzustand bzw. dem Grad der Selbständigkeit. Die erreichte Gruppe der Personen mit Mh scheint deutlich eingeschränkter zu sein als die Gruppe der erreichten deutschen Jubilare.

Die Auswertung zur **Häufigkeit der angenommenen Unterstützung in den letzten vier Wochen**, die nicht durch die Kranken- oder Pflegekasse abgedeckt worden waren, zeigt ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Kohorten. Die angenommene Unterstützung ist in der Kohorte, die mit einem Informationsschreiben erreicht wurde, am höchsten. Der Anteil der Personen in den zwei mit Gratulationsschreiben erreichten Kohorten bewegte sich in ähnlichen Größenordnungen. Wenn Hilfe geleistet wurde, dann wurden die Besuchten in allen drei Kohorten am häufigsten von der Familie, also der „Partnerin oder dem Partner“ und „Familienangehörigen“ unterstützt. In welchen Bereichen die Besuchten Unterstützung erhielten zeigt Tabelle 7. Sichtbar wird, dass die Personen in der Kohorte die mit einem Informationsschreiben erreicht wurden anteilig deutlich mehr Unterstützung erhielten als die Jubilare.

Mit Blick auf die **Entfernung zur nächsten unterstützenden Person** unterscheiden sich die Kohorten dahingehend, dass die anlassunabhängig besuchten Personen mit Mh anteilig mehr unterstützende Personen in unmittelbarer Nähe hatten, d.h. „0 km“ oder „< 1 Km“ entfernt, als die mit einem Gratulationsschreiben erreichten Seniorinnen und Senioren (Tabelle 7).

Hilfe- und Unterstützungspotenziale und -bedarfe (1) – Ulm						
	mMh (n=69)				oMh (n=102)	
	Informationsschreiben (n=26)		Gratulationsschreiben (n=43)		Gratulationsschreiben	
Außerhäusliche Mobilität (Mehrfachnennungen möglich)						
zu Fuß	19	73,08 %	38	88,37 %	91	89,22 %
Auto (Fahrer)	3	11,54 %	16	37,21 %	61	59,80 %
Auto (Beifahrer)	13	50,00 %	18	41,86 %	36	35,29 %
Fahrrad	0		3	6,98 %	24	23,53 %
ÖPNV	7	26,92 %	18	41,86 %	59	57,84 %
Taxi	0		1	2,33 %	14	13,73 %
sonstiges	1	3,85 %	2	4,65 %	5	4,90 %
ohne Angabe	7	26,92 %	3	6,98 %	3	2,94 %
Einschätzung des Allgemeinzustandes / der Selbständigkeit den Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ nach Rockwood K. et al. 2005						
sehr fit, sehr guter AZ	0	0,00 %	7	16,28 %	22	21,57 %
fit, guter AZ	5	19,23 %	10	23,26 %	36	35,29 %
kommt gut zurecht	5	19,23 %	11	25,58 %	22	21,57 %
Schwelle zur Hilfebedürftigkeit	6	23,08 %	6	13,95 %	4	3,92 %
geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	3	11,54 %	1	2,33 %	4	3,92 %
erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	4	15,38 %	4	9,30 %	8	7,84 %
schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	2	7,69 %	3	6,98 %	5	4,90 %
ohne Angabe	1	3,85 %	1	2,33 %	1	3,36 %
Pflegegrad						
ja	3	11,54 %	4	9,30 %	11	10,78 %
nein	15	57,69 %	31	72,09 %	84	82,35 %
nein, aber in Überlegung	3	11,54 %	2	4,65 %	3	2,94 %
nein, beantragt	1	3,85 %	1	2,33 %		0,00 %
keine Angabe	4	15,38 %	5	11,63 %	4	3,92 %
Häufigkeit angenommener Unterstützung in den letzten vier Wochen, nicht durch die Kranken- oder Pflegekasse gedeckt						
mehrmals täglich	5	19,23 %	3	6,98 %	9	8,82 %
einmal täglich	1	3,85 %		0,00 %		0,00 %
mehrmals wöchentlich	5	19,23 %	3	6,98 %	6	5,88 %
einmal wöchentlich	1	3,85 %	2	4,65 %	5	4,90 %
mehrmals im Monat	1	3,85 %	3	6,98 %	13	12,75 %
einmal im Monat	0	0,00 %	4	9,30 %	4	3,92 %
keine Hilfe	8	30,77 %	23	53,49 %	54	52,94 %
ohne Angabe	5	19,23 %	5	11,63 %	11	10,96 %

Tabelle 6: Hilfe- und Unterstützungspotenziale und -bedarfe (1) – Ulm

Hilfe- und Unterstützungspotenziale und -bedarfe (2) – Ulm						
	mMh (n=69)				oMh (n=102)	
	Informationsschreiben (n=26)		Gratulationsschreiben (n=43)		Gratulationsschreiben	
Art der Unterstützung – Mehrfachangaben möglich						
keine Hilfe	0	0,00 %	11	51,16 %	26	25,49 %
Einkauf	14	53,85 %	14	32,56 %	30	29,41 %
Haushalt/Wäsche/ Kochen	15	57,69 %	10	23,26 %	36	35,29 %
Garten/ Handwerk	7	26,92 %	8	18,60 %	21	20,59 %
Fahrdienste	12	46,15 %	13	30,23 %	20	19,61 %
sonstiges	15	57,60 %	18	41,86 %	38	37,25 %
ohne Angabe	8	30,77 %	6	13,95 %	17	16,67 %
Entfernung zu nächster unterstützender Person in km						
0 km	14	53,85 %	21	48,84 %	43	42,16 %
< 1 km	3	11,54 %	3	6,98 %	11	10,78 %
1 bis 10 km	4	15,38 %	11	25,58 %	27	26,47 %
11 bis 30 km	0	0,00 %	2	4,65 %	4	3,92 %
31 - 100 km	0	0,00 %		0,00 %	1	0,98 %
> 100 km	1	3,85 %	2	4,65 %	6	5,88 %
ohne Angabe	4	15,38 %	4	9,30 %	10	9,80 %

Tabelle 7: Hilfe- und Unterstützungspotenziale und -bedarfe (2) – Ulm

Die Einschätzungen der Projektverantwortlichen und der nachgelagerten Kooperationspartner zur erreichten Zielgruppe war, dass insbesondere bei den in Deutschland geborenen Jubilaren, trotz der sehr guten Akzeptanzrate der Maßnahme, Personen in vulnerablen bzw. prekären Lebenssituationen nicht in dem Maße erreicht werden, wie dieses zu erwarten sei. Die Aussagen stützten sich darauf, dass im Laufe der Projektzeit nur wenige Lebenssituationen vorgefunden wurden, die ein sofortiges Eingreifen erfordert hätten. Die vier Interviewten, der nachgelagerten städtischen Dienste – Sozialdienst für Ältere und Pflegestützpunkt – berichteten jeweils von wenigen vermittelten Personen, die allerdings zu einem früheren Zeitpunkt gekommen wären als andere Klienten, d.h. es lag im Regelfall keine Krisensituationen, aber Bedarf vor. Zudem wurde deutlich, dass hin und wieder Personen aufgrund der Information der PräSenZ-Beraterinnen¹³ auf die Dienste zu kämen (z.B. Telefonnummer des Flaschenöffners). Wie viele Personen dies waren, konnte nicht eingeschätzt werden, da die Information, wie die Personen die Beratungsstelle gefunden haben, nicht erfasst wurde. Aus der Beratungsdokumentation der PräSenZ-Beraterinnen lässt sich ersehen, dass Vermittlungen und Informationen zu unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen erfolgten. Neben dem Sozialdienst für Ältere und dem Pflegestützpunkt erfolgten diese auch zur Pflegeberatung der Krankenkassen, ambulanten Pflegediensten, der Nachbarschaftshilfe, der Schuldnerberatung, dem Projekt „Demenz“ usw., so dass die Vermittlung zu den beiden städtischen Diensten nur einen Ausschnitt der Weitervermittlung der Beratungen in den pHb darstellt.

¹³ Im Projekt PiQ (PräSenZ im Quartier) wurden in Ulm die beiden im Projekt beratenden Mitarbeiterinnen in Abgrenzung zu den anderen Diensten weiterhin „PräSenZ-Beraterinnen“ genannt.

4.2.3 Präventiver Hausbesuch – Anzahl der Beratungskontakte und Beratungsthemen

Insgesamt hatten die zwei Beraterinnen 246 **Beratungskontakte** mit den 173 in PiQ beratenen Personen, davon 100 Kontakte mit Personen mit Mh (n=69), 144 Kontakte mit Älteren ohne Mh (n=102) sowie zwei Kontakte mit den zwei Personen, bei denen der Mh nicht dokumentiert war. Die prozentuale Verteilung der Kontakthäufigkeiten nach Kohorte kann Tabelle 8 entnommen werden.

Anzahl der Kontakte pro Person nach Kohorte – Ulm						
Kontakte/ Person	mMh (n=69)				oMh (n=102)	
	Informationsschreiben (n=26)		Gratulationsschreiben (n=43)		Gratulationsschreiben	
1	20	76,92 %	29	67,44 %	78	76,47 %
2	6	23,08 %	7	16,28 %	12	11,76 %
3	0	0,00 %	4	9,30 %	9	8,82 %
> 3	0	0,00 %	3	6,98 %	3	2,94 %

Tabelle 8: Verteilung der Kontakthäufigkeiten – Anzahl der Personen und in % – Ulm

Auffällig ist, dass die Kontaktfrequenz bei den mit einem Gratulationsschreiben erreichten Migrantinnen und Migranten am höchsten ist, 16,28 % (n=7) dieser Personen hatten drei und mehr Kontakte mit den Beraterinnen.

Die Hausbesuche **dauerten im Erstkontakt** (nicht tabellarisch aufgeführt) bei den mit einem Informationsschreiben erreichten Migrantinnen und Migranten ca. 53 Minuten (52,96 Minuten). Die Zeitdauer der Gratulationsbesuche in der Kohorte „Gratulationsschreiben mit Mh“ betrug ca. 1 Stunde und 10 Minuten (71,12 Minuten) und in der Kohorte „Gratulationsschreiben ohne Mh“ im Mittel ca. 1,5 Stunden (86,31 Minuten) und war damit am längsten. Die unterschiedlichen Kontaktzeiten im Erstbesuch zwischen den Kohorten sind unter anderem mit bestehenden Sprach- bzw. Verständnisschwierigkeiten zu erklären sowie der häufigeren Anwesenheit von Kindern oder anderen Verwandten bei Personen mit Mh, die ein limitiertes Zeitbudget hatten. Besteht weiterer Informations- und Beratungsbedarf, gleichen sich die Beratungszeiten zwischen den Kohorten an. Die zweiten Kontakte erfolgten sowohl im Hausbesuch als auch telefonisch.

Gesprächsart Erstkontakt – Ulm						
	mMh (n=69)				oMh (n=102)	
	Informationsschreiben (n=26)		Gratulationsschreiben (n=43)		Gratulationsschreiben	
Beratung	4	15,38 %	19	44,19 %	36	35,29 %
Gratulationsbesuch			3	6,98 %	2	1,96 %
Informationsgespräch	16	61,54 %	19	44,19 %	54	52,94 %
Kontakt halten	0	0,00 %	1	2,33 %	3	2,94 %
Krisenintervention	0	0,00 %		0,00 %	1	0,98 %
sonstiges	4	15,38 %	1	2,33 %	5	4,90 %
ohne Angabe	2	7,69 %		0,00 %	1	0,98 %

Tabelle 9: Gesprächsart Erstkontakt – Ulm

Der Blick auf die Auswertung zur **Gesprächsart** der Erstkontakte differenziert nach Beratung, Gratulationsbesuch, Informationsgespräch, Krisengespräch, sonstiges und „Kontakt halten“¹⁴ (Folgekontakte) zeigt, dass Gespräche, die den Charakter einer Beratung hatten eher im Rahmen der Besuche nach Gratulationsschreiben erfolgten. Besonders häufig wurden die Gespräche bei den Jubilaren mit ausländischem Geburtsort als solche eingeschätzt (44,19 %, n=19). Bei den Migrantinnen und Migranten, die mit Informationsschreiben erreicht wurden, hatten die Gespräche mehrheitlich Informationscharakter (61,54 %, n=16) (Tabelle 9).

Die Auswertung zu den im Erstkontakt besprochenen **Themen** zeigt, dass das Thema Pflege/ Gesundheit für die Mehrzahl der Personen in allen drei Kohorten hohe Relevanz hatte, ebenso das Thema Mobilität (Tabelle 10). Ein weiteres in allen drei Kohorten häufig besprochenes Thema waren die „sozialen Kontakte“. Wenngleich dieses in der Mh-Kohorte, die mit einem Informationsschreiben erreicht wurde, deutlich weniger häufig thematisiert wurde, als in den Geburtstagskohorten. Ähnliches gilt für die Themen Vorsorge und Wohnraum. In der Gruppe der mit einem Informationsschreiben erreichten Migrantinnen und Migranten war hingegen das Thema „Anträge und Behörden“ häufiger im Gespräch als in den anderen zwei Kohorten.

Themen des Erstkontakts nach Häufigkeit – Ulm						
	mMh (n=69)				oMh (n=102)	
	Informationsschreiben (n=26)		Gratulationsschreiben (n=43)		Gratulationsschreiben	
aktuelle Situation	20	76,92 %	32	74,42 %	80	78,43 %
Anträge/Behörden	11	42,31 %	11	25,58 %	23	22,55 %
Ehrenamt	0	0,00 %	3	6,98 %	16	15,69 %
Entlastungsgespräch	5	19,23 %	20	46,51 %	29	28,43 %
Hauswirtschaft	7	26,92 %	18	41,86 %	34	33,33 %
Mobilität	13	50,00 %	30	69,77 %	57	55,88 %
Pflege/ Gesundheit	22	84,62 %	33	76,74 %	82	80,39 %
sonstiges	7	26,92 %	6	13,95 %	21	20,59 %
soziale Kontakte	11	42,31 %	30	69,77 %	71	69,61 %
Vorsorge	8	30,77 %	24	55,81 %	66	64,71 %
Wohnraum	8	30,77 %	26	60,47 %	80	78,43 %

Tabelle 10: Themen des Erstkontakts nach Häufigkeit (Mehrfachnennung) – Ulm

Durchschnittlich wurden bei den anlassunabhängig besuchten Seniorinnen und Senioren mit Mh 4,4 Themen für das Gespräch dokumentiert, in der Kohorte „Gratulationsschreiben“ mit Mh 5,4 Themen pro Person und in der Kohorte „Gratulationsschreiben“ ohne Mh 5,5 Themen.

In den Interviews äußerten sich die Seniorinnen und Senioren auf die Frage zum Themenspektrum und der Länge des Besuches durchweg positiv. Die Seniorinnen und Senioren benutzten Redewendungen wie „*sehr angenehmes Gespräch*“, „*in Ordnung*“, „*eine Bereicherung*“. Die von den Interviewten erinnerten Gesprächsinhalte können in drei Kategorien eingeordnet werden:

1. Beratung zur Organisation von Hilfen und Pflegeleistungen, dies beinhaltet die Weiterleitung an die entsprechenden Ulmer Dienste
2. Beratung zu ganz konkreten Themen, z.B. Einsamkeit, täglicher Kontakt, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
3. allgemeine Information zu den Angeboten der Stadt Ulm

¹⁴ Zur Definition der Gesprächsarten siehe auch PräSenZ-Bericht (Gebert et al.: 2018, 76).

Gefragt danach, ob sie aus dem Gespräch hilfreiche Ideen, Gedanken oder Informationen in ihren Alltag mitnehmen konnten, gaben 17 der 19 befragten Personen ganz konkret Auskunft dazu. Zwei Personen verneinten dies, sie hatten keine Erinnerung an den Besuch. Zwei Befragte formulierten konkret ihr Leben sei nun leichter, weil sie Hilfe bekommen hätten. Beispielhaft hierfür ist nachfolgendes Zitat:

"Mein Leben ist leichter. Ich mache die Pflege. Mir geht es gut. Vorher mussten wir sehr sparen. Mein Mann hat Allergien, jetzt kann ich die guten Dinge kaufen, das geht gut". (TN 4)

Andere Besuchte formulierten folgendes Resümee:

„Das Gespräch hat viel gebracht. Es hat den Anstoß gegeben sich damit auseinanderzusetzen (A.G.: Einsamkeit und „Wo gehöre ich hin?“). Was machst Du? Ich will nicht einsam sein! Ich überlege jetzt mehr.“ (TN 6)

„Ja natürlich; man wird ein bisschen an die Themen herangeführt und zum Nachdenken ange-regt. Ich werde mir jetzt in der Apotheke eine Notfalldose besorgen und mich so in kleinen Schrit-ten den Themen annähern“. (TN 11)

„Mitgenommen ja, umgesetzt noch nicht. Ich weiß jetzt die Anlaufstellen in Ulm und dass man nicht ganz alleine ist“. (TN 18)

Die explizite Frage, ob sie sich nun besser über das Ulmer Angebot informiert fühlten, bejahten die Befragten mehrheitlich und äußerten sich zum Teil überrascht über die Breite des Angebotes.

„Ich kannte mich vorher schon aus. Ich war erstaunt, was alles gemacht wird. Man muss die Hemmschwellen überwinden um bestimmte Angebote anzunehmen.“ (TN16)

„Ich habe eine Vorsorge mit einer Freundin gemacht. ...mich von der Freundin beraten lassen, es gibt ja so viel, was man nicht kennt“. (TN 5)

Mit Blick auf die Nachhaltigkeit des Angebotes und der Information wurde beleuchtet, ob und inwiefern das mitgebrachte Informationsmaterial, die Gutscheine und die Informationsmappe bei den Seniorinnen und Senioren angekommen sind. Nahezu alle Befragten konnten den konkreten Platz benennen an dem die „blaue Mappe“ und das Informationsmaterial verstaut waren. Die meisten hatten das Material sondiert und auch bestimmte Informationen gelesen. Die Gutscheine waren willkommen (auch als Geste), wenngleich nur wenige Interviewte sie eingelöst hatten. Das kleine Geschenk, der Flaschenöff-ner, ist super!

Von den Interviewten hatten ca. Zweidrittel der Befragten anderen von dem Besuch erzählt, meist Familienmitgliedern (Kindern, Brüdern und Schwestern in anderen Kommunen) oder im erweiterten Be-kannten- und Freundeskreis (Klassentreffen, Kegelrunde). Gefragt, ob sie den Besuch weiterempfehlen würden antworteten die 17 der 19 Befragten, die sich an den Besuch erinnerten, mit „ja“.

4.2.4 Ergebnisse zur Sozialraum- und Quartiersausrichtung der Maßnahme

Die Ergebnisse des Beraterinnen-Workshops und die Interviewantworten der Befragten – Kooperationspartner und Projektverantwortliche – lassen den Schluss zu, dass in den letzten Jahren ein stabiles Netzwerk an Kooperationspartnern und Netzwerkkontakten im Rahmen der PräSenZ-Beratung mit den Diensten der Stadt Ulm und den Akteuren im Quartier entstanden ist.

Untenstehende Abbildung zu den Kooperations- und Netzwerkbeziehungen im Sozialraum Eselsberg, die im Rahmen des Evaluations-Workshops mit den Beraterinnen entstanden ist, gibt beispielhaft einen Einblick zur Vielzahl der Partner, der Wichtigkeit (dicke des Striches) und der Intensität der Zusammenarbeit (Entfernung von der Kreismitte). Ärzte sind im Ulmer Netzwerk nicht vertreten. Eine Kooperation mit den Hausärzten in den Projektsozialräumen wurde angestrebt und über den Hausärztesprecher der Stadt Ulm initiiert, zustande kam diese jedoch nicht.

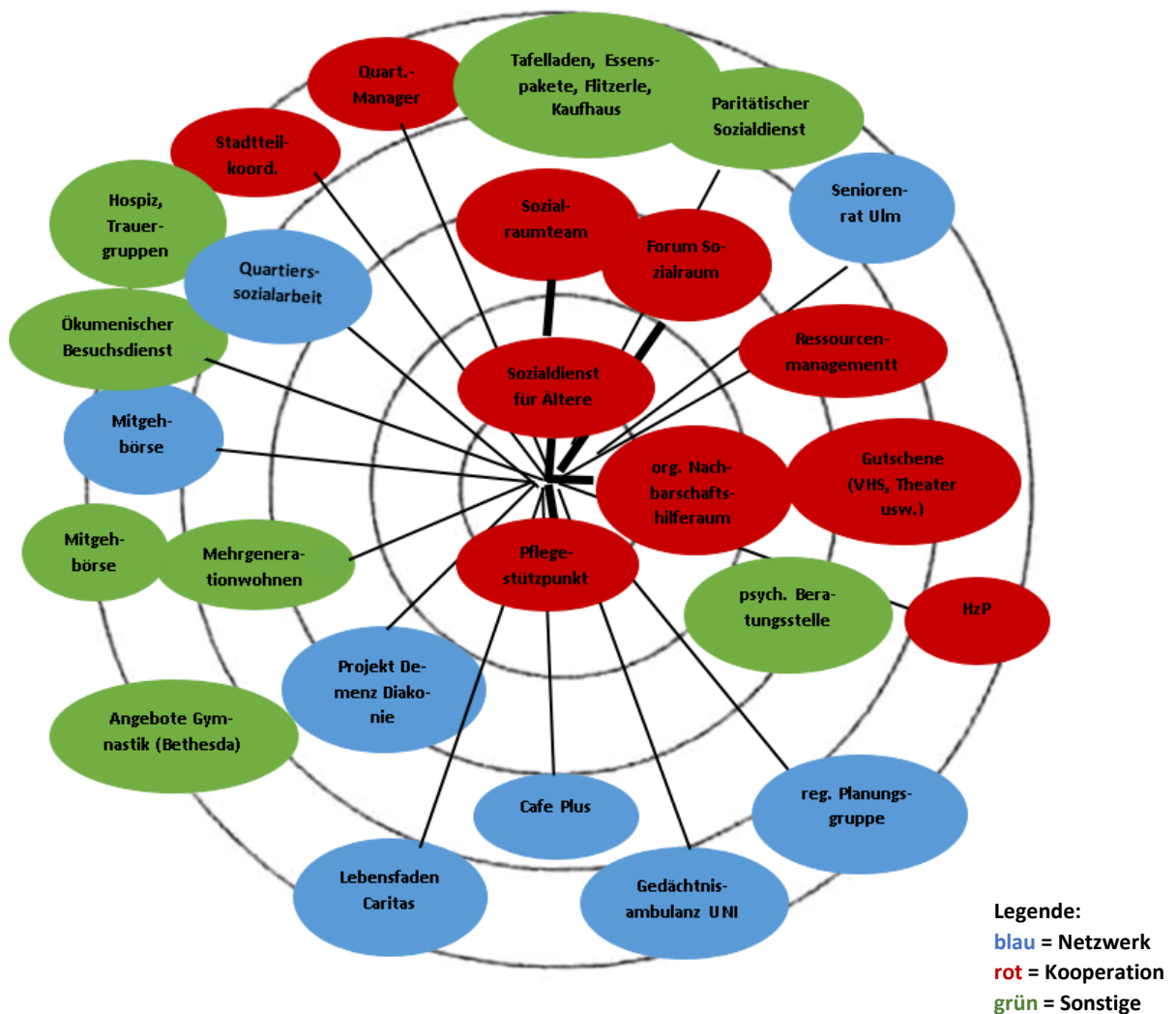


Abbildung 1: Kooperations- und Netzwerkbeziehungen – Ulm

Die Zusammenarbeit zeichnet ein sehr klares Rollen- und Aufgabenverständnis zwischen den Diensten aus, sowohl der eigenen Rolle und Aufgaben als auch der des anderen Dienstes. Es ist in Ulm gelungen klare Zuständigkeiten zu definieren. Die Überleitung von den PräSenZ-Beraterinnen erfolgte, sobald Bedarfe identifiziert wurden deren Beantwortung in die Verantwortung eines anderen Dienstes fiel. Überleitungen erfolgten ausschließlich von den PräSenZ-Beraterinnen zu den anderen, „nachgeschalteten“

Diensten. Die Übergabe erfolgte standardisiert mit einem Überleitungsbogen, der auch in anderen Diensten Verwendung findet.

Die PräSenZ-Beraterinnen wurden im Laufe der Projektzeit von PiQ räumlich und organisatorisch stärker an die Dienste und Einrichtungen in den jeweiligen Sozialräumen angegliedert. Sie haben nun ihre Büros in den jeweiligen Projektsozialräumen und nehmen an den entsprechenden Sozialraumteambesprechungen und Arbeitskreisen in den Quartieren teil. Die Teilnahme ist aus Sicht der Beraterinnen wichtig, da hier die Informationen zum Sozialraum gebündelt ausgetauscht werden, auch wenn z.B. die Mitglieder der Sozialraumteams eher aus dem Jugendbereich und nicht aus der Seniorenarbeit kommen. Die Jugend- und Familienorientierung der Sozialraumarbeit wurde auch von den Interviewpartnerinnen der Kooperationspartner geäußert. Mit Blick auf die gemeinsame Arbeit in den Gremien und Teams äußerten sie, dass der Beitrag der PräSenZ-Beraterinnen in diesen Sitzungen sei, den Blick auch auf die Lebenssituationen und Bedarfe der älteren Bürgerinnen und Bürger zu lenken, insbesondere der Bürgerinnen und Bürger, die nur aufgrund ihres höheren Lebensalters andere Bedarfe haben als Jugendliche oder Menschen im mittleren Lebensabschnitt.

Die Mehrzahl der über die nachgelagerten Dienste der Stadt Ulm hinaus „genutzten“ Netzwerkpartner und Anlaufstellen waren Einrichtungen/ Organisationen für besondere Bedarfe von Besuchten. Hier griffen die Beraterinnen sowohl auf quartiersübergreifende Einrichtungen zurück (z.B. Demenz-Projekt, Gedächtnisambulanz der Uni Ulm, das Hilfsmitteldepot der deutschen Traumstiftung) als auch auf Partner aus dem Quartier (z.B. Ehrenamtsinitiative „Hand in Hand“).

Sowohl aus Sicht der Beraterinnen als auch der Projektverantwortlichen war der Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes ein langwieriger Prozess. Der Umzug der Beraterinnen in die jeweiligen Sozialräume mit der Nähe zu den anderen Diensten und der Teilnahme an den entsprechenden Team- und Gremiensitzungen war hier sehr förderlich. Beispielhaft hierfür ist nachfolgendes Zitat aus einem Interview mit einer Kooperationspartnerin:

„Frau XY macht Prävention; ich bin quasi zuständig – hoffentlich – bevor die Karre in den Dreck gefahren ist, manchmal auch erst wenn die Karre in den Dreck gefahren ist. Ich kenn es nicht anders, als dass wir beide ein Team sind. Sie macht ihre Hausbesuche und wenn da irgendetwas in die Richtung läuft, wo man den Sozialdienst für Ältere brauchen könnte, dann reden wir miteinander. Wir nutzen auch Synergieeffekt, z.B. Prospektbestellung. Sie hat viel was ich gebrauchen kann und umgekehrt. Wir sind beide in der Seniorenarbeit, da gibt es einiges an Informationen, wir sind beide im gleichen Altenhilfeteam, wo wir uns gegenseitig informieren und manchmal um kollegiale Beratung bitten, wenn wir wo nicht weiterkommen.“

Deutlich wurde in den Interviews, dass die Zusammenarbeit mit den anderen Diensten der Stadt Ulm nicht immer spannungsfrei war. Die Mitarbeiterinnen dieser äußerten, dass die öffentliche Wahrnehmung des PräSenZ-Angebotes sehr hoch sei, höher als die des eigenen Dienstes. Dies wurde als unangemessen empfunden, insbesondere weil die Mitarbeiterinnen sich an ihrer Belastungsgrenze fühlten. Eine Mitarbeiterin drückte es so aus, die Arbeit im Sozialdienst für Ältere würde sich hin zu einer Art „Feuerwehr“ verschieben, präventive und begleitende Arbeit sei kaum noch möglich. Eine andere formulierte, dass im Sozialdienst für Ältere die dringende Arbeit gemacht werden würde und die anderen die Aufmerksamkeit bekämen.

Den Zugang zu den 75-Jährigen über den Brief des Oberbürgermeisters mit Gratulation befürworteten alle Kooperationspartner. Die anfängliche Skepsis hatte sich aufgrund der positiven Resonanz der Seniorinnen und Senioren zum Angebot gelegt (siehe Kapitel 4.2.1). Gesehen wurde auch, dass die präventive Beratung in Verbindung mit der Gratulation das ganze Spektrum der älteren Bevölkerung erreicht

und nicht nur ältere Menschen mit dringendem Bedarf. In den Gesprächen wurde betont, dass die präventive Information und Beratung die Stärke des Angebotes sei. Die Beratung die allen Jubilaren angeboten werde, sei ein Angebot „ohne Stigmatisierung“. Als Mehrwert der Besuche wurde von den interviewten Kooperationspartnern klar die frühe Information zu den Angeboten der Stadt Ulm formuliert sowie dass mutmaßlich durch den frühen und positiven Kontakt die Hemmschwellen für eine spätere Inanspruchnahme abgebaut werden würde. Gegenwärtig sei die Situation z.B. beim Sozialdienst für Ältere so, dass die Personen über Dritte kommen, z.B. Grundsicherung, Nachbarn, Vermieter, und dann im Regelfall bereits Handlungs- und nicht nur Beratungsbedarf bestehe.

Dieser Informationsgewinn zu den Angeboten der Stadt Ulm wurde auch in den Interviews mit den Seniorinnen und Senioren von selbigen als ein persönlicher Nutzen formuliert. Viele Ältere, die von sich sagten, sie seien schon gut informiert gewesen, äußerten sich überrascht von dem „*was alles gemacht wird*“. Betont wurde auch, dass für die Inanspruchnahme immer auch eine Hemmschwelle überwunden werden müsse und dass dieser Besuch zur Überwindung beitrage. Beispielhaft sind folgende Zitate:

„Ich war erstaunt, was alles gemacht wird. Man muss Hemmschwellen überwinden, um bestimmte Angebote anzunehmen, ich habe Anregungen mitgenommen. Uns ist nicht langweilig. Wir haben 5 Enkelkinder und gehen Fahrradfahren mit dem Pedilac und die Gartenarbeit...“.(TN16)

„Wir hatten keine Ahnung, was es gibt! Mein Mann hat jetzt einen Rollstuhl, alles ist leichter.“
(TN 2)

Die Projektverantwortlichen sehen den Nutzen für die Kommune in der Nähe des Angebotes zu den Bürgerinnen und Bürgern und zwar zu allen Bürgerinnen und Bürgern. Denn es gebe Rückmeldung zur Wohnumgebung, dem Nahverkehr, der Infrastruktur, den Kulturangeboten, den Grünflächen und wie Nachbarschaften funktionieren. Wie diese Rückmeldungen systematisch zur Weiterentwicklung der Ulmer Seniorenarbeit und Quartiersarbeit genutzt werden können, soll in einem nächsten Schritt entwickelt werden. Im Rahmen des Projektes zum Quartiersmanagement werden die Erfahrungen bereits gut eingespeist. Bei Fragen wie das Quartier/ der Sozialraum von den Älteren erlebt werde, was diese bräuchten, wären die PräSenZ-Beraterin gute Ansprechpartnerinnen, da sie in direktem Kontakt mit dem Querschnitt der älteren Bevölkerung stünden und nicht nur mit vulnerablen Gruppen.

Ein weiterer von den Projektverantwortlichen wahrgenommener Nutzen wird in der positiven und guten öffentlichen Wahrnehmung der pHb gesehen. Aus Sicht der Projektverantwortlichen ist der Imagegewinn der Seniorenarbeit der Kommune in Politik, Öffentlichkeit und bei Netzwerkpartnern erheblich durch die positiv besetzte Berichterstattung, die Berichterstattung in den politischen Gremien sowie die Rückmeldungen und die „Mund-zu-Mund-Propaganda“ von Besuchten. Das Thema „Altenhilfe“ hätte dadurch mehr Gehör in den politischen Gremien bekommen. Dies zeige sich an einem höheren politischen Interesse an der Altenarbeit als vor Projektbeginn. Von dieser Gesamtwahrnehmung würden alle Dienste profitieren, z.B. seien neben der Ausweitung der PräSenZ-Besuche auf die gesamte Stadt, Stelenaufstockungen für den Sozialdienst für Ältere und den Pflegestützpunkt im Fachbereichsausschuss beschlossen worden.

4.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse für Ulm

Die Akzeptanzrate des Angebotes ist in allen drei für die Auswertung gebildeten Kohorten hoch. Dabei hat sich die Akzeptanzrate (52,12 %; n=160 bei 307 Briefen) bei den Jubilaren (in Deutschland geborene Jubilare, Jubilare mit Mh) im Vergleich zu PräSenZ (51 %) noch einmal leicht gesteigert (Gebert A. et al. 2018). Die endgültige Festlegung der Altersgrenze auf 75 Jahre und damit auf die jüngere der beiden in PräSenZ beratenen Zielgruppen hat sich bewährt.

Hervorzuheben ist die hohe Akzeptanz des Angebotes bei Menschen mit Mh. In der Gruppe der Jubilare mit Mh betrug diese 63,49 % (n=40 bei 63 Briefen). In der Kohorte mit Mh, die über ein anlassunabhängiges Informationsschreiben erreicht wurde sind dies noch 47,3 % (n=26 bei 55 Briefen) der angeschriebenen Personen. Bemerkenswert ist dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass in einer bundesweiten Befragung über 70 % der befragten Städte, Gemeinden und Landkreise angaben, ältere Migrantinnen und Migranten seien mit seniorenbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht zu erreichen. Dabei ist nach Einschätzung der Befragten die Erreichbarkeit älterer Migranten noch schlechter als die älterer Migrantinnen (Hollbach-Grömig /Frölich von Bodelschwingh 2015). Doch auch die Männer konnten in den Kohorten mit Mh in Ulm gut erreicht werden. Bei den anlassunabhängig besuchten Migrantinnen und Migranten betrug der Anteil der Männer 58 % (n=15) und in der Kohorte „Gratulationsschreiben mit Mh“ 32,5 % (n=14).

Die Ergebnisse aus PiQ in Ulm zeigen, dass mit einer proaktiven Vorgehensweise ein großer Teil älterer Menschen mit Mh erreicht werden konnte. Sie zeigen auch, dass trotz des proaktiven Vorgehens nicht alle Nationalitäten erreicht wurden. Hier sollte weiteres Monitoring erfolgen und ggf. für diese Gruppen zielgruppenspezifische Zugänge entwickelt werden.

Das Angebot wurde von den Seniorinnen und Senioren positiv bewertet, trotz der ambivalenten Gefühle, die das Gratulationsschreiben mit dem Beratungsangebot bei vielen Jubilaren auslöste. Der Brief konfrontierte mit dem Älterwerden und mit in diesem Alter wahrscheinlicher werdenden möglichen Einschränkungen. Die Aussagen in den Interviews zeigen, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema „Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ häufig als emotional belastend erlebt wird und daher ohne Anlass, im Regelfall zufällig erfolgt oder wenn bereits Handlungsbedarf vorhanden ist, wohlwissend, dass die Reflexion der eigenen Wünsche und Vorstellungen sowie die Information zu Angeboten und Vorgehensweisen, notwendig und hilfreich sind. Die Kombination aus Gratulation des Oberbürgermeisters, Information zuhause und geringem Aufwand scheint als Angebotspaket so attraktiv zu sein, dass über 50 % der angeschriebenen Jubilare, sich informieren und beraten ließen. Insbesondere Menschen mit Mh scheinen die Gratulation im Namen des Oberbürgermeisters verbunden mit dem Angebot der Beratung als Wertschätzung zu erleben.

Die Auswertungen zeigen deutlich die in anderen Publikationen bereits beschriebene Tatsache, dass ältere Menschen mit Mh im Vergleich zu einer in Deutschland geborenen Alterskohorte eingeschränkter sind, sowohl vom Allgemeinzustand als auch mit Blick auf Teilhabemöglichkeiten (Nowossadeck 2017). Die in Ulm erreichten Personen mit Mh waren in ihren selbständigen Mobilitätsmöglichkeiten eingeschränkter als die Kohorte ohne Mh. Zudem wurden der Allgemeinzustand bzw. der Grad der Selbständigkeit in dieser Kohorte deutlich schlechter eingeschätzt als bei den in Deutschland geborenen Besuchten. Insbesondere die mit dem Informationsschreiben erreichte Kohorte mit Mh zeigt einen erhöhten Unterstützungsbedarf, unter Umständen auch aufgrund des höheren Lebensalters. Rückmeldung der Beraterinnen war aber auch, dass eine Migrationsbiographie im Alter nicht gleichbedeutend mit Vulnerabilität sei.

Die Auswertungen zur Pflegequote der erreichten Personen zeigen, dass diese mit 10,5 % (n=18) geringfügig unter der vom Statistischen Bundesamt für die Gruppe der 75 bis 79-Jährigen ausgewiesenen Pflegequote von 11,5 % war (Statistisches Bundesamt 2017). Allerdings liegen die besuchten Jubilare mit 75 Jahren am jüngeren Ende der Altersspanne der 75- bis 79-Jährigen, so dass der Anteil an erreichten Personen mit Pflegegrad mutmaßlich mindestens der Pflegequote entspricht.

Die nach Einschätzung der Projektverantwortlichen zu geringe Anzahl an erreichten Personen in prekären Lebenslagen, soll hier noch einmal vor dem Hintergrund der Zuordnung der Maßnahme in der Abteilung „Altenhilfe“ eingeordnet werden, der neben den präventiven Hausbesuchen, auch der Sozialdienst für Ältere, die „Hilfe zur Pflege“ und der Pflegestützpunkt angehören. Der Schwerpunkt der Abteilung ist die Unterstützung von älteren Menschen in vulnerablen und/ oder prekären Lebenssituationen. Die Bearbeitung aller Anfragen in diesen Bereichen erfolgt in dieser Abteilung. Der Ulmer pHb ist ein universeller Ansatz, der bewusst nicht verengt auf Menschen in vulnerablen Lebenssituationen, sondern auf die gesamte Breite der Alterskohorte ausgerichtet ist. Hinzukommt, dass die Zielgruppe 75-Jährige sind, also Menschen im dritten Lebensalter und nicht hochaltes Menschen (Kruse 2012). Prekäre Lebenslagen sind in dieser Gruppe eher die Ausnahme als die Regel. Die tägliche Arbeit mit älteren Menschen in prekären Lebenslagen könnte zu einer gewissen Erwartungshaltung bezüglich der Häufigkeit vorzufindender Personen geführt haben, die über der realen Lebenswirklichkeit liegt. Die pHb zeigen, dass die allermeisten älteren Menschen ihren Alltag und ihr Leben sehr gut meistern und keine Hilfe und Pflege benötigen. Sie tragen damit auch ein Stückweit zur Normalisierung des Altersbildes in der Kommune bei.

Die Interviews zeigen, dass die präventive Arbeit von den Kollegen geschätzt wird, hervorgehoben wurde der breite Zugang zur älteren Bevölkerung und die frühzeitige Information. Gleichwohl schwingt in den Interviews implizit die Aussage mit, Beratung bei dringendem Handlungsbedarf sei anspruchsvoller oder stressiger als präventive Arbeit. Dies zeigte sich insbesondere in den Aussagen zum empfundenen Ungleichgewicht der öffentlichen Wahrnehmung der Dienste. Interpositionale Konflikte sind in Implementierungsphasen neuer Angebote im organisationalen Leistungserstellungskontext in der Literatur gut beschrieben und damit nicht ungewöhnlich (Schulz-Nieswandt 2019). Mit Blick auf die Ausweitung des Angebotes der pHb auf ganz Ulm sollte dieser Punkt bereits im Vorfeld der Implementierung des neuen Angebotes in den Sozialräumen Beachtung finden, ebenso das Thema implizite Wertung unterschiedlicher Arbeitsfelder, also präventiver Arbeit und Unterstützung von Menschen in prekären Lebenslagen.

Die PräSenZ-Beraterinnen verfügen in Ulm mittlerweile über ein breites Spektrum an Kooperations- und Netzwerkpartnern. Der Aufbau des Netzwerkes war langwierig, der Umzug in die Sozialräume und die Teilnahme an den entsprechenden Team- und Gremiensitzungen haben diesen maßgeblich gefördert. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit den städtischen Diensten im Rahmen der Einzelfallarbeit wurden von allen Beteiligten als sehr gut beschrieben. Die klare Rollen- und Aufgabendefinition werden hierfür als wesentlich erachtet. Die Rückmeldungen der Erfahrungen und Bedarfe der Seniorinnen und Senioren aus den Hausbesuchen in die Sozialraumgremien und die Quartiersentwicklung tragen zu einer Erweiterung des Themenspektrums, insbesondere der Sozialraumgremien, in Richtung Altenarbeit bei. Als wesentlicher Beitrag wird gesehen, dass die Erfahrungen und Bedarfe der selbständig lebenden älteren Bürgerinnen und Bürger eingebracht werden und nicht spezifische Bedarfe besonders vulnerabler Gruppen.

Die positive Resonanz bei den Bürgerinnen und Bürgern, die das Angebot als Wertschätzung erlebten und der damit verbundene Imagegewinn in Öffentlichkeit und Politik sowie die Nähe zum Bürger werden als Nutzen für die Kommune gesehen. Ein Resümee der Projektverantwortlichen war, das Thema Altenarbeit erfahre heute insgesamt mehr Aufmerksamkeit und Interesse in den politischen Gremien

als vor Beginn des Projektes PräsenZ und dies sei auch mit der öffentlichen Wahrnehmung und durchaus auch mit persönlichen Erfahrungen (z.B. Bekannte wurden besucht) der Gemeinderäte verbunden.

5. Das PiQ-Konzept in der Stadt Rheinfelden: Umsetzung des weiterentwickelten PräSenZ-Ansatzes und Ergebnisse

In Rheinfelden sollte in PiQ das pHb-Konzept aus PräSenZ weiter an die kommunalen Bedarfe angepasst werden. Hierfür sollte der primärpräventive proaktive Ansatz modifiziert werden und durch die Entwicklung und Etablierung von Zugangswegen für vulnerable Zielgruppen ergänzt werden. Darüber hinaus hatte PiQ die Vernetzung vorhandener Ressourcen/ Partner, insbesondere der Themen und Partner der Bereiche Wohnen, Sozialarbeit, Pflege, Förderung von Selbstkompetenz (Schulung, Beratung) unter Federführung des Seniorenbüros zum Ziel. Die Projektlaufzeit sollte zudem dafür genutzt werden, eine Verstetigung des Seniorenbüros durch das Votum des Gemeinderates zu erreichen.

5.1 Stadt Rheinfelden: Ziele, Zielgruppen und Maßnahmen in PiQ

Leitlinie für die Seniorenarbeit in Rheinfelden ist das „4-Felder-Modell der zukünftigen Seniorenarbeit in Rheinfelden (Baden)“. Nachfolgende Abbildung 2 zeigt die Aufgaben des Seniorenbüros, das sich aus dem „Projektbüro PräSenZ“ entwickelt hatte, in diesem Rahmen.

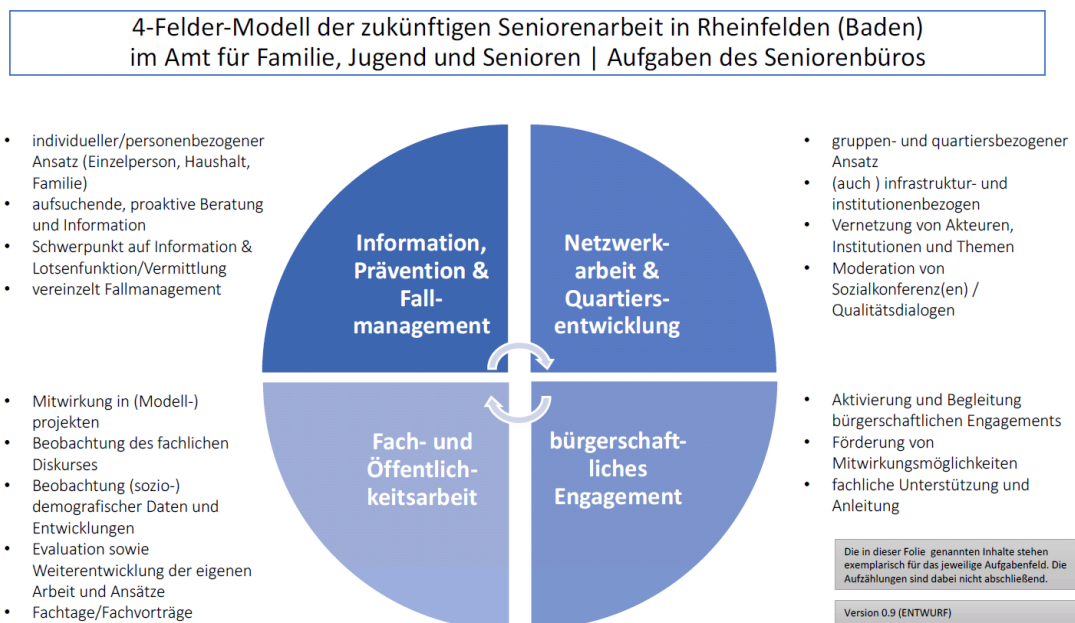


Abbildung 2: 4-Felder-Modell der zukünftigen Seniorenarbeit

In nachfolgender Tabelle 11 werden die angestrebten Ziele und Maßnahmen in Rheinfelden für PiQ detailliert dargestellt. Alle geplanten Maßnahmen wurden im Projektzeitraum umgesetzt, das Informationsschreiben für die Bürgerinnen und Bürger 77 Jahre und älter jedoch erst im September 2019, sodass hierzu keine Evaluationsergebnisse vorliegen.

Darüber hinaus konnte im Januar 2019 ein Gemeinderatsbeschluss zur Finanzierung des Seniorenbüros im Umfang einer Vollzeitstelle aus dem kommunalen Haushalt herbeigeführt werden.

Ziele und Maßnahmen in PiQ der Kommune Rheinfelden	
Ziele	Maßnahmen
Entwicklung und Etablierung eines abgestuften Informations- und Beratungskonzepts mit Verbreiterung des fachlichen Ansatzes	<p>Information, Prävention und Fallmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausbau der präventiven Seniorenarbeit durch ein anlassbezogenes Gratulationsschreiben mit Beratungsangebot zum 75. Geburtstag. Der Zugang erfolgt durch ein Gratulationsschreiben mit angekündigtem, sich anschließenden Telefonat. b) Personen mit sprachlichen, kulturellen, kognitiven oder sonstigen Barrieren, aus denen eine eingeschränkte selbständige Informations-, Hilfe- und Beratungssuche abgeleitet werden kann¹⁵, sollen gezielt mit dem Angebot der pHb erreicht werden. Hierfür sollen die Kooperationen mit Hausärzten und der kirchlichen Sozialstation ausgebaut werden. c) Kontinuierliches proaktives Informations- und Beratungsangebot ab 2019 an Bürgerinnen und Bürger 77 Jahre und älter. Die älteren Bürgerinnen und Bürger in Rheinfelden erhalten alle zwei Jahre ein Informationsschreiben zum Angebot. Unterschied zum bisherigen Zugangsweg ist, dass die Älteren, die eine Beratung wünschen, selbst aktiv werden müssen. Bislang wurden im Anschluss an die Informationsschreiben die Bürgerinnen und Bürger immer persönlich angerufen.
Intensivierung der Gewinnung, Aktivierung und Begleitung von bürgerschaftlich Engagierten (bE)	<p>Aufbau eines Pools von bürgerschaftlich Engagierten zur Begleitung von Personen in vulnerablen Lebenssituationen (Projekt „Füreinander-Miteinander“).</p> <p>Ausbau der Vernetzung mit Gruppen/ Organisationen zur Gewinnung und Vermittlung von bürgerschaftlich Engagierten (z.B. Zusammenarbeit mit der Freiwilligenagentur).</p>
Aufbau des Rheinfelder Seniorennetzwerks	<p>Durchführung von Netzwerktreffen mit relevanten Akteuren zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung gemeinsamer Ziele - Vernetzung von Akteuren, Institutionen und Themen - gemeinsamen Weiterentwicklung von Ideen und Überlegungen zur Gestaltung der Infrastruktur und der Hilfe- und Unterstützungsleistungen

Tabelle 11: Tabelle Ziele und Maßnahmen in Rheinfelden

¹⁵ Die Begriffe „vulnerabel“ und „prekär“ wurden von der Projektgruppe in Rheinfelden als problematisch eingeschätzt, da diese ggf. schwer verständlich und stigmatisierend sind. Aus diesem Grund wurde diese eigene Definition entwickelt (Stadtverwaltung Rheinfelden 2017). Zur Vereinfachung der Berichterstattung wird in den nachfolgenden Kapiteln jedoch weiterhin von „vulnerablen Zielgruppen“ gesprochen.

5.2 Ergebnisse für die Stadt Rheinfelden

Im Fokus der Ergebnisdarstellung für Rheinfelden stehen die Erreichbarkeit und die Bedarfe vulnerabler Zielgruppen, Erkenntnisse mit Blick auf die Kooperations- und Netzwerkbeziehungen des Seniorenbüros sowie die Frage, inwiefern der Ansatz zur Weiterentwicklung des Sozialraums beitragen kann.

Die Darstellung der Ergebnisse der pHb orientiert sich am abgestuften Informations- und Beratungskonzept der Stadt Rheinfelden. Für die Auswertungen wurden zur Bildung aussagekräftiger Differenzierungskohorten die Zugangswege – Geburtstagsschreiben, Vermittlung Kooperationspartner, „aus PräSenZ“ und „Sonstiges“ – genutzt. Im Vordergrund der Auswertung stehen Erkenntnisse zu den soziodemografischen Merkmalen und den Beratungsbedarfen der unterschiedlichen Kohorten.

Das Kapitel „Gewinnung und Einbezug von bürgerschaftlich Engagierten in die Projektarbeit“ beleuchtet die Aufgaben des Seniorenbüros in diesem Rahmen sowie die Motive und Aufgaben der bE.

Das Kapitel „Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern in der Einzelfallberatung“ stellt die Zusammenarbeit zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen mit den Hausärzten, der kirchlichen Sozialstation und den Mitarbeitern der städtischen Dienste dar. Mit den Themen Vermittlungskriterien und Schnittstellengestaltung bildet es die Überleitung zum letzten Ergebniskapitel, das den Beitrag des Ansatzes zur Sozialraumentwicklung in Rheinfelden darstellt.

5.2.1 Präventiver Hausbesuch - Anzahl beratener Personen und Akzeptanz des Angebotes

Grundlage der Erkenntnisse zur Anzahl der beratenen Personen, der Zugangswege und der Akzeptanz des Angebotes sind die Daten der Beratungsdokumentation.

In Rheinfelden wurden im Zeitraum von Juni 2018 bis Juli 2019 (13 Monate) 128 Personen beraten. Nachfolgende Tabelle 12 zeigt die in der Beratungsdokumentation erfassten unterschiedlichen Zugangswege der Beratenen zum Angebot und deren Anteile an der Gesamtkohorte.

Zugangswege Rheinfelden	Anzahl	in %
Vermittlung Kooperationspartner	36	28,13 %
Geburtstagsschreiben	35	27,34 %
Angehörige/ Bekannte	22	17,19 %
aus PräSenZ	20	15,63 %
Flyer/ Aushang	6	4,69 %
Zeitungsartikel	5	3,91 %
Sonstiges	4	3,13 %

Tabelle 12: Zugangswege – Rheinfelden

Der größte Anteil beratener Personen wurde durch Kooperationspartner vermittelt (28,13 %, n=36), davon 14 Personen durch die Sozialstation, 10 Personen durch Hausärzte und 12 ältere Menschen durch „sonstige“ Einrichtungen (7 durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rathauses/ der Ortsverwaltungen, 5 durch sonstige Einrichtungen und Dienste der Stadt).

Die zweitgrößte Kohorte wurde über den Zugangsweg „Geburtstagsschreiben“ erreicht. 35 Personen (27,34 %), die einen Gratulationsgruß und ein anschließendes Telefonat erhalten hatten, nahmen einen präventiven Hausbesuch in Anspruch.

Über den Zugangsweg „Angehörige/ Bekannte“ kamen 22 Personen (17,19 %) zu einer Beratung des Seniorenbüros, Folgeberatungen „aus PräSenZ“ hatten 20 der Beratenen (15,63 %), über Maßnahmen

der Öffentlichkeitsarbeit (Flyer/ Aushang, Zeitungsartikel) konnten 11 Personen (10 %) erreicht werden sowie 3,13 % (n=4) über sonstige Zugangswege.

Die Auswertungen zeigen, dass über 70 % (71,09 %, n=91) der Personen das Angebot aufgrund einer proaktiven oder gezielten Ansprache („Gratulationsschreiben“, „aus PräSenZ“ und „Vermittlung durch Kooperationspartner“) in Anspruch genommen haben. Nur ca. ein Viertel (28,90 %, n=37) der Personen hatte eigeninitiativ eine Beratung angefragt („Angehörige/ Bekannte“, „Flyer/ Aushang“, „Zeitungsartikel“, „Sonstiges“), davon waren 17,18 % (n=22) Anfragen von Angehörigen und Bekannten der älteren Personen, lediglich 11,71 % (n=15) der beratenen Älteren fragten selbst an.

Die **Akzeptanzrate** der pHb im Auswertungszeitraum für den proaktiven Zugangsweg der Gratulationsschreiben betrug 12,1 % (n=35 bei 289 Briefen) (keine Abbildung). Sie bewegte sich damit in einer ähnlichen Größenordnung wie im Projekt PräSenZ (13 %), obwohl die Zielgruppe im Rahmen der Weiterentwicklung des proaktiven präventiven Hausbesuchsansatzes verändert worden war (das Verfahren blieb). In PiQ wurden 75-jährige Jubilare angeschrieben, in PräSenZ hingegen waren alle 75 Jahre und älteren Bürgerinnen und Bürger der Stadt Rheinfelden kontaktiert worden. Der Altersmedian der in PräSenZ erreichten Kohorte war 79 Jahre, die Zielgruppe in PiQ, die mit dem proaktiven Ansatz erreicht werden sollte, vier Jahre jünger (Gebert et al. 2018).

Werden die zur Verfügung stehenden Daten zum **Migrationshintergrund** der Personen ausgewertet, zeigt sich ein Anteil von 12,5 % (n=16) in der Gesamtkohorte. Tabelle 12 zeigt die Geburtsländer der beratenen Seniorinnen und Senioren mit Mh. Auffällig ist, dass auch in Rheinfelden nur eine Person aus den heutigen Staaten der ehemaligen Sowjetunion die Beratung in Anspruch genommen hatte und keine türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten erreicht wurden.

Land/ Länder	Anzahl der Personen
Polen	3
Italien, Kroatien	jeweils 2
Litauen, Österreich, Polen, Spanien, Tschechien, USA	jeweils 1
unbekannt	2

Tabelle 13: Geburtsland Migrantinnen und Migranten – Rheinfelden

Die Akzeptanzrate bei Jubilaren mit Mh betrug 8,62 % (n=5 bei 58 Briefen) und war damit um 4 % geringer als bei den in Deutschland geborenen Geburtstagskindern (12,98 %; n= 30 bei 231 Briefen). Die Beraterinnen erklärten das Ergebnis damit, dass viele Migrantinnen und Migranten telefonisch nicht erreicht werden konnten, da sie eher Mobiltelefone statt eines Festnetzanschlusses hätten und somit nicht im Telefonbuch stehen würden. Mit dem Zugangsweg aus Brief und Telefonat ist diese Zielgruppe also nur bedingt zu erreichen.

Zugangswege zu den Menschen mit Mh waren darüber hinaus: Vermittlung von Kooperationspartnern (n=5), Initiierung der Beratung durch Angehörige bzw. Bekannte (n=4) und zwei Personen hatten sich eigeninitiativ aufgrund eines Aushangs/ Flyers gemeldet.

Die Rückmeldungen in Rheinfelden aus den Telefoninterviews zur Akzeptanz und den Zugangswegen (n=14) ergeben ein gemischtes Bild. Auffällig ist, dass eher Jubilare (n=6) und Personen, die sich eigeninitiativ für eine Beratung gemeldet (n=4) hatten, als Interviewpartner zur Verfügung standen. Vier der Interviewten konnten sich an den konkreten Anlass des Hausbesuches nicht erinnern.

Die sechs interviewten Jubilare begrüßten das Informationsangebot aus Anlass des 75. Geburtstages. Sie schätzten sehr, dass das Seniorenbüro sich vorstellte und die Stadt Rheinfelden aktiv informierte.

Die vier interviewten Personen, die aus Eigeninitiative die Beratung angefragt hatten, hielten es für eine notwendige und etablierte Dienstleistung der Stadt. Sie waren überrascht, dass die Beratung ein neues Angebot war.

Zwei der vier Personen, die sich nicht erinnerten, wie es zu der Beratung gekommen war, waren sehr zufrieden, dass es das Angebot gibt. Die anderen zwei Personen hatten dazu keine Meinung. Rückmeldung der Beraterinnen zu diesem Befund war, dass insbesondere Personen, die von Kooperationspartnern an das Seniorenbüro vermittelt werden, häufig nicht unterscheiden würden oder könnten, woher sie Hilfe bekämen, sondern im Vordergrund stünde, dass Hilfe und Unterstützung organisiert und geleistet werde.

Die Rückmeldung der „Non-Responder“-Jubilare (n=16), also der Personen, die das Angebot des Hausbesuchs im Telefonat ablehnten, war mehrheitlich, sie würden sich über das Angebot freuen, bräuchten dieses aber noch nicht. Gründe für die Ablehnung des Angebotes waren „zu fit zu sein/ sich jünger zu fühlen“, „es noch nicht zu brauchen“ oder „sich ausreichend informiert zu fühlen“. Insbesondere Familien mit Pflegebiografie äußerten letztgenannten Punkt. Die Frage, in welcher Situation eine Beratung angefragt werden würde, wurde ausnahmslos mit der Nennung konkreter Hilfe- und Pflegesituationen beantwortet: „Verwitwung“, „Pflegebedürftigkeit“, „Krankheit“, „mehr Einschränkungen“, „Ausfall der möglichen Pflegeperson“. Eine der ablehnenden Personen äußerte, dass sie keinen Sinn in dem Angebot sehe und es daher auch nicht wolle.

5.2.2 Präventiver Hausbesuch – soziodemografische Merkmale der erreichten Zielgruppen und Beratungsbedarfe

Alle Auswertungen zu den soziodemografischen Merkmalen wurden entsprechend den Zugangswegen für die Kohorten „Vermittlung durch Kooperationspartner“, „Gratulationsschreiben“, „Folgeberatung aus PräSenZ“, „Angehörige/ Bekannte“ und „Sonstiges“ differenziert. In der Kohorte „Sonstiges“ wurden die Personen der Zugangswege „Sonstiges“, „Flyer/ Aushang“ und „Zeitungsartikel“ zusammengefasst. Die Auswertungen können im Detail in den Tabellen 14, 15 und 16 nachgelesen werden. Insgesamt fanden im Zeitraum von Juni 2018 bis inklusive Juni 2019 bei den 128 Personen 211 Beratungskontakte statt. Die Mehrzahl der Personen hatte einen Beratungskontakt (Tabelle 17).

Soziodemografische Merkmale und Beratungsbedarfe der Kohorte „Vermittlung durch Kooperationspartner“ (n=36)

In der von Kooperationspartnern vermittelten Kohorte waren 72,22 % (n=26) der Personen Frauen, der Altersmedian ist 81 Jahre. Der Anteil an Personen unter 75 Jahren betrug 19,44 % (n=7), der Anteil 85 Jahre und älter 27,77 % (n=10). Es waren 50,00 % (n=18) der Personen in dieser Kohorte verheiratet, 30,56 % (n=11) verwitwet und 47,22 % (n=17) lebten in Einpersonenhaushalten. Nur 8,33 % (n=3) der Personen dieser Kohorte fuhren Auto, 58,33 % (n=21) waren Beifahrer, 44,44 % (n=16) nutzten ein Taxi, 11,11 % (n=4) die öffentlichen Verkehrsmittel und 5,56 % (n=2) das Fahrrad.

Die Einschätzung zum Allgemeinzustand/ dem Selbständigkeitsgrad nach den Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ nach Rockwood (2005)¹⁶ zeigt, dass ca. ein Viertel der Personen mit „fit“ (13,89 %, n=5) oder „kommt gut zurecht“ (13,89 %, n=5) eingeschätzt wurde und ein weiteres Viertel mit „an der „Schwelle zu Hilfebedürftigkeit“ (25 %, n=9). Nach Einschätzung der Beraterinnen hatten 13,89 % (n=5) der Personen in dieser Kohorte geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit“, 30,55 % (n=11) der

¹⁶ Wird in den nachfolgenden Passagen auf die Einschätzungen zum Allgemeinzustand und dem Selbständigkeitsgrad verwiesen, beziehen sich diese immer auf die Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ nach Rockwood (2005).

Personen „erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit“ und 11,11 % „schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit“ (n=4) %). Der Anteil an Personen mit Pflegegrad lag bei 47,22 % (n=17) und damit nahezu bei der Hälfte, 5,56 % (n=2) hatten darüber hinaus bereits eine Pflegestufe beantragt und 13,89 % (n=5) überlegten, dies zu tun.

Unterstützung „in den letzten vier Wochen, unabhängig von Kranken- und Pflegekasse“¹⁷ hatte ein Drittel der Beratenen in dieser Kohorte täglich (33,33 %, n=12), 27,78 % (n=10) mindestens einmal wöchentlich, 11,11 % (n=4) der Personen mindestens einmal monatlich und 25 % (n=9) gaben an, keine Hilfe zu haben. Hilfe erhielten die Personen mehrheitlich bei Einkauf (77,78 %, n=28), im Haushalt (72,22 %, n=26) und bei den Fahrdiensten (66,67 %, n=24). Unterstützende Angehörige hatten über 90 % (n=33) der Personen in einer Entfernung von bis zu 10 km.

Die Mehrzahl der Beratenen in dieser Kohorte hatte einen Beratungskontakt (66,67 %, n=24), 19,44 % (n=7) hatten zwei Kontakte und 13,89 % (n=5) drei und mehr Kontakte. Die Beratungen erfolgten mehrheitlich im Hausbesuch (55,56 %, n=20) und 36,11 % (n=13) der Personen in dieser Kohorte wurden im Büro beraten. Die ersten Hausbesuche hatten mit 36,11 % (n=13) Informations- und mit 33,33 % (n=12) Beratungscharakter, 22,22 % (n=8) wurden als Kriseninterventionen eingestuft. Das Beratungsspektrum war umfassend. Bei drei Viertel (77,78 %, n=28) der Beratenen wurde zunächst die aktuelle Situation erörtert, weitere Themen waren „Pflege/ Gesundheit“ (44,44 %, n=16), „Hauswirtschaft“ (36,11 %, n=13), „soziale Kontakte“ (33,33 %, n=12) und „Anträge/ Behörden“ (33,33 %, n=12). Die Anzahl der besprochen Themen betrug 3,25 im Durchschnitt pro Person.

Soziodemografische Merkmale und Beratungsbedarfe der Kohorte „Geburtstagschreiben“ (n=35)

Das Alter der Jubilare ist 75 Jahre, die Geschlechterverteilung war 80 % Frauen (n=28) zu 20 % Männer (n=7). Mehrheitlich waren die Personen verheiratet (62,86 %, n=22) und lebten mit Partner in einem Haushalt (62,86 %, n=22), davon 14,29 % (n=5) als Paar mit im Haus(-halt) lebenden Angehörigen und 48,57 % (n=17) als Paar ohne im Haus(-halt) lebende Angehörige. Alleinlebend waren in dieser Kohorte 37,14 % (n=13) der Besuchten. Die Mehrzahl der Personen fuhr Auto (57,14 %, n=20) und 40 % (n=14) nutzten das Fahrrad. Der Anteil an Beifahrern lag bei 28,57 % (n=10), die öffentlichen Verkehrsmittel wurden von 17,14 % (n=6) der Personen genutzt, das Taxi von 14,29 % (n=5).

Der Allgemeinzustand/ der Selbständigkeitsgrad wurde bei 68,58 % (n=24) der Personen mit „sehr fit, sehr guter AZ“ (14,29 %, n=5), „fit, guter AZ“ (31,43 %, n=11) und „kommt gut zurecht“ (22,86 %, n=8) eingeschätzt. An der „Schwelle zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ (11,43 %, n=4) und mit „geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit“ (14,29 %, n=5) werden ca. ein Viertel der Personen kategorisiert. Bei 5,71 % (n=2) der Personen schätzten die Beraterinnen die Selbständigkeit als erheblich beeinträchtigt ein. Einen Pflegegrad hatten 11,43 % (n=4) der Besuchten, weitere 11,43 % (n=4) überlegten, diesen zu beantragen, und 2,86 % (n=1) hatten dies bereits getan. Keine Hilfe zu haben, gaben 68,57 % (n=24) der Personen in dieser Kohorte an, täglich Hilfe erhielten 8,57 % (n=3). Unterstützende Personen hatten 85,71 % (n=30) der Personen in einem Umkreis von 10 km.

Bei 85,71 % (n=30) der Jubilare erfolgte ein Beratungskontakt, 11,43 % (n=4) hatten zwei Kontakte und eine Person wurde häufiger als dreimal beraten (2,86 %). Die Beratungen in dieser Kohorte erfolgten mit einem Anteil von 80 % (n=28) im Hausbesuch, 17,14 % (n=6) der Personen kamen ins Büro. Der Anteil an Informationsgesprächen lag bei 57,14 % (n=20), 34,29 % (n=12) hatten den Charakter einer Beratung und bei 5,71 % (n=2) der Personen wurde eine Krisenintervention durchgeführt. Das am häufigsten dokumentierte Thema mit 77,14 % (n=27) ist „Vorsorge“, gefolgt von den Themen „Wohnen“ mit

¹⁷ Wird im nachfolgenden Text auf den Hilfebedarf rekurriert, ist immer der Hilfebedarf in den letzten vier Wochen unabhängig von Kranken- und Pflegekasse gemeint, wie er in Tabelle 16 ausgewiesen wird.

74,29 % (n=26) sowie „Pflege/ Gesundheit“ (65,71 %, n=23) und „Mobilität“ (62,86 %, n=22). Durchschnittlich wurden bei den Jubilaren 4,22 Themen dokumentiert.

Soziodemografische Merkmale und Beratungsbedarfe der Kohorte „Angehörige/ Bekannte“ (n=22)

In der Kohorte „Angehörige/ Bekannte“ wurden 33,66 % (n=8) Männer und 63,64 % (n=14) Frauen beraten. Der Altersmedian war 81 Jahre, der Anteil der unter 75-Jährigen betrug 13,64 % (n=3), 85 Jahre und älter waren 31,82 % (n=7) der Personen in dieser Kohorte. 40,91 % (n=9) der Personen waren verheiratet, 50,00 % (n=11) verwitwet. Der Anteil der in einem Einpersonenhaushalt Lebenden betrug 31,82 % (n=7), 45,45 % (n=10) der Personen lebten mit Partnern im Haushalt, 18,18 % (n=4) hatten den Haushaltstyp „Sonstiges“. Im Regelfall lebten die Personen mit dem letztgenannten Merkmal mit Kindern/ Verwandten im Haus oder Haushalt. In der Kohorte „Angehörige/ Bekannte“ fuhren 31,82 % (n=7) Auto, 45,45 % (n=10) waren Beifahrer, 13,64 % (n=3) nutzten das Taxi, 4,55 % (n=1) fuhren Rad und niemand nutzte die öffentlichen Verkehrsmittel.

Den Allgemeinzustand bzw. den Selbständigkeitsgrad der Personen in dieser Kohorte schätzten die Beraterinnen mit jeweils ca. einem Drittel (31,82 %, n=7) mit „sehr fit“ (4,55 %, n=1), „fit/ guter AZ“ (9,09 %, n=2)/ „kommt gut zurecht“ (18,18 %, n=4) sowie „an der Schwelle zu Hilfebedürftigkeit“ (18,18 %, n=4)/ „geringe Beeinträchtigungen“ (13,64 %, n=3) und „erhebliche (22,73 %, n=5) und schwere Beeinträchtigungen“ (9,09 %, n=2) ein. Einen Pflegegrad in dieser Kohorte hatten 31,82 % (n=7) der Personen, diesen zu beantragen überlegten 18,18 % (n=4) und 4,55 % (n=1) hatten dies bereits getan.

50,00 % (n=11) der Personen in dieser Gruppe erhielten mindestens einmal täglich Hilfe, mindestens einmal wöchentlich 18,19 % (n=4) und mehrmals monatlich nur 4,55 % (n=1). Keine Hilfe hatten oder brauchten 22,73 % (n=3) der Besuchten. Ähnlich wie in der Gruppe „Vermittlung durch Kooperationspartner“ wurde unterstützt in den Bereichen Einkauf, Haushalt und Fahrdienste.

72,73 % (n=16) der Personen in dieser Kohorte hatten einen Beratungskontakt mit dem Seniorenbüro, 22,73 % (n=5) zwei Kontakte und eine Person drei Kontakte (4,55 %). Die Beratungen fanden zu ca. zwei Dritteln im Hausbesuch statt (63,64 %, n=14) und ca. ein Drittel im Büro (31,82 %, n=7). Die Hälfte (50,00 %, n=11) der Gespräche hatte Beratungscharakter, 27,27 % (n=6) informierenden Charakter und 18,18 % (n=4) die Merkmale einer Krisenintervention. Schwerpunkt der Beratungen war das Thema „Pflege/ Gesundheit“ mit 77,27 % (n=17). Bei über der Hälfte der Personen wurden die Themen „aktuelle Situation“ (59,09 %, n=13), „Wohnraum“ (54,44 %, n=12), „Mobilität“ (54,44 %, n=12) und „Hauswirtschaft“ (54,44 %, n=12) beraten. Die durchschnittliche Anzahl der Beratungsthemen pro Person lag bei 4,09.

Soziodemografische Merkmale und Beratungsbedarfe der Kohorte „aus PräSenZ“ (n=20)

Ähnlich wie in den anderen bisher beschriebenen Kohorten wurden auch hier anteilig weit mehr Frauen (75 %, n=15) als Männer (25 %, n=5) beraten. Der Altersmedian in dieser Gruppe war 78 Jahre, 30 % (n=6) der Personen waren jünger als 75 Jahre und 25 % (n=5) älter als 85 Jahre. Verwitwet waren in dieser Kohorte 50 % (n=10) der Personen, in Einpersonenhaushalten lebten 65 % (n=13). Selbst Autofahrer waren in der Kohorte „aus PräSenZ“ nur 15 % (n=3) der Personen, jeweils die Hälfte waren Beifahrer (50 %, n=10) und nutzten regelmäßig ein Taxi (50 %, n=10), 10 % (n=2) fuhren mit den öffentlichen Verkehrsmitteln sowie mit dem Fahrrad.

Bei 20 % (n=4) schätzten die Beraterinnen den Allgemeinzustand mit „fit/ guter AZ“ (10 %, n=2) und „kommt gut zurecht“ (10 %, n=2) ein. „An der Schwelle zu Hilfebedürftigkeit“ (25 %, n=5) und mit „geringen Beeinträchtigungen“ (20 %, n=4) wurden 45 % (n=9) der Personen eingeschätzt. 30 % (n=6) waren aus Sicht der Beraterinnen erheblich (25 %, n=5) und schwer (5 %, n=1) beeinträchtigt in ihrer Selbstän-

digkeit. Der Anteil an Personen mit Pflegegrad betrug 55 % (n=11), weitere 10 % (n=2) überlegten, diesen zu beantragen. Hilfe und Unterstützung erhielten 25 % (n=5) mindestens einmal täglich, 40 % (n=8) mindestens einmal wöchentlich, 10 % (n=2) mehrmals im Monat und 20 % (n=3) hatten keine Hilfe. Hilfebedarf hatten die Besuchten in dieser Kohorte beim Einkauf (70 %, n=14), im Haushalt (55 %, n=11) und bei den Fahrdiensten (75 %, n=15). Angehörige in der Umgebung (bis zu 10 km) hatten 75 % (n=15) der Personen, für 25 % (n=5) lag keine Angabe vor.

Einen Beratungskontakt in PiQ hatten in dieser Kohorte 15 % (n=3) der Personen, 55 % (n=11) hatten zwei und 30 % (n=6) drei und mehr Kontakte. Bei 60 % (n=12) der Personen erfolgte der Erstkontakt im Projektzeitraum PiQ im Hausbesuch, 20 % (n=4) der Personen kamen ins Büro und bei 15 % (n=3) erfolgte die Beratung telefonisch. 65 % (n=13) der Gespräche hatten Beratungscharakter, 5 % (n=1) wurden als Informationsgespräch kategorisiert, bei 15 % (n=3) der Personen erfolgte eine Krisenintervention und 5 % (n=1) wurden in der Kategorie „Kontakthalten“ dokumentiert. Das Themenspektrum in der Kohorte „aus PräSenZ“ ist ähnlich dem der Kohorte Kooperationspartner. Bei 65 % (n=13) wurde die aktuelle Situation ausführlich thematisiert, mit jeweils 50 % (n=10) folgen dann die Themen „Pflege/ Gesundheit“ und „Anträge/ Behörden“. Das Thema Hauswirtschaft wurde bei 45 % (n=9) der Personen besprochen und die Themen „Wohnraum“ und „Mobilität“ bei 40 % (n=8) der Personen. Die durchschnittliche Anzahl der Themen pro Person lag bei 3,45.

Soziodemografische Merkmale der Kohorte „Sonstige“ (n=15)

Die Geschlechterverteilung war in dieser Kohorte mit 46,67 % (n=7) Männern und 53,33 % (n=8) Frauen nahezu ausgeglichen. Die Kohorte war mit einem Altersmedian von 82 Jahren die älteste, der Altersschwerpunkt lag mit 53,33 % (n=8) bei den 80- bis 84-Jährigen. 26,67 % (n=4) der Personen waren jünger als 75 Jahre und lediglich 13,34 % (n=2) waren 85 Jahre und älter. Verheiratet waren 53,33 % (n=8) der Personen, geschieden 20,00 % (n=3) und 26,67 % (n=4) verwitwet. Mit 46,67 % (n=7) lebten die Personen in dieser Kohorte mehrheitlich als Paar ohne Angehörige im Haus(-halt), 40,00 % (n=6) lebten allein. Die Auswertungen zu den Transportmöglichkeiten zeigen: 66,67 % (n=10) der Personen fuhren Auto, ein Drittel (33,33 %, n=5) nutzte das Taxi, 13,33 % (n=2) fuhren Fahrrad und lediglich 6,67 % (n=1) nutzten die öffentlichen Verkehrsmittel.

Die Einschätzung zum Allgemeinzustand/ Selbständigkeitsgrad in dieser Kohorte zeigt, dass hier trotz des höheren Alters eine Gruppe mit relativ gutem Allgemeinzustand und Selbständigkeitsgrad beraten wurde. 40,00 % (n=6) der Beratenen schätzten die Beraterinnen mit „fit, guter AZ“ (20,00 %, n=3) und „kommt gut zurecht“ (20 %, n=3) ein. Ungefähr die Hälfte war an der „Schwelle zu Hilfebedürftigkeit“ (33,33 %, n=5) oder hatte „geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit“ (13,33 %, n=2). Lediglich 13,33 % (n=2) der Besuchten wurden mit erheblichen (6,67%, n=1) und schweren (6,67%, n=1) Beeinträchtigungen in ihrer Selbständigkeit eingeschätzt. So hatte auch nur eine Person (6,67 %) einen Pflegegrad, zwei weitere überlegten, diesen zu beantragen (13,33 %).

66,67 % (n=9) der Personen hatten in den letzten vier Wochen keine Hilfen, zudem benötigte keine Person tägliche Hilfe. Mindestens einmal wöchentlich hatten 20 % (n=3) der Beratenen in dieser Kohorte Hilfe und 13,33 % (n=2) mehrmals im Monat. Der höchste Anteil an Hilfen erfolgte im Haushalt mit 46,67 % (n=7), ca. ein Viertel der Personen (26,67 %, n=4) hatte Hilfe beim Einkauf, ca. ein weiteres Viertel im Garten. Unterstützende Angehörige im Umkreis von bis zu 10 km hatten 66,67 % (n=10).

In der Kohorte „Sonstige“ hatten rund drei Viertel (73,33 %, n=11) der Personen einen Beratungskontakt und ein Viertel (26,67 %, n=4) der Personen zwei Kontakte. Mehrheitlich erfolgten die Beratungen im Büro (60,00 %, n=9), 40,00 % (n=6) wurden zu Hause besucht. Bei 53,33 % (n=8) hatten die Gespräche Beratungscharakter, bei 26,67 % (n=4) Informationscharakter und bei 20,00 % (n=3) wurde eine Krisenintervention dokumentiert. Das häufigste Beratungsthema in dieser Kohorte war mit 53,33 % (n=8) das

„Wohnen“, gefolgt mit jeweils 40,00 % (n=6) von den Themen „Mobilität“, „Pflege/ Gesundheit“, „Anträge/ Behörden“ und „Vorsorge“. Ebenfalls bei 40,00 % (n=6) der Personen fand ein Entlastungsgespräch statt. Nur bei ca. einem Viertel (26,67 %, n=4) der Personen wurde in dieser Kohorte das Thema „Hauswirtschaft“ adressiert. Die dokumentierte Anzahl an durchschnittlichen Themen pro Person betrug 2,67 in dieser Kohorte.

Zusammenfassend betrachtet zeigen die Ergebnisse sehr deutlich, dass mit dem abgestuften pHb-Ansatz und den unterschiedlichen Zugangswegen Personen in unterschiedlichen Lebenslagen erreicht wurden. Erreicht wurden Personen in vulnerablen Lebenslagen über den Zugangsweg „Vermittlung durch Kooperationspartner“. Personen, die bereits Kontakt zum Seniorenbüro in PräSenZ gehabt hatten und nun erneut Beratung suchten oder mit niedrigschwelligem Case Management bereits über die Zeit begleitet worden waren, waren die zweite Kohorte mit einem hohem Anteil von Menschen mit eingeschränkten sozialen, materiellen und körperlichen Ressourcen und hohem Hilfe- und Unterstützungsbedarf.

Die Kohorten „Angehörige/ Bekannte“ und „Sonstige“ haben im Vergleich zu den Kohorten „Vermittlung durch Kooperationspartner“ und „aus PräSenZ“ höhere soziale und mutmaßlich materielle Ressourcen und einen geringeren Hilfe- und Pflegebedarf. Besonders die Kohorte „Sonstige“, bei der die Personen selbst anfragten, scheint über ausreichende Ressourcen und Fähigkeiten zur Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens zu verfügen. Auffällig in dieser Gruppe ist die geringe Anzahl an Beratungsthemen pro Person; dies deutet auf gezielte Fragestellungen in dieser Gruppe hin. Die vier interviewten Personen, die sich selbst gemeldet hatten, hatten eine Beratung zur Organisation von Hilfen und Pflege gesucht.

Der durchschnittliche Anteil von Personen in Krisensituationen betrug über die Kohorten „Vermittlung durch Kooperationspartner“ (22,22 %), „Angehörige/ Bekannte“ (18,18 %), „aus PräSenZ“ (15,00 %) und „Sonstige“ (20,00 %) rund 20 % (19,35 %). Jede fünfte Beratungsanfrage aus diesen Gruppen wurde damit als Gespräch zur Abwendung einer akuten oder potenziellen Gefährdungssituation mit dringendem Hilfe- und Handlungsbedarf kategorisiert (Gebert et al. 2018). Eine Beraterin drückte die Rolle und Aufgabe des Seniorenbüros in diesen Situationen so aus:

„Die kommen alleine nicht über den Berg, das erdrückt sie. Wir versuchen zu zeigen, wie es weitergehen kann und nehmen uns dafür die Zeit“.

Beispiele für Situationen, die als Kriseninterventionen dokumentiert wurden, sind: Drohende Unterversorgung, da der Lebensmitteleinkauf nicht mehr bewältigt werden konnte, Verwahrlosung der Wohnung aufgrund von Beeinträchtigungen/ Erkrankungen, von Kooperationspartnern erkannte zunehmende „Niedergeschlagenheit“.

Die Auswertungen zur Gruppe der Jubilare zeigen, dass die Personen in dieser Kohorte größtenteils über ausreichende soziale, materielle und körperliche Ressourcen verfügten und einen hohen Selbstständigkeitsgrad hatten. Werden die Daten mit der Gruppe in Ulm und den Daten des Statistischen Bundesamtes verglichen, zeigt sich darüber hinaus in dieser Kohorte in Rheinfelden ein höherer Anteil an Personen an der Schwelle zu Hilfe- und Pflegebedarf oder mit bestehendem Hilfe- und Pflegebedarf als in diesen Vergleichskohorten. So haben sich mutmaßlich auch hier eher Personen mit bereits bestehendem Hilfebedarf oder ersten Anzeichen von Hilfebedarf für die Beratungen entschieden. Die Rückmeldungen der Beraterinnen zu den „Geburtstagbesuchen“ waren, dass die Jubilare diese im Sinne eines umfassenden informierenden präventiven und gesundheitsfördernden Gesprächsangebotes nutzten. In den Interviews von den Besuchten erinnerte Beratungsthemen waren: Wohnraumanpassung, Patientenverfügung, Wohnformen im Alter, Anlaufstellen bei Hilfe und Pflege. Alle Jubilare äußerten eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot und der Beratung. Nachfolgende Zitate sollen dies illustrieren:

„Sehr positiv, die Dame machte das sehr gut. Zuhause war das sehr angenehm.“ (Jubilar: TN9 RF)

„Ganz toll!! ... Wissen Sie, wenn man nicht so gefragt wird, schiebt man es raus. Ich lese das Mitteilungsblatt und informiere mich, aber ich geh dann nicht den Schritt. Das ist bei vielen so!“ (Jubilar: TN14 RF)

In den anderen Kohorten beeinflusste die Zufriedenheit mit dem Seniorenbüro maßgeblich die im Anschluss erhaltene Hilfe und Unterstützung, unabhängig davon, ob die Leistungsgewährung im Zuständigkeitsbereich des Seniorenbüros lag oder bei einem anderen Leistungserbringer oder Leistungen durch eigene Untätigkeit nicht initiiert bzw. in Anspruch genommen worden waren. Die Rückmeldungen zur Zufriedenheit sind daher auch sehr unterschiedlich:

„Ich wusste nicht, wie organisiere ich die Unterstützung, die ich brauche, nachdem die 24-Stunden-Pflegekraft gegangen war. Mein Mann hat Pflegegrad 3 und ich hatte einen Herzinfarkt. Ich wusste schon vieles. Das Gespräch war sehr hilfreich, weil Frau ... mir Mut gemacht hat, dass eine gute Lösung gefunden werden kann. Ich fühlte mich nach dem Weggang der 24-Stunden-Hilfe verlassen. Jetzt haben wir eine gute Lösung.“ (Sonstige: TN 11 RF)

„Es hat nichts gebracht, ich bin weiter auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. ... Ich wohn' auf dem Dorf und müsste für die Dinge nach Rheinfelden. Das müsste ich halt jetzt mal machen. Weiß auch nicht, warum ich die Dinge nicht angeh, der innere Schweinehund verhindert das. Gehe auch nicht zum Hausarzt, habe geschwollene Hände und Beine.“ (Sonstige: TN 3 RF)

„Ich brauche Hilfe im Haushalt. Wir haben den Antrag gestellt. Der wurde auch genehmigt. Ich bekomme nichts dafür. ... Die Sozialstation sagt, sie kann nichts für mich tun, sie hat kein Personal. Haben mir Essen auf Rädern angeboten. ... Das Geld zahlt die Kasse auch nicht aus. Wenn sie mir das Geld auszahlen würden, könnte ich wenigstens das Taxi zum Arzt bezahlen. Ich ärgere mich nur! Wenn ich das nicht wüsste, wäre mir viel "Ärger" erspart geblieben.“ (Sonstige: TN 5 RF)

Die Einlösung und der Umfang der Leistungen bei Pflegegrad eins waren in mehreren Interviews Gesprächsthema. Die Älteren konnten nur schwer nachvollziehen, dass der Entlastungsbetrag von 125 Euro an eine Sachleistung bei einem zugelassenen Anbieter gebunden ist und sie, wenn kein Angebot zur Verfügung steht, das Geld nicht für privat organisierte Hilfe nutzen können. Dieser Umstand führte zur Unzufriedenheit mit allen involvierten Akteuren, also dem Seniorenbüro, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen, der Pflegekasse und der Sozialstation. Eine Beraterin kommentierte diese Ergebnisse folgendermaßen:

„Die Älteren vermischen das und überlegen nicht, woher die Hilfe kommt, sie sagen: Machen sie mal, Hauptsache mir wird geholfen.“ (Zitat Beraterin Rheinfelden)

Die komplexen Wechselwirkungen zwischen gesundheitlicher, sozialer, finanzieller und Wohnungssituation und zwischen den Hilfe-Mix-Kombinationen, die ohne handlungsfeldübergreifendes und proaktives begleitendes Case Management nicht gelingen würden, sowie die Unterschiede in der Eigen- und Fremdbewertung von Situationen zeigen nachfolgende in Ausschnitten dargestellte Fallbeispiele. Die Fallbeispiele basieren auf zwei Tiefeninterviews mit Personen vor Ort, die vom Seniorenbüro im Rahmen des Fallmanagements begleitet wurden, und der zusätzlichen Schilderung der Fälle aus Sicht der Beraterinnen.

Fall A:

Herr A. ist zum Zeitpunkt des Interviews 69 Jahre alt. Er wurde von der Sozialstation im Jahr 2015 an das Seniorenbüro vermittelt. Herr A. war früher selbständiger Unternehmer und hat durch unglückliche Umstände sein gesamtes Kapital und sein Unternehmen verloren. Herr A. lebte von einer kleinen Rente und Grundsicherung.

Herr A. beginnt seine Geschichte im Jahr 2011 mit der Schilderung eines Krankenhausaufenthalts, in dessen Folge medizinische Komplikationen auftraten und eine Vorfußamputation vorgenommen werden musste. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sei er kraftlos gewesen. Seine eingeschränkte körperliche Verfassung, in Kombination mit der Arbeitslosigkeit, auch insbesondere der sozialen Isolation, hätten zudem zu Antriebslosigkeit geführt. Als sich dann 2015 seine Lebenspartnerin von ihm trennte und dadurch ihre Unterstützung bei den alltäglichen Aktivitäten wie Einkauf oder Reinigung der Wohnung wegfiel, meldete er sich Mitte 2016 bei der Sozialstation. Er suchte eine Haushaltshilfe. Da er weder finanzielle Mittel für die Bezahlung derselben zur Verfügung hatte noch eine Einstufung in die Pflegeversicherung vorlag, wurde er an das Seniorenbüro vermittelt.

Erster Schritt des Seniorenbüros war es, eine Einkaufshilfe zu installieren. Über den Freundeskreis Asyl konnte ein Geflüchteter vermittelt werden. Gleichzeitig wurde ein Pflegegrad beantragt, der jedoch abgelehnt wurde. Zu dieser Zeit wurde Herrn A. die Wohnung wegen Eigenbedarf gekündigt. Trotz intensiver Anstrengungen konnte er, aufgrund seiner eingeschränkten finanziellen und körperlichen Situation, keine Wohnung finden. Durch die Vermittlung und Gespräche des Seniorenbüros mit der Vermieterin konnte schließlich eine sehr gute Lösung gefunden werden. Der künftige Mieter, der beruflich sehr viel unterwegs war, vermietete Herrn A. ein Zimmer, Küche und Bad konnten mitgenutzt werden. Im Dezember 2016 hatte sich mit den genannten Interventionen die Situation von Herrn A. wieder stabilisiert.

Befragt dazu, wie diese Lösung zustande gekommen sei, erzählte Herr A. im Interview *„dies hat sich so ergeben“*. Die existentielle Bedrohung des Wohnungsverlustes und die Schwierigkeiten in dieser Situation erwähnte er kaum. In den Fallschilderungen des Seniorenbüros standen sie im Mittelpunkt. Für die Beraterinnen war das *„richtig aufwändig“*, für Herrn A. hat es sich so ergeben.

2017 stürzte Herr A. dann in der Wohnung. Der Vermieter fand ihn und rief den Notarzt. Herr A. wurde ins Krankenhaus eingewiesen. Nach seiner Entlassung – er entließ sich selbst – installierte das Seniorenbüro weitere Hilfen: Duschstuhl, erneute Beantragung eines Pflegegrads, Erstellen einer Patientenverfügung und erneute Organisation einer Einkaufshilfe.

Zum Zeitpunkt des Interviews hatte Herr A. Pflegegrad eins. Die Einstufung konnte er nicht nachvollziehen. Eine Haushaltshilfe hatte er bei der Sozialstation angefragt, es hatten jedoch keine Kapazitäten zur Verfügung gestanden. Ein zweites Mal angefragt hatte er nicht. Aufgrund der Ermunterung des Seniorenbüros wollte er sich jetzt noch einmal darum kümmern. Mit der Einkaufshilfe war er sehr zufrieden. Alle vierzehn Tage erledigten ein schwerbehinderter Mann mit seinem Betreuer den Großeinkauf für ihn. Der Kontakt mit dem Seniorenbüro geht von den Beraterinnen aus. Sie kontaktieren ihn von Zeit zu Zeit und fragen nach, wie es geht. Herr A. ruft selbst nicht an, er hat die Nummer jedoch im Telefon gespeichert. Er meinte, wenn er wirklich etwas brauchen würde, würde er sich melden. Sein Resümee war:

„Man war nur noch Bittsteller, hinterher! Ich hab mich jetzt dreingeschickt. Ich hatte keine Erwartung mehr. Ich weiß nicht, wie ich das sonst alles gemacht hätte.“

Fall B.

Der geschilderte Fall wurde ausgehend vom Seniorenbüro, aber auch mit Ressourcen des Sozialdienstes des Caritasverbands Hochrhein e.V. bearbeitet (eine Beraterin ist in beiden Diensten in Teilzeit beschäftigt).

Im Herbst 2018 hatte Frau B. einen Gratulationsbrief erhalten und eine Nachricht vom Seniorenbüro auf dem Anrufbeantworter. Im Dezember 2018 rief sie zurück. Sie sagte: *„Ich dachte, das kannst Du mal machen“*.

Startpunkt ihrer Geschichte ist für Frau B. das Jahr 2015. Sie erzählte, dass sie in diesem Jahr sehr krank gewesen sei, öfters gefallen sei und Schwierigkeiten mit ihrem Diabetes gehabt habe. Sie sei nicht mehr fähig gewesen, für sich alleine zu sorgen, deshalb habe sie einen Pflegegrad beantragt, der abgelehnt wurde. Da sie Hilfe benötigte, verbrauchte sie hierfür ihr Ersparnis. Als sie sich kurz vor Weihnachten 2018 an das Seniorenbüro wandte, war sie, wie sie sagte *„in den Miesen“*.

Das Seniorenbüro erzählte, im ersten Hausbesuch wurde deutlich, dass Frau B. sich hauptsächlich von Fertiggerichten, Brot und Marmelade ernährte. Der mit dem Einverständnis der Seniorin durchgeführte Blick in den Kühlschrank offenbarte, dass dieser nahezu leer war und die anderen Lebensmittelvorräte minimal waren. Im Gespräch wurde klar, Frau B. ist verschuldet. Sie konnte nicht mehr einkaufen, da sie Mietschulden hatte und kein Geld von der Bank bekam. Darüber hinaus war sie geheimeschränkt und mittelgradig inkontinent. Im ersten Hausbesuch wurde dann auch ein Pflegeantrag gestellt. Pflegegrad 1 wurde im Verlauf dann auch bewilligt.

Nach dem ersten Hausbesuch wurde der Fall im Team unter Beteiligung der Vorgesetzten besprochen und folgende Maßnahmen veranlasst: Privatspende einer Tüte mit Lebensmitteln, zwei Einkaufsgutscheine im Wert von 50 Euro (Sterneaktion) und vierzehn Tage „Essen auf Rädern“ – über Weihnachten – finanziert aus Mitteln der Bürgerstiftung. Nachfolgender Interviewausschnitt schildert die Situation aus Sicht von Frau B.:

Seniorin: *„Das Seniorenbüro kam einfach noch einmal vor Weihnachten vorbei, um sich umzuschauen, und hat die Geschenke mitgebracht. Eine ganze Tüte Lebensmittel und Gutscheine“*.

Interviewerin: *„Hatten sie denn keine Lebensmittel mehr?“*

Seniorin: *„Ja, ich hatte noch, aber da musste ich nicht extra noch einmal los. Das Seniorenbüro ist einmalig!“*

Im zweiten Hausbesuch wurden die Schulden besprochen, die Kontoauszüge gesichtet und alle Informationen für einen Stiftungsantrag beim Bundespräsidialamt zusammengestellt.

Interviewerin: *„Wie ging es dann weiter, das ist ja schön, dass sie etwas geschenkt bekommen hatten, aber das hat ja wahrscheinlich Ihre „Miesen“ nicht behoben?“*

Seniorin: *„Da hab ich auch was bekommen, das zeige ich Ihnen, den Brief habe ich aufgehoben. ... Das gehört zusammen, wo das herkommt. Vom Bundespräsidialamt. Das hat das Seniorenbüro veranlasst. Das hat ungefähr drei Wochen gedauert. Ich wusste nicht, dass es das gibt. Macht der Bundespräsident jetzt auch schon Werbung, das waren meine Gedanken als ich den Brief sah.“*

Im dritten Hausbesuch wurde weiter an der Entschuldung gearbeitet. Es gab noch einmal eine Soforthilfe von 150 Euro zur Befreiung der Medikamentenzahlung durch sofortige Einzahlung des Eigenanteils, Versicherungen wurden gesichtet und gekündigt, Ratenzahlungen für den Abfallgebührenbescheid vereinbart und ein Antrag auf Wohngeld gestellt. Darüber hinaus

wurden ein Tafelausweis ausgehändigt und eine Haushaltplanung gemeinsam mit Frau B. erstellt sowie die Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte für Arztbesuche vermittelt, zudem wurde beim Hausarzt von Frau B. eine Verordnung von Inkontinenzmaterialien veranlasst.

Interviewerin: „Sie waren in den „Miesen“. Wie ist es jetzt, sie haben 600 Euro bekommen, die haben sie jetzt, damit sie ein bisschen besser über die Runden kommen, oder?“

Seniorin: „Ja, die sind auf das Konto gekommen, damit ich ein bisschen runter komme. Denn das Konto war storniert, ich weiß nicht, wie man das nennt, ich habe kein Geld mehr bekommen.“

Interviewerin: „Und wie sind sie zurechtgekommen?“

Seniorin: „Ich komm ganz gut klar. Ich hab zusammengesucht an Münzen, was ich noch hatte, und habe nur das Nötigste gekauft.“

Interviewerin: „Wie lange ging das, dass Sie kein Geld bekommen haben von Ihrem Konto?“

Seniorin: „Das geht immer noch. Ich bin ganz vorsichtig, ich hole mir mal 50 Euro. Es ist ein bisschen besser geworden, auch durch die 600 Euro. Aber im Moment habe ich keinen Dispo.“

Interviewerin: „Und wie ist das hier mit der Wohnung gewesen?“

Seniorin: „Da bin ich ganz glücklich, dass der Vermieter nicht gekündigt hat. Ich habe auch ein paar Monate nicht bezahlt. ... Der Vermieter hat schon ein bisschen gemeckert. Ich habe jetzt wieder ein paarmal bezahlt. Ich hoffe, dass die Miete heute auch wieder überwiesen worden ist.“

Interviewerin: „Aber Rente bekommen Sie schon?“

Seniorin: „Ja, ja, die kommt auf das Konto.“

Interviewerin: „Das ist jetzt alles so weit geklärt, sie können hier wohnen bleiben. War das auch einmal so, dass Sie dachten, das würde nicht gehen?“

Seniorin: „Ja!“

Interviewerin: „Wie sind sie da vorgegangen?“

Seniorin: „Gar nicht! Ich hab mich auch mal erkundigt nach betreutem Wohnen.“

Fazit von Frau B. war, es gehe ihr heute (Juni 2019) viel besser als im Dezember 2018. Sie sortiere ihre Unterlagen wieder, sie sei heiterer, aktiver und kümmere sich wieder um ihre Angelegenheiten. Frau B. ruft bei Bedarf im Seniorenbüro an. Sie habe niemand, manchmal helfe ihr eine Nachbarin.

Mit Blick auf vulnerable Fälle, die ein handlungsfeldübergreifendes Fallmanagement erfordern und ggf. auch unter Einbezug unterschiedlicher Akteure bearbeitet werden könnten, ist zu fragen: Wie kann das in einer mittleren Kommune wie Rheinfelden gestaltet werden? Die geschilderten Fälle wären in Ulm, der anderen Projektkommune in PiQ, übergeleitet worden an den Sozialdienst für Ältere der Stadt. Kommunale Strukturen wie diese stehen in Rheinfelden nicht zur Verfügung. Ein großer Teil der Menschen in vulnerablen Lebenssituationen kommt jedoch ohne Navigationshilfe im System nicht zurecht. Eine Projektverantwortliche/ ein Projektverantwortlicher schilderte dies wie folgt:

„Wie wir damit umgehen können, das haben wir immer mal diskutiert, weil wenn die beiden in einen Haushalt kommen, sehen sie ja viel. ... Was ist im Fallmanagement möglich? Eine Kommune muss sich abgrenzen! Was wir im Fallmanagement manchmal gemanagt haben, wäre gar nicht unsere Aufgabe. Es ist nicht unsere Aufgabe und wenn wir vor Ort sind, moralisch doch! Weil die Kommune kümmert sich um die Bürger. Ich hab ja selber viele Fälle, wo ich denke wir müsstens nicht, aber wer würde das kapieren, dass wir das nicht müssen und dann organisieren wir doch, ganz niedrigschwellig, auf kleinem Dienstwege. Man kommt als Kommune an die Grenze, weil ja, wenn man sich das anschaut, sieht man, das ist nicht unsere tatsächliche Aufgabe, aber es ist ein Bürger aus Rheinfelden und lassen wir den jetzt im Stich?“

Das Dilemma der Kommunen wird hier sichtbar. Zum Schnüren eines personenzentrierten und passungsoptimierten Leistungspaketes zur Stabilisierung vulnerabler Lebenslagen ist eine integrierte Sichtweise der Themen Gesundheit, Pflege, Wohnen, Finanzen und Mobilität verbunden mit einer „sorgenden“ Haltung unerlässlich. Gleichzeitig stellen die pfadabhängigen Finanzströme der Sozialsystemfinanzierung und die damit verbundenen Leistungen (u.a. § 20a SGB V, § 7 SGB XI, § 71 (1 und 2) SGB XII) die Kommunen vor Zuständigkeits-, Ressourcen- und Rechtsfragen.

Soziodemografische Merkmale – Rheinfelden												
	gesamt (n=128)		Kooperationspartner (n=36)		Geburtstags-schreiben (n=35)		Angehörige/ Bekannte (n=22)		aus PräSenZ (n=20)		Sonstiges (n=15)	
Geschlecht												
männlich	37	28,91 %	10	27,78 %	7	20,00 %	8	36,36 %	5	25,00 %	7	46,67 %
weiblich	91	71,09 %	26	72,22 %	28	80,00 %	14	63,64 %	15	75,00 %	8	53,33 %
Altersverteilung												
< 75	20	21,51 %	7	19,44 %			3	13,64 %	6	30,00 %	4	26,67 %
75 - 79	17	18,28 %	7	19,44 %			5	22,73 %	4	20,00 %	1	6,67 %
80 - 84	28	30,11 %	11	30,56 %			4	18,18 %	5	25,00 %	8	53,33 %
85 - 90	17	18,28 %	7	19,44 %			6	27,27 %	3	15,00 %	1	6,67 %
> 90	7	7,53 %	3	8,33 %			1	4,55 %	2	10,00 %	1	6,67 %
ohne Angabe	4	4,30 %	1	2,78 %			3	13,64 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Altersmedian	81 Jahre		81 Jahre				81 Jahre		78 Jahre		82 Jahre	
Familienstand												
geschieden	14	10,94 %	5	13,89 %	3	8,57 %	1	4,55 %	2	10,00 %	3	20,00 %
ledig	5	3,91 %	2	5,56 %	2	5,71 %	0	0,00 %	1	5,00 %	0	0,00 %
verheiratet	63	49,22 %	18	50,00 %	22	62,86 %	9	40,91 %	6	30,00 %	8	53,33 %
verwitwet	44	34,38 %	11	30,56 %	8	22,86 %	11	50,00 %	10	50,00 %	4	26,67 %
ohne Angabe	1	0,78 %	0	0,00 %	0	0,00 %	1	4,55 %	1	5,00 %	0	0,00 %
Privater Haushaltstyp												
Einpersonenhaushalt	56	43,75 %	17	47,22 %	13	37,14 %	7	31,82 %	13	65,00 %	6	40,00 %
Paar mit im Haus(-halt) lebenden Angehörigen	15	11,72 %	6	16,67 %	5	14,29 %		0,00 %	2	10,00 %	2	13,33 %
Paar ohne im Haus(-halt) lebende Angehörige	50	39,06 %	12	33,33 %	17	48,57 %	10	45,45 %	4	20,00 %	7	46,67 %
Sonstiges	4	3,13 %		0,00 %	0	0,00 %	4	18,18 %	0	0,00 %	0	0,00 %
ohne Angabe	3	0,78 %	1	2,78 %	0	0,00 %	1	4,55 %	1	5,00 %	0	0,00 %

Tabelle 14: Soziodemografische Merkmale – Rheinfelden

Hilfe- und Unterstützungspotentiale und -bedarfe (1) – Rheinfelden												
	gesamt (n=128)		Kooperationspartner (n=36)		Geburtstags-schreiben (n=35)		Angehörige/ Bekannte (n=22)		aus PräSenZ (n=20)		sonstiges (n=15)	
Außerhäusliche Mobilität (Mehrfachnennungen möglich)												
zu Fuß	79	61,72 %	19	52,78 %	26	74,29 %	12	54,55 %	11	55,00 %	11	73,33 %
Autofahrer	43	33,59 %	3	8,33 %	20	57,14 %	7	31,82 %	3	15,00 %	10	66,67 %
Beifahrer	54	42,19 %	21	58,33 %	10	28,57 %	10	45,45 %	10	50,00 %	3	20,00 %
Fahrrad	21	16,41 %	2	5,56 %	14	40,00 %	1	4,55 %	2	10,00 %	2	13,33 %
ÖPNV	13	10,16 %	4	11,11 %	6	17,14 %	0	0,00 %	2	10,00 %	1	6,67 %
Taxi	39	30,47 %	16	44,44 %	5	14,29 %	3	13,64 %	10	50,00 %	5	33,33 %
Sonstiges	6	4,69 %	4	11,11 %	1	2,86 %	1	4,55 %	0	0,00 %	0	0,00 %
ohne Angabe	5	3,91 %	2	5,56 %	0	0,00 %	1	4,55 %	1	5,00 %	1	6,67 %
Einschätzung des Allgemeinzustandes / der Selbständigkeit den Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ nach Rockwood K. et al. 2005												
sehr fit, sehr guter AZ	6	4,69 %	0	0,00 %	5	14,29 %	1	4,55 %	0	0,00 %	0	0,00 %
fit, guter AZ	23	17,97 %	5	13,89 %	11	31,43 %	2	9,09 %	2	10,00 %	3	20,00 %
kommt gut zurecht	22	17,19 %	5	13,89 %	8	22,86 %	4	18,18 %	2	10,00 %	3	20,00 %
Schwelle zur Hilfebedürftigkeit	27	21,09 %	9	25,00 %	4	11,43 %	4	18,18 %	5	25,00 %	5	33,33 %
geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit	19	14,84 %	5	13,89 %	5	14,29 %	3	13,64 %	4	20,00 %	2	13,33 %
erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit	20	15,63 %	7	19,44 %	2	5,71 %	5	22,73 %	5	25,00 %	1	6,67 %
schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit	8	6,25 %	4	11,11 %	0	0,00 %	2	9,09 %	1	5,00 %	1	6,67 %
ohne Angabe	3	2,34 %	1	2,78 %	0	0,00 %	1	4,55 %	1	5,00 %	0	0,00 %
Pflegegrad												
ja	40	31,25 %	17	47,22 %	4	11,43 %	7	31,82 %	11	55,00 %	1	6,67 %
nein	67	52,34 %	12	33,33 %	26	74,29 %	10	45,45 %	7	35,00 %	12	80,00 %
Nein, aber in Überlegung	17	13,28 %	5	13,89 %	4	11,43 %	4	18,18 %	2	10,00 %	2	13,33 %
Nein, beantragt	4	3,13 %	2	5,56 %	1	2,86 %	1	4,55 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Tabelle 15: Hilfe- und Unterstützungspotentiale und -bedarfe (1) – Rheinfelden

Hilfe- und Unterstützungspotentiale und -bedarfe (2) – Rheinfelden												
	gesamt (n=128)		Kooperationspartner (n=36)		Geburtstags-schreiben (n=35)		Angehörige/ Bekannte (n=22)		aus PräSenZ (n=20)		Sonstiges (n=15)	
Häufigkeit angenommener Unterstützung in den letzten vier Wochen, nicht durch die Kranken- oder Pflegekasse gedeckt												
mehrmals täglich	21	16,41 %	7	19,44 %	3	8,57 %	8	36,36 %	3	15,00 %	0	0,00 %
einmal täglich	10	7,81 %	5	13,89 %	0	0,00 %	3	13,64 %	2	10,00 %	0	0,00 %
mehrmals wöchentlich	18	14,06 %	6	16,67 %	3	8,57 %	3	13,64 %	5	25,00 %	1	6,67 %
einmal wöchentlich	11	8,59 %	4	11,11 %	1	2,86 %	1	4,55 %	3	15,00 %	2	13,33 %
mehrmals im Monat	10	7,81 %	2	5,56 %	3	8,57 %	1	4,55 %	2	10,00 %	2	13,33 %
einmal im Monat	3	2,34 %	2	5,56 %	1	2,86 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
keine Hilfe	52	40,62 %	9	25,00 %	24	68,57 %	3	22,73 %	3	20,00 %	9	66,67 %
ohne Angabe	3	2,34 %	1	2,78 %	0	0,00 %	1	4,55 %	1	5,00 %	0	0,00 %
Art der Unterstützung – Mehrfachangaben möglich												
keine Hilfe	16	12,50 %	1	2,78 %	4	11,43 %	4	18,18 %	4	20,00 %	3	20,00 %
Einkauf	77	60,16 %	28	77,78 %	16	45,71 %	15	68,18 %	14	70,00 %	4	26,67 %
Haushalt/ Wäsche/ Kochen	78	60,94 %	26	72,22 %	18	51,43 %	16	72,73 %	11	55,00 %	7	46,67 %
Garten/ Handwerk	44	34,38 %	12	33,33 %	14	40,00 %	8	36,36 %	6	30,00 %	4	26,67 %
Fahrdienste	70	54,69 %	24	66,67 %	17	48,57 %	12	54,55 %	15	75,00 %	2	13,33 %
sonstiges	18	14,06 %	5	13,89 %	4	11,43 %	5	22,73 %	4	20,00 %	0	0,00 %
ohne Angabe	3	2,34 %	1	2,78 %	1	2,86 %	0	0,00 %	0	0,00 %	1	6,67 %
Entfernung zu nächster unterstützender Person in km												
0 km	59	46,09 %	17	47,22 %	17	48,57 %	10	45,45 %	9	45,00 %	6	40,00 %
< 1 km	6	4,69 %	0	0,00 %	2	5,71 %	2	9,09 %	1	5,00 %	1	6,67 %
1 bis 10 km	40	31,25 %	16	44,44 %	11	31,43 %	5	22,73 %	5	25,00 %	3	20,00 %
11 bis 30 km	5	3,91 %	1	2,78 %	1	2,86 %	1	4,55 %	0	0,00 %	2	13,33 %
31 bis 100 km	4	3,13 %	0	0,00 %	2	5,71 %	1	4,55 %	0	0,00 %	1	6,67 %
> 100 km	2	1,56 %	1	2,78 %	1	2,86 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
ohne Angabe	12	9,38 %	1	2,78 %	1	2,86 %	3	13,64 %	5	25,00 %	2	13,33 %

Tabelle 16: Hilfe- und Unterstützungspotentiale und -bedarfe (2) – Rheinfelden

Anzahl der Beratungskontakte, Beratungsform und Gesprächsart - Rheinfelden												
	gesamt (n=128)		Kooperationspartner (n=36)		Geburtstags-schreiben (n=35)		Angehörige/ Bekannte (n=22)		aus PräsenZ (n=20)		Sonstiges (n=15)	
Anzahl der Kontakte pro Person nach Kohorte												
1	84	65,63 %	24	66,67 %	30	85,71 %	16	72,73 %	3	15,00 %	11	73,33 %
2	31	24,22 %	7	19,44 %	4	11,43 %	5	22,73 %	11	55,00 %	4	26,67 %
3	6	4,69 %	2	5,56 %		0,00 %	1	4,55 %	3	15,00 %	0	0,00 %
> 3 (max. 18)	7	5,47 %	3	8,33 %	1	2,86 %	0	0,00 %	3	15,00 %	0	0,00 %
Beratungsort bzw. -form												
Beratung im Büro	39	30,47 %	13	36,11 %	6	17,14 %	7	31,82 %	4	20,00 %	9	60,00 %
Hausbesuch	80	62,50 %	20	55,56 %	28	80,00 %	14	63,64 %	12	60,00 %	6	40,00 %
Sonstiges	2	1,56 %	2	5,56 %	0	0,00 %	0	0,00 %		0,00 %	0	0,00 %
Tel. Beratung/ Anfrage BeraterIn	2	1,56 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	2	10,00 %	0	0,00 %
Telefonische Anfrage SeniorIn ohne Angabe	1	0,78 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	1	5,00 %	0	0,00 %
	4	3,13 %	1	2,78 %	1	2,86 %	1	4,55 %	1	5,00 %	0	0,00 %
Gesprächsart: 1. Hausbesuch PiQ												
Beratung	56	43,75 %	12	33,33 %	12	34,29 %	11	50,00 %	13	65,00 %	8	53,33 %
Informationsgespräch	44	34,38 %	13	36,11 %	20	57,14 %	6	27,27 %	1	5,00 %	4	26,67 %
Kontakthalten	1	0,78 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	1	5,00 %	0	0,00 %
Krisenintervention	20	15,63 %	8	22,22 %	2	5,71 %	4	18,18 %	3	15,00 %	3	20,00 %
Sonstiges	3	2,34 %	2	5,56 %	0	0,00 %		0,00 %	1	5,00 %	0	0,00 %
ohne Angabe	4	3,13 %	1	2,78 %	1	2,86 %	1	4,55 %	1	5,00 %	0	0,00 %

Tabelle 17: Anzahl der Beratungskontakte, Beratungsort bzw. -form und Gesprächsart - Rheinfelden

Themen des Erstkontakts (Mehrfachnennung)												
	gesamt (n=128)		Kooperationspartner (n=36)		Geburtstags-schreiben (n=35)		Angehörige/ Bekannte (n=22)		aus PräsenZ (n=20)		Sonstiges (n=15)	
Wohnraum	62	48,44 %	8	22,22 %	26	74,29 %	12	54,55 %	8	40,00 %	8	53,33 %
Mobilität	57	44,53 %	9	25,00 %	22	62,86 %	12	54,55 %	8	40,00 %	6	40,00 %
Hauswirtschaft	55	42,97 %	13	36,11 %	17	48,57 %	12	54,55 %	9	45,00 %	4	26,67 %
Pflege/ Gesundheit	71	55,47 %	16	44,44 %	23	65,71 %	17	77,27 %	10	50,00 %	5	40,00 %
soziale Kontakte	27	21,09 %	12	33,33 %	8	22,86 %	3	13,64 %	4	20,00 %	0	0,00 %
Anträge/ Behörden	44	34,38 %	12	33,33 %	7	20,00 %	10	45,45 %	10	50,00 %	5	40,00 %
Ehrenamt (Suche)	14	10,93 %	4	11,11 %	1	2,85 %	4	18,18 %	4	20,00 %	1	6,67 %
Vorsorge	50	39,06 %	10	27,78 %	27	77,14 %	6	27,27 %	3	15,00 %	4	40,00 %
aktuelle Situation	72	56,25 %	28	77,78 %	13	37,14 %	13	59,09 %	13	65,00 %	5	33,33 %
Entlastungsgespräch	14	10,94 %	4	11,11 %	3	8,57 %	3	13,64 %	2	10,00 %	2	40,00 %
Sonstiges	0	0,00 %	2	5,56 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Tabelle 18: Beratungsthemen–Rheinfelden

5.2.3 Gewinnung, Aktivierung und Begleitung von bürgerschaftlich Engagierten

Für Bedarfe der Alltagsbegleitung von Seniorinnen und Senioren, die nicht über familiäre oder institutionelle Möglichkeiten abgedeckt werden können, sollte von den Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros ein stabiler Pool von bürgerschaftlich Engagierten (bE), die vermittelt werden können und Hilfe und Entlastung anbieten, aufgebaut werden.

Insgesamt konnten 14 Personen als bE durch folgende ineinandergreifende Aktivitäten des Seniorenbüros mit den Netzwerkpartnern gewonnen werden: Schulungsmaßnahme „Basiswissen Ehrenamt“ der Sozialstation, gezielte Ansprache durch die Freiwilligenagentur und Informationsveranstaltungen des Seniorenbüros.

Am Evaluationsworkshop nahmen acht der 14 bE teil. Der Workshop fand im Rahmen des monatlichen Gruppentreffens statt, mit dem das Seniorenbüro die bE begleitet. Diese Begleitung durch hauptamtliches Personal ist aus Sicht der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer unbedingt erforderlich. Die Treffen dienen dem allgemeinen Austausch, der Reflexion des Rollen- und Aufgabenverständnisses und der Vorstellung und „Vergabe“ neuer Fälle. Darüber hinaus erhalten die Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros in den Treffen Rückmeldungen zur Situation der vermittelten Seniorinnen und Senioren und begleiten diese im Hintergrund, auch wenn keine persönliche Beratung erfolgt.

Zusätzlich zu den Gruppentreffen ist ein weiteres Angebot des Seniorenbüros für die bE die kostenfreie Teilnahme an Fortbildungen, die in Kooperation (z.B. mit der Sozialstation) zu unterschiedlichen Themen angeboten werden (z.B. zum Umgang mit Menschen mit Demenz, Kommunikationsschulung, rechtliche Voraussetzungen, Umgang mit Medikamenten im Alter, Sucht im Alter, praktische Anschauung von Hilfsmitteln im Sanitätshaus). Im Workshop wurde deutlich, dass die Fortbildungen als bereicherndes Angebot empfunden werden. Die erworbenen Kenntnisse tragen zum besseren Verständnis der Situationen in den Begleitungen bei.

Motive zur Aufnahme und Durchführung des Ehrenamts waren der sinnstiftende Charakter der Tätigkeit, die Wünsche, etwas dazuzulernen und den eigenen Horizont zu erweitern, Dankbarkeit für das Glück im eigenen Leben verbunden mit dem Wunsch, etwas davon an die Gesellschaft zurückzugeben, sowie das Motiv, die eigene soziale Einbindung zu stärken.

Die Vermittlung von Personen/ Haushalten mit Begleitungsbedarf erfolgte durch das Seniorenbüro. Zudem ist das erste Treffen der/ des bE mit dem „Fall“ immer in Begleitung des Seniorenbüros. Nach diesem Treffen entscheiden dann die/ der bE und die ggf. zu begleitende Person/ der Haushalt, ob und inwiefern sie sich eine Begleitung durch die vorgeschlagene Person vorstellen können. Die Möglichkeit, eine Begleitung ablehnen zu können, bezeichneten die bE als sehr wichtig.

Insgesamt werden gegenwärtig 22 Seniorinnen und Senioren von den bE besucht. 16 dieser Personen wurden bereits im Projekt PräSenZ vermittelt. Die eine Hälfte (n=11) der von bE begleiteten Personen wurde im Projektzeitraum PiQ vom Seniorenbüro nur über die Begleitung der bE betreut, die andere Hälfte der Personen wurde zusätzlich vom Seniorenbüro beraten.

Das soziale Spektrum der begleiteten Haushalte deckt die ganze Bevölkerungsbreite ab. Schwerpunkt sind Ehepaare/ Familien mit einer im Haushalt lebenden Person mit kognitiven Einschränkungen und Alleinlebende, die Unterstützung benötigen.

Von den 22 begleiteten Personen/ Haushalten wurden 18 wöchentlich besucht, zwei alle vierzehn Tage und weitere zwei einmal im Monat. Die Dauer und zum Teil auch die Aktivität bestimmen die bE in Abstimmung mit den begleiteten Personen/ Haushalten. Das Engagement hat also einen stark selbstbestimmten Charakter. Die Einsätze dauern von einer bis zu drei oder vier Stunden. Die vereinbarten

Abspraken werden aus Sicht der bE sehr gut eingehalten. Unterstützung leisten die bürgerschaftlich Engagierten in den Bereichen:

- Bewegung (Spaziergehen mit Personen mit eingeschränkter Orientierung oder eingeschränkter Mobilität)
- Entlastung pflegender Angehöriger
- Gesellung, Zuhören
- Begleitung zum Einkauf, zu Ärzten, Behörden oder ins Konzert.

Mit diesen Aktivitäten leisten die bE einen großen Beitrag zur Stabilisierung der Lebenssituationen der begleiteten Personen/ Haushalte. Im Rahmen des Workshops wurde deutlich, dass ein ganz wesentlicher Aspekt der Begleitungen und Unterstützung ist, dass man gerne Zeit miteinander verbringt, auch mit Personen mit eingeschränkter Orientierung und deren Partnern oder Familien. Die Angehörigen und auch die begleiteten Personen sind sehr dankbar für die Unterstützung. Die bE fühlen sich sehr geschätzt, eine Formulierung war: Die begleiteten Seniorinnen und Senioren bzw. die Haushalte „*warten vielfach schon auf uns*“.

Werden von den bE zusätzliche Bedarfe in den Haushalten erkannt, werden diese an das Seniorenbüro weitergegeben. Nicht im Angebotskanon sind die dringend benötigten „hauswirtschaftlichen Hilfen“. Aus Perspektive der bE sind „hauswirtschaftliche Hilfen“, insbesondere Putzarbeiten, eine bezahlte Tätigkeit oder eine Tätigkeit, für die zumindest eine Aufwandsentschädigung erfolgen sollte. Die vom Seniorenbüro begleiteten und vermittelten bE erhalten diese nicht und möchten sie auch nicht. Aus ihrer Sicht würde eine Bezahlung, auch eine geringe, einen anderen Verpflichtungsgrad bedeuten und dem Engagement den „*Anstrich von bezahlter Arbeit geben*“.

Einen Kritikpunkt gab es im Workshop: Nehmen die bE ihre zu betreuenden Personen im eigenen Fahrzeug mit, sind sie nicht durch die Stadt versichert, sondern müssen dies über die eigene Haftpflichtversicherung decken. Da Ausflüge oder die Begleitung zu Ärzten/ Einkauf oft auch mit Transport verbunden sind, wäre hier eine andere Regelung wünschenswert.

5.2.4 Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern in der Einzelfallberatung

Der Aufbau von Kooperationen mit der kirchlichen Sozialstation und Hausärzten (HZT) zur gezielten Erreichung von Personen mit sprachlichen, kulturellen, kognitiven oder sonstigen Barrieren, aus denen eine eingeschränkte selbständige Informations-, Hilfe- und Beratungssuche abgeleitet werden kann, sollte in PiQ gezielt ausgebaut werden. Nachfolgend werden die Vermittlungsanlässe und die Zusammenarbeit in PiQ auf Basis der Ergebnisse aus den Interviews mit den Kooperationspartnern und dem Beraterinnen-Workshop dargestellt.

Kooperationspartner: Kirchliche Sozialstation

Die bereits im Projekt PräSenZ begonnene Zusammenarbeit in der Einzelfallberatung zur Unterstützung von Menschen in vulnerablen Lebenslagen sollte in PiQ weiter ausgebaut und stabilisiert werden.

Vermittelt wurden von der kirchlichen Sozialstation an das Seniorenbüro 14 Personen im Zeitraum des Projektes. Die Mitarbeiterinnen der Sozialstation haben den Flyer oder die Visitenkarte des Seniorenbüros, insbesondere bei den Beratungsbesuchen nach § 37,3 SGB XI, immer dabei. Aus Perspektive der interviewten Führungskraft waren die Grenzen der inhaltlichen Beratung zwischen Sozialstation und Seniorenbüro die Finanzierungsströme. Bei den inhaltlichen Themen seien Überschneidungen durchaus gegeben. Die Regelung war so: Immer dann, wenn es nach SGB XI abrechnungsfähige Beratungsleistungen sind, werden sie von der Sozialstation durchgeführt, z.B. Pflegeberatung nach § 37,3 SGB XI.

Beratungsinhalte waren dann eher pflegerische Leistungen im Sinne des Spektrums der Sozialstation, zum Beispiel Unterstützung bei der Körperpflege, Behandlungspflege, ggf. Hilfsmittel und weitere Leistungen aus dem Spektrum des Trägers, z.B. hauswirtschaftliche Hilfen oder Essen auf Rädern.

Vermittlungskriterium für die Weiterleitung an das Seniorenbüro waren Bedarfe der Personen, die außerhalb des Leistungsspektrums der kirchlichen Sozialstation lagen, konkrete Bedarfe, die weder über SGB XI, SGB V noch ggf. privat finanziert werden konnten. Vorrangig betraf dies ältere Menschen oder deren Angehörigen mit diffusen Anfragen, zum Beispiel, wenn im ersten Kontakt deutlich wurde, dass keine Pflegestufe vorlag oder Grund- bzw. Behandlungspflege sowie andere im Leistungsspektrum der Sozialstation verfügbare Leistungen nicht benötigt wurden. Konkrete Themen für eine Vermittlung waren Beratungen zu Leistungen nach SGB XI¹⁸, Hinweise zu einer nicht gesicherten Medikamenteneinnahme ohne Verordnung zur Behandlungspflege, Anfragen zu Themen wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, Wohnformen, Wohnraumberatung oder die Klärung von Grundsicherung und Hilfe zur Pflege.

Die Vermittlungskriterien vom Seniorenbüro an die Dienstleister der kirchlichen Sozialstation waren eindeutig durch das Leistungsspektrum derselben definiert. Allerdings mussten Anfragen zu hauswirtschaftlichen Hilfen von den Seniorinnen und Senioren selbst erfolgen. Das Seniorenbüro konnte (durfte) hier, auch mit Einwilligung der Älteren, nicht aktiv organisatorisch unterstützend tätig werden. Aufgrund der hohen Nachfrage und der begrenzten Kapazitäten des Dienstes „hauswirtschaftliche Hilfen“ war diese Maßnahme zur Steuerung der Anzahl der Anfragen eingeführt worden.

Eine Gefahr, die sowohl von der Leitung der Sozialstation als auch vom Seniorenbüro gesehen wurde, war, dass unter Umständen aufgrund der Rahmenbedingungen der Pflege – Fachkräftemangel, Zeitdruck – mehr an das Seniorenbüro abgegeben wird, als notwendig wäre. Übereinstimmend wurde hier die Notwendigkeit besserer Absprachen geäußert.

Kooperationspartner: Hausärzte

Zur gezielten Gewinnung von Hausärzten (HZT) als Kooperationspartner wurde im Januar 2018 eine konzertierte Aktion durchgeführt. Alle Hausärzte in Rheinfeldern wurden von den Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros besucht und über das Projekt und die Seniorenarbeit der Stadt informiert, darüber hinaus wurden Flyer hinterlassen. Drei der 23 in Rheinfeldern praktizierenden HZT hatten im Juni 2019 Personen an das Seniorenbüro vermittelt, darunter der Sprecher der Ärzteschaft in Rheinfeldern.

Eine interviewte HZT/ ein interviewter HZT äußerte mit Blick auf die geringe Anzahl an vermittelnden Kollegen, dass dies zum Teil eine Haltungsfrage sei. Zum einen würden nichtakademische Bereiche, zu denen auch die Pflege gezählt wurde, nicht so ernst genommen werden. Zum anderen hätten immer mehr Ärzte ausschließlich die medizinischen Themen im Blick, der „*kümmernde Blick*“ sei auch eine Generationenfrage.

„Hausbesuche sind out. Wenn da ein Problem ist, da rufen wir die 112, einen Krankenwagen. Bitte hierhin fahren. Das geht und manchmal macht das auch Sinn.“ (HZT 2).

Die Aufgaben des Seniorenbüros konnten alle drei HZT umreißen, jedoch nicht konkret benennen. Das umfassende Themenspektrum, das anhand des Einschätzungsbogens zur Gesundheits- und Lebenssituation definiert ist, hatte die interviewten HZT überrascht. Mit Blick auf bestimmte gesundheitlich-medizinische Fragestellungen war es zudem notwendig, die Rolle des Seniorenbüros für die HZT zu

¹⁸ Beratungen zu Leistungen nach SGB XI werden von der Sozialstation im Regelfall nicht durchgeführt. Es wird eher eine Empfehlung ausgesprochen, die Leistungen oder eine Höherstufung zu beantragen, ohne den Prozess aktiv zu unterstützen.

schärfen, z.B. beim Thema Medikamente musste erläutert werden, dass es hier ausschließlich um die Fähigkeiten des Richtens und der Einnahme der verordneten Medikamente gehe und nicht um die medikamentöse Behandlung an sich.

Darüber hinaus wurde in den Interviews deutlich, dass den HZT eindeutige Vermittlungskriterien für die Empfehlung oder Weiterleitung von Patienten fehlten und der Prozess der Vermittlung an das Seniorenbüro unklar war. Eine HZT/ ein HZT formulierte es so:

„Wenn ich das bisher gemacht habe, wollte ich Entlastung. ... Entlastung von organisatorischen Dingen, z.B. so nehmen sie die Medikamente, so ordnen sie ihren Tagesablauf. Ich sage dann, das muss Ihre Tochter machen. Ich kann das nicht leisten. Aber die Tochter hat keine Zeit, sie ist selber krank, sie versteht nichts davon, sagen sie dann.“ (HZT 1)

Gefragt, ob sie Patienten zu Hilfen informieren oder bei der Beantragung eines Pflegegrades unterstützen würden, äußerten sie, ihre berufliche Verantwortung liege in der medizinischen Versorgung der Patienten. Ob und inwiefern sie Patienten bei pflegerischen und sozialen Anliegen beraten und unterstützen, wurde ganz unterschiedlich beantwortet.

„Ich mach das, ich habe wirklich keine Zeit dazu, aber ich mache das!“ (HZT 1)

„Wenn ich meine, sie brauchen Hilfe, dann sage ich was.“ (HZT 2)

„Hier habe ich keine Verantwortung. Ich denke einfach nicht daran, der pflegerische, soziale Bereich, das ist nicht in meinem Algorithmus. Ich frage auch nicht danach.“ (HZT 3)

Interessant in diesem Zusammenhang sind die Interviewantworten der Non-Responder auf die Frage, an wen sie sich wenden würden, wenn sie Informationen zu Hilfe und Pflege bräuchten. Sie zeigen, dass neben den Familien der HZT hier als zentrale Figur wahrgenommen wird. Die in Rheinfelden interviewten HZT waren sich einig, Empfehlungen aussprechen, jedoch keine fachlich fundierte Beratung leisten zu können.

Mit Blick auf die Frage sozialer Chancengleichheit sind die Antworten der HZT auf die Frage, wie Hilfsmittelverordnungen oder Behandlungspflege zustande kämen, aufschlussreich. Die Interviewten äußerten, dass im Regelfall die Impulse zur Verordnung dieser Leistungen vorwiegend von Angehörigen, der Sozialstation oder ggf. bei Entlassung aus dem Krankenhaus von den dortigen Sozialdiensten kämen. Äußern Patienten keine Bedarfe, ist demnach die Wahrscheinlichkeit hoch, dass keine Verordnungen erfolgen.

Die Frage, ob bekannt sei, welche Patienten einen Pflegegrad hätten und welche Leistungen mit der Einstufung verbunden seien, beantworteten die HZT dann auch sehr unterschiedlich. Von es *„spiele keine Rolle“* zu *„zum größten Teil“* bis zu *„ich notiere das in der Krankenakte“*.

Lücken in der Versorgung wurden von den interviewten HZT insbesondere in der Versorgung von älteren Menschen ohne sich kümmernde Angehörige und Familien mit Demenzerkrankten identifiziert. Benannt wurden folgende Themen: Informationen zu und Beantragung von Leistungen nach SGB XI, Schriftverkehr mit Kranken- und Pflegekassen, hauswirtschaftliche Hilfen, Begleitung von Familien mit Demenzerkrankten, Unterstützung von älteren, alleinlebenden Menschen nach Krankenhausentlassung, Beratung zu möglichen Hilfsmitteln, Transportdienste.

Ein weiterer Punkt, den die HZT einbrachten, war das Thema Patientencompliance, also inwiefern Personen eine Anregung/ Empfehlung auch umsetzen. Mehrmals wurde erwähnt, dass viele Ältere Hilfen ablehnen würden, da sie zu teuer seien, oder *„dann doch wieder eine „Kehrtwendung“* machen. Eine HZT/ ein HZT sagte:

„Wenn ich das vorschlage, dann ist ja dann doch schon einiges im Argen.“ (HZT 2)

Die Erwartungshaltung war, dass angeregte Hilfen von den Älteren auch in Betracht gezogen und umgesetzt werden. Die Güte der Beratung wird bei Vermittlung auch von erfolgreich implementierten Maßnahmen abhängig gemacht.

Die Kooperationsbeziehungen mit den vermittelnden HZT hatten eher einseitigen Charakter. Die interviewten HZT nehmen das Seniorenbüro als Dienst der Stadt wahr, der eingeschaltet werden kann, wenn Patienten Hilfe und Pflege benötigen. Die Vermittlung von älteren Menschen, die dringend ärztliche Behandlung benötigten, erfolgte, gestaltete sich vor dem Hintergrund der bestehenden Auslastung der Praxen jedoch schwierig.

Insgesamt begrüßten alle drei interviewten HZT das Angebot sehr. Die zwei häufiger vermittelnden HZT wünschten sich klare Kriterien für Vermittlungsanlässe, ggf. auch ein Überleitungsformular zur Vereinfachung der Zusammenarbeit und die Klärung datenschutzrechtlicher Fragen.

Kooperationspartner: Städtische Dienste/ Mitarbeiter

Weitere wichtige Kooperationspartner für das Seniorenbüro sind die städtischen Mitarbeiter (Grundversicherung, Rentenanträge, Hilfe zur Pflege, Freiwilligenagentur, „Gambrinus“), die immer öfter ältere Menschen bei Bedarf an das Seniorenbüro verweisen, um eine weitere umfassende Klärung der Situation herbeizuführen. Eine Beraterin drückte dies so aus:

„Die Mitarbeiter haben ein Gespür dafür entwickelt, ob noch mehr zu klären ist als das, was in ihren Zuständigkeitsbereich fällt.“

Wesentliche Faktoren für diese Entwicklung waren der Austausch in den regelmäßigen Abteilungsbesprechungen und die räumliche Nähe der Abteilungen. Nach einem Umzug in ein anderes Gebäude sind die Abteilungen auf zwei Stockwerken nah beieinander. Die Beraterinnen schilderten, dass im Rahmen dieser Maßnahmen ein besseres Aufgaben- und Rollenverständnis unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilungen entstanden sei.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Die Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern kirchliche Sozialstation und HZT im Rahmen der Einzelfallhilfe zeigen, dass die Sozialstation bei unklaren Anliegen und Anliegen, die nicht im Rahmen der Leistungen von SGB XI, SGB V oder privat finanziert werden können, an das Seniorenbüro vermittelt. Vermittlungskriterium für die HZT waren deutlich wahrnehmbare, nicht gedeckte Hilfebedarfe von Patienten sowie die eigene Entlastung. Aufgabe des Seniorenbüros ist dann, mit den älteren Menschen bzw. den Angehörigen die diffusen Anliegen in konkrete Fragen zu überführen und/ oder Hilfen zu implementieren. Letzteres ist nicht immer möglich.

Die Ergebnisse der DIP-Projekte zu „Erfolgsfaktoren und Barrieren“ hinsichtlich der Umsetzung von präventiven Empfehlungen zeigen, dass Beratung und Unterstützung oftmals erst dann angenommen werden, wenn die Personen die Einschätzung haben, dass sie sich selber nicht mehr helfen können (Gebert et al. 2010). Darüber hinaus müssen die Personen eine hohe Dringlichkeit verspüren (Gebert et al. 2008). Zudem verschieben sich oftmals die Grenzen dessen, was aus Perspektive der Betroffenen mit zunehmenden Einschränkungen noch tolerabel erscheint. Zu akzeptieren, dass Fremd- und Eigenwahrnehmung differieren, die Motivation bei älteren beratenen Menschen zur Veränderung oder die individuelle Veränderungskompetenz teilweise nicht ausreichend sind, waren ein Lernergebnis des Projektes PräSenZ für die Beraterinnen (Gebert et al. 2018). Die Aufgabe der Beraterinnen ist es, angemessene Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen, also den Lösungs- und Handlungsspielraum zu erweitern. Inwiefern die Älteren Gebrauch von den Hilfe- und Unterstützungsoptionen machen, bleibt hin-

gegen ihnen selbst überlassen. Eine Projektverantwortliche/ ein Projektverantwortlicher in Rheinfelden drückte dies so aus: das Akzeptieren von selbst gewählten Situationen gehöre auch zu den Beratungen.

5.2.5 Ergebnisse zur Sozialraumausrichtung der Maßnahme

Die Sozialraumausrichtung des Angebotes in Rheinfelden umfasst zwei Schwerpunkte. Einmal die Kooperationen mit anderen Akteuren des Pflege- und Gesundheitswesens zur gezielten Erreichung und besseren Versorgung von vulnerablen Zielgruppen (Kapitel 5.2.4) sowie zur Verbesserung der allgemeinen Versorgung. Zum anderen die Vernetzung von Themen und Partnern der Bereiche Wohnen, soziale Arbeit, Pflege und Förderung von Selbstkompetenz (Schulung, Beratung).

Kooperations- und Netzwerkbeziehungen in Rheinfelden

Abbildung 3 zeigt die im Rahmen des Evaluations-Workshops mit den Beraterinnen erarbeitete Darstellung der Kooperations- und Netzwerkbeziehungen des Seniorenbüros mit der Einschätzung der Beraterinnen zur Wichtigkeit der Partner (Dicke des Striches) und der Intensität der Zusammenarbeit (Entfernung von der Kreismitte).

Eine enge Zusammenarbeit erfolgte aus Sicht der Beraterinnen mit den vorgelagerten Partnern kirchliche Sozialstation, kooperierende HZT und den Mitarbeitern der städtischen Dienste der Abteilung Soziale Stadt und Services sowie den nachgelagerten Angeboten der Gruppe Ehrenamt (bE) und dem Caritas Sozialdienst. Der I-Punkt (Pflegestützpunkt) ist sowohl vorgelagerter als auch nachgelagerter Dienst, es wurden also sowohl vom I-Punkt (rotes Oval in der Kooperations- und Netzwerkdarstellung) Seniorinnen und Senioren für eine Beratung an das Seniorenbüro vermittelt als auch umgekehrt.

Die Gruppe Ehrenamt und der Caritas Sozialdienst haben eine Sonderstellung im Netzwerkgeflecht. Der Aufbau und die Begleitung der bE waren und sind Aufgabe des Seniorenbüros (Kapitel 5.2.4). Die Kooperation und Zusammenarbeit mit dem Caritas Sozialdienst war und ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Mitarbeiterin des Seniorenbüros auch in Teilzeit im Caritas Sozialdienst tätig ist und diese Konstellation, insbesondere bei komplexen Fallverläufen (siehe Fallschilderungen Kapitel 5.2.2), die Bearbeitung eines Falles von einer Person mit dem Mandat zweier komplementärer Dienste ermöglicht.

Die Kooperationsbeziehungen zwischen der Stadt Rheinfelden und der kirchlichen Sozialstation sind langjährig und existieren auf unterschiedlichen Ebenen. Auf der strategischen, gestaltenden Ebene arbeiten die Partner seit mehreren Jahren in der städtischen Arbeitsgruppe „*Perspektiven für ältere Menschen in Rheinfelden*“ zusammen. Zudem gab und gibt es im Rahmen der Projekte PräSenZ und PiQ eine Personalkooperation zur Besetzung der Teilzeitstellen im Seniorenbüro (Gebert et al. 2018). Schwerpunkte der Kooperation mit der kirchlichen Sozialstation in PiQ waren die gegenseitige Vermittlung von Personen (Kapitel 5.2.4) und die aktive Beteiligung der unterschiedlichen Dienste (Sozialstation, Tagespflege, Essen auf Rädern und hauswirtschaftliche Hilfen sowie dem beim gleichen Träger angesiedelten Caritas Sozialdienst) der kirchlichen Sozialstation im Netzwerk Senioren Rheinfelden.

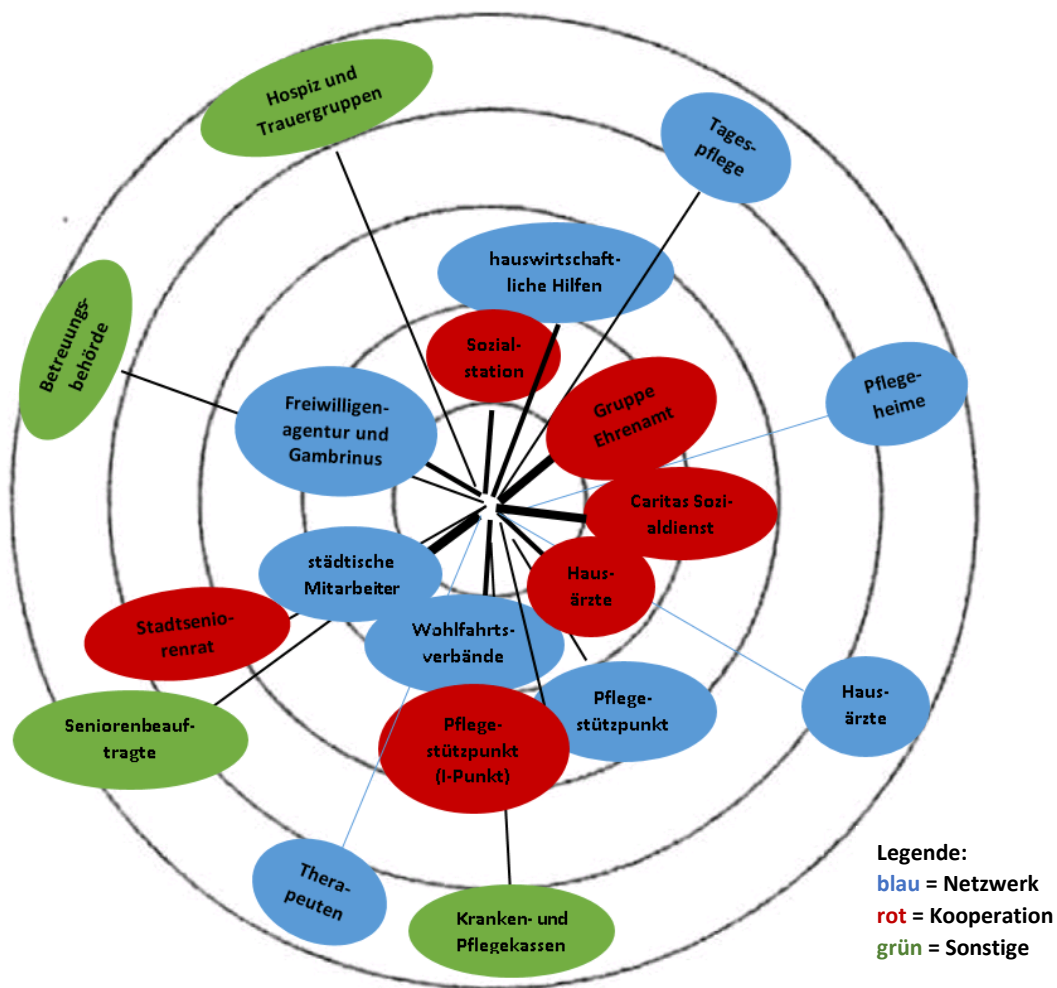


Abbildung 3: Kooperations- und Netzwerkbeziehungen Rheinfelden

Die Zusammenarbeit des Seniorenbüros mit der kirchlichen Sozialstation ist kollegial. Sie hat sich jedoch während der Projektlaufzeit (PräSenZ und PiQ) von „gemeinsamer Arbeit mit Kolleginnen“ zur kollegialen Zusammenarbeit von unterschiedlichen Diensten verändert. Vor dem Anspruch einer neutralen Beratung ist diese Entwicklung sehr zu begrüßen.

Kooperationsbeziehungen mit HZT bestanden im Rahmen der Einzelfallarbeit. Sie sind ein Zugangsweg zu vulnerablen Zielgruppen und wurden in Kapitel 5.2.4 beschrieben.

Die Zusammenarbeit mit dem I-Punkt der Fritz-Berger-Stiftung (Pflegestützpunkt) erfolgte als gegenseitige Vermittlung von Klienten. Die lose Vereinbarung war wie folgt: Ältere Menschen und/ oder deren Angehörige, die das Büro des Pflegestützpunktes aufsuchen können, werden vom I-Punkt beraten. Ältere Menschen, die keine Möglichkeit haben, ins Büro zu kommen, werden von den Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros im Hausbesuch beraten. Die Vereinbarung liegt in der begrenzten Anwesenheitszeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des I-Punktes in Rheinfelden begründet (halber Tag/ Woche).

Der Pflegestützpunkt des Landkreises war Netzwerkpartner. Eine gegenseitige Vermittlung von Anfragen fand nicht statt. Die Zusammenarbeit erfolgte im Rahmen der Entwicklung von Sorgestrukturen, zum Beispiel im Bereich „Kurse für das Ehrenamt“. So konnten die bE der Gruppe des Seniorenbüros an Kursen, die vom Pflegestützpunkt organisiert wurden, teilnehmen.

Die Zusammenarbeit mit den Diensten der Wohlfahrtsverbände hat Netzwerkcharakter und erfolgte im Einzelfall bei Bedarf, z.B. mit dem SpDi, der Demenzberatung, der Tafel oder dem Second-Hand-Kaufhaus. Bei der Tafel und dem Second-Hand-Kaufhaus erfolgte eine gegenseitige Empfehlung von „Klienten“.

Eine regelhafte Zusammenarbeit des Seniorenbüros mit den Kranken- und Pflegekassen ist nicht etabliert. In der Einzelfallberatung verweisen die Mitarbeiterinnen des Seniorenbüros immer wieder auf die Ansprechpartner bei den Pflege- und Krankenkassen mit unterschiedlichen Erfolgen für die Seniorinnen und Senioren.

Darüber hinaus wurde die noch stärkere Information bzw. Integration der lokalen Akteure aus den kleinräumlichen Strukturen vor Ort als notwendig erachtet. Bereits in die Netzwerkarbeit einbezogen werden konnten die Ortsvorsteher (Seismografen ihrer Ortsteile) und zum Teil bE, die unabhängig vom Seniorenbüro tätig sind. Ein weiterer Schritt in diese Richtung waren die vom Seniorenbüro durchgeführten Sprechstunden in den Stadtteilen und Dörfern Rheinfeldens sowie die vom Seniorenbüro und der Quartiersarbeit in Oberrheinfeldern gemeinsam angebotenen Termine im Quartierstreff.

Es ist gelungen, in Rheinfeldern stabile Kooperations- und Netzwerkbeziehungen zu etablieren. Diese waren zumeist reziprok. Die Vermittlungen von Seniorinnen und Senioren erfolgten sowohl von den Partnern zum Seniorenbüro als auch vom Seniorenbüro zu den Partnern. Die Dichte und Diversität des Kooperations- und Netzwerkgeflechtes spiegelt die Möglichkeiten zum Aufbau eines Versorgungsnetzes einer mittleren Kommune wieder. Gemeinsames Merkmal der regelhaften und stabilen Netzwerk- und Kooperationspartner war: Sie sind lokal in der Kommune Rheinfeldern angesiedelt. Zu Angeboten des Landkreises, die nicht vor Ort in der Kommune Rheinfeldern präsent waren, bestand nur loser Kontakt. Die Angebote des Kreises wurden mit Ausnahme des Pflegestützpunktes (rotes Oval in der Kooperations- und Netzwerkdarstellung) daher von Beraterinnen auch in die Kooperations- und Netzwerklandschaft nicht aufgenommen.

Das Netzwerk Senioren Rheinfeldern

Die Bündelung der Partner erfolgte im offenen Netzwerk Senioren Rheinfeldern. Das Netzwerk Senioren ist ein Teilnahmeangebot für relevante Akteure der Seniorenarbeit in der Kommune. Ziel der Kommune war es, mit Hilfe des Netzwerkes vorhandene Aktivitäten besser zu verzahnen und Ideen und Maßnahmen gemeinsam weiterzuentwickeln.

Das Seniorenbüro war/ ist zusammen mit der Abteilungsleitung mit Unterstützung eines externen Beraters für die Organisation der Netzwerktreffen, die inhaltliche Ausrichtung und die Nachbereitung der Sitzungen zuständig. Der Evaluations-Workshop war Teil des dritten Netzwerktreffens.

Die Etablierung des Netzwerk Senioren Rheinfeldern und der damit verbundene Austausch wurden von den teilnehmenden Akteuren als eine Bereicherung empfunden. Aufgrund der Grenze zur Schweiz und der dortigen Bedingungen im Arbeitsmarkt Pflege seien die Herausforderungen für die pflegerische Versorgung in Rheinfeldern besonders hoch. Vor diesem Hintergrund bestehe unter den Netzwerkpartnern keine Konkurrenz, sondern ein gemeinsames Interesse an Kooperation und guter Zusammenarbeit zur gemeinsamen Lösungssuche und Bearbeitung der Bedarfe. Der Schritt von der Konkurrenz der Anbieter zur Kooperation wurde auch von den Projektverantwortlichen als erster wichtiger Schritt für die Gestaltung der Seniorenarbeit gesehen.

Berührungspunkte haben die Netzwerkpartner unter anderem bei folgenden Themen:

- Quartiersarbeit und -entwicklung
- Inklusion älterer behinderter Menschen
- Vermittlung vulnerabler Fälle an der Grenze zu oder mit bestehendem Hilfe- und Pflegebedarf
- Pflegeberatung nach SGB XI
- Möglichkeiten und Voraussetzungen des Umzugs in eine stationäre Einrichtung
- Werbung für bE
- Erfüllung der Vorgaben im Rahmen der generalistischen Ausbildung (Lösungen zur Zusammenarbeit)

Überschneidungen des Leistungsspektrums der anwesenden Akteure gibt es im Bereich der Krisenintervention und der Beratung zu Leistungen nach SGB XI. Die Abgrenzungen erfolgten im Regelfall aufgrund der Finanzierungsströme für Leistungen und der zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen.

Mit Blick auf weitere Optimierungsmöglichkeiten werden von den Teilnehmern des Netzwerk Senioren der Einbezug von Vertretern der Kranken- und Pflegekassen, des regionalen Krankenhauses und die regelmäßige Teilnahme von Vertretern der Hausärzteschaft genannt. Aus Sicht der anwesenden Akteure sind sie wichtige Stakeholder für die Gestaltung kommunaler Versorgungsstrukturen.

Diskutiert wurden mit Blick auf die Kranken- und Pflegekassen folgende Aspekte. Zum einen, dass die Pflegeberater der gesetzlichen Pflegekassen zum Teil die Angebote vor Ort nicht kennen würden und Versicherten immer wieder die Kontaktaufnahme mit den örtlichen Beratungsstellen empfohlen werde. Der andere mit Blick auf die Netzwerkarbeit relevante Punkt war, dass es in Rheinfelden nur noch Außenstellen der Kassen gebe, die mit Sachbearbeitern besetzt seien. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort seien weder für die Pflegeberatung ausgebildet noch mutmaßlich die richtigen Ansprechpartner für eine Mitarbeit im Netzwerk Senioren. Hinzu komme die Kassenpluralität, aufgrund derer sehr viele unterschiedliche Ansprechpartner vorhanden seien.

Der Einbezug der Krankenhäuser wurde in Zusammenhang mit dem Entlassmanagement der Kliniken diskutiert. Aus Sicht der Netzwerkpartner gab es hier Defizite, die eingeordnet wurden als Auswirkungen des Versorgungsstärkungsgesetzes. So müssten jetzt Verordnungen von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung erfolgen, also im Regelfall von Oberärzten. Die Beobachtung der Teilnehmer des Netzwerkes war, dass in den Kliniken die Abstimmungsprozesse für gut geplante Überleitungen in die Häuslichkeit oder stationäre Einrichtungen noch nicht optimal seien.

Sowohl im Hinblick auf die Vertreter der Pflege- und Krankenkassen als auch der Krankenhäuser stellte sich die Frage, wie die richtigen Ansprechpartner für den Einbezug in das regionale Netzwerk gefunden werden können.

Die regelmäßige Teilnahme eines Hausärztevertreters böte aus Sicht der Akteure die Möglichkeit, konkrete Themen (z.B. die Aktualisierung von Medikamentenplänen) über einen Multiplikator an die Ärzteschaft herantragen zu können und nicht mit jedem einzelnen Arzt in die Kommunikation gehen zu müssen. Aus Sicht der Teilnehmenden würde dies viele Versorgungsprozesse für Menschen in vulnerablen Lebenslagen optimieren und vereinfachen.

Neben dem Einbezug weiterer Akteure sollte aus Sicht der Teilnehmenden eine noch stärkere Konkretisierung der vom Netzwerk angestrebten Aufgaben vorgenommen werden sowie der kollegiale Austausch zu bestimmten Fachthemen und Prozessen vertieft werden. Wünschenswert wäre darüber hinaus, Referenten zu „best-practice-Projekten“ zu den Netzwerktreffen einzuladen.

Eine weitere Schärfung der Aufgaben des Netzwerkes und der Kooperationen ist auch aus Sicht der Projektverantwortlichen notwendig. Es müsse weiter überlegt werden, wie kommunale Rahmenbedingungen geschaffen werden können, die es den anderen Akteuren im Feld erlauben und erleichtern, ihrer Verpflichtung nachgehen zu können, z.B. für Anbieter zur Bereitstellung von Angeboten im Bereich der Entlastungsangebote, für die städtische Wohnungsbaugesellschaft und für Investoren zum Bau barrierefreien Wohnraums und im Bereich Mobilität zur Ermöglichung von sozialer Teilhabe. In diesem Zusammenhang war aus Sicht der Projektverantwortlichen ein Baustein, die Zuständigkeiten in der Einzelfallarbeit weiter zu klären, um die Möglichkeiten des bestehenden Angebotes für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Rheinfelden auszuschöpfen und zugleich Rechtssicherheit zu schaffen.

Ein Rahmen, wie ihn die Stadt mit dem Seniorenbüro und dem externen Beratungsunternehmen für das Netzwerk Senioren zur Verfügung stellt, war für die Mitglieder des Netzwerkes unerlässliche Basis für die Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen. Großer Pluspunkt des Seniorenbüros sei zudem die sehr gute Erreichbarkeit und Niedrigschwelligkeit des Angebotes sowie das den Älteren in Rheinfelden und auch den Netzwerkpartnern gebündelt zur Verfügung gestellte Wissen.

Aus Sicht der Projektverantwortlichen wurden mit dem „*Stück für Stück*“ entwickelten Ansatz der „*neuen kommunalen Seniorenarbeit*“ gute Grundlagen für die Seniorenarbeit gelegt. Die Seniorenarbeit habe sich in Rheinfelden in den fünf Projektjahren (PräSenZ und PiQ) von einem Freizeitangebot zu einem professionellen Beratungsangebot entwickelt, das auch bei den Bürgerinnen und Bürgern ankommt. Dies zeige sich zum einen durch die mehrfachen Auszeichnungen der Stadt, zum Beispiel mit dem Qualitätsprädikat „Familienbewusste Kommune Plus“ oder die Auszeichnung „demenzfreundliche Stadt“ (im Wesentlichen die Arbeit des Seniorenbüros), zum anderen auch durch die Rückmeldungen zum Angebot in Sitzungen und Gesprächen. Es gab einen Imagegewinn bei der Bevölkerung und bei den Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen. Die Stadt werde auf dem Weg in Richtung „sorgende Kommune“ wahrgenommen. Die Professionalisierung der Seniorenarbeit sei notwendig gewesen, da sich die gesellschaftlichen und insbesondere die familialen Strukturen verändert hätten und weiter verändern würden. Die Entwicklungen seien möglich gewesen durch die Förderung der Projekte, die zusätzliche fachliche Begleitung durch einen externen Berater und den inhaltlichen Input der wissenschaftlichen Begleitung. Dadurch habe es einen Lern- und Entwicklungsraum gegeben, der ohne diese zusätzlichen Ressourcen nicht zur Verfügung gestanden hätte.

5.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse für Rheinfelden

Die Ergebnisse aus Rheinfelden verdeutlichen das Ineinandergreifen des präventiven Hausbesuchsansatzes mit der Sozialraumgestaltung. In Rheinfelden wurden in PiQ kommunale Aufgaben der nachhaltigen Entwicklung sozialraumbezogener Lebenswelten und begleitender Alltagshilfen mit gesundheitsfördernden und primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Leistungen, die eher den Sozialversicherungen im Geltungsbereich des SGB V und SGB XI zuzuordnen sind, verbunden.

Mit dem abgestuften pHb-Ansatz wurden in Rheinfelden, wie angestrebt, unterschiedliche Zielgruppen erreicht. Die Mehrzahl der beratenen Personen (70 %, n= 91) wurde über proaktive Zugangswege – Informationsschreiben („aus PräSenZ“), Gratulationsschreiben mit anschließendem Telefonat und Vermittlung durch Kooperationspartner – erreicht. Die aktive Ansprache von Seniorinnen und Senioren zur Anregungen der Auseinandersetzung mit den Themen rund um die Gestaltung des eigenen Alters, auch im Hinblick auf eine mögliche eintretende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, war zielführend.

Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich, mit unterschiedlichen Zugangswegen werden Personen in unterschiedlichen Lebenslagen erreicht. Lebenslagen werden von Schulz-Nieswandt (2006) als ressourcenabhängige Handlungsspielräume der Person im Lebenszyklus definiert. Die Ressourcenräume entstehen im Wechselspiel von personellen (Alltagskompetenzen, kognitiven, psychischen und gesundheitlichen Kompetenzen) und kontextuellen Ressourcen (ökonomischen, infrastrukturellen und sozialen Ressourcen) und deren Rahmenbedingungen (unter anderem Wohnen, Wohnumfeld, Verkehrssystemen).

Die Gratulationsschreiben an alle Jubilare zielten auf eine universelle, also sehr breite Zielgruppe. Die Akzeptanzrate des im Rahmen des 75. Geburtstages angebotenen pHb war mit insgesamt 12,1 % (n= 35 bei 289 Briefen) gut. Die Akzeptanzrate bei Jubilaren mit Mh betrug 8,62 % (n=5 bei 58 Briefen) und war damit um ca. 4 % geringer als bei den in Deutschland geborenen Jubilaren (12,98 %, n= 30 bei 231 Briefen). Darüber hinaus geben die Auswertungen Hinweise, dass in Rheinfelden in der Kohorte „Jubilare“ anteilig mehr Personen an der Schwelle zu Hilfe- und Pflegebedarf erreicht wurden, als in dieser Altersgruppe vorhanden sind. Darauf deuten die im Vergleich zu Ulm niedrigeren Werte im Selbständigkeitsgrad (sehr fit; fit, guter AZ; kommt gut zurecht) nach den Kriterien der „Clinical Frailty Scale“ (Rockwood et al. 2005) (Ulm = 74,48 %; Rheinfelden = 68,58 %) und die Pflegequote von 11,43 %, die laut statistischem Bundesamt der Pflegequote der 75- bis 79-Jährigen entspricht, sowie der Anteil von 11,43 % von Personen die überlegten, einen Pflegegrad zu beantragen, hin.

Das Bild der mit den Gratulationsschreiben erreichten Kohorte komplettiert sich, wenn die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit den beratenen Jubilaren in die Interpretation einbezogen werden. Die Interviewten äußerten große Zufriedenheit mit dem Angebot und empfanden es als Wertschätzung. Sie sahen es als hervorragende Möglichkeit, sich über Hilfe- und Unterstützungsleistungen zu informieren. Ambivalente Gefühle, wie sie die Jubilare in Ulm äußerten, spielten in den Interviews in Rheinfelden kaum eine Rolle. Mit dem Rheinfelder Zugangsweg zu den Jubilaren – Gratulationsschreiben und Telefonat – wurde mutmaßlich eine Personengruppe erreicht, die aufgrund erster Anzeichen in Richtung Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bereits eine gewisse Offenheit für die Themen „gut älter werden, Hilfen und Unterstützungsangebote“ hatte und das Angebot des pHb zur Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums nutzte.

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass durch die Kooperationen mit der kirchlichen Sozialstation und den HZT sowie den städtischen Diensten, Personen mit sprachlichen, kulturellen, kognitiven oder sonstigen Barrieren, bei denen eine eingeschränkte selbständige Informations-, Hilfe- und Beratungssuche abgeleitet werden kann, erreicht werden konnten.

Die Tabellen zu den soziodemografischen Merkmalen (Tabelle 14) und den Hilfe- und Unterstützungspotentialen und -bedarfen (Tabellen 15 und 16) zeigen, dass den vermittelten Personen eingeschränkte personale und kontextuelle Ressourcen (Tabellen 14, 15 und 16) zur Verfügung standen. Sie hatten zudem umfassenden Hilfe- und Beratungsbedarf (Tabellen 17 und 18). Die Zufriedenheit dieser Kohorte mit dem Seniorenbüro korrelierte stark mit der im Anschluss erhaltenen Hilfe und Unterstützung, unabhängig davon, ob die Leistungsgewährung im Zuständigkeitsbereich des Seniorenbüros lag oder bei einem anderen Leistungserbringer oder Leistungen durch eigene Untätigkeit nicht initiiert bzw. in Anspruch genommen worden waren.

Die Kohorte „aus PräSenZ“ weist von den für die Auswertung gebildeten Kohorten die höchste Vulnerabilität auf. Die soziodemografischen Daten und die Beratungsbedarfe zeigen dies deutlich. Das niedrigschwellige Case Management, das den Personen in dieser Gruppe angeboten wurde, diente der Orientierung im Labyrinth des Sozial- und Gesundheitswesens und aktivierte und erweiterte die Kompetenzen der begleiteten Personen. Die personen- und nicht finanzstromzentrierte Arbeitsweise des Seniorenbüros schaffte Vertrauen, sodass vernetzte Versorgungslösungen installiert werden konnten.

Die Auswertungstabellen (Tabellen 14, 15 und 16) geben Hinweise, dass die Kohorten „Angehörige/ Bekannte“ und „Sonstige“, die eigeninitiativ die Beratung anfragten, im Vergleich zur Kohorte „Kooperationspartner“ über mehr und andere Ressourcen zur Gestaltung ihrer Lebenssituation im aktuellen Kontext verfügten. Die Personen in diesen Kohorten waren Kunden, sie hatten ein Anliegen und fragten gezielt Beratung an. Sie konnten den Hilfe- und Unterstützungsbedarf häufig weitgehend klar adressieren und hatten eher die kognitiven, organisatorischen und sozialen Fähigkeiten zur Umsetzung von Empfehlungen (> 70 % einmalige Beratungen). Das Angebot war für sie eine selbstverständliche Leistung im Dienstleistungsangebot einer Kommune.

Ein wesentlicher Gelingensfaktor im Rahmen der Einzelfallarbeit ist der personen- und zielgruppenorientierte Zugang im Rahmen der präventiven Beratungsarbeit und des niedrigschwelligen Case Managements. Die Rückmeldungen zu den Beratungen geben Hinweise dazu, dass das Erkennen von Ressourcen (personale und kontextuelle) und in Folge dessen eine bessere Nutzung bei allen Zielgruppen – Jubilaren, vermittelten vulnerablen Menschen, eigeninitiativen älteren Menschen – gelungen ist.

Mit der Multikanalstrategie aus proaktivem Gratulationsschreiben, Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern und breiter Öffentlichkeitsarbeit erreichte die Stadt Rheinfelden eine breite Palette an Zielgruppen, die eine Leistungsspreizung des Seniorenbüros von präventiv informierenden Hb zu niedrigschwelligem Case Management, bei Einbezug von bE mit alltagsbegleitendem Charakter, erforderte.

Zu überlegen ist, ob die Potentiale des proaktiven Zugangswegs bereits ausgeschöpft sind. Gratulationsschreiben nach dem Ulmer Modell würden vermutlich zu einer höheren Akzeptanzrate führen, auch bei Menschen mit Mh. Für das Rheinfelder Modell spricht, dass mutmaßlich in Relation zur Anzahl der beratenen Jubilare mehr Personen mit einer gewissen Offenheit für die Beratungsthemen erreicht werden. Absolut betrachtet, werden auch hier mit dem Ulmer Modell mehr Personen erreicht, da der Anteil der erreichten Jubilare höher ist.

Die Gewinnung und Begleitung der bE hat sich im Projektzeitraum sehr gut entwickelt. Die Anzahl der bE wuchs stetig, die bE kannten ihre Rolle und Aufgabe, fühlten sich gut begleitet und unterstützt und hatten Freude an ihrem Engagement. Wesentlich erscheint dabei, dass der Nutzen des Engagements sowohl für die bE als auch die Betroffenen mittelbar erlebt werden kann. Deutlich wurde, es handelt sich um eine freiwillige Rollenübernahme der bE, die in Zusammenhang mit Sinnfragen und Selbstverwirklichungsnutzen stehen.

Die Ansiedlung des Seniorenbüros im Sozialen Kompetenzzentrum der Stadt gemeinsam mit den anderen Abteilungen des Amtes 50 (Amt für Familie, Jugend und Senioren) und dem Bürgertreffpunkt

Gambrinus hat sich bewährt. Dies zeigt sich insbesondere anhand der Anzahl der Beratungen im Büro und der guten Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der anderen städtischen Dienste.

Darüber hinaus ist zu überlegen, wie die Zusammenarbeit mit der kirchlichen Sozialstation und den HZT weiterentwickelt werden sollte. Beide Partner agierten vor ihren jeweiligen professionellen Hintergründen als Netzwerkpartner im Rahmen der sozialrechtlichen Anreizstrukturen.

Die Ergebnisse zur gegenwärtigen Kooperationsgestaltung mit der kirchlichen Sozialstation legen nahe, die Schnittstellen noch einmal zu betrachten und ggf. eine weiterführende Klärung des Aufgaben- und Leistungsspektrums der Dienste in der Zusammenarbeit herbeizuführen. Aufgrund des umfassenderen Beratungsspektrums des Seniorenbüros und der rechtlichen Rahmenbedingungen besteht ansonsten die Gefahr, dass komplexe und zeitaufwändige Anfragen von der Sozialstation an das Seniorenbüro weitergeleitet werden, obwohl eine abrechnungsfähige, wenngleich nicht immer wirtschaftliche Bearbeitung durch die Sozialstation möglich wäre.

Die Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit den HZT ergeben folgendes Bild. Das Seniorenbüro arbeitet gegenwärtig lediglich mit drei von 23 HZT zusammen. Würde die Anzahl der Kooperationen mit HZT ausgebaut werden, könnte mutmaßlich zusätzlich eine Vielzahl von älteren Menschen in vulnerablen Situationen erreicht werden. Vor einer Ausweitung der Zusammenarbeit mit HZT-Praxen sind jedoch klare Kriterien und ein standardisierter Prozess für eine Vermittlung an das Seniorenbüro, inklusive datenschutzrechtlicher Fragen, zu erarbeiten. Eine Möglichkeit zur Konturierung von Vermittlungskriterien wäre der Einsatz eines einfach anzuwendenden und aussagekräftigen Screeninginstrumentes, wie der „Clinical Frailty Scale“ nach Rockwood et al. (2005). Andere Vermittlungskriterien könnten kritische Lebensereignisse sein, wie Stürze, Krankenhausentlassung oder der Tod des Partners.

Mit Blick auf die Kompetenzverteilung zwischen den Gebietskörperschaften Kommune und Landkreis sollte eruiert werden, inwiefern die Dienste des Landkreises Lörrach, die auch für die Kommune Rheinfelden zuständig sind, verbindlich in die Fallarbeit und Netzwerkgestaltung einbezogen werden können.

Die Beispiele zum Zugang zu medizinischen und pflegerischen Ressourcen anhand der Leistungen des Pflegestützpunktes, der hauswirtschaftlichen Hilfen und der Hilfsmittel- und Behandlungspflegeverordnungen zeigen, dass der Zugang zu Angeboten an personale Kompetenzen und kontextuelle Ressourcen gebunden ist. Gerade Personen mit eingeschränkter selbständiger Informations-, Hilfe- und Beratungssuche werden durch die skizzierten Rahmenbedingungen und Steuerungs- und Verteilungsmechanismen benachteiligt. Die präventive und hilfeorientierte Beratungsarbeit des Seniorenbüros ist hier ein wesentlicher Baustein zur Erhöhung der Teilhabe- und Zugangschancen von vulnerablen Zielgruppen.

Das Netzwerk Senioren Rheinfelden war in der Aufbauphase. Der erste Schritt, sich als Netzwerkpartner und nicht als Konkurrenten zu verstehen, war gelungen. Eine gemeinsame Zielsetzung für das Netzwerk ist vorhanden. Sowohl aus Sicht der Netzwerkteilnehmer als auch der Projektverantwortlichen sollten die Netzwerkaufgaben jedoch weiter konkretisiert werden.

Eine wesentliche in der Zukunft zu gestaltende Herausforderung ist der Einbezug zentraler Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens (u.a. Landkreis, Kranken- und Pflegekassen, Ärzteschaft und die Krankenhäuser) sowie der Infrastrukturentwicklung (Wohnungswirtschaft, Verkehrsbetriebe). Darüber hinaus müssen die Fragen geklärt werden: Welche kommunalen Rahmenbedingungen müssen zur Verfügung gestellt werden, damit die Akteure des sektoralisierten und fragmentierten Versorgungssystems sowie der Privatwirtschaft optimal ihre Leistungen im Sinne der Sozialraumentwicklung erbringen kön-

nen? Und: Welche Aufgaben kann und muss die Kommune erbringen? Zu beantworten sind diese Fragen einerseits im Hinblick auf die sozialrechtlichen Grundlagen und andererseits unter Beachtung der Besonderheiten der Kommune Rheinfelden.

Für die Entwicklung eines tragfähigen Netzwerk Senioren sind aus Sicht der Projektverantwortlichen der kommunale Rahmen und die professionelle Steuerung des Netzwerkes zentral. In diesem Rahmen kommen der Schnittstellengestaltung und der Aushandlung tragfähiger Kooperationskompromisse mit den zur Verfügung stehenden Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens sowie der Privatwirtschaft, die unterschiedlichen Vergütungsströmen und damit verbunden definierten Leistungen und Versorgungsprozessen unterliegen, große Bedeutung zu. Für die älteren Menschen müssen Handlungs- und Finanzierungsfelder übergreifende Lösungen entwickelt werden, die mehr sind als die Summe der Leistungen der einzelnen Akteure.

Mit dem gestuften präventiven Informations- und Beratungsansatz des Seniorenbüros, den weiterentwickelten Kooperationsstrukturen, dem Aufbau des Pools bE und dem Aufbau des Netzwerk Senioren hat Rheinfelden maßgebliche Pfeiler einer sozialraumorientierten Seniorenarbeit im Projekt PiQ etabliert und verstetigt. Zusammen mit dem Gemeinderatsbeschluss hat die Kommune Rheinfelden damit sehr gute Grundlagen für vernetzte, kommunale Hilfe-Mix-Landschaften geschaffen.

Abschließendes Fazit der Projektverantwortlichen war, die Seniorenarbeit habe sich von einem freizeitorientierten Ansatz „Stück für Stück“ in eine professionelle Seniorenarbeit, die Bürgerinnen und Bürgern ankomme, mit sehr guter öffentlicher Wahrnehmung entwickelt. Die präventiven Hausbesuche und die Arbeit des Seniorenbüros insgesamt hätten dazu einen großen Beitrag geleistet.

Literatur

- BAMF: Glossar. Abgerufen von https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv3=3198544 (letzter Aufruf: 28.08.2019).
- 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 (letzter Aufruf: 15.12.2019).
- BMG (2016): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf (letzter Aufruf: 15.12.2019).
- Brunnett, R.; Brzank, P.; Dieterich, A.; Geene, R.; Gerlinger, R.; Hahn, D.; Herrmann, M.; Kümpers, S.; Lenhardt, U.; Kathrin Ottovay, K.; Stegmüller, K. (Hrsg.) (2018): Editorial. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. Die Kommunen als Ort der Gesundheitsproduktion. Argument Verlag. 4 - 7.
- Böttcher-Völker, S.; Neumann, L. (2019): Der Hamburger Hausbesuch für Seniorinnen und Senioren. Vortrag bei der Landesdelegiertenversammlung der Freien und Hansestadt Hamburg. Abgerufen von https://www.isb-hamburg.de/fileadmin/Image_Archive/2019/2019_Vortrag_HH_HB_LSB_Landesdelegiertenversammlung_Doku.pdf (letzter Aufruf: 10.01.2020).
- Bundesregierung (2018): Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Abgerufen von <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> (letzter Aufruf: 27.08.2019).
- 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/Analyseerstes_Erfahrungen_2008_2009.pdf (letzter Aufruf 15.12.2019).
- Den Sociale Ankelstyrelse-Analysekontoret: Bericht der Kommunen über die Praxis des vorbeugenden Hausbesuchs für ältere Menschen. Ministry of Social Affairs, Copenhagen.
- Dill, H.; Gmür, W.; Kandler, J. (2014): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“. Abgerufen von <http://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3441248.pdf> (letzter Aufruf: 09.10.2019).
- Gebert, A.; Weidner, F.; Weber, C.; Ehling, C.; Seifert, K.; Sachs, S. (2019): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewandterplus von Juli 2015 bis Dezember 2018. Abgerufen von https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf (letzter Aufruf: 03.12.2019).
- Gebert, A.; Weidner, F.; Brünnett, M.; Ehling, C.; Seifert, K.; Sachs, S. (2018): Abschlussbericht des Modellvorhabens „PräSenZ“ in Baden-Württemberg (2014 – 2017). Abgerufen von https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pr%C3%A4SenZ-DIP-Projektbericht_Endfassung_Druckversion_final.pdf (letzter Aufruf: 03.12.2019).
- 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> (letzter Aufruf: 03.12.2019).

- Gebert, A., Schmidt, C., Weidner, F. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren: Projekt mobil – der Abschlussbericht. Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2016): Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Projektkommunen: Ziele, Probleme, Gestaltungsoptionen. In: Case Management. 40 - 44.
- Hollbach-Gömig, B; Frölich von Bodelschwingh, F. (2015): Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene. Sonderheft. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).
- Kruse, A. (2012): Zu Hintergrund und Bedeutung der Generali Altersstudie. In: Generali Zukunftsfonds, Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): Generali Altersstudie 2013. Bundeszentrale für politische Bildung. 15- 29.
- Landkreis Lörrach (2019): Älter werden heute. Ein Ratgeber. Landratsamt Lörrach (Hrsg.). Abgerufen von <https://www.loerrach-landkreis.de/altenarbeit> (letzter Aufruf: 09.12.2019).
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg: Quartier 2020. Gemeinsam. Gestalten. Abgerufen von <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/quartiersentwicklung/> (letzter Aufruf: 30.10.2019).
- Nowossadeck, S.; Klaus, D.; Romeu Gordo, L.; Vogel, C. (2017): Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. DZA Report Altersdaten (Heft 2). Berlin.
- Renz, J.C.; Meinck, M. (2018): Präventive Hausbesuche für ältere Menschen – eine systematische Bestandsaufnahme ihrer praktischen Anwendung. Online-Publikation Gesundheitswesen 2018. Abgerufen von <https://doi.org/10.1055/a-0658-5880> (letzter Aufruf: 26.06.2019).
- Rockwood K., Song X., MacKnight C., Bergman H., Hogan D. B., McDowell I., Mitnitski A. (2005): A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. In: CMAJ, 30, 173, 489-495.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006): Sozialpolitik und Alter., Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Schulz-Nieswandt, F.; Köstler, U.; Mann, K. (2018): Evaluation des Modellprojekts „Gemeindeschwester^{plus}“ des Landes Rheinland-Pfalz. Abgerufen von https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf (letzter Aufruf: 15.12.2019).
- Schulz-Nieswandt, T. (2019): Das Gemeindeschwester^{plus} – Experiment in Modellkommunen des Landes Rheinland-Pfalz. Baden-Baden: Nomos Verlag, Band 32.
- Schmidt, C. (2010): Analyse von Leitfadenterviews. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage. S.447-456. Reinbek: Rowohlt.
- Stadtverwaltung Rheinfelden (2017): Demografie- und Sozialbericht. Teil 1 Schwerpunkt ältere Menschen und Pflege. Abgerufen von https://www.ratsinfo-rheinfelden.de/buergerinfo/vo0050.asp?__kvonr=3697&voselect=1367. (letzter Aufruf: 06.01.2020).
- Sörensen, J.; Barthelmes, I.; Marschall, J (2018): Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen – Handlungsempfehlungen für die Praxis. Hrsg. GKV-Bündnis für Gesundheit und IGES Institut. Abgerufen von https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Praevention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf. (letzter Aufruf: 10.01.2020).
- Weidner, F.; Wittrahm, A. (Hrsg.) (2020): Kompetenzerhalt und soziale Teilhabe im hohen Alter durch PAKT – Präventives Alltags-Kompetenz-Training. Freiburg: Lambertus-Verlag
- 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.