
PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung

**Evaluation der die Inanspruchnahme
beeinflussenden Faktoren des
Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-
Wittgenstein**

Impressum

PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-Wittgenstein

Projekt: Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein (POP)/ Teilprojekt
„Entwicklung der zugehenden präventiven Einzelfallberatung
des Kreises Siegen-Wittgenstein (PON)

Kooperationspartner: Kreis Siegen-Wittgenstein/
Zukunftsinitiative Siegen-Wittgenstein 2020
Programm Leben und Wohnen im Alter

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
(dip), Köln

Programmleitung: Jakobs, R.

**Wissenschaftliche
Leitung:** Weidner, F.

Berichtszeitraum: Juli 2010 – Dezember 2010

**Abschluss
der Berichterstattung:** Dezember 2010

Autoren: Gebert, A., Weidner F.

Kontakt: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Str. 15, 50670 Köln

Telfon: 0221/ 46861 30
Fax: 0221/ 46861 39
E-mail: a.gebert@dip.de

Gliederung

1	ZIELE DES VORLIEGENDEN BERICHTS	4
2	HINTERGRUND ZUR DURCHFÜHRUNG DER „ADRESSATENBEFRAGUNG“	4
3	METHODE UND ZIELGRUPPE	5
3.1	Zielgruppe - Auswahl, Größe und Entwicklung der Stichprobe	6
3.2	Vorgehen	7
4	ERGEBNISSE DER TELEFONINTERVIEWS.....	8
4.1	Befragungsteilnehmer	9
4.1.1	Geschlechterverteilung und Alter.....	10
4.1.2	Familienstand und Anzahl der Kinder	10
4.1.3	Gesundheitszustand und Alltagsbewältigung.....	11
4.1.4	Gesundheitsförderliche Aktivitäten.....	13
4.1.5	Zukuntorientierte Risikoeinschätzungen	14
4.1.6	Soziale Ressourcen der Befragten	16
4.1.7	Zusammenfassung Ergebnisse Befragungsteilnehmer.....	18
4.2	Wahrnehmung des Informationsschreibens zum Präventiven Hausbesuch... 19	19
4.2.1	Zusammenfassung Wahrnehmung des Angebotes	21
4.3	Gründe für die Inanspruchnahme/ Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes ..21	21
4.3.1	Gründe für die Inanspruchnahme des Angebotes.....	21
4.3.2	Gründe, den vorbeugenden Hausbesuch nicht in Anspruch zu nehmen.....	23
4.3.3	Zusammenfassung Gründe für die Inanspruchnahme/	25
Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes.....		25
4.4	Beratungsinhalte.....	26
4.4.1	Alternative präventive Angebote	28
4.4.2	Zusammenfassung Beratungsinhalte.....	29
4.5	Einschätzung der strukturellen Merkmale der Hausbesuche	30
4.5.1	Informationsweg, Ort der Beratung, Träger des Angebotes, Zielgruppe und Dauer der Beratung	31
4.5.2	Kontaktgestaltung.....	32
4.5.3	Zusammenfassung Einschätzung der strukturellen Merkmale	34
5	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	35
	LITERATURHINWEISE.....	40

1 Ziele des vorliegenden Berichts

In dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Telefoninterviews zur Adressatenperspektive auf das neue Beratungsangebot „vorbeugende Einzelfallberatung“ des Kreises Siegen-Wittgenstein beschrieben und interpretiert.

Mit der Adressatenbefragung wurden Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme des Angebotes „Präventiver Hausbesuch“ erkundet, um ausgehend von den Äußerungen der Senioren die zugehende präventive Seniorenberatung treffsicherer auf die Bedürfnisse der Senioren zuschneiden zu können.

2 Hintergrund zur Durchführung der „Adressatenbefragung“

Die präventive zugehende Einzelfallberatung des Kreises Siegen-Wittgenstein ist ein neues und innovatives Angebot für Senioren, mit dem Ziel, eine selbständige Lebensführung durch Beratung zu fördern, zu erhalten und zu stabilisieren. Das Angebot ist dabei in dreifacher Hinsicht innovativ.

- Erstens wendet es sich direkt an Senioren, die selbständig zu Hause leben und keinen Pflegebedarf nach SGB XI haben. Die Beratung weicht mit diesem vorbeugenden Ansatz von dem sozial- und versicherungsrechtlichen Grundsatz der „Leistungsgewährung im Schadensfall“ ab. Leistung kann hier in Anspruch genommen werden, bevor ein „Schaden“ entstanden ist.
- Zweitens wird mit dem zugehenden Ansatz des Angebotes, also dem Angebot eines Hausbesuches, die im Gesundheits- und Sozialwesen vorherrschende „Kommstruktur“ durchbrochen, in der Personen den Leistungserbringer für die Inanspruchnahme von Leistungen aufsuchen.
- Drittens wird die Einzelfallberatung den Senioren proaktiv angeboten, d.h. die Kommunen unterbreiten Senioren das Beratungsangebot in Form eines Briefes. Der Senior wird seitens der Kommune aktiv und wiederholt auf das Angebot hingewiesen.

Die Präventiven Hausbesuche wurden erstmalig 2008/ 2009 allen 75 Jahre und älteren Senioren des Kreises Siegen-Wittgenstein, mit Ausnahme der Senioren der Stadt Siegen, angeboten. Die Inanspruchnahme des Angebotes im ersten Durchgang der schriftlichen Bewerbung in den Kommunen kann als ausreichend bezeichnet werden. Einen Hausbesuchswunsch äußerten 6 % der angeschriebenen Senioren.¹ Die durchschnittliche Nachfrage war damit ähnlich hoch wie in den von der Spitex durchgeführten Projekten zum Präventiven Hausbesuch in der Schweiz², jedoch im deskriptiven Häufigkeitsvergleich geringer als in der Erstbewerbung anderer Projekte zum Präventiven Hausbesuch in Deutschland. Im vom dip begleiteten Projekt *mobil* und der Münchener Machbarkeitsstudie lagen die Rücklaufquoten bei 14 %.³ Die Nachfrage in den einzelnen Kommunen war mit 0 % bis 14 % allerdings sehr unterschiedlich. Eine zweite Unterbreitung des Angebotes in einzelnen Kommunen an aus-

¹ Vgl. Cullmann, G., Gebert, A. (2009): Zugehende Einzelfallberatung – Präventiver Hausbesuch im Kreis Siegen-Wittgenstein. Erfahrungsbericht zur Einrichtung eines flächendeckenden, zugehenden Beratungsangebotes für Senioren. Unveröffentlichter, interner Bericht. Kreis Siegen-Wittgenstein

² Vgl. Ösch, T. (2010): Vortrag und Präsentation auf dem Spitex Kongress am 09.09.2010. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. Übersicht über Projekte unter Leitung oder Beteiligung der Spitex.

³ Vgl. Gebert A, Schmidt C, Weidner F: Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt *mobil* – der Abschlussbericht. Schlütersche 2008; Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health: Machbarkeitsstudie. Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. 2002

schließlich 75 Jahre erfolgte 2009 und erzeugte kaum Nachfrage. Eine dritte „Anschreibewelle“ erfolgte in den Kommunen Burbach, Wilnsdorf, Neunkirchen und Netphen von März 2010 bis Juli 2010, nun wiederum an alle 75 Jahre und älteren Senioren. Im Zuge der Entscheidung zur Durchführung der „dritten Welle“ der Anschreiben, wurden Fragen aufgeworfen bezüglich der Nutzergruppen, der Motivation zur Inanspruchnahme bzw. der Gründe das Angebot nicht in Anspruch zu nehmen und des Mehrwertes des Beratungsangebotes aus Sicht der Senioren.

Mit der Adressatenbefragung werden diese Fragen aufgenommen und beleuchtet. Die Befragung zielt darauf Merkmale der Adressaten, deren Motive und Einstellungen zur Dienstleistung sowie den antizipierten bzw. wahrgenommenen Nutzen des Angebotes aus Sicht der potentiellen Nutzer kennen zu lernen. Denn eine wichtige Grundlage zur erfolgreichen Platzierung und Etablierung eines neuen Angebotes ist, den „Kunden“ im Hinblick auf diese Faktoren möglichst zutreffend einschätzen zu können.

3 Methode und Zielgruppe

Für die Befragung wurden durch einen strukturierten Leitfaden gestützte Telefoninterviews als Methode gewählt. Für die Methode des Telefoninterviews sprach, dass die Antworten der Interviewten im Gespräch durch die Möglichkeit des Nachfragens inhaltlich konkretisiert werden können und dadurch ein genaueres Bild des „Gemeintem“ entsteht. Darüber hinaus ist in Telefoninterviews in der Regel eine höhere Teilnahmebereitschaft vorhanden als in schriftlichen Befragungen und in „face to face“-Interviews.⁴

Die Inhalte des Leitfadens basieren auf Faktoren, die nach bisherigem Kenntnisstand die Inanspruchnahme von Präventiven Hausbesuchen beeinflussen: Gesundheitszustand, Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, Ressourcen der Befragten und bisheriges Gesundheitsverhalten.⁵ Darüber hinaus war Ziel der Befragung zu erkunden, ob die gegenwärtigen strukturellen Merkmale der vorbeugenden Hausbesuche Zielgruppe, Ort der Beratung, Träger der Beratung und Häufigkeit des Informationsschreiben, anschlussfähig an die Vorstellungen der Senioren zu diesem Angebot sind.

Der strukturierte Leitfaden enthielt in der Mehrzahl vorgegebene Antwortmöglichkeiten und einige wenige offene Fragen. Bei der Entwicklung der Fragen wurde darauf geachtet, dass immer wieder „Erzählaufforderungen“ in den Leitfaden integriert wurden, so dass die Fragen mit Anekdoten aus dem Leben der Senioren angereichert werden konnten. Diese von den Senioren zusätzlich eingebrachten Aspekte wurden während der Telefoninterviews protokolliert und sind ebenfalls in die Auswertung eingeflossen. Die Auswertung der Befragung erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Die offenen Fragen wurden in Anlehnung an eine inhaltsanalytische Vorgehensweise kategorisiert.⁶

Die Befragung ist Hypothesen generierend angelegt. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ. Sie beschreiben Eigenschaften, Motive und Einstellungen der Interviewten zum Präventiven Hausbesuch. Sie geben damit Hinweise auf Inanspruchnahme beeinflussende Faktoren und Bedingungen.

⁴ Vgl. Lamnek, S., Schäfer, W. J. (1998): Befragungsmethoden reviewed. Face-to-face, telefonisch oder postalisch? In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (Sub). 21, 2, 162-171

⁵ Vgl. Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., v. Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: Z Gerontol Geriat, 40, 226-240; Vgl. Theile, G., Heim, S., Patzelt, C., Deiermann, B., Walter, U., Hummers-Pradier, E. (2009): Präventive Hausbesuche – wen interessieren sie eigentlich? In: Kirch, W., Middeke, M., Rychlik, R. (2009): Aspekte der Prävention. Thieme Verlag, 182-190

⁶ Vgl. Mayring, P.: (2003) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz

3.1 Zielgruppe - Auswahl, Größe und Entwicklung der Stichprobe

Befragt wurde eine Stichprobe der Senioren, die im Frühjahr/ Sommer 2010 Informationsbriefe zum Präventiven Hausbesuch erhalten hatten.⁷ Es wurden Senioren befragt, die das Angebot in Anspruch nehmen und Personen, die kein Interesse am Hausbesuch zeigen, um Hinweise zu möglichen Unterschieden in beiden Gruppen zu erhalten.

Die Interviewpartner wurden mittels Zufallsauswahl bestimmt. Hierfür wurden die von den Ansprechpartnern der Senioren-Service-Stellen und den Beratern zur Verfügung gestellten Listen durchgezählt. Es wurde jeder Xte Senior für die Interviews gezogen. Am Ende der Liste wurde weiter gezählt und wieder von vorn angefangen. Diese Methode ermöglichte ein fortlaufendes Auffüllen der Zahl der zu Befragenden nach einer einheitlichen Systematik. Die Senioren ohne Hausbesuchswunsch wurden aus den Serienbrieflisten gezogen, die den Schreiben zur Information über das Angebot des Präventiven Hausbesuches zugrunde lagen. Die Listen waren bereinigt um die Personen die einen Hausbesuch wünschten. Die Auswahl der Senioren mit Hausbesuchswunsch erfolgte aus den kommunenbezogenen Seniorenlisten zur Vormerkung eines Hausbesuchswunsches. Dabei geht die Auswertung davon aus, dass beide Mengen zusammen mit der Anzahl der angeschriebenen Senioren des Anschreibens der „dritten Welle“ identisch ist.

Die anvisierte Größe der Stichprobe betrug ca. 20 Senioren mit Hausbesuchswunsch sowie ca. 40 Senioren, die das Angebot nicht in Anspruch nehmen. Ausschlaggebend für die durchzuführende Anzahl an Interviews war das Kriterium der „Sättigung“. Dies bedeutet, dass keine weiteren Interviews geführt werden, wenn sich eine eindeutige Aussagetendenz bezüglich der gestellten Fragen entwickelt hat. Die tatsächliche Größe und Entwicklung der Stichprobe stellt nachfolgende Tabelle dar.

	<i>Inanspruchnahme</i>			<i>keine Inanspruchnahme</i>			<i>Gesamtkohorte</i>
	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich	gesamt	gesamt
angerufene Senioren	18	8	26	40	18	58	84
davon abgelehnt	2	2	4	4	4	8	12
davon versorgt	0	0	0	5	3	8	8
davon abgebrochen durch Senior	2	0	2	3	2	5	7
davon abgebrochen durch Interviewerin	0	1	1	1	1	2	3
komplett durchlaufen	14	5	19	27	8	35	54

Tab.: 2: Entwicklung der Stichprobe

Insgesamt wurden 84 Senioren für das Interview angerufen. 12 Seniorinnen und Senioren (14 %) lehnten das Interview sofort nach Bekanntgabe des Anliegens durch die Interviewerin ab. Mit 72 Personen wurde das Telefoninterview begonnen. Bei 18 (21 %) Senioren musste das Interview vorzeitig beendet werden, davon bei 15 (18 %) Personen auf deren Initiative hin (vgl. Tab. 1: „versorgt“ und „abgebrochen durch Senior“).

- Acht dieser Personen gaben an, für sie wäre das Angebot der vorbeugenden Einzelfallberatung nicht relevant, denn sie seien „versorgt“. Auf Nachfrage erläuterten diese Senioren z.B. „*Ich wohne bei meinen Kindern, die machen mir alles*“. Eine allgemeine Bewertung des Angebotes, also unabhängig von der eigenen Situation, lehnten diese

⁷ Angeschrieben hatten die Kommunen Burbach, Neunkirchen, Wilnsdorf und Netphen

Senioren in der Mehrzahl mit der Begründung ab, dass man die Bedarfe der anderen Senioren nicht kenne. Den Äußerungen der Senioren zufolge handelt es sich hier um eine Gruppe von Älteren, die über ein sehr gut funktionierendes, unterstützendes soziales Netz verfügt. Diese Senioren bewerten ihre Lage so, dass sie gegenwärtig und auch in Zukunft keine Unterstützung benötigen – sei es in Form von Informationen oder von Hilfen – da diese innerhalb des sozialen Netzes geleistet wird. Senioren, die Angaben „versorgt“ zu sein, wurden ausschließlich in der Gruppe angetroffen, die den Hausbesuch nicht in Anspruch nimmt.

- Die anderen sieben Senioren, welche die Befragung vorzeitig beendeten (vgl. Tab. 2, „abgebrochen durch Senior“) gaben zum einen zeitliche Motive an (z.B. das Interview dauert zu lange), zum anderen war die Befragung für zwei der angerufenen Personen zu anstrengend.
- Bei drei angerufenen Personen brach die Interviewerin die Befragung ab (Kategorie: „abgebrochen durch Interviewerin“). Zwei Personen waren schwerhörig, eine Person gab allgemeine Beschimpfungen von sich, darauf hin stoppte die Interviewerin das Gespräch.

Das Interview komplett durchlaufen haben 54 Personen, das sind 64 % der angerufenen Senioren; 35 Personen (70 %) aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ und 19 Personen (86 %) der Hausbesuchsgruppe. Von letzteren hatte bei 54 % der Personen (n=12) bereits ein Hausbesuch stattgefunden, bei 36 % (n=8) der Personen hatte noch kein Hausbesuch stattgefunden, eine Person konnte sich nicht erinnern (4,55 %) und eine Person hatte den Hausbesuch wieder abgesagt (4,55 %).

3.2 Vorgehen

Die Interviews wurden im Zeitraum 12.07.2010 bis 20.08.2010 vom dip durchgeführt und dauerten zwischen 25 und 55 Minuten.

Im Vorfeld der Befragung wurden die per Zufall ausgewählten Senioren schriftlich über Inhalt, Zeitraum und den Namen der Interviewerin informiert. Die Versendung der Briefe erfolgte zeitnah zu den Interviews in vier Intervallen von ca. 25 Personen. Im Regelfall betrug der Abstand zwischen Erhalt des Briefes und Interview weniger als zwei Wochen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, damit die Erinnerung an die Ankündigung des Interviews möglichst präsent war. Die geringe Anzahl an Personen (n=12), die das Interview sofort ablehnten, ebenso wie die Rückmeldungen der Senioren an die Interviewerin bestätigten die Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens für die Zielgruppe der Befragung. Viele Senioren wiesen darauf hin, dass sie nur Auskunft gäben, weil das Interview angekündigt sei und dies erinnert werde.

Interviewpartner waren im Regelfall die angeschriebenen Senioren. In einigen wenigen Fällen wurde das Interview jedoch an Familienmitglieder delegiert, konkret an drei Töchter und fünf Ehefrauen. Die Interviewerin nahm bewusst die Gelegenheit wahr, auch diese Personen zum Angebot zu befragen, da die Einstellung dieser Personen zum Angebot häufig ausschlaggebend für die Inanspruchnahme ist.

Die Durchführung eines Pretests fand in einer Kalenderwoche (KW 28) mit vier Personen statt. Der Leitfaden für die Interviews wurde daraufhin angepasst und vereinfacht. Eine weitere Anpassung des Fragebogens folgte nach ca. 10 Interviews aufgrund einer sich bereits abzeichnenden Tendenz der Antworten zu den Beratungsinhalten. Eingefügt wurden nachträglich in diesen Fragenkomplex Themen, die im Anpassungsprozess des Assessments kontrovers bezüglich ihrer Relevanz für die Einzelfallberatung diskutiert worden waren. Es handelt sich hier um die Themen: altersangepasste Bewegung, altersgerechte Ernährung,

Impfschutz, Blasenkontrolle, Blutdruck. In der Auswertung werden diese als „zusätzlich eingefügte Themen“ bezeichnet. Zudem wurden noch zwei weitere Fragen zur möglichen Inanspruchnahme von alternativen präventiven Angeboten (Gruppenveranstaltungen und Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation) eingefügt.

4 Ergebnisse der Telefoninterviews

Um eine möglichst große Datenbasis zu erhalten, wurden alle Senioren in die Auswertung mit einbezogen mit welchen das Interview begonnen wurde, also nicht nur die Senioren, die das Interview komplett durchlaufen haben. Für die Auswertung der Daten wurden entsprechend der Entwicklung der Stichprobe Bezugsgrößen für einzelne Fragenabschnitte gebildet. Die Antwortanzahl „n“ variiert dadurch in den unterschiedlichen Bereichen der Auswertung.

Bezugsgröße	Anzahl „n“	Fragenabschnitt
Bezugsgröße 1: Anzahl aller Senioren, mit denen das Interview begonnen wurde	72	<ul style="list-style-type: none"> · soziodemographische Daten · Gesundheitssituation und Alltagsbewältigung · Anzahl der Kinder · Unterstützung durch Kinder (Ressourcen der Befragten) · Inhalte des Informationsschreibens (Gruppe „keine Inanspruchnahme“) · Gründe zur Inanspruchnahme/ Nicht-Inanspruchnahme
Bezugsgröße 2: Anzahl aller Senioren mit denen das Interview begonnen wurde, abzüglich der Anzahl der „versorgten“ „abgebrochen durch Interviewerin“	60	<ul style="list-style-type: none"> · Gesundheitsförderliche Aktivitäten · Zukunftsorientierte Risikoeinschätzungen
Bezugsgröße 3: Anzahl der Senioren, die das Interview komplett durchlaufen haben	54	<ul style="list-style-type: none"> · Beratungsinhalte · Merkmale der Beratung
Bezugsgröße 4: Anzahl der Senioren, bei denen der erweiterte Leitfaden zum Einsatz kam	44/ 47	<ul style="list-style-type: none"> · Zusätzlich eingefügte Beratungsinhalte · Gruppenangebot/ selbst auszufüllender Fragebogen

Tab. 3: Bezugsgrößen der Auswertung

Darüber hinaus korrelieren die fehlenden Angaben bei den Personen, die das Interview komplett durchlaufen haben, mit der Länge des Leitfadens und dem Schwierigkeitsgrad der Fragen. Ausgewiesen werden die fehlenden Angaben mit „keine Angabe“ und dem prozentualen Anteil. In diesem Zusammenhang ist auffällig, dass in der Gruppe, die einen Hausbesuch wünscht, prozentual weniger Personen das Interview abbrechen, jedoch die Anzahl fehlender Werte höher ist.

Die Ergebnisse der Auswertungen zu den Eigenschaften der Interviewpartner sowie bezüglich der eingeschätzten Relevanz von Beratungsinhalten für die eigene Person wird vergleichend für die Gruppen „Inanspruchnahme“ und „keine Inanspruchnahme“ in prozentualen Häufigkeiten dargestellt. Die Antworten der Interviewpartner zu den strukturellen Merkmalen werden ebenfalls vergleichend dargestellt, zusätzlich erfolgt hier eine Darstellung zur Einschätzung der Gesamtgruppe.

4.1 Befragungsteilnehmer

Einen Überblick zu den erhobenen soziodemographischen Daten Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder sowie zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung gibt nachfolgende Tabelle vier.

	<i>Inanspruchnahme</i>	<i>keine Inanspruchnahme</i>
Anzahl	22 Personen	50 Personen
Geschlecht		
Frauen	73 % (16)	72 % (36)
Männer	27 % (6)	28 % (14)
Alter in Jahren (n=69)	Mittelwert 80,5 (21) Median 82,5 Range 75-90	Mittelwert 80,5 (48) Median 80,5 Range 67-96
Altersgruppen		
< 75 Jahre	0 % (0)	10 % (5)
75-79 Jahre	33 % (7)	27 % (13)
80-84 Jahre	33 % (7)	48 % (23)
85-89 Jahre	19 % (4)	10 % (5)
> 90 Jahre	5 % (1)	4 % (2)
keine Angabe	9 % (2)	0 % (0)
Familienstand		
Verheiratet	50 % (11)	52 % (26)
Verwitwet	27 % (6)	38 % (19)
Ledig	14 % (3)	8 % (4)
Keine Angabe	9 % (2)	2 % (1)
Kinder		
Ja	73 % (16)	88 % (44)
Nein	14 % (3)	8 % (4)
Keine Angabe	14 % (3)	4 % (2)
Gesundheitszustand		
Sehr gut	0 % (0)	8 % (4)
Gut	41 % (9)	48 % (24)
Weniger gut	45 % (10)	30 % (15)
Schlecht	5 % (1)	2 % (1)
Keine Angabe	9 % (2)	12 % (6)
Alltagsbewältigung		
Überhaupt keine Schwierigkeiten	5 % (1)	28 % (14)
Wenige Schwierigkeiten	23 % (5)	28 % (14)
Einige Schwierigkeiten	36 % (8)	10 % (5)
Viele Schwierigkeiten	18 % (4)	16 % (8)
Schaffe nichts	9 % (2)	8 % (4)
Keine Angabe	9 % (2)	10 % (4)

Tab. 4: Soziodemographische Merkmale, Gesundheitszustand und Alltagsbewältigung

„Bezugsgröße 1“ mit einem „n“ von 72 bildet hier die Grundlage der Auswertung. Dies sind alle Senioren, mit denen das Interview begonnen wurde (vgl. Kap. 4, Tab. 3). Zusätzlich zu den Angaben der Interviewpartner konnte für diesen Bereich teilweise auf Daten in den Auswahllisten zurückgegriffen werden. Die gleichwohl fehlenden Angaben sind mit dem Aufbau des Fragebogens – die Fragen bildeten das Ende des Fragebogens – und den unterschiedlichen Informationen in den Auswahllisten erklärbar. So war das Geburtsdatum in den Serienbrieflisten für die Auswahl der Personen, die keinen Hausbesuch in Anspruch nehmen, enthalten, in den kommunenbezogenen Seniorenlisten zur Vermerkung eines Hausbesuchswunsches fehlte diese Angabe bei einer Kommune.

4.1.1 Geschlechterverteilung und Alter

Die beiden Befragungsgruppen „Inanspruchnahme“ und „keine Inanspruchnahme“ unterscheiden sich mit Ausnahme der Geschlechterverteilung in allen tabellarisch aufgelisteten Merkmalen (vgl. Tab. 4). Die Geschlechterverteilung der Befragung – „Inanspruchnahme“: 27 % (n=6) Männer zu 73 % (n=16) Frauen und „keine Inanspruchnahme“: 28 % (n=14) Männer zu 73 % (n=36) Frauen – weicht jedoch von dem Geschlechterverhältnis der im Erfahrungsbericht beschriebenen Kohorte ab. Hier war das Verhältnis 60 % Frauen zu 40 % Männern.⁸

Die Altersrange der Befragten reicht von 45 bis 96 Jahren. Die Altersspanne umfasst auch das Alter der interviewten Töchter von Senioren. In die Auswertungen zum Alter wurden deren Altersgaben nicht mit einbezogen, das Alter der jünger als 75 Jahre alten Ehefrauen (n=5; Altersrange 67-74 Jahre), mit welchen ein Interview geführt wurde, hingegen schon, da diese in nächster Zeit die Zielgruppe des Angebotes bilden werden.

Durchschnittlich sind die Befragten in beiden Gruppen 80,5 Jahre alt. Der Altersmedian ist in der Hausbesuchsgruppe mit 82,5 Jahren um zwei Jahre höher als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Die Altersverteilung in den beiden unterscheidet sich darüber hinaus dahingehend, dass in der Hausbesuchsgruppe der Anteil der Personen zwischen 75 und 79 Jahren und von 85-89 Jahren deutlich höher ist als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Ebenso wie beim Anteil der Frauen und Männer unterscheiden sich die Interviewpartner der Hausbesuchsgruppe bezüglich der Altersverteilung von der des Erfahrungsberichts.⁹ Die Altersgruppen 75-79 Jahre, 85-89 Jahre und 90 Jahre sind in ihren Verteilungen mit dem Erfahrungsbericht vergleichbar. Der Anteil der Gruppe der 80-84-jährigen Senioren beträgt in der vorliegenden Befragung jedoch 33 % im Vergleich zu 41 % im Erfahrungsbericht.

Die Gruppe der Interviewpartner mit Hausbesuchswunsch weicht in den Merkmalen Geschlecht und Alter von der im Erfahrungsbericht beschriebenen Gruppe beratener Senioren ab. Eine Hypothese dazu ist, dass es sich hierbei um gegenläufige Phänomene der verfahrensspezifischen Selektion – Telefoninterviews und Hausbesuche – handelt. Die Annahme ist, dass die Seniorinnen in den Haushalten meist die Kommunikation am Telefon übernehmen und dadurch in den Interviews mehrheitlich die darüber hinaus noch jüngeren Ehefrauen geantwortet haben. In den Hausbesuchen sind jedoch häufig beide Eheleute Gesprächspartner. Es werden ebenfalls die Daten der älteren Ehemänner aufgenommen. Dies könnte die unterschiedlichen Anteile der Merkmale Alter und Geschlecht in den Gruppen „Inanspruchnahme“ der Telefoninterviews und den beratenen Senioren des Erfahrungsberichtes erklären.

4.1.2 Familienstand und Anzahl der Kinder

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zum Familienstand der Befragten fällt auf, dass der Anteil lediger Personen in der Hausbesuchsgruppe um 6 % höher ist als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Demgegenüber ist der Anteil an Verwitweten wiederum in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ um 11 % höher als in der Hausbesuchsgruppe.

Werden die Antworten zur Frage „Kinder ja/nein“ in die Ergebnisdarstellung mit einbezogen, zeigt sich, dass die Anzahl der Personen, die Kinder haben, in der Hausbesuchsgruppe 15 % geringer ist als bei den Senioren, die keinen Hausbesuch wünschen. Werden die zwei Kriterien „Familienstand“ und „Kinder“ in Beziehung gesetzt, wird deutlich, dass der Anteil der verwitweten Personen mit Kindern in der Hausbesuchsgruppe nur 27 % (n=6) beträgt, hingegen in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 38 % (n=19).

⁸ Vgl. Cullmann, G., Gebert, A. (2009): Zugehende Einzelfallberatung – Präventiver Hausbesuch im Kreis Siegen-Wittgenstein. Erfahrungsbericht zur Einrichtung eines flächendeckenden, zugehenden Beratungsangebotes für Senioren. Interner Bericht

⁹ Vgl. ebd., S. 28

4.1.3 Gesundheitszustand und Alltagsbewältigung

Die Angaben zum Gesundheitszustand zeigen, dass die Gruppe „Inanspruchnahme“ diesen für sich deutlich schlechter bewertet als Senioren, die kein Interesse am Hausbesuch haben. Keine Person aus der Gruppe, die einen Hausbesuch wünscht, schätzt den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut ein. Demgegenüber sind dies in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 8 % (n=4) der Antwortenden. In der Hausbesuchsgruppe schätzen wiederum 45 % (n=10) der Personen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ und 5 % (n=1) als „schlecht“ ein. Für diese zwei Kategorien sind die Anteile in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 30 % (n=15) für „weniger gut“ und 2 % (n=1) für die Kategorie „schlecht“ und damit deutlich geringer.

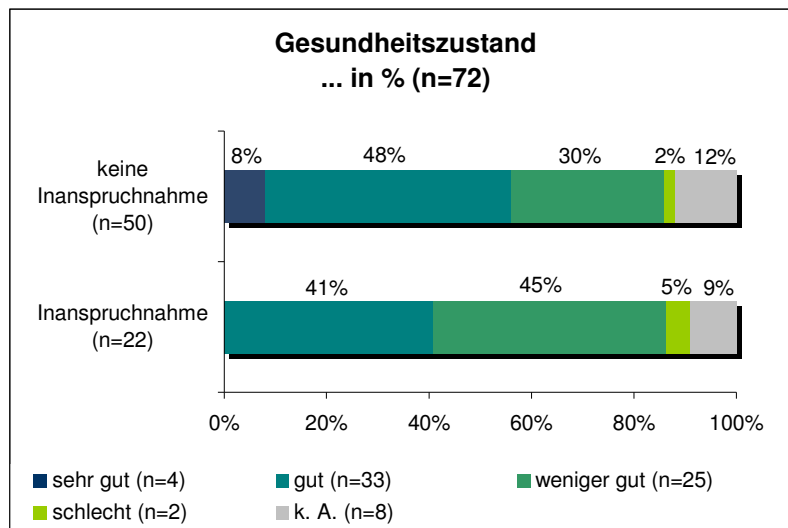


Abb. 1: Gesundheitszustand der Antwortenden

Eine Subgruppenanalyse der Personen, die das Interview vorzeitig beendeten, ergibt folgendes Bild:

	<i>Inanspruchnahme</i>		<i>keine Inanspruchnahme</i>		
	<i>abgebrochen Senior</i>	<i>abgebrochen Interviewerin</i>	<i>versorgt</i>	<i>abgebrochen Senior</i>	<i>abgebrochen Interviewerin</i>
sehr gut	0	0	0	0	0
gut	1	0	1	2	1
weniger gut	0	0	7	0	0
schlecht	0	0	0	0	0
keine Angabe	1	1	0	3	1

Tab. 5: Subgruppenanalyse zum Gesundheitszustand

Die Subgruppenanalyse zeigt, dass 7 der 15 Personen aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ einschätzten, Personen waren, die angaben „versorgt“ zu sein.

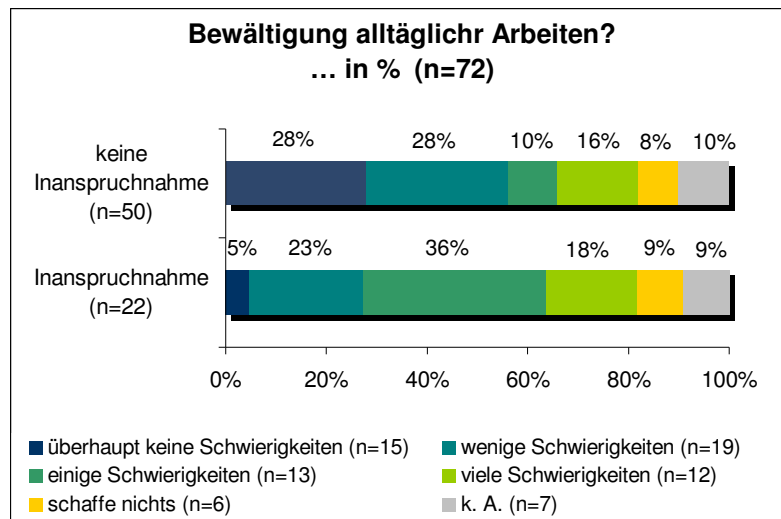


Abb. 2: Bewältigung alltäglicher Arbeiten

Ebenso wie bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes werden die Fähigkeiten zur Bewältigung der alltäglichen Arbeiten und Aufgaben innerhalb und außerhalb des Hauses wesentlich schlechter in der Gruppe „Inanspruchnahme“ bewertet als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“.

In der Gruppe „Inanspruchnahme“ geben 28 % (n=6) der 22 Befragten „überhaupt keine Schwierigkeiten“ (5 %/ n=1) und „wenige Schwierigkeiten“ (23 %/ n=5) an. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ sind dies hingegen 56 % (n=28) der in die Auswertung einbezogenen Personen. Die prozentualen Anteile sind jeweils zur Hälfte mit 28 % (n=14) auf die beiden Kriterien verteilt. Einige Schwierigkeiten bei der Durchführung der alltäglichen Arbeiten zu haben, gaben 26 % mehr Personen in der Hausbesuchsgruppe (36 %/ n=8) an als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ (10 %/ n=5). Wird nun der gegenläufige Pol der Skala betrachtet mit den Antwortmöglichkeiten „viele Schwierigkeiten“ und „schaffe nichts“, zeigt sich eine Annäherung zwischen den Gruppen. In der Hausbesuchsgruppe schätzten sich 27 % (n=6) der Personen so ein, in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 24 % (n=12) der Antwortenden.

Die Subgruppenanalyse zeigt auch hier, dass die Gruppe der Personen, die angeben „versorgt“ (n=8) zu sein, eher beeinträchtigt ist. Es geben 5 Personen an „viele Schwierigkeiten“, zu haben bei der Bewältigung des Alltags und zwei Personen „ich schaffe nichts“.

	<i>Inanspruchnahme</i>		<i>keine Inanspruchnahme</i>		
	<i>abgebrochen Senior</i>	<i>abgebrochen Interviewerin</i>	<i>versorgt</i>	<i>abgebrochen Senior</i>	<i>abgebrochen Interviewerin</i>
überhaupt keine				1	
wenige	1		1	1	
viele			5		
schaffe nichts			2		
keine Angabe	1	1		3	1

Tab. 6: Subgruppenanalyse Bewältigung alltäglicher Aufgaben

4.1.4 Gesundheitsförderliche Aktivitäten

Zur Annäherung an die Einstellungen der Senioren zu Gesundheitsförderung und Prävention wurden zwei offene Fragen gestellt. Eine der Fragen zielte darauf ab, das gegenwärtige gesundheitsförderliche Verhalten zu erkunden. Die Senioren wurden gefragt, was sie zurzeit tun, um fit zu bleiben, also für Ihre Gesundheit, und um Krankheit und Pflegebedürftigkeit so weit es geht zu vermeiden. Die zweite Frage, „Wie informieren sie sich?“, bezog sich auf das Informationsverhalten. Die Antworten zu beiden Fragen wurden für die Auswertung kategorisiert. Die Auswertung zu gesundheitsförderlichem Verhalten basieren auf „Bezugsgröße 2“ (vgl. Kap. 4).

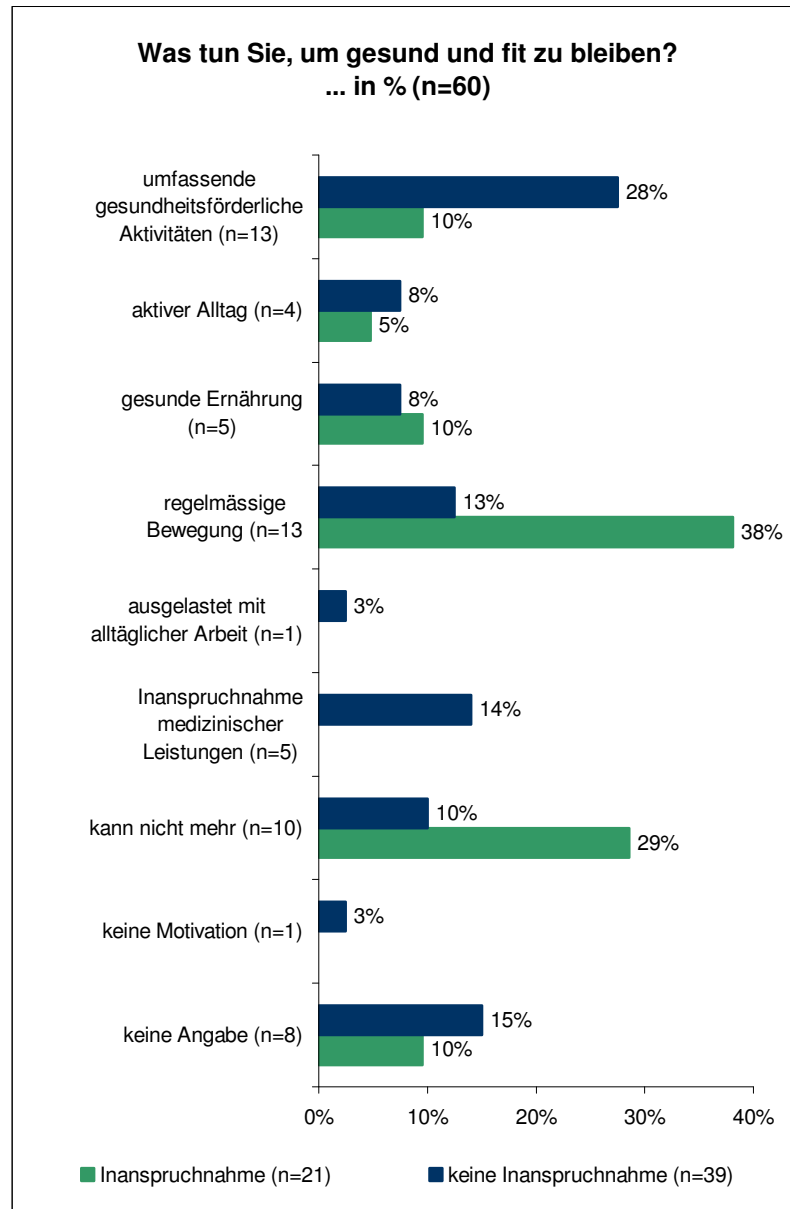


Abb. 3: Gesundheitsförderliche Aktivitäten

Zur Beschreibung der Ergebnisse werden zunächst die Einzelaktivitäten „regelmässige Bewegung“ und „gesunde Ernährung“ betrachtet. Hier fällt auf, dass diese Aktivitäten häufiger in der Gruppe „Inanspruchnahme“ als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“, genannt wurden. Geht der Blick nun zum Anfang der Abbildung drei, zu den Kategorien „umfassende gesundheitsförderliche Aktivitäten“, mit der drei und mehr von einer Person genannte gesundheitsförderliche Aktivitäten kategorisiert wurden, und „aktiver Alltag“, wird diese Aussage relativiert. Denn der prozentuale Anteil an Personen in diesen Kategorien ist weit häufiger in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Personen, deren Angaben mit den letztgenann-

ten Bezeichnungen kategorisiert wurden, lebten häufig sehr bewusst. Sie waren in Sportgruppen, achteten auf ihre Ernährung und schilderten teilweise ein ausgeprägtes ehrenamtliches Engagement. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder auf das soziale Netz hingewiesen, das sich durch die Wahrnehmung ehrenamtlicher Aufgaben ergibt und welches als Unterstützung erlebt wurde.

Darüber hinaus soll auf den großen Unterschied in den beiden Gruppen zur Kategorie „kann nicht mehr“ hingewiesen werden. Der prozentuale Anteil in der Gruppe „Inanspruchnahme“, der angab, keine gesundheitsförderlichen Aktivitäten mehr durchführen zu können, liegt bei 29 % (n=6) im Gegensatz zu 10 % (n=4) in der Vergleichsgruppe. Personen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden, schilderten z.B., dass sie froh seien, wenn sie ihren Alltag schafften. Eine Frau hat dies so ausgedrückt: *„Wissen Sie, am Abend zittern mir die Beine. Ich kann dann nicht mehr.“* Andere Personen gaben an, *„keine Kraft zu haben“* oder *„müde zu sein“*.

Ein weiterer Aspekt, der die Gruppen unterscheidet, ist, dass ausschließlich in der Gruppe, die keinen Hausbesuch wünscht, die „Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“ (14 %/ n=5) als Maßnahme zur Erhaltung der Gesundheit genannt wurde. Hier wurden die Einnahme von Medikamenten und die medizinische Behandlung als gesundheitsfördernde Aktivitäten benannt.

Zum Informationsverhalten gaben in beiden Gruppen 33 % der Personen konkrete Informationsmedien an („Inanspruchnahme“ n=7, „keine Inanspruchnahme“ n=13). Häufig genannt wurden die Apothekenumschau, Gesundheitssendungen im Fernsehen und die Informationszeitschriften der Krankenkasse. Der Anteil an Personen, die schilderten, sie würden sich informieren, aber keine konkreten Medien nannten, lag in der Hausbesuchsgruppe bei 38 % (n=8) und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ bei 54 % (n=21). In der Hausbesuchsgruppe gaben 14 % (n=3) der Personen an, sie hätten keine Kraft mehr sich zu informieren.

4.1.5 Zukuntorientierte Risikoeinschätzungen

Die Nutzung von präventiven Maßnahmen durch Individuen ist maßgeblich davon beeinflusst, ob Personen das Eintreten des zu vermeidenden Ereignisses für die eigene Person als möglich und bedrohlich sowie darüber hinaus als beeinflussbar durch die angebotene Maßnahme einschätzen.¹⁰

Die beiden offenen Fragen „Welche Sorgen haben Sie, wenn Sie an die Zukunft denken?“ und „Befassen Sie sich damit, dass Sie oder Ihr Partner pflegebedürftig werden könnten?“ zielten darauf, die Risikowahrnehmung im Hinblick auf das Eintreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu erkunden. Die Auswertungen basieren auf „Bezugsgröße 2“ (vgl. Kap. 4). Aus den offenen Fragen wurden nachfolgende sechs Kategorien generiert:

- „keine Sorgen“: viele Senioren äußerten spontan, sie hätten keine Sorgen. Dies sind zum großen Teil Senioren die sich a) sehr gut versorgt fühlen oder b) sehr fit und vital sind. Zusätzlich geht aus den Aufzeichnungen hervor, dass Senioren, die sich so äußerten, vielfach auch Bezug auf ihren christlichen Glauben nahmen. Beispielhaft für die Kategorie sind die Äußerungen: *„Ich habe gute Hilfe“*, *„Nein, jeder muss gehen“* oder *„Was nützen mir die Löcher im Käse von morgen“*.
- „versorgungsbezogene Unsicherheit“: Aussagen zu Sorgen bezüglich der Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wurden hier eingeordnet. Beispielhaft für diese Kategorie sind Äußerungen wie: *„Wie soll es mit mir weitergehen, ich bin doch allein. Die*

¹⁰ Vgl. Hafn, M. (2007): Grundlagen der systemischen Prävention. Carl Auer Verlag

Kontakte sind zufällig und nicht verlässlich“, „Ein Heim ist Horror für mich“, „Ich mach mir so meine Gedanken, habe diese grauen Tage. Wir haben zwar Kinder, aber die sind weit weg“ oder „Wo man später so landet“.

- „gesundheitliche Unsicherheit“: Dieser Kategorie wurden gesundheitsbezogene Äußerungen zugeordnet, häufig von chronisch kranken Personen oder Senioren mit funktionellen Einschränkungen, wie Gehbehinderungen. Äußerungen darüber hinaus, die notiert wurden, sind: *„dass man geistig fit bleibt“* oder *„Angst vor einem langen Kranklager und Bettlägerigkeit“*.
- „Schicksalsakzeptanz“: Senioren, die äußerten, sie würden „es so nehmen wie es kommt“. Bei den in diese Richtung antwortenden Senioren konnten zwei Tendenzen bezüglich dieser Äußerungen identifiziert werden. Einmal die Einstellung, dass wenn sich die Situation verschlechtere, schon eine Lösung gefunden werde. Zum anderen Senioren, die zum Ausdruck brachten, dass bestimmte „negative“ Ereignisse nicht beeinflussbar sind. Personen, die positiv ihr Schicksal akzeptierten, sagten zum Beispiel *„Ich habe immer frohen Mut“* oder *„Ich bin nicht ängstlich“*. Die resignative Schicksalsakzeptanz verdeutlicht folgende Aussage: *„Da ist nicht mehr viel zu machen, das ist das Alter. Meine vier Geschwister sind auch schon verstorben“*.
- „Lebensmüdigkeit“: Zwei Personen äußerten, sie wünschten, sie würden sterben. Konkret führten sie aus: *„Ich habe genug mitgemacht, ich will nicht mehr“* und *„Wir sind geflüchtet, heute kommt alles raus. Man merkt es in den Knochen.“*

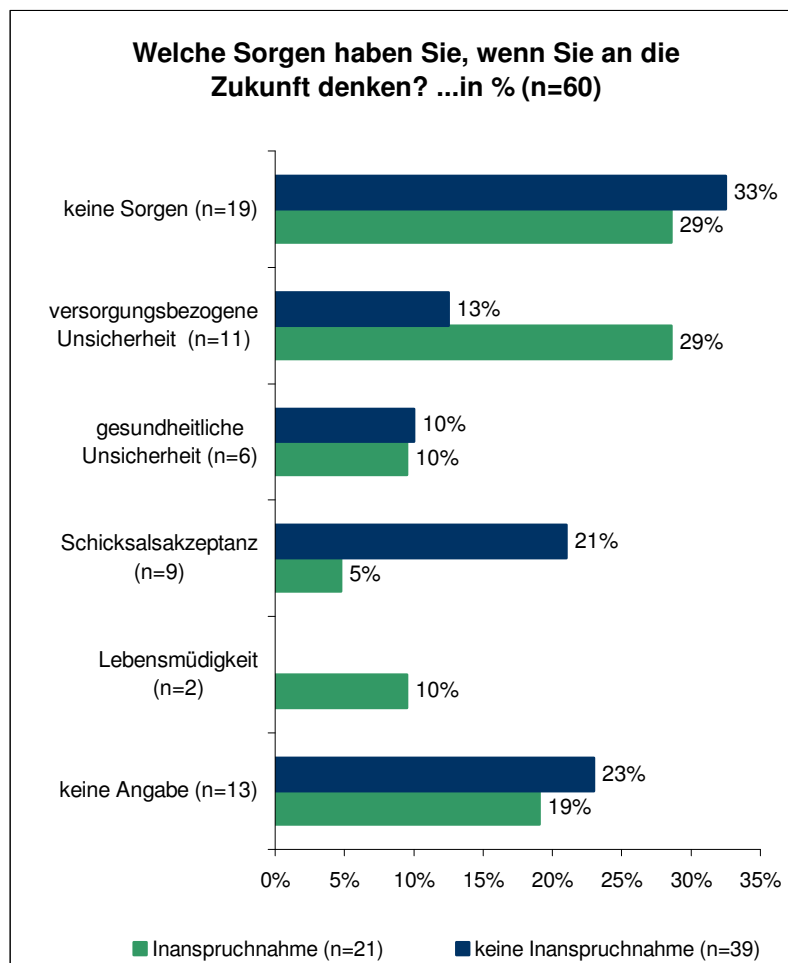


Abb. 4: Sorgen bezüglich der Zukunft

Keine Sorgen zu haben, gaben in der Gruppe „Inanspruchnahme“ 29 % (n=6) der Senioren an und bei den Senioren die keinen Hausbesuch wünschen 33 % (n=13). Unterschiede in den Gruppen bestehen im Hinblick auf den Anteil der Kategorien „versorgungsbezogene Unsicherheit“, „Schicksalsakzeptanz“ und „Lebensmüdigkeit“.

Der prozentuale Anteil an Personen, die versorgungsbezogene Ängste äußerten, ist in der Hausbesuchsgruppe 29 % (n=6) und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 13 % (n=5). In der Gruppe, die keinen Hausbesuch wünscht, sind hingegen anteilig mehr Personen, die das Schicksal akzeptieren. Die resignativen Äußerungen dieser Kategorie stammten ausschließlich aus der Gruppe „Inanspruchnahme“, ebenso wie die Personen aus der Kategorie „Lebensmüdigkeit“.

In beiden Gruppen ist der Anteil an Fehlwerten sehr hoch. Häufige Äußerungen der Interviewpartner waren zum Beispiel: „*Sie stellen vielleicht Fragen*“, „*Dazu kann ich so schnell nichts sagen*“ oder „*Muss ich denn dazu etwas sagen*“.

Die Frage des Leitfadens, mit der erkundet werden sollte, ob sich der Interviewte mit dem möglichen Eintreten von Pflegebedürftigkeit auseinander gesetzt hatte, wurde folgendermaßen beantwortet. In beiden Gruppen gaben über 50 % der Befragten an, sie hätten sich damit bereits beschäftigt. In der Gruppe „Inanspruchnahme“ haben 62 % (n=13) der Interviewpartner so geantwortet, in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 54 % (n=21) der Befragten. Sich noch nicht damit befasst zu haben gaben 33 % (n=13) der Senioren aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ und 10 % (n=2) der Gruppe „Inanspruchnahme“ an. In beiden Gruppen gab es bereits pflegebedürftige Personen. Der Anteil betrug in der Hausbesuchsgruppe 14 % (n=3) und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 5 % (n=2).

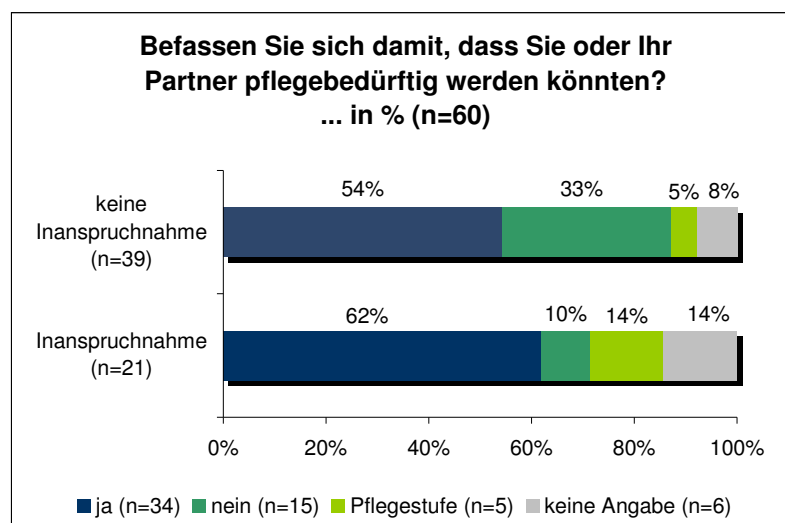


Abb. 5: Befassen mit möglicher künftiger Pflegebedürftigkeit

4.1.6 Soziale Ressourcen der Befragten

Ein weiterer Punkt, der mutmaßlich die Inanspruchnahme eines Beratungsangebotes zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit beeinflusst, besteht in den wahrgenommenen sozialen Ressourcen im eigenen Umfeld.

Diesen Aspekten wurde nachgegangen, indem die Einschätzung der Senioren hinsichtlich der allgemeinen Unterstützung durch ihre Kinder erfragt wurde sowie im Speziellen für den Fall des Eintretens von Pflegebedürftigkeit (Bezugsgröße 1, n=72). Darüber hinaus wurden die Senioren gebeten, Auskunft darüber zu geben, wie sie gegenwärtig Hilfe organisieren

(Bezugsgröße 3, n=54). Die Auswertungen beziehen sich auf unterschiedliche Bezugsgrößen, da die Fragen an unterschiedlichen Stellen des Leitfadens platziert waren.

Die Frage zur Unterstützung durch Kinder wurde nur Senioren gestellt, die angaben, Kinder zu haben. Hier gaben 80 % (n=16) der Interviewpartner aus Gruppe „Inanspruchnahme“ an, ihre Kinder würden sie unterstützen, in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ waren dies 88 % (n= 42) der Personen. Nur eine Person (5 %/ n=1) der Hausbesuchsgruppe gab an, ihre Kinder würden sie nicht unterstützen.

Die Frage zur Einschätzung, ob die Kinder/ Angehörigen die Pflege der Senioren übernehmen würden, verdeutlicht eindrucksvoll den Einfluss mutmaßlicher vorhandener Unterstützung durch diese Ressource auf die Inanspruchnahme des Angebotes Präventiver Hausbesuch. In der Gruppe „Inanspruchnahme“ gaben 15 % (n=3) der Personen diese Antwort, in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ hingegen 47 % (n=22). Darüber hinaus war der Anteil an Personen, die unsicher in ihrer Einschätzung waren und „ich weiß nicht“ angaben, in der Hausbesuchsgruppe um 16 % höher.

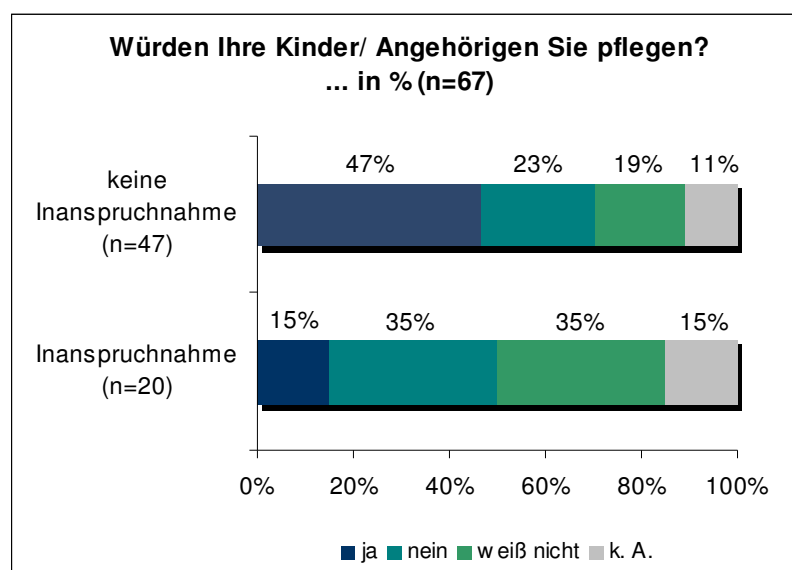


Abb. 6: Einschätzung zur Pflege durch Kinder

Werden die Kriterien „versorgungsbezogene Unsicherheit“ und die Antworten zur Einschätzung der Übernahme der Pflege durch die Kinder in Beziehung gesetzt, zeigt sich, dass keine der 11 Personen aus der Kategorie „versorgungsbezogene Unsicherheit“ die eigene Lage so einschätzt, dass ihre Kinder sie pflegen würden.

In den Gesprächen zur Unterstützung und zur Pflege durch Kinder wurde von den Senioren immer wieder die „Nähe“ oder „Ferne“ zu ihren Kindern sowie deren Berufstätigkeit thematisiert. Personen, die angaben, ihre Kinder „könnten sie nicht pflegen“ oder „sie möchten nicht von ihren Kindern gepflegt werden“, erläuterten meist im Nachsatz, diese seien berufstätig oder lebten weiter entfernt. Häufig wurde erwähnt, dass diese für Beratung und Gespräche zur Verfügung stünden, jedoch aufgrund der genannten Faktoren nicht pflegen könnten.

Darüber hinaus wurden in der Gruppe „Inanspruchnahme“ im Vergleich zur Gruppe „keine Inanspruchnahme“ mehr Anmerkungen der Interviewten protokolliert zu Ereignissen wie Heimatverlust durch Flucht im Krieg oder zum arbeitsbedingten Umzug in die Region. Diese zusätzlichen Informationen aus den Gesprächen lassen vermuten, dass mehr Personen aus der Gruppe „Inanspruchnahme“ im Vergleich zur Gruppe „keine Inanspruchnahme“ nicht in ihrem derzeitigen Wohnort oder dessen näherer Umgebung aufgewachsen sind.

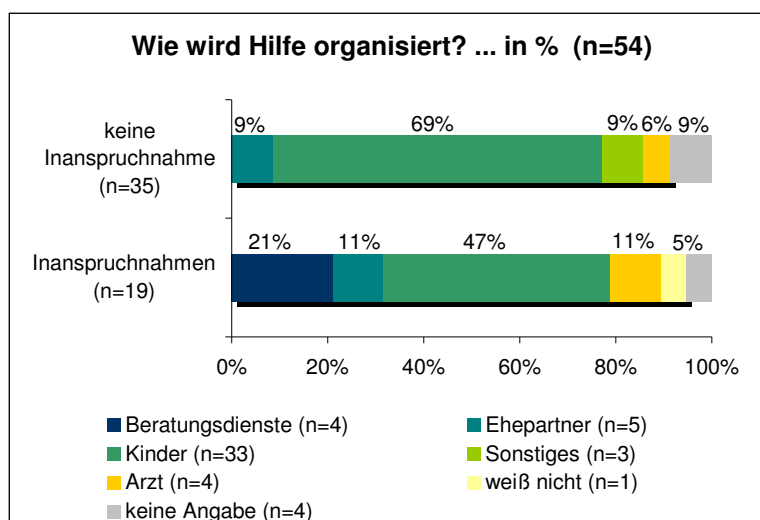


Abb. 7: Organisation von Hilfe

In Abbildung sieben sind die Angaben zur Frage dargestellt, wie gegenwärtig Hilfe organisiert wird. Es waren Mehrfachantworten auf diese Frage möglich. Im Diagramm dargestellt sind die ersten Ansprechpartner, die genannt wurden. Für die Mehrzahl der Senioren in beiden Gruppen sind die Kinder die ersten Ansprechpartner, wenn Hilfe benötigt wird („Inanspruchnahme“ 47 %/ n=9, „keine Inanspruchnahme“ 69 %/ n=24). Ebenso wie in den anderen Auswertungen zu den Ressourcen zeigt sich auch hier wieder ein Unterschied zu Gunsten der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Ausschließlich in der Hausbesuchsgruppe werden von 21 % (n=4) der Interviewten „Beratungsdienste“ als erster Ansprechpartner für die Organisation von Hilfe benannt. Alle vier Personen hatten bereits einen Hausbesuch erhalten.

An zweiter Stelle wird als Ansprechpartner für die Organisation von Hilfe in beiden Gruppen der Hausarzt am häufigsten benannt, in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ von 16 Personen (46 %) und in der Gruppe „Inanspruchnahme“ von 4 Personen (21 %). Der Einbezug von Beratungsdiensten wird von 5 Personen (14 %) der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ an zweiter Stelle genannt und von 2 Personen (11 %) der Gruppe „Inanspruchnahme“. Nachbarschaftshilfe und die Unterstützung durch einen Pflegedienst werden in der Gruppe ohne Interesse am Hausbesuch jeweils einmal an zweiter Stelle als mögliche Anlaufstellen genannt.

Ein weiterer Aspekt, der aus den zusätzlichen Notizen hervorgeht, ist, dass in der Gruppe „Inanspruchnahme“ spontan über mehr Hilfe von „außen“ berichtet wurde. In Zusammenhang mit der Frage der Bewältigung des Alltags erwähnten die Senioren Hilfen und Unterstützung, die sie gegenwärtig haben. In der Gruppe „Inanspruchnahme“ berichteten 7 Personen (31 %) von außerfamiliären Angeboten wie Haushaltshilfe, Besuchsdienst, die sie nutzen. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ waren dies 6 Personen (12 %).

4.1.7 Zusammenfassung Ergebnisse Befragungsteilnehmer

Die Ergebnisse der Auswertung zu den Befragungsteilnehmern zeigen, dass sich die Gruppen „Inanspruchnahme“ und „keine Inanspruchnahme“ in den erhobenen Eigenschaften mit Ausnahme der Geschlechterverteilung stark unterscheiden.

Die Gruppe, die einen Hausbesuch wünscht, schätzt sich hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und ihrer Fähigkeiten zur Bewältigung der alltäglichen Aufgaben sowie bezüglich der vorhandenen Ressourcen im Falle von Hilfebedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit schlechter ein als die Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Dies äußert sich zum einen darin, dass anteilig

weniger Senioren aus dieser Gruppe die Einschätzung haben, ihre Kinder/ Angehörigen würden sie, wenn dies notwendig wäre, pflegen („Inanspruchnahme“ 15 %/ n=3, „keine Inanspruchnahme“ 47 %, n=22). Zum anderen zeigt es sich in dem korrespondierenden Ergebnis eines höheren Anteils von Personen, die in der Hausbesuchsgruppe versorgungsbezogene Ängste äußern, wenn sie an die Zukunft denken („Inanspruchnahme“ 29 %/ n=6, „keine Inanspruchnahme“ 13 %/ n=5).

Neben den sozialen Ressourcen legt die Auswertung zur Frage der „Sorgen“ die Vermutung nahe, dass bei einem geringeren Anteil von Personen mentale Ressourcen in Form von Optimismus, Lebensfreude und dem Gefühl der Handhabbarkeit künftiger Situationen¹¹ so ausgeprägt sind, dass sie beruhigt in die Zukunft sehen.

Darüber hinaus besteht ein Unterschied in den Gruppen bei den Angaben zum „gesundheitsförderlichen Verhalten“. Die Senioren der Hausbesuchsgruppe nannten auf die Frage nach „gesundheitsförderlichen Aktivitäten“ in der Mehrzahl Einzelaktivitäten wie „gesunde Ernährung“ oder „regelmäßige Bewegung“. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ schilderte dagegen ein größerer Anteil von Personen „umfassende gesundheitsförderliche Aktivitäten“, d.h. es wurden drei oder mehr gesundheitsförderliche Aktivitäten benannt, die häufig ehrenamtliche Tätigkeiten mit einschlossen. Hervorzuheben ist, dass 33 % (n=7) der Interviewpartner der Gruppe „Inanspruchnahme“ angaben, „keine Kraft mehr“ für gesundheitsförderliche Aktivitäten zu haben („ausgelastet mit alltäglicher Arbeit“ und „kann nicht mehr“), in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ sind dies hingegen nur 10 % (n=4) der Antwortenden.

Über die bereits genannten Aspekte hinaus gibt die Befragung Hinweise darauf, dass in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ mehr Personen ein eher medizinisch geprägtes Verständnis von „Gesundheitserhaltung“ haben. Darauf deuten sowohl die Auswertung zu den „gesundheitsförderlichen Aktivitäten“ als auch die zur Organisation von Hilfe hin. Es wurden ausschließlich in dieser Gruppe medizinische Leistungen wie beispielsweise Medikamente oder Behandlungen als gesundheitsförderliche Aktivitäten benannt. Darüber hinaus ist in dieser Gruppe der Hausarzt häufiger erster Ansprechpartner für die Organisation von Hilfe. Hier zeigt sich eine Parallele zur Untersuchung von Dapp et al. (2007).¹² Auch hier gab es eine Gruppe unter den „Nichtteilnehmern“, die den Hausarzt als zentralen Ansprechpartner für die eigene Gesundheit betrachtete.

4.2 Wahrnehmung des Informationsschreibens zum Präventiven Hausbesuch

Um herauszufinden, wie das Informationsschreiben zum Präventiven Hausbesuch von den älteren Bürgern interpretiert worden ist, wurden den Senioren der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ zwei offene Fragen hierzu gestellt. Befragt wurden ausschließlich Senioren, die kein Interesse am Hausbesuch hatten, da für die Gruppe „Inanspruchnahme“ die Annahme bestand, dass die Ziele und Inhalte der vorbeugenden Einzelfallberatung zu Beginn jedes Gespräches erläutert werden. Eine Vermischung der Wahrnehmung aus beiden Informationsquellen sollte vermieden werden. Um darüber hinaus eine Beeinflussung der Antworten durch das Interview auszuschließen, wurden diese Fragen zu Beginn des Telefongesprächs gestellt.

Keine spontane Erinnerung an den Brief hatten 22 % (n=11) der befragten Senioren. Erst nach weiteren Erläuterungen zu dem Angebot erinnerten sich diese Senioren. 44 % (n=22)

¹¹ Der Begriff „Handhabbarkeit“ wird im Sinne des Kohärenzmodells von Antonovsky gebraucht. Er bezieht sich auf die wahrgenommenen Möglichkeiten des Eingreifens. Bei der Person muss die Einschätzung vorhanden sein, dass bei ihr selbst oder in der Umwelt genügend Ressourcen vorhanden sind, um mit herausfordernden Situationen umzugehen. Vgl. Antonovsky, A. (1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag

¹² Vgl. Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., v. Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: Z Gerontol Geriat, 40, 226-240

der Senioren nahmen das Angebot so wahr, dass es sich hier um eine Beratung für „Hilfe im Bedarfsfall“ handele. Die Senioren fügten Äußerungen hinzu wie: „Wenn man selber nicht mehr kann“ oder „Wenn man nicht mehr alleine weiter weiß“. Weitere 12 % (6) sehen die Hausbesuche als ein Informations- und Beratungsangebot zu Hilfen und Angeboten in der Region. Diese Äußerungen waren im Gegensatz zu der Kategorie „Hilfe im Bedarfsfall“ nicht in Verbindung mit funktionellen Einschränkungen. 4 % (n=2) der Senioren sahen die Beratung noch unspezifischer als „Beratung für Ältere“. Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die beiden anderen bereits genannten Kategorien ist, dass man sich mit allen möglichen Fragen an die Berater wenden kann. Weitere 4 % (n=2) der Befragten gaben Äußerungen von sich, die als „Kontrollerleben durch das Angebot“ kategorisiert wurden. Es handelt sich hier um zwei eingeschränkte Senioren, die Sorge äußerten, durch die Inanspruchnahme „bevormundet“ und „kontrolliert“ zu werden. Nur eine Person (2 %) nannte den vorbeugenden Aspekt der Einzelfallberatung.

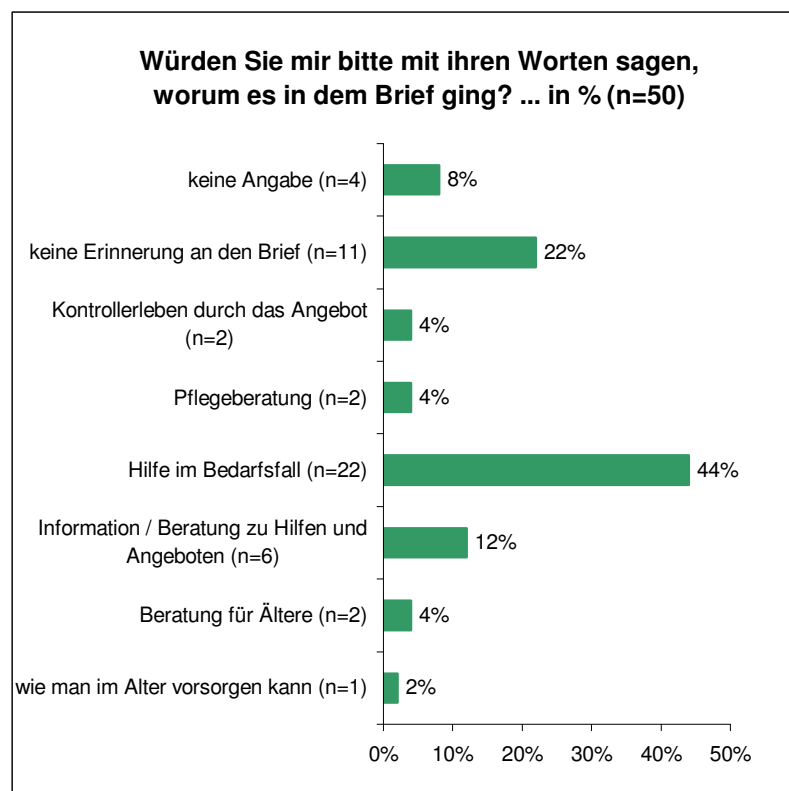


Abb. 8: Wahrnehmung des Briefes

Darüber hinaus wurde in den Interviews deutlich, dass das Angebot keine Identität hat. Weder die Senioren noch die Interviewerin konnten auf einen Namen Bezug nehmen. Das Angebot musste immer umschrieben werden. Dies erschwerte in den Interviews den Einstieg, da zunächst nicht klar war, welches Angebot bewertet werden sollte. Darüber hinaus gab eine Seniorin die Rückmeldung, dass „präventiver Hausbesuch“ nicht verstanden werde, da es nicht die Sprache der Senioren sei. Eine andere Äußerung ging in eine ähnliche Richtung, diese Seniorin sagte: „Die Leute nehmen, was sie kennen, und das kennen sie nicht.“

Auf die Frage, wer sich auf den Brief melden könne oder solle – gefragt wurden nur Personen mit Erinnerung an den Brief –, antworteten 62 % (n=24) der befragten Senioren, Zielgruppen die unter den Begriff „Hilfebedürftige“ subsumiert werden können. Jeweils 13 % (n=5) gaben an „alle Senioren“ und „Ältere ohne Unterstützung“ könnten sich melden. 3 % (n=5) sahen Personen, die ein konkretes Anliegen, also definierten Beratungsbedarf haben, als Zielgruppe.

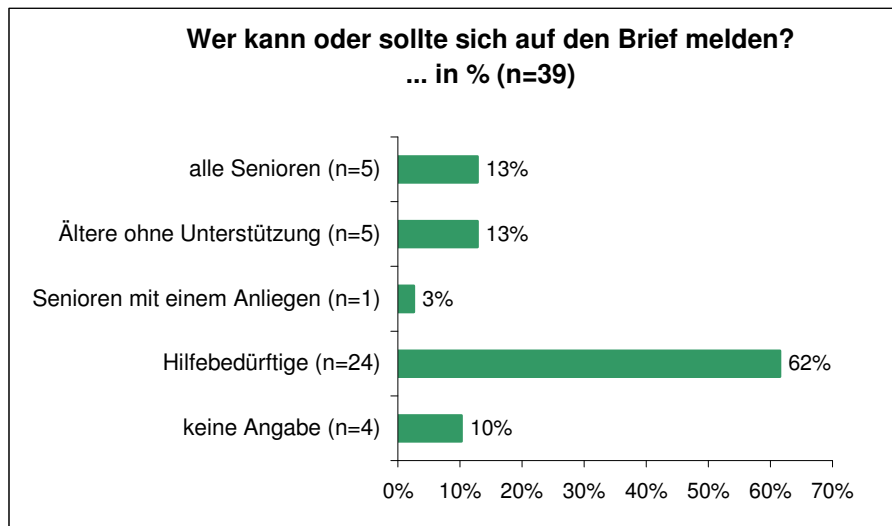


Abb. 9: Wahrgenommene Zielgruppe für das Angebot

4.2.1 Zusammenfassung Wahrnehmung des Angebotes

Festzuhalten ist, dass ein nicht unerheblicher Teil der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ (22 %/ n=11) sich an das Informationsschreiben bezüglich des Hausbesuches nicht spontan erinnerte. Zudem gab es keine klare Bezeichnung seitens der Interviewten für das Angebot. Häufig wurden Umschreibungen gewählt wie der „Brief vom Rathaus“ oder „da ging es um Hilfe für Ältere“. Zur Verbalisierung des Angebotes fehlte ein griffiger Name.

In den Äußerungen zur Wahrnehmung des Briefes wurde darüber hinaus deutlich, dass die vorbeugende Orientierung der Beratung von den Senioren kaum wahrgenommen wird. Die Hausbesuche werden mehrheitlich mit einer Beratung zu Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für beeinträchtigte Personen gleichgesetzt und weniger mit einer vorbeugenden Beratung für Senioren, die sich gesundheitlich und von ihren Alltagsfähigkeiten eher gut einschätzen. Nur 18 % der Senioren gaben eine diesbezügliche Antwort (Kategorien: „Information und Beratung zu Hilfen und Angeboten“, „Beratung für Ältere“, „Wie man im Alter vorsorgen kann“).

4.3 Gründe für die Inanspruchnahme/ Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes

Nach den Gründen für die Inanspruchnahme der Hausbesuche, bzw. diese nicht in Anspruch zu nehmen, wurde in beiden Gruppen gefragt (Auswertungsbasis bildet „Bezugsgröße 1“). Die jeweils vorgegebenen Antwortkategorien sind für die Gruppe „Inanspruchnahme“ und „keine Inanspruchnahme“ entsprechend der unterschiedlichen Ausgangslage konzipiert.

4.3.1 Gründe für die Inanspruchnahme des Angebotes

Die Mehrzahl der befragten Senioren in der Hausbesuchsgruppe (50 %/ n=11)) gab an, dass ein konkreter Informationsbedarf vorlag. Dieser bestand z.B. in einer Beratung „rund um das Thema Demenz“, Hilfe für Haus und Garten oder wenn „man Hilfe bräuchte“. 23 % (n=5) der Hausbesuchsgruppe nannten Neugierde als Motiv für die Inanspruchnahme. Eine Seniorin äußerte sich wie folgt: „In der Nachbarschaft sind schlimme Fälle passiert, die waren nicht vorbereitet“.

Zwei Personen (9 %) wurde das Angebot empfohlen. Einmal durch eine Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreises und ein weiteres Mal durch die Tochter. Eine Seniorin gab an, ihr Sohn hätte die Karte zurückgeschickt. Diese hatte den Hausbesuch auch wieder abgesagt.

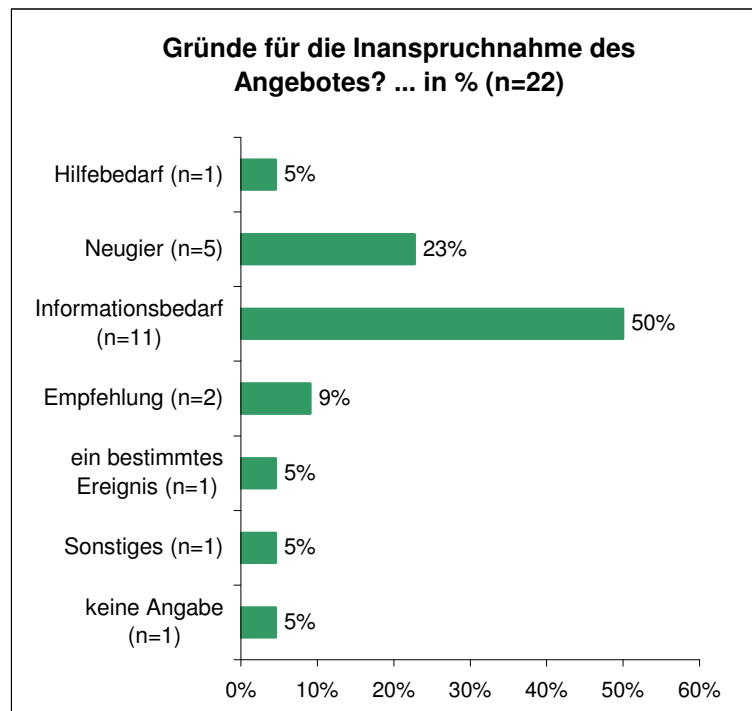


Abb. 10: Gründe für die Inanspruchnahme

Zur Frage, ob die Befragten sich vorstellen können, sich zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal beraten zu lassen, sagten 41 % (n=9) der Senioren „ja“, 14 % (n=3) der Senioren verneinten dies, bei 36 % (n=8) der Senioren hatte noch kein Hausbesuch statt gefunden. Jeweils eine Person (4,5 %) konnte sich nicht an den Hausbesuch erinnern und eine Person (4,5 %) hatte diesen wieder abgesagt.

Auf die Frage, in welcher Situation sie wieder eine Beratung in Anspruch nehmen würden, nannten die Interviewten entweder die Verschlechterung der eigenen Situation oder vermehrten Hilfebedarf.

Darüber hinaus wurden die Personen, bei denen bereits ein Hausbesuch stattgefunden hatte (54 %/ n=12), zum wahrgenommenen Nutzen des Angebotes befragt. Aus den Antworten der Senioren auf die offene Frage kristallisierten sich nachfolgende Aspekte zum Nutzen heraus. Die Interviewten nannten teilweise mehrere Aspekte in ihren Antworten:

- umfassende objektive Beratung zu Angeboten und Leistungen
- Anregung zum Nachdenken
- Ansprechpartner in der Kommune
- Sicherheitsgefühl durch bekannten Ansprechpartner
- Entlastung und Erleichterung durch Austausch

Zwei Personen (n=11) waren mit der Beratung nicht zufrieden. Eine Person, die bereits Pflegestufe eins hatte, sagte, die Beratung sei nicht so aufschlussreich gewesen, „*das hätten sie und ihre Kinder alles schon gewusst*“. Eine weitere Person äußerte sich dahingehend, dass der Hausbesuch keinen Nutzen für sie hatte, weil sie nur umfangreich beraten worden sei, sie aber jemand bräuchte, der ihr hilft.

4.3.2 Gründe, den vorbeugenden Hausbesuch nicht in Anspruch zu nehmen

Die häufigste Antwort auf die Frage nach dem Grund, weshalb die Senioren aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ keinen Hausbesuch wünschen, war, dass es ihnen gut gehe und sie keine Beratung bräuchten. Diese Antwort gaben 48 % (n=24) aus dieser Gruppe. In diesem Zusammenhang zählten die Senioren häufig Aktivitäten auf, die sie noch unternehmen bzw. durchführen, z.B. Golf spielen, für die Tochter und den Enkel kochen, einen großen Garten pflegen usw. Der zweithäufigste Grund war, dass es genügend Menschen gebe, mit denen sie sich besprechen könnten oder die sie bereits aktiv unterstützen (32 %/ n=16). Diese Antwort wurde häufig von Senioren gegeben, die schon etwas eingeschränkt waren. In den zusätzlich protokollierten Äußerungen finden sich folgende Beispiele: „*Ich habe eine Frau aus Polen, die für mich sorgt. Ich brauche auch jemand nachts. Ich bin sehr zufrieden.*“ oder „*Ich lebe bei meiner Tochter, die macht mir alles.*“

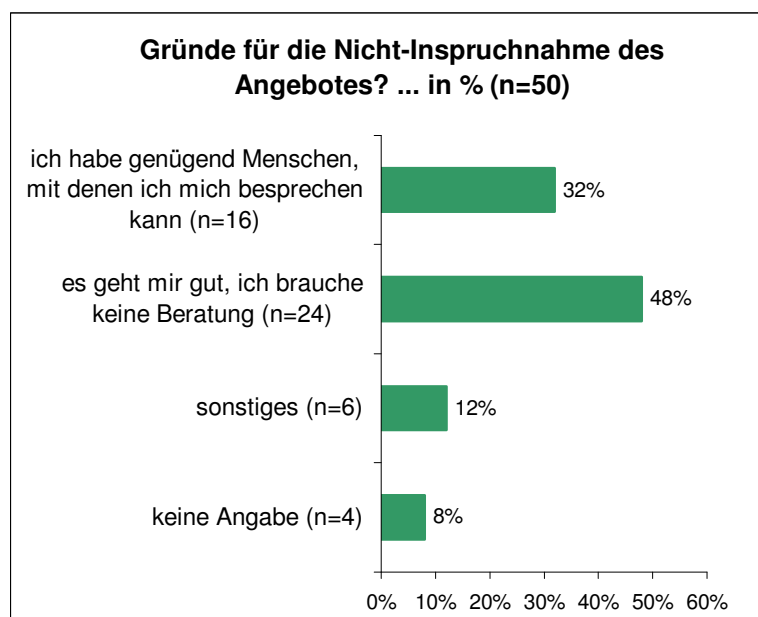


Abb. 11: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes

Die Kategorie „Sonstiges“ setzt sich aus zwei Personen zusammen, die den Brief nicht verstanden hatten. Eine Seniorin dachte, sie könne sich nicht beraten lassen, weil ihre „*Situation unbestimmt*“ sei, konkret ging es um ihre Überlegungen zu einem Wohnumfeldwechsel. Die Möglichkeit, dass durch die Beratung Klärung herbeigeführt werden könnte, zog sie nicht in Betracht. Die andere Person sagte: „*Wir verstehen das nicht, wenn wir Hilfe brauchen, nehmen wir, was wir kennen.*“ Zwei Personen äußerten sich dahingehend, dass sie nicht wüssten, wie sie von der Beratung profitieren sollten. Eine Person sagte, sie bräuchte Hilfe, hätte aber keinen Antrieb gehabt, sich zu melden. Eine weitere Person äußerte sich dahingehend, dass sie sich selbst helfen könne und gut organisiert sei. Diese Person hatte darüber hinaus ein großes Autonomiebedürfnis. Zwei der Personen aus dieser Kategorie („*Situation ungewiss*“ und „*ohne „Antrieb*““) fragten am Ende des Interviews, ob sie noch einen Hausbesuch in Anspruch nehmen könnten und wurden daraufhin weiter vermittelt.

Sich zu einem späteren Zeitpunkt beraten zu lassen, können sich aus der Gruppe, die kein Interesse am Hausbesuch hatte, 56 % (n=28) der Personen vorstellen. 34 % (n=12) schließen dies momentan aus, davon 10 % (n=5) der Personen, die angaben „*versorgt*“ zu sein. 8 % (n=5) der Personen machten keine Angabe und eine Person (2 %) gab „*ich weiß nicht*“ an.

Befragt dazu, in welcher Situation sie sich vorstellen können, die Einzelfallberatung in Anspruch zu nehmen, äußerten sich die Senioren beispielhaft wie folgt:

- „wenn ich Hilfe brauche“ oder „wenn ich um Hilfe bitten muss“
- „im Notfall“
- „wenn wir alleine nicht mehr zurecht kommen“ oder „wenn ich nicht mehr weiter weiß“
- „wenn die Familie nicht mehr da ist“

Zudem äußerten die Senioren, es sei wichtig, dass der Berater dann schon bekannt sei.

Darüber hinaus lassen die Äußerungen der Senioren zu ihren Fähigkeiten und Einstellungen vermuten, dass eine Teilmenge der eher gesunden und fitten Senioren eine bewusste Abgrenzung von hilfebedürftigen oder als nicht kompetent eingeschätzten Senioren lebt. In Anlehnung an die Untersuchungen von Minder et al. (2002) und Dapp et al. (2007) zu Eigenschaften von „Nichtteilnehmern“ sieht sich diese Gruppe als „zu gesund“ für die Inanspruchnahme eines Hausbesuches.¹³ Beispielhaft sind folgende Äußerungen: „Unsere Freunde sind alle mobil und möchten damit nichts zu tun haben. Wir gehen nirgendwo hin, wo alte Leute zusammenkommen“ oder „Mein Mann ist gerade auf dem Golfplatz, wir sind noch so aktiv. Eine solche Beratung brauchen wir nicht“.

In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ legen die Antworten der Senioren darüber hinaus nahe, dass Beratung und Hilfe von der Mehrzahl dieser Senioren nur dann in Anspruch genommen wird, wenn sie keine eigenen Ressourcen zur Bewältigung ihrer Situation mehr sehen. Aus den Antworten lässt sich schließen, dass dies zum einen die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten betrifft sowie zum anderen die ihrer Umgebung. Die Hintergründe dieser Haltung bei Senioren, die gleichzeitig von Beeinträchtigungen berichten, sind vielfältig. Eine Annäherung an die zugrunde liegenden Motive und Barrieren bietet nachfolgende Kategorisierung. Grundlage stellt die übergreifende Analyse aller in den Notizenfeldern protokollierten Informationen dar:

- Stolz auf die eigenen Fähigkeiten und Bewältigungsmuster

In diese Kategorie fallen Personen, die äußern, man könne sich selbst informieren, oder die aufzeigen, wie sie trotz ihrer Einschränkung ihren Alltag bewältigen, z.B.: „Ich mache die Dinge, so weit die Kräfte reichen, dann mache ich Pause. Ich muss nicht alles auf einmal machen“ oder „Wer rastet der rostet; wir stützen uns gegenseitig“.

- Experten in Sachen Gesundheit und Pflege

Etliche Senioren erzählten von ihren chronischen Krankheiten und den entwickelten zufrieden stellenden Bewältigungsmustern. Diese Senioren haben teilweise bereits Unterstützungsnetze aufgebaut, z.B. der Pflegedienst kommt ins Haus oder eine ausländische Haushaltshilfe ist rund um die Uhr vorhanden. Etliche der Interviewten wiesen zudem darauf hin, bereits Angehörige gepflegt zu haben und dadurch ausreichende Kenntnisse zur Organisation und Durchführung von Hilfe und Pflege zu haben.

- Skepsis gegenüber dem Nutzen

Hier werden Personen zugeordnet, die entweder keinen Nutzen in der Beratung sehen oder schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheits- und Sozialsystem gemacht haben. Beispielhaft sind folgende Äußerungen: „Was soll das bringen, da ist nichts mehr zu machen“, „Man wird von Pontius bis Pilatus geschickt und keiner hilft weiter“, „Mit Behörden insgesamt bin ich vorsichtig“ oder „Es schenkt einem keiner was“.

¹³ Vgl. Minder, C. E., Müller, T., Gillmann, G., Beck, J. C., Stuck, A. E. (2002): Subgroup of Refusers in a Disability Prevention Trial in older Adults: Baseline and Follow-Up Analysis. In: American Journal of Public Health, 92, 2, 445-450; Vgl. Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., v. Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: Z Gerontol Geriat, 40, 226-240

- Aufrechterhaltung des Alltags kostet alle Kraft

Eine Untergruppe der Interviewten schien so stark beeinträchtigt bzw. die Aufrechterhaltung des Alltags kostete so viel Kraft, dass die Inanspruchnahme einer Beratung zu anstrengend für sie erschien. In den Interviews schilderten diese Personen „Stürze“, „wackelige Beine“ am Ende des Tages oder, dass sie nach dem Einkaufen „fix und fertig“ seien.

4.3.3 Zusammenfassung Gründe für die Inanspruchnahme/

Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes

Die genannten Gründe für die Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes knüpfen an die bisherigen Ergebnisse der Befragung nahtlos an und präzisieren diese. Da die Antwortkategorien zur Frage von „Inanspruchnahme“ bzw. „Nicht-Inanspruchnahme“ unterschiedlich gewählt waren, können die Ergebnisse aus den beiden Gruppen zu dieser Frage nicht direkt verglichen werden.

Die Hälfte der Personen (50 %/ n=11), die einen Hausbesuch wünscht, hat „Informationsbedarf“ zu unterschiedlichen Anliegen. Neugier geben 23 % (n=5) dieser Gruppe an. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ gaben 48 % (n=24) der Befragten an „Es geht mir gut, ich brauche keine Beratung“ und 32 % (n=16) „Ich habe genügend Menschen, mit denen ich mich besprechen kann“. Die Gruppe der „Versorgten“ ist in dieser Auswertung noch beinhaltet. Mit „sonstiges“ (12 %/ n=6) wurden Antworten von beeinträchtigten Senioren kategorisiert, die entweder von Skepsis geprägt waren oder die den Sinn der Beratung nicht erfasst hatten. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ zeichnen sich aus den Antworten drei Subgruppen ab:

- Senioren, die ihre Situation als zu gut für eine Beratung einschätzen (48 %).
- Senioren, die sich so gut innerhalb ihres sozialen Netzes unterstützt fühlen, dass sie gegenwärtig und auch in Zukunft keine Unterstützung benötigen (8 %) = „versorgt“.
- Senioren mit Beeinträchtigungen, die Hilfe von außen erst dann annehmen, wenn sie den Eindruck haben, die persönlichen und familialen Ressourcen seien erschöpft.

Letztgenannte Gruppe wurde in der Auswertung noch einmal gesondert betrachtet, da sie mutmaßlich den größten Beratungsbedarf hat. Die identifizierten Motive und Barrieren zeigen die Heterogenität der Gruppe. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zur Frage, ob sich die Senioren vorstellen können, zu einem späteren Zeitpunkt erstmalig oder noch einmal die Beratung in Anspruch zu nehmen, gibt es in beiden Gruppen eine ähnliche Aussagetendenz. In beiden Gruppen wird dies in Verbindung gebracht mit einer Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes. Der Aspekt, dass eine vorbeugende Beratung die Potenziale des Einzelnen und des Umfeldes erhöht, wird nur von ganz wenigen Senioren gesehen.

4.4 Beratungsinhalte

Die Antworten zur Relevanz der Beratungsinhalte zeigt nachfolgende Tabelle sieben im Überblick mit Angabe der Häufigkeiten in beiden Gruppen. Auswertungsgrundlage für die Beratungsinhalte ist „Bezugsgröße 3“, Ausnahme sind die „zusätzlich eingefügten Themen: hier bildet „Bezugsgröße 4“ die Basis. Abweichungen zu 100 % ergeben sich durch Rundungen.

	Inanspruchnahme (n=19)				Keine Inanspruchnahme (n=35)			
	wichtig	kann, aber muss nicht	nicht notwendig	keine Angabe	wichtig	kann, aber muss nicht	nicht notwendig	keine Angabe
Information und Beratung								
Freizeitangebote	42 % (8)	11% (2)	37 % (7)	11 % (2)	20 % (7)	6 % (2)	69 % (24)	6 % (2)
Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit	53 % (10)	11 % (2)	26 % (5)	11 % (2)	26 % (9)	14 % (5)	57 % (20)	3 % (1)
Umgang mit Erkrankungen	21 % (4)	21 % (4)	47 % (9)	11 % (2)	26 % (9)	14 % (5)	57 % (20)	3 % (1)
Sturzprävention	63 % (12)	0 %	26 % (5)	11 % (2)	29 % (10)	9 % (3)	51 % (21)	3 % (1)
Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten	68 % (13)	11 % (2)	11 % (2)	11 % (2)	40 % (13)	6 % (2)	51 % (18)	3 % (1)
Wohnraumanpassung/ Wohnumfeldwechsel	68 % (13)	0 %	21 % (4)	11 % (2)	37 % (7)	0 % (7)	60 % (7)	3 % (1)
Gesetzliche Leistungen im Falle von Pflegebedürftigkeit	62 % (12)	5 % (1)	21 % (4)	11 % (2)	51 % (18)	0 %	46 % (16)	3 % (1)
Unterstützung								
bei der Auswahl und Organisation von Hilfen	58 % (11)	0 %	21 % (4)	21 % (4)	60 % (21)	0 %	37 % (13)	3 % (1)
beim Ausfüllen von Formularen	53 % (10)	5 % (1)	21 % (4)	21 % (4)	40 % (14)	11 % (4)	46 % (16)	3 % (1)
bei der Organisation der Pflege eines Angehörigen	42 % (8)	0 %	37 % (7)	21 % (4)	43 % (15)	0 %	49 % (17)	9 % (3)
... mit jemand überlegen, wie es weitergehen könnte, wenn es einmal nicht mehr so gut geht	79 % (15)	0 %	5 % (1)	16 % (3)	34 % (12)	9 % (3)	51 % (18)	6 % (2)
Zusätzlich eingefügte Themen								
Bezugsgröße 4 (n=44): Inanspruchnahme (n=18), keine Inanspruchnahme (n=26)								
altersgerechte Ernährung	28 % (5)	17 % (3)	17 % (3)	39 % (7)	23 % (6)	12 % (3)	50 % (13)	15 % (4)
altersangepasste Bewegung	28 % (5)	17 % (3)	11 % (3)	44 % (8)	23 % (6)	0 %	62 % (16)	15 % (4)
Impfschutz	22 % (4)	11 % (2)	22 % (4)	44 % (8)	27 % (7)	0 %	58 % (15)	15 % (4)
Förderung und Erhaltung der Blasenkontrolle	33 % (6)	0 %	22 % (4)	44 % (8)	43 % (11)	8 % (2)	35 % (9)	15 % (4)
Blutdruckmessung	17 % (3)	6 % (1)	33 % (6)	44 % (8)	19 % (5)	12 % (3)	54 % (14)	15 % (4)

Tab. 7: Beratungsinhalte

Im Themenblock „Information und Beratung“ wurde darüber hinaus die Relevanz des Beratungsinhaltes „Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“ für die eigene Person erfragt. Abbildung zwölf zeigt das Ergebnis zur Einschätzung in beiden Gruppen.

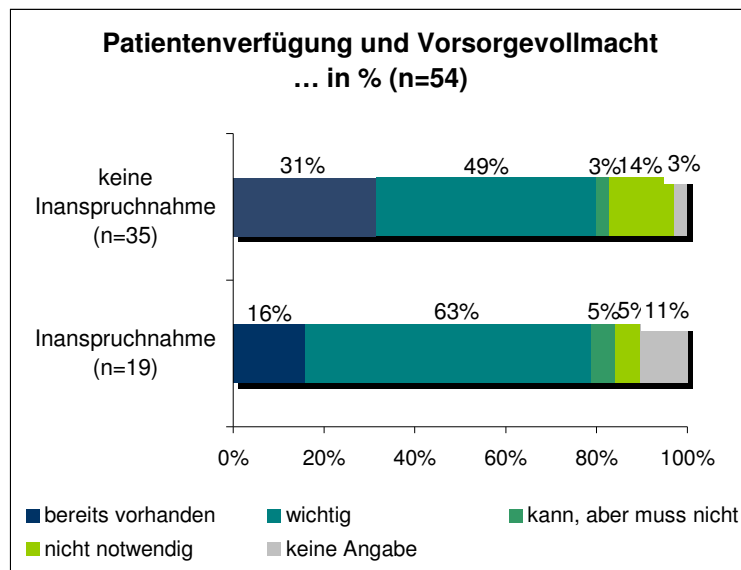


Abb. 12: Einschätzung der Relevanz des Beratungsinhaltes Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht

Die Ergebnisse zur Einschätzung der Beratungsinhalte zeigen zum einen eine klare Priorisierung der Inhalte aus Sicht der Befragten, zum anderen deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Relevanz für die eigene Person in den beiden Gruppen.

Der Inhalt „Information und Beratung zu Freizeitangeboten“ wird von den Personen beider Gruppen im Vergleich zu den anderen Beratungsinhalten weniger häufig als „wichtig“ eingeschätzt. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ gaben 20 % (n=7) der Befragten an, dies sei ein wichtiges Thema, in der Gruppe „Inanspruchnahme“ 42 % (n=8) der Interviewten. In den Gesprächen entstand der Eindruck, dass viele Senioren entweder lang bewährte soziale Kreise haben, z.B. Singkreis/ Chor, Karten spielen, in der Kirchengemeinde oder wie es einige nannten „einen Kreis, in dem man sich trifft“ oder auch früher keinen Aktivitäten dieser Art nachgingen. Etliche Gesprächspartner fühlten sich auch für „Freizeitangebote für Senioren“ zu jung. Darüber hinaus gab es eine Anzahl von Senioren, die angaben, sie hätten keine Energie oder keine Kraft mehr für Freizeitaktivitäten.

Die Themen „Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit“ und „Sturzprävention“ haben in der Gruppe „Inanspruchnahme“ eine deutlich höhere Relevanz als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. In Verbindung mit den Auswertungen zum „Gesundheitszustand“ und zur „Bewältigung alltäglicher Aufgaben“ erscheint dies folgerichtig. Darüber hinaus entstand in den Interviews aber auch der Eindruck, dass die anteilig weniger häufige Nennung dieser Inhalte in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ nicht nur auf der besseren Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung beruht, sondern auch teilweise in dieser Gruppe weniger Problembewusstsein vorhanden ist. Das erwähnen und bagatellisieren von z.B. Fahrradstürzen, einem Armbruch durch „Stolpern“ oder die Aussage „Man weiß ja, was man zu machen hat, dass man nicht fällt“ können so interpretiert werden.

Die Beratungsinhalte „Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten“, „Wohnraumanpassung/ Wohnumfeldwechsel“ und „gesetzliche Leistungen im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“ werden in beiden Gruppen von einer großen Anzahl von Senioren als relevant für die eigenen Person eingeschätzt (vgl. Tabelle 8). Die Gruppe „Inanspruchnahme“ hat auch hier wieder einen höheren Bedarf als die Gruppe „keine Inanspruchnahme“.

Das Thema „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ hat in beiden Gruppen eine hohe Relevanz für die Senioren. Die prozentualen Häufigkeiten können Abbildung zwölf entnommen werden.

Die Ergebnisse zu den Inhalten des Themenblockes „Unterstützung“ knüpfen an die hohen Bedarfe hinsichtlich der Beratungsinhalte rund um das Thema „Hilfen und Unterstützung“ des Themenblockes „Information und Beratung“ an. Mit Ausnahme des Inhaltes „mit jemand gemeinsam überlegen, wie es weitergehen könnte, wenn es einmal nicht mehr so gut geht“ gleichen sich nun die prozentualen Nennungen von „wichtig“ für die eigene Person in beiden Gruppen an. Letztgenannter Punkt hat für die Gruppe „Inanspruchnahme“ mit 79 % (n=15) von allen Beratungsinhalten die höchste Priorität. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ ist dies für 34 % (n=12) der Personen „wichtig“. Darüber hinaus wurden zu den Inhalten dieses Themenblockes in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ zwei unterschiedliche Aussagetendenzen wahrgenommen. Einerseits äußerten Angehörige, die bereits „gepflegt“ haben, wie schwierig die anfängliche Phase der Organisation sei. Eine Tochter formulierte dies so: *„Am Anfang mussten wir ganz viel mit meiner Mutter sprechen, es ging nur in kleinen Schritten. Bis wir alles hatten, was sie brauchte, das dauerte. Wir mussten uns überall durchfragen. Jetzt ist alles gut organisiert.“* Die andere Antworttendenz war dahingehend, dass man Skepsis äußerte, welchen Mehrwert eine Beratung in dieser Situation bringen könne. Eine Frau, die im Gespräch erzählt hatte, ihr Mann käme fast nicht mehr aus der Badewanne, sagte *„Wenn ich etwas brauche wie einen Badewannenlifter, dann besorge ich mir das selbst“*. Ein Mann mit einer an Demenz erkrankten Ehefrau äußerte sich folgendermaßen: *„Was soll man machen, man gewöhnt sich daran. Die können einem das auch nicht abnehmen“*.

Die zusätzlich eingefügten Fragen „altersgerechte Ernährung“, „altersangepasste Bewegung“, „Impfschutz“, „Förderung und Erhaltung der Blasenkontrolle“ und „Bluthochdruck“ werden in beiden Gruppen anteilig weniger „wichtig“ für die eigene Person eingestuft als die bisherigen Inhalte. Die Inhalte „Bewegung“, „Ernährung“ und „Impfschutz“ schätzten ca. ein Viertel der Senioren in beiden Gruppen als „wichtig“ ein. Das Thema „Erhaltung und Förderung der Blasenkontrolle“ stuften in der Hausbesuchsgruppe 33 % (n=6) der Antwortenden und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ sogar 43 % (n=11) als „wichtig“ ein. Die hohen Fehlwerte, insbesondere in der Hausbesuchsgruppe, zeigen, dass die Befragten bei dieser Fragenreihe an der Grenze ihrer Aufmerksamkeitsspanne waren.

4.4.1 Alternative präventive Angebote

Um auszuloten, ob ein Interesse an alternativen präventiven Angeboten besteht, wurden nach den ersten Interviews die Fragen zur möglichen Inanspruchnahme von „Gruppenveranstaltungen/ -angeboten“ und „einem selbst auszufüllenden Fragebogen“ in den Leitfaden eingefügt (vgl. Kap. 3.2).

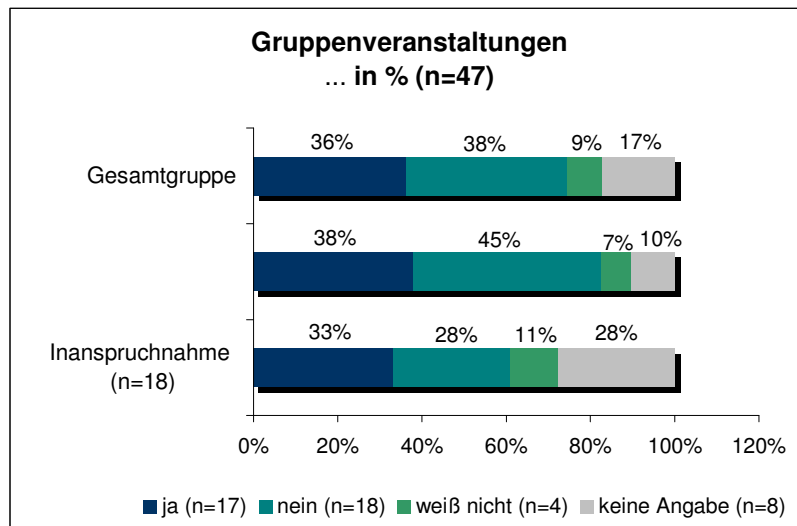


Abb. 13: Einschätzung der Inanspruchnahme von Gruppenveranstaltungen

Die Fragen zur Inanspruchnahme der Alternativangebote „Gruppenveranstaltungen“ und „Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation“ wird von einem Drittel der Senioren bejaht. Einschränkend zu den Gruppenveranstaltungen fügten Senioren hinzu, wenn es hier im Ort wäre oder es käme auf das Thema an.

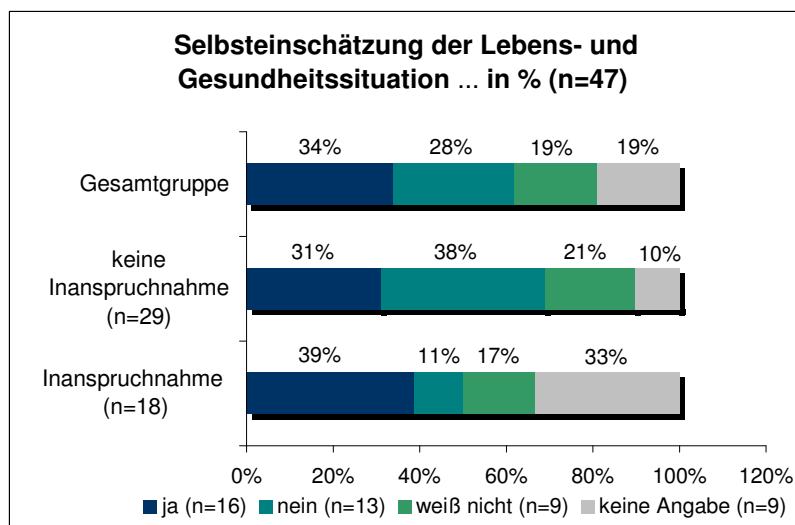


Abb. 14: Einschätzung zur Inanspruchnahme eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation

Darüber hinaus würden 54 % aller Befragten, 51 % (n=13) der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ und 58 % (n=10) der Senioren, die einen Hausbesuch wünschen, ein allgemeines Informationsschreiben zu Senioren-Angelegenheiten der Kommune befürworten.

4.4.2 Zusammenfassung Beratungsinhalte

Werden die Themenblöcke betrachtet, kann festgestellt werden, dass die Gruppe „Inanspruchnahme“ insgesamt einen höheren Beratungsbedarf hat als die Gruppe „keine Inanspruchnahme“.

Insbesondere die „Information und Beratung“ zu Inhalten, die mutmaßlich aus der Erfahrung der Interviewten entweder ein starkes Risiko für Pflegebedürftigkeit darstellen (z.B. Stürze) oder positiv belegt sind mit dem Verbleib in den eigenen vier Wänden (z.B. „Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten“), wurden in der Gruppe „Inanspruchnahme“ im Vergleich zur Gruppe „keine Inanspruchnahme“ von mehr Personen als „wichtig“ für die eigene Person eingeschätzt. Trotz einer geringeren Nennung der Antwortoption „wichtig“ im Themenblock „Information und Beratung“ in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ ist festzuhalten, dass mit Ausnahme des Inhaltes „Freizeitangebote“ auch in dieser Gruppe mindestens ein Viertel der Interviewten die genannten Themen für „wichtig“ hält. In beiden Gruppen wurden die Inhalte, die in engem Zusammenhang mit Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten („Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten“, „Wohnraumanpassung, Wohnumfeldwechsel“ und „gesetzliche Leistungen im Falle von Pflegebedürftigkeit“) stehen, am häufigsten als „wichtig“ benannt.

Die Auswertung des Themenblocks „Unterstützung“ knüpft an diese Ergebnisse an. Er zeigt, dass das Vorhandensein einer Unterstützung und Anlaufstelle, die Aufgaben im Sinne des Case Management wahrnimmt, in beiden Gruppen von ca. 50 % der Interviewten als notwendig empfunden wird. Hier gleichen sich die prozentualen Angaben der Nennungen „wichtig“ in den Gruppen an. Ausnahme bildet der Punkt „gemeinsames Überlegen, wie es weitergehen könnte, wenn es einmal nicht mehr so gut geht“, hier hat die Gruppe „Inanspruchnahme“ sehr viel höheren Bedarf („keine Inanspruchnahme“ 79 %/ n=15, „Inanspruchnahme“ 34 %/ n=12).

Ebenso erhalten die Inhalte des Themenblocks „zusätzlich eingefügte Themen“ mit stärkerer präventiver Orientierung in beiden Gruppen annähernd die gleiche Zustimmung. Dies bedeutet für die Gruppe „Inanspruchnahme“, dass sie von einem geringeren Anteil an Personen als „wichtig“ benannt werden als die bereits genannten Inhalte. In der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ ist das Interesse hingegen ähnlich hoch wie bei den Themen aus dem Block „Information und Beratung“.

Die Bemerkungen der Senioren in Zusammenhang mit der Fragenreihe Beratungsinhalte lassen darüber hinaus vermuten, dass die Inhalte der Hausbesuche in den Informationsschreiben zu unkonkret sind. Es wurde immer wieder Überraschung bezüglich des Themenspektrums geäußert.

Darüber hinaus äußerten ca. 30 % der Befragten, sie nähmen Alternativangebote wie Gruppenangebote und -veranstaltungen sowie den Fragebogen zur Einschätzung der Gesundheits- und Lebenssituation in Anspruch. 54 % aller Befragten würden ein allgemeines Informationsschreiben zu Senioren-Angelegenheiten in der Kommune begrüßen.

4.5 Einschätzung der strukturellen Merkmale der Hausbesuche

Der letzte Abschnitt der Ergebnisdarstellung des Berichtes zeigt die Antworten auf die im Interview gestellten Fragen zu den strukturellen Merkmalen der Präventiven Hausbesuche.

Die Auswertungen zu diesem Fragenkomplex werden vergleichend, aber auch für die Gesamtgruppe dargestellt. Auswertungsgrundlage stellen alle Senioren, die das Interview komplett durchlaufen haben, dar (Bezugsgröße 3).

4.5.1 Informationsweg, Ort der Beratung, Träger des Angebotes, Zielgruppe und Dauer der Beratung

Die Auswertungen zu diesen Fragen werden im Überblick in Tabelle acht dargestellt. In der Gesamtgruppe der Befragten finden sowohl die Information zum Präventiven Hausbesuch durch die Senioren-Service-Stelle des Rathauses als auch der Ort der Beratung – das Zuhause des Seniors – mit 80 % eine sehr hohe Zustimmung. Das Zuhause des Seniors als Ort der Beratung wird dabei von der Gruppe „Inanspruchnahme“ mit 90 % noch etwas mehr befürwortet als in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Hier gaben 73 % der Befragten das eigene Heim als bevorzugten Ort der Beratung an. Die Senioren sehen einen großen Vorteil gegenüber einer Beratung in der Beratungsstelle darin, dass im Hausbesuch die Lebensumstände (Wohnung/ Haus und Partner/ Kinder) in die Beratung mit einbezogen werden können.

	<i>Inanspruchnahme (n=19)</i>	<i>keine Inanspruchnahme (n=35)</i>	<i>Gesamtgruppe (n=54)</i>
Information zum Angebot durch			
Rathaus	79 % (15)	80 % (28)	80 % (43)
Arzt	0 %	0 %	0 %
egal	11 % (2)	0 %	4 % (2)
örtliche Anbieter	0 %	3 % (1)	2 % (1)
weiß nicht	0 %	14 % (5)	9 % (5)
keine Angabe	11 % (2)	3 % (1)	6 % (3)
Ort der Beratung			
zu Hause	90 % (17)	73 % (26)	80 % (43)
beim Arzt	0 %	3 % (1)	2 % (1)
Beratungsstelle	0 %	6 % (2)	4 % (2)
sollte wählen	5 % (1)	9 % (3)	7 % (4)
weiß nicht	0 %	3 % (1)	2 % (1)
keine Angabe	5 % (1)	6 % (2)	6 % (3)
Träger der Hausbesuche			
Ärzte	0 %	3 % (1)	2 % (1)
Krankenkassen	0 %	3 % (1)	2 % (1)
Gemeinde	74 % (14)	46 % (16)	56 % (30)
örtliche Anbieter	0 %	6 % (2)	4 % (2)
egal	10 % (2)	14 % (5)	13 % (7)
weiß nicht	5 % (1)	19 % (7)	15 % (8)
keine Angabe	11 % (2)	9 % (3)	9 % (5)
Zielgruppe			
ab 60 Jahren	5 % (1)	6 % (2)	6 % (3)
ab 65 Jahren	5 % (1)	3 % (1)	4 % (2)
ab 70 Jahren	21 % (4)	17 % (6)	19 % (10)
ab 75 Jahren	37 % (7)	46 % (16)	43 % (23)
ab 80 Jahren	11 % (2)	9 % (3)	9 % (5)
weiß nicht	11 % (2)	17 % (6)	15 % (8)
keine Angabe	11 % (2)	3 % (1)	6 % (3)
Dauer der Hausbesuche			
< 1 Stunde	0 %	11 % (4)	7 % (4)
1 Stunde	32 % (6)	46 % (16)	41 % (22)
> 1 Stunde	16 % (3)	3 % (1)	7 % (4)
so lange wie nötig	21 % (4)	11 % (4)	15 % (8)
weiß nicht	11 % (2)	23 % (8)	19 % (10)
keine Angabe	21 % (4)	6 % (2)	11 % (6)

Tabelle 8: Informationsweg, Ort der Beratung, Träger des Angebotes, Zielgruppe und Dauer der Beratung

Die Frage, ob der Hausarzt über das Angebot informieren solle, verneinten die Senioren mit dem Hinweis auf dessen Arbeitslast und den Zeitmangel der Ärzte.

Befragt danach, ab welchem Alter vorbeugende Hausbesuche angeboten werden sollten, nannten 29 % (n=15) der Gesamtgruppe die Altersspanne von 60 bis 70 Jahren. Dem gegenwärtigen Selektionskriterium für die Informationsschreiben von 75 Jahren und älter stimmten 43 % (n=23) aller Befragten zu, in der Gruppe „Inanspruchnahme“ 37 % (n=7) und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 46 % (n=16). Das Angebot Personen ab 80 Jahren zu unterbreiten, dafür entschieden sich 9 % (n=5) der Gesamtgruppe.

Zur gewünschten Dauer der Hausbesuche gaben 41 % (n=22) der Senioren an, ca. eine Stunde wäre das richtige Maß. In der Hausbesuchsgruppe waren dies 32 % (n=6) und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 46 % (n=16) der Personen. Der Anteil der Antworthäufigkeiten zur Antwort „so lange wie nötig“ ist in der Gruppe „Inanspruchnahme“ 21 % (n=4) und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 11 % (n=4). Jeweils 7 % (n=4) aller Befragten gaben an, „kürzer als eine Stunde“ bzw. „länger als eine Stunde“ wäre angebracht. In der Hausbesuchsgruppe nannten die Interviewten eher „länger als eine Stunde“ (Inanspruchnahme: 16 %/ n=3, keine Inanspruchnahme: 3 %/ n=1), in der Gruppe ohne Interesse am Hausbesuch eher die kürzere Zeit (Inanspruchnahme: 0 %, keine Inanspruchnahme 11 %/ n=4).

4.5.2 Kontaktgestaltung

Sowohl im Kreis als auch in den Kommunen wurde kontrovers diskutiert, wie häufig das Angebot den Senioren unterbreitet werden solle. Darauf Bezug nehmend wurde die Frage gestellt „Wenn Sie jedes Jahr einen Brief von der Senioren-Service-Stelle des Rathauses erhalten, der Sie über die vorbeugende Einzelfallberatung informiert, dann a) finden Sie das gut, denn sie werden an das Angebot erinnert; b) fühlen Sie sich belästigt, denn sie kennen das Angebot schon.“

In beiden Gruppen findet die jährliche Erinnerung an das Angebot durch die Kommune große Zustimmung 87 %/ n=47). In der Gruppe „Inanspruchnahme“ befürworten die jährliche Erinnerung 79 % (n=15) der Befragten und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 91 % (n=31). Beispielhaft verdeutlichen folgende Aussagen die Zustimmung: „Vor zwei Jahren habe ich „nein“ angekreuzt, doch jetzt bin ich deutlich eingeschränkter. Jetzt war ich froh, als der Brief noch einmal kam“ oder „Ja, dass man daran erinnert wird“.

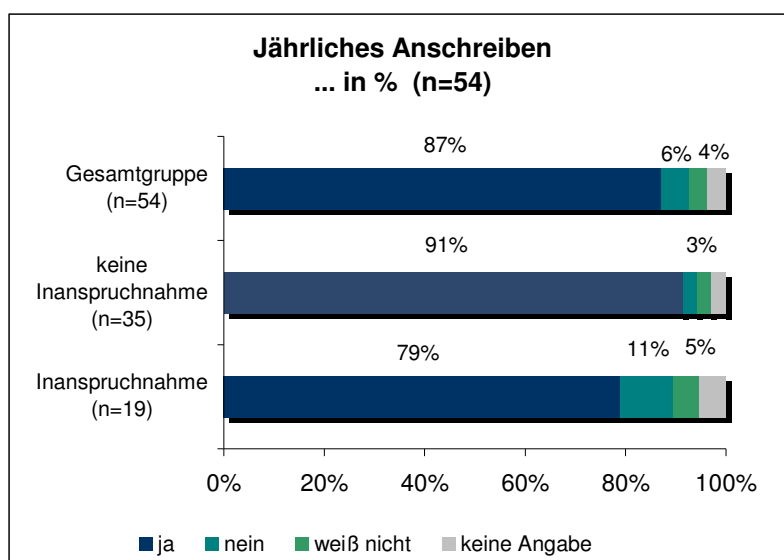


Abb. 15: Jährliches Anschreiben gewünscht

Bei der Frage, wie der Kontakt mit dem Berater gehalten werden sollte, nachdem einmal eine Beratung erfolgt ist, wählten 59 % (n=32) der Senioren die Option, der Berater solle sich „aktiv wieder melden“. 20 % (n=11) der Befragten gaben an, sie würden sich melden, wenn sie wieder ein Beratungsanliegen hätten. 9 % (n=5) der Interviewten nannten spontan die im Fragebogen nicht vorgesehene Antwort, beides solle möglich sein.

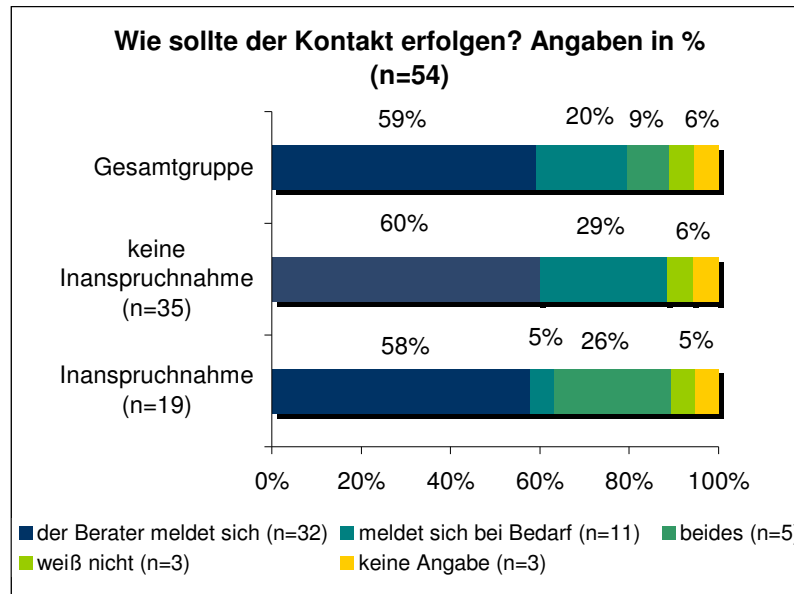


Abb. 16: Kontaktpflege

Auf die Frage, weshalb sie das aktive Zugehen des Berater auf die Senioren gut fänden, antworteten Senioren beispielhaft wie folgt: „Der Senior kann dann immer noch entscheiden, ob er eine Beratung möchte“, oder „Der Senior meldet sich vielleicht nicht, weil er Hemmungen hat“. Eine Seniorin gab folgende Begründung: „Man meldet sich nicht, weil man wartet, bis es nicht mehr anders geht. Dann ist es vielleicht zu spät“.

Zur Gestaltung der Kontakthäufigkeit durch den Berater wurden nur Personen befragt, die geantwortet hatten, der Berater möge sich melden. Die Mehrzahl der Befragten gab an, sie empfänden einmal im Jahr als angemessen (51 %/ n=22). Zweimal im Jahr würden dies 21 % (n=9) begrüßen und dreimal im Jahr 7 % (n=3). Der prozentuale Anteil auf die Antwortoptionen ist in beiden Gruppen nahezu gleich. Eine Person der Hausbesuchsgruppe sagte, der Berater solle sich nach Bedarf melden. Auf die Frage wie sich der Berater melden sollte, antworteten die Senioren übereinstimmend „telefonisch“, denn dann könne man direkt ins Gespräch kommen.

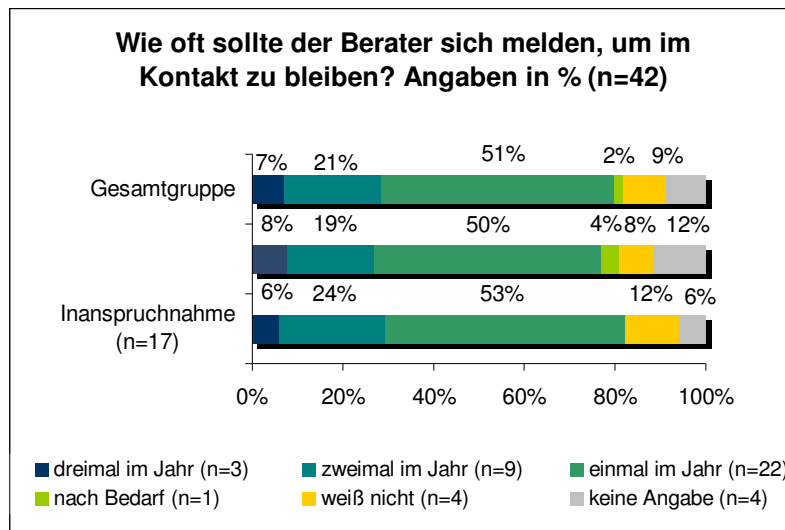


Abb. 17: Häufigkeit des Kontaktes

Mit Blick auf den möglichen Aufbau einer kommunalen Pflegeberatung wurde als letzte Frage zu den strukturellen Merkmalen die Einschätzung der Adressaten bezüglich der Kontaktgestaltung bei Hilfebedürftigkeit erfragt.

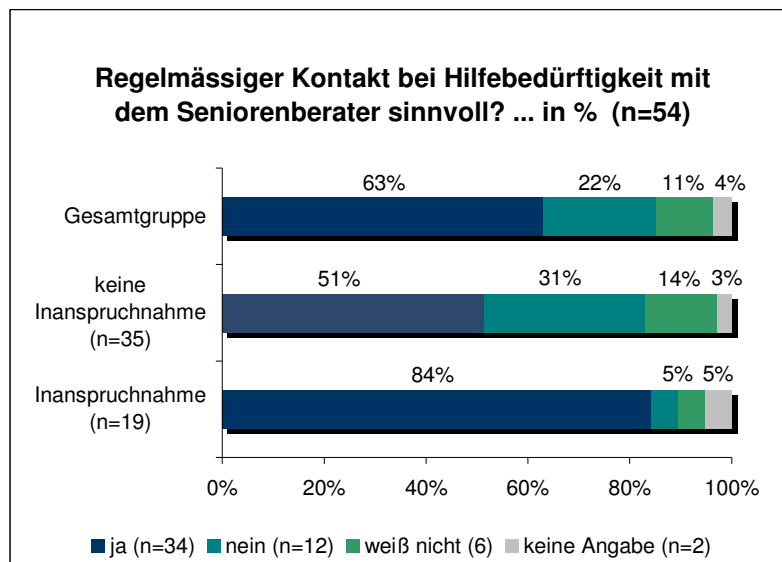


Abb. 18: Regelmässiger Kontakt bei Hilfebedürftigkeit mit dem Seniorenberater

Sie würden den regelmäßigen Kontakt mit einem Seniorenberater im Falle von Hilfebedürftigkeit begrüßen, gaben 63 % (n= 34) aller Befragten an, 22 % (n=12) sagten dazu „nein“. Die beiden Gruppen unterschieden sich hier in ihren Einschätzungen beträchtlich. In der Gruppe „Inanspruchnahme“ halten den regelmäßigen Kontakt 84 % (n=16) der Befragten für sinnvoll und in der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ 51 % (n=18) der Befragten.

4.5.3 Zusammenfassung Einschätzung der strukturellen Merkmale

Die Ergebnisse zur Bewertung einzelner struktureller Merkmale zeigen, dass die bisherigen strukturellen Merkmale der vorbeugenden Einzelfallberatung eine hohe Zustimmung bei den Befragten in beiden Gruppen findet. In der Gesamtgruppe der Befragten finden sowohl die Information zum Präventiven Hausbesuch durch die Senioren-Service-Stelle des Rathauses

als auch die jährliche Erinnerung an das Angebot großen Anklang (87 %/ n=47). 91 % (n=31) der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ und 79 % (n=15) der Gruppe „Inanspruchnahme“ finden es gut, wenn sie jährlich erinnert werden.

Als Zielgruppe der Beratung nannten in beiden Gruppen ca. ein Drittel der Interviewten Senioren, die jünger als 75 Jahre sind („keine Inanspruchnahme“ 26 %/ n=9, „Inanspruchnahme“ 31 %/ n=6) und 43 % der Gesamtgruppe die ab 75-Jährigen („keine Inanspruchnahme“ 37 %/ n=7, „Inanspruchnahme“ 46 %/ n=16).

Die Kontaktgestaltung bei Senioren die bereits in einem Hausbesuch beraten wurden, kann von den Beratern proaktiv gestaltet werden. Aus der Gruppe „Inanspruchnahme“ befürworten 63 % (12) der Senioren, dass sich der Berater ohne Anlass wieder bei Ihnen meldet (Kategorien: „der Berater meldet sich“ und „beides“). In der Gruppe, die keinen Hausbesuch wünscht, beträgt der Anteil 60 % (n=21) der Interviewten. Im Falle von Hilfebedürftigkeit wird der regelmäßige Kontakt mit einem Seniorenberater in beiden Gruppen von 63 % (n=34) der Befragten als sinnvoll empfunden („keine Inanspruchnahme“ 51 %/ n=18, „Inanspruchnahme“ 84 %/ n=16).

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das angestrebte Ziel des Angebotes der vorbeugenden Einzelfallberatung und das wahrgenommene Ziel des Angebotes durch die Senioren stimmen nach den hier vorliegenden Ergebnissen nur zum Teil überein. Wahrgenommen wird der Beratungs- und Informationsaspekt zu Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten. Die vorbeugende Zielsetzung der Hausbesuche kommt hingegen bei den Senioren laut Auswertung nicht an. Nachfolgend werden die sich aus der Adressatenbefragung abzeichnenden Hypothesen zur Wahrnehmung des Angebotes und den Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme zusammengefasst und interpretiert.

Hypothese 1: Die vorbeugende Einzelfallberatung hat keinen griffigen Namen, dies erschwert die Erinnerung, Benennung und Verbreitung des Angebotes

In den Interviews zeigte sich, dass die vorbeugende Einzelfallberatung keinen Namen im Sprachgebrauch der Senioren hat. Eine Annahme ist hier, dass dies zum einen die Erinnerung an das Angebot erschwert, zum anderen die Kommunikation darüber. Dem Angebot sollte daher ein griffiger Name gegeben werden. Neben dem anzunehmenden positiven Effekt auf die Erinnerung ist zu vermuten, dass dies darüber hinaus eine positive Wirkung auf die Zuordnung des Angebotes sowie die Mund-zu-Mund-Propaganda über das Angebot hat.

Hypothese 2: Das Angebot wird mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verbunden, durch die Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes findet eine Abgrenzung der eigenen Person von Hilfebedürftigkeit statt

Als Zielgruppe der Einzelfallberatung werden von den Befragten mehrheitlich „hilfebedürftige“ Personen genannt. Häufig genutzte Formulierungen in den Interviews in Zusammenhang mit der Nicht-Inanspruchnahme waren, „solange man sich selber noch helfen kann“ bzw. für die Inanspruchnahme „wenn es alleine nicht mehr geht“. Aus den Antworten lässt sich schließen, dass dies zum einen die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten betrifft sowie zum anderen die der nahe stehenden Umgebung. Dabei scheint sich die Grenze dessen, was als „nicht mehr geht“ erlebt wird, mit zunehmenden Einschränkungen hinauszuschieben. Die weiterführenden Äußerungen der Senioren aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ zur eigenen Person lassen vermuten, dass implizit durch die Nicht-Inanspruchnahme des Angebotes eine Abgrenzung der eigenen Person von diesen „Hilfebedürftigen“ stattfindet.

Um Senioren ohne Hilfebedarf zu erreichen und darüber hinaus eine Stigmatisierung von Personen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, als „Hilfebedürftige“ zu vermeiden, muss der vorbeugende Aspekt der Beratung stärker betont und transportiert werden.

Hypothese 3: Die Inanspruchnahme des Angebotes ist an die Wahrnehmung eigener Ressourcen gekoppelt

Die Ergebnisse zu den Merkmalen der Befragungsteilnehmer zeigen, dass die Gruppe „Inanspruchnahme“ ihre körperlichen und sozialen Ressourcen geringer einschätzt als die Gruppe „keine Inanspruchnahme“. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse der offenen Fragen darauf hin, dass in dieser Gruppe die mentalen Ressourcen weniger stark ausgeprägt sind. Die Ergebnisse der Befragung zeigen damit in eine ähnliche Richtung wie die Untersuchungen von Dapp et al. (2007) und Gebert et al. (2008) zu den Zielgruppen Präventiver Hausbesuche. Dapp et al. (2007) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass den Personen, die sich für das Hausbesuchsangebot meldeten, kaum „Reserven“ zur Verfügung stehen. Sie bezeichnen diese Gruppe als „Ressourcen-Verarmte“.¹⁴ In der Untersuchung von Gebert et al. (2008) zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Basisbefragung einen höheren Grad der Ermüdung in der Mobilität. Anders gesagt, für die Teilnahme am Hausbesuchsprogramm „mobil“ hatten sich anteilig mehr Personen gemeldet, die ein Nachlassen der Kräfte bei bestimmten Aktivitäten, verspürten als bei den Nichtteilnehmern.¹⁵

Die Ergebnisse zu den Merkmalen der Befragungsteilnehmer und den Gründen für die Inanspruchnahme legen die Schlussfolgerung nahe, dass sich Personen für die Beratung melden, die als „ressourcen-verarmt“ bezeichnet werden können, jedoch eine gewisse Offenheit für Hilfe von außen haben. Auslöser für eine Beratung scheint eine empfundene „Versorgungsunsicherheit“¹⁶ bei wahrgenommener Fragilität der eigenen Situation zu sein. Die aus den Ergebnissen der Befragung herauslesbaren Hintergründe für das fehlende Netzwerk, wie lediger Familienstand, keine Kinder, arbeitsbedingte Mobilität (Zuzug der Senioren in früheren Jahren in die Kommune bzw. Wegzug der Kinder für eine Erwerbstätigkeit) und Berufstätigkeit der Kinder bieten Anknüpfungspunkte für eine gezielte Ansprache von Senioren. Darüber hinaus wird die Anzahl von Personen mit diesen Merkmalen in Zukunft zu nehmen, so dass sich mutmaßlich ein höherer Bedarf für Beratungen dieser Art ergeben wird.

Gleichzeitig geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass aus Sicht der Interviewten ein unterstützendes, generationenübergreifendes Familienleben, welches das Gefühl vermittelt „Wir kümmern uns“, in Verbindung mit zurechenbarer „hands-on“-Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld, unabhängig vom Gesundheitszustand und den Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags, eine Beratung häufig als nicht notwendig erscheinen lässt. Die „Versorgten“ aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ stützen diese These. Die Subgruppenanalyse hat gezeigt, dass es sich bei sieben der acht Personen aus dieser Untergruppe um sehr beeinträchtigte Personen handelt. Aufgrund ihrer sozialen Ressourcen schätzen diese Personen ihre Lage jedoch so ein, dass sie keinerlei Unterstützung von außen benötigen. Die Ergebnisse zu den Merkmalen der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ und deren Gründen die Beratung nicht in Anspruch zu nehmen, lassen diese Gruppe heterogener als die Gruppe „Inanspruchnahme“ erscheinen. In der Befragung zeichnen sich drei Subgruppen ab:

- Senioren, die ihre Situation als zu gut für eine Beratung einschätzen

¹⁴ Vgl. Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., v. Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: Z Gerontol Geriat, 40, 226-240

¹⁵ Vgl. Gebert, A., Schmidt, C., Weidner, F. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Schlütersche

¹⁶ Vgl. Theile, G., Heim, S., Patzelt, C., Deiermann, B., Walter, U., Hummers-Pradier, E. (2009): Präventive Hausbesuche – wen interessieren sie eigentlich? In: Kirch, W., Middeke, M., Rychlik, R. (2009): Aspekte der Prävention. Stuttgart, Thieme Verlag

-
- Senioren, die sich innerhalb ihres sozialen Netzes so gut unterstützt fühlen, dass sie gegenwärtig und zum Teil auch in Zukunft keine Unterstützung benötigen
 - Senioren mit Beeinträchtigungen, die Hilfe von außen erst dann annehmen, wenn sie den Eindruck haben, die persönlichen und die familialen Ressourcen seien erschöpft

Ebenso wie bei der Gruppe „Inanspruchnahme“ kann auch hier auf Untersuchungen mit ähnlichen Ergebnissen aus der Literatur zurückgegriffen werden. Minder et al. (2002) prägten in ihrer Untersuchung der Nichtteilnehmer eines präventiven Hausbesuchsprogramms die Begriffe „too ill, too healthy, no interest“.¹⁷ Beratungspotenziale werden in der vorliegenden Untersuchung insbesondere bei den Senioren mit Beeinträchtigungen gesehen. Die identifizierten zugrunde liegenden Ablehnungsmotive lassen vermuten, dass durch eine gezielte Ansprache ein Teil dieser Senioren für eine Beratung zugänglich ist und von dieser profitieren könnte.

Die Ergebnisse der Interviews legen die Hypothese nahe, dass Beratung und Hilfe von der Mehrzahl der Senioren nur dann in Anspruch genommen wird, wenn sie keine eigenen Ressourcen zur Bewältigung ihrer Situation mehr sehen. Das Prinzip der Subsidiarität, das die individuellen Fähigkeiten, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zur Versorgung der eignen Person in den Mittelpunkt stellt und das Eingreifen staatlicher Institutionen nur dort vorsieht, wo die Möglichkeiten des Einzelnen bzw. einer kleinen Gruppe nicht ausreichen, scheint bei den Senioren stark verankert zu sein. Zunächst werden alle persönlichen Ressourcen ausgeschöpft und dann wird der Unterstützung aus dem eigenen Umfeld Vorrang gegeben vor einer Aufgabenübernahme durch den Staat, z.B. durch die zugehende vorbeugende Beratung.

Hypothese 4: Präventive Orientierung des Angebotes wird kaum zur Kenntnis genommen

Die Ergebnisse der Interviews lassen die Hypothese formulieren, dass die Wahrnehmung des Angebotes auf „Beratung bei Hilfebedürftigkeit“ begrenzt ist und die vorbeugende Orientierung von den Senioren kaum zur Kenntnis genommen wird. Drei Erklärungsstränge kristallisieren sich hierzu aus den Interviews heraus. Wie die Auswertung zur Wahrnehmung des Informationsschreibens zeigt, wird der präventive Aspekt der Beratung in den Briefen nicht ausreichend transportiert. Der zweite Aspekt, der sich in den Ergebnissen widerspiegelt, ist, dass die präventive Orientierung außerhalb des Erwartungshorizontes der Senioren an eine diesbezügliche Beratung liegt. Der Dritte Punkt, auf den die Interviews hindeuten ist, dass Prävention und Gesundheitsförderung mit in Eigeninitiative durchgeführten Maßnahmen von meist „fitten und mobilen“ Senioren in Verbindung gebracht wird. Die Äußerungen der Interviewten, legen die Schlussfolgerung nahe, dass nur wenige der Befragten sehen, dass vorbeugende und fördernde Maßnahmen unabhängig vom Beeinträchtigungsgrad die Gesundheits- und Selbständigkeitspotentiale erhöhen können.

Die Einschätzung der Senioren bezüglich der Relevanz von Beratungsinhalten stärkt die These, dass Ansatzpunkt der Überlegungen für eine mögliche Inanspruchnahme in beiden Gruppen Maßnahmen sind, um Einschränkungen zu kompensieren und nicht um Beeinträchtigungen vorzubeugen. Bezug nehmend auf die Ergebnisse zu den Eigenschaften der Befragungsteilnehmer der Gruppe „Inanspruchnahme“, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass von einem Teil der Gruppe „Inanspruchnahme“ eine hohe Dringlichkeit für alle Maßnahmen empfunden wird, die entweder ein starkes Risiko für Pflegebedürftigkeit darstellen (z.B. Stürze) oder positiv belegt sind mit dem Verbleib in den eigenen vier Wänden (z.B. Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten, Wohnraumanpassung). Die Angaben aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ bezüglich einer möglichen Inanspruchnahme zu einem späteren Zeitpunkt

¹⁷ Minder, C. E., Müller, T., Gillmann, G., Beck, J. C., Stuck, A. E. (2002): Subgroups of Refusers in a Disability Prevention Trial in Older Adults: Baseline and Follow-Up-Analysis. In: American Journal of Public Health, 92, 3, 445-450; Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., v. Renteln-Kruse, W.(2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: Z Gerontol Geriat, 40, 226-240

stützen diese These. Sie äußerten, sie würden bei einer Verschlechterung der eigenen Situation auf das Angebot zurückgreifen.

Darüber hinaus legen die Äußerungen der Interviewten nahe, dass bestimmte Ereignisse, die das selbständige Leben gefährden, wie z.B. ein Schlaganfall, Stürze oder eine Demenz, als Schicksal angenommen werden und damit als nicht beeinflussbar gelten. Eine Seniorin benannte diese Problematik wie folgt: „*Was nützen mir die Löcher im Käse von morgen*“. Aus anderen Äußerungen lässt sich schließen, dass etliche Senioren ein „Recht auf Einschränkung“ empfinden.

In beiden Gruppen legen die Ergebnisse der Befragung die Schlussfolgerung nahe, dass ca. ein Viertel der Interviewten grundsätzlich einer vorbeugenden Beratung gegenüber aufgeschlossen ist. Die Ergebnisse zu den Alternativangeboten, zeigen in eine ähnliche Richtung. Es geben ca. ein Drittel der Personen aus beiden Gruppen an, dass sie diese Angebote mutmaßlich wahrnehmen würden. Anders gesagt, kann aus den Ergebnissen zu den Beratungsinhalten geschlossen werden, dass 25 % bis 30 % aller Befragten an präventiven Angeboten interessiert sind.

Die aufgezeigten Aspekte bezüglich des Anschreibens und des Angebotes sowie das mutmaßlich gering ausgeprägte Bewusstsein, dass Prävention und Gesundheitsförderung unabhängig vom Gesundheitszustand bzw. Beeinträchtigungsgrad die präventiven Potentiale für ein selbständiges Leben im Alter erhöhen kann, verstärken sich gegenseitig.

Zum Ausbau der präventiven Perspektive in der Beratung, muss dieser Aspekt in den Seniorenbriefen deutlicher und konkreter benannt werden. Um mehr Senioren in unterschiedlichen Lebenssituationen für Möglichkeiten des „Gesund- und Selbständigbleibens“ zu sensibilisieren und zu aktivieren, ist jedoch mehr notwendig, als die deutlichere Benennung dieses Aspektes in den Anschreiben. Das Thema muss auf unterschiedlichen Wegen und durch verschiedene Ansprechpartner transportiert werden. Soll das Thema „Gesundbleiben und Aktivsein im Alter“ mehr Senioren erreichen, als die heute bereits Sensibilisierten ist eine nachhaltige Strategie mit Öffentlichkeitsarbeit und einem vielfältigen Angebot notwendig. Ein erster Schritt könnte es sein Gruppenangebote oder -veranstaltungen als ergänzende präventive Strategien innerhalb des Kreises auszubauen. Es ist zu vermuten, dass damit bereits erste Zielgruppen erreicht werden, die der Hausbesuch nicht anspricht.

Hypothese 5: Das Angebot vermittelt Sicherheit, dass bei Hilfebedarf ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung steht

Der Nutzen der Beratung wird von den Senioren, die bereits einen Hausbesuch hatten, in einer umfassenden zum Nachdenken anregenden, objektiven Beratung zu Angeboten und Leistungen gesehen. Zudem wird ein Mehrwert darin gesehen, einen Ansprechpartner in der Kommune zu haben, der bekannt ist und der bei Bedarf zur Verfügung steht. Darüber hinaus beschrieben die Senioren, dass die Beratung alleine schon durch den Austausch entlaste und erleichtere.

Die Bewertung einzelner struktureller Merkmale zeigt, dass die bisherige Gestaltung der vorbeugenden Einzelfallberatung eine hohe Zustimmung findet. Das im Kreis Siegen-Wittgenstein und den Kommunen kontrovers diskutierte jährliche Informationsschreiben, wird von einem großen Anteil der Gesamtgruppe (87 %) bejaht. Aus den Äußerungen der Senioren, auch zur Kontaktpflege, lässt sich schließen, dass das Anschreiben eine gewisse Sicherheit vermittelt, dass wenn man es bräuchte, ein unabhängiger und kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stünde. In diese Richtung äußerten sich nicht nur beeinträchtigte Senioren, sondern auch Ältere, die nichts mit „Seniorenangeboten“ zu tun haben wollten. Zudem wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass es für die Inanspruchnahme der Beratung wichtig sei, den Berater/ die Beraterin zu kennen.

Die strukturellen Merkmale der vorbeugenden Einzelfallberatung finden bei den Senioren große Zustimmung. Es wird empfohlen, ein jährliches Erinnerungsschreiben für die Zielgruppe beizubehalten.

Abschließende Zusammenfassung der Hypothesen

Das gegenwärtige Nutzungsverhalten der Senioren bezüglich des Angebotes ist mehrheitlich geprägt von der Einstellung, dass Beratung und Unterstützung erst dann angenommen wird „wenn man sich selber nicht mehr helfen kann“. In Verbindung mit einer mutmaßlich empfundenen Stigmatisierung als „Hilfebedürftige“ führt dies möglicherweise dazu, dass die Beratung erst dann in Anspruch genommen wird, wenn kompensatorische oder tertiärpräventive Maßnahmen zur Stabilisierung des Verbleibs in den eigenen vier Wänden notwendig werden. Das Angebot erreicht damit eine sehr vulnerable Gruppe von Senioren, die Beratungs- und Unterstützungsbedarf hat, und stellt eine Vorstufe zur Pflegeberatung dar. Von den Interviewten, auch aus der Gruppe „keine Inanspruchnahme“ wird das Vorhandensein einer zugehenden Beratung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stark befürwortet. Darüber hinaus gibt die Befragung Hinweise darauf, dass die regelmäßige Information der Kommunen zu dem Angebot, die Sicherheit vermittelt, dass im Bedarfsfall ein kompetenter Ansprechpartner bzw. „Kümmerer“ zur Verfügung steht und gerade dieser Aspekt, für die Senioren einen großen Mehrwert darstellt.

Sollen Senioren ohne Hilfebedarf und in weniger prekären Situationen erreicht werden, muss die präventive Orientierung der Beratung gestärkt und deutlicher transportiert werden. Aus der Kommunikation über das Angebot muss klar hervorgehen, dass es sich bei den Präventiven Hausbesuchen auch um ein Angebot handelt, um mobil und unabhängig zu bleiben. Anders gesagt, der Aspekt, dass die Beratung eine Chance ist, mit einem Experten über Möglichkeiten „gesund und selbständig zu bleiben“ intensiv ins Gespräch zu kommen, muss gestärkt und herausgestellt werden. Um Senioren für das Thema „Gesundbleiben, Aktivsein im Alter“ zu sensibilisieren und zu aktivieren, die eher passiv bzw. skeptisch sind oder sich noch nicht bzw. nicht mehr als die Zielgruppe dieser Maßnahmen empfinden, ist eine umfassende, nachhaltige strategische Ausrichtung des Themas „Gesundheit und Selbständigkeit im Alter“ im Kreis Siegen-Wittgenstein notwendig. Einerseits durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, zum anderen durch die Entwicklung eines vielfältigen und vernetzten Angebotes das Senioren in unterschiedlichen Lebenssituationen anspricht. Ein erster Schritt hierzu, könnten ergänzend zu den Hausbesuchen, Gruppenangebote oder -veranstaltungen sein, z.B. ein Trainingskurs Sturzprävention oder „Kochkurse für eine altersgerechte Ernährung“. Die Adressatenbefragung gibt Hinweise darauf, dass ca. ein Viertel der befragten Senioren Angebote dieser Art in Anspruch nehmen würde. Der quartiersbezogene Ausbau und Aufbau dieser Maßnahmen wird aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung für sinnvoll erachtet.

Literaturhinweise

- Antonovsky, A. (1997): Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag
- Cullmann, G., Gebert, A. (2009): Zugehende Einzelfallberatung – Präventiver Hausbesuch im Kreis Siegen-Wittgenstein. Erfahrungsbericht zur Einrichtung eines flächendeckenden, zugehenden Beratungsangebotes für Senioren. Unveröffentlichter, Interner Bericht. Kreis Siegen-Wittgenstein
- Dapp, U., Anders, A., Meier-Baumgartner, H.P., v. Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatriische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. Angebote und Zielgruppen. In: Z. Gerontol Geriat, 40, 226-240
- Green, J., Tones, K. (2010): Health Promotion: Planning and Strategies. 2. Edition, SAGE, London
- Gebert, A. (2010): Bericht der Evaluierung der Fallbesprechungen und des Assessment STEP-m als Instrumente der vorbeugenden Einzelfallberatung im Kreis Siegen-Wittgenstein. Unveröffentlichter, interner Bericht. Kreis Siegen-Wittgenstein
- Gebert, A., Schmidt, C., Weidner, F. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Schlütersche
- Hafen, M. (2007): Grundlagen der systemischen Prävention. Carl Auer Verlag
- Minder, C. E., Müller, T., Gillmann, G., Beck, J. C., Stuck, A. E. (2002): Subgroups of Refusers in a Disability Prevention Trial in Older Adults: Baseline and Follow-Up-Analysis. In: American Journal of Public Health, 92, 3, 445-450
- Theile, G., Heim, S., Patzelt, C., Deitermann, B., Walter, U., Hummers-Pradier, E. (2009): Präventive Hausbesuche – wen interessieren sie eigentlich? In: Kirch, W., Middeke, M., Rychlik, R. (2009): Aspekte der Prävention. Stuttgart, Thieme Verlag