

Helga Dill      Wolfgang Gmür

unter Mitarbeit von Dr. Jakob Kandler

Abschlussbericht zum Modellprojekt

# „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“



**IP**<sup>2</sup>  
Institut für  
Praxisforschung und  
Projektberatung

Institut für Praxisforschung und Projektberatung  
Ringseisstr. 8  
80337 München

## Inhaltsverzeichnis

1	Präventive Hausbesuche: theoretische und konzeptionelle Grundlagen	7
1.1	Prävention oder Gesundheitsförderung?	7
1.2	Präventive Hausbesuche – das Münchner Modell	10
1.3	Das Münchner Modell entsteht im Prozess	12
1.3.1	Projektstruktur	13
1.3.2	Die Workshops	15
2	Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation	17
2.1	Prozessbegleitung	17
2.2	Dokumentation, Monitoring, Evaluation	19
3	Ergebnisse der Dokumentation	20
3.1	Die Zugangswege zur Zielgruppe	20
3.1.1	Öffentlichkeitsarbeit als Zugangsarbeit	22
3.1.2	Teilnahme an Veranstaltungen und fachliche Vernetzung	23
3.1.3	Platzierung im Armutsbericht 2011 der Stadt München	24
3.1.4	Rationalisierung des Zugangs: die Aktion INFOPOST	24
3.1.5	Der Zugang über das professionelle Netzwerk	27
3.2	Entwicklung der Hausbesuche nach Region	29
3.3	Institutionelle und organisatorische Besonderheiten bei der GEWOFAG Holding GmbH	30
3.4	Soziografische Daten der erreichten Personen	32
3.5	Wünsche und Anliegen der Besuchten	33
3.5.1	Differenzierung des Handlungsbedarfs	35
3.5.2	Klärung der Bedarfs- und Bedürfnislagen – Erweiterung der Perspektiven	36
3.5.3	Der Beratungsprozess im Rahmen der Präventiven Hausbesuche	36
3.6	Unterstützungsbedarfe in einzelnen Bereichen	39
3.6.1	Schwerpunktthema Migrationshintergrund	40
3.6.2	Schwerpunktthema Armut	44
3.6.3	Schwerpunktthema „Teilhabe, soziale Einbindung und Unterstützung“	47
3.6.4	Schwerpunktthema „Wohnen“	50
3.6.5	Pflegestufe und Schwerbehindertenstatus	51
3.6.6	Medizinische Versorgung und Hilfsmittelversorgung	52
3.7	Lotsenfunktion und Vermittlung weiterer Hilfen	52
3.7.1	Kooperationen mit den Alten - und Service - Zentren	53
3.7.2	Kooperation mit den Sozialbürgerhäusern	55
3.7.3	Bewertung der Kooperationen	56
4	Das Münchner Modell: Hausbesuche und Anlaufstelle	57
4.1	Eine Typisierung: drei Formen von Hausbesuchen	57
4.2	Vertrauensvolle Anlaufstelle werden	58
5	Ergebnisse der Vernetzungsanalyse – Vernetzungsarbeit als Daueraufgabe	59

6	Überlegungen und Beispiele zu den Wirkungen des Modellprojekts	61
6.1	Wirkungen für die besuchten Personen	61
6.2	Einordnung in ein Wirkungsmodell	62
7	Vertiefte Kosten-/Wirksamkeitsanalyse bei einer flächendeckenden Ausweitung des Angebots Präventive Hausbesuche auf die Landeshauptstadt München	65
7.1	Funktion der Präventiven Hausbesuche	65
7.2	Nutzen der Präventiven Hausbesuche	67
7.3	Nutzenschichtung	68
7.4	Nutzenkategorien	70
7.5	Nutzen bei einer flächendeckenden Ausweitung auf das Stadtgebiet – Erforderliche Kapazitäten	72
7.6	Kosten der Präventiven Hausbesuche	73
7.6.1	Kosten im Rahmen des Pilotprojektes	73
7.6.2	Kosten bei einer flächendeckenden Ausweitung auf das Stadtgebiet	74
7.7	Kontaktoptionen für den flächendeckenden Einsatz	75
7.8	Organisationsoptionen	76
7.9	Rationalisierungsmöglichkeiten	76
7.9.1	Rationalisierung des Zugangs zu den alten Menschen	76
7.9.2	Rationalisierung der Schnittstellen zwischen Primärbetreuer und „Hintermannschaft“	77
7.10	Nutzen-/Kosten-Verhältnisse	78
8	Funktionalität der verschiedenen Träger und der einrichtungsspezifischen Besonderheiten	79
9	Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung	81
9.1	Individuelle Orientierungshilfe und Begleitung auf Zeit	81
9.2	Grundlegende Ausrichtung bei der Durchführung „Präventiver Hausbesuche“	82
9.3	Definition und Organisation der „Präventiven Hausbesuche“ als Aufgabe	82
9.4	Weitere Etablierung und flächendeckender Ausbau	83
9.4.1	Die Weiterführung der „Präventiven Hausbesuche“ wird erwartet und ist in der Öffentlichkeit gut vorbereitet.	83
9.4.2	Systematischer, stufenweiser Ausbau	84
9.4.3	Stufenweise Umsetzung und begleitende Wirkungsanalyse	84
9.5	Präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund	85
9.6	Zuschnitt der Regionen	85
9.6.1	Einzugsbereich der Regionen bei der Erleichterung des Zugangs	86
9.6.2	Regionale und überregionale Vermittlung von Hilfen	86
9.7	Rahmenbedingungen für eine gelingende Umsetzung: Fachliche Steuerung, Schnittstellengestaltung und Kompetenz vor Ort	87
9.8	Informationspool als Qualifizierung der Lotsenfunktion	88
9.9	Kompetenz der Fachkräfte	88
9.9.1	Grundqualifikation	88
9.9.2	Fortbildung, Schulungen, interner und externer Austausch	89
9.9.3	Notwendige Ressourcen	89

9.10	Hausbesuche, persönliche Gespräche, telefonische Kontakte	89
10	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	91
	Literaturverzeichnis	96
	Anhang	

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hausbesuche insgesamt (Oktober 2010 – Juni 2013).....	20
Abbildung 2: Zugangswege in der gesamten Modellphase(N=277, Angaben in Prozent, ohne GEWOFAG) .....	21
Abbildung 3: Zugangswege in absoluten Zahlen (N = 152).....	26
Abbildung 4: Fallzahlenentwicklung nach Einrichtung und Halbjahren.....	29
Abbildung 5: Interessenlagen der Besuchten (Angaben in Prozent; N = 602).....	33
Abbildung 6: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (MFN; Angaben in Prozent; N =602) ...	35
Abbildung 7: Herkunftsländer der besuchten Personen mit Migrationshintergrund. ....	41
Abbildung 8: In die Unterstützung einbezogene Einrichtungen (Absolute Zahlen, MFN).....	53
Abbildung 9: Entwicklung der Vernetzungskontakte im Modellzeitraum.....	59
Abbildung 10: Nutzenschichtung im Überblick .....	68

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anliegen, Interessen und bearbeitete Themen.....	37
Tabelle 2: Problemlagen bei Deutschen und Migrant/innen im Vergleich.....	42
Tabelle 3: Thema Alltagsbewältigung und soziale Einbindung nach Standorten (MFN; N = 309).....	49
Tabelle 4: Erläuterung zum Wirkungsmodell .....	63
Tabelle 5: Kostenstruktur der Präventiven Hausbesuche .....	74
Tabelle 6: Vorschlag für die Zielgruppen der Präventiven Hausbesuche 2014 – 2016 .....	75

*"Wir lernen die Menschen nicht kennen, wenn Sie zu uns kommen...  
Wir müssen zu ihnen gehen, um zu erfahren, wie es mit Ihnen steht!"*  
(Johann Wolfgang von Goethe)

## **Vorwort**

Vor ein paar Tagen wandte sich eine Bekannte an uns. „Ihr kennt Euch doch da aus“, meinte sie. „Ihr begleitet doch so ein Projekt mit Hausbesuchen. An wen kann ich mich wenden. Ein Nachbar von mir braucht dringend Unterstützung. Er ist 75 Jahre alt, lebt allein, bezieht Grundsicherung – hat also kein Geld - und ist chronisch krank. Er bräuchte auf jeden Fall eine Haushaltshilfe und jemanden, der ihn hin und wieder zum Facharzt begleitet, weil das ziemlich weit weg ist. Und dann ist er so viel alleine. Da gibt es doch diese Stelle, die Ihr da begleitet. Gebt mir doch mal die Telefonnummer.“

Leider lebt die Bekannte nicht in einer Modellregion. Sie sucht Unterstützung in Haidhausen – da gibt es keine Präventiven Hausbesuche, keine „Rentnerretterin“ (so die Überschrift eines Presseartikels über das Modellprojekt), keine Fachkraft, die den Nachbarn, nennen wir ihn Herr Schmidt, zu Hause besucht und mit ihm gemeinsam in einem langen Gespräch den Hilfebedarf konkretisiert, Lösungen vorschlägt, über mögliche Hilfen informiert und auf Wunsch die passenden Hilfen vermittelt.

In München gibt es eine breit gefächerte und ausdifferenzierte Palette von Angeboten für alte Menschen. Von niederschweligen sozialen Kontaktmöglichkeiten wie Seniorenclubs bis hin zu hoch spezialisierten Fachdiensten wie etwa der Alzheimer Gesellschaft. Viele Einrichtungen bieten auch Beratung an. Dies trifft nicht nur für die expliziten Beratungsstellen für alte Menschen und pflegende Angehörige zu, sondern z.B. auch für Alten- und Service-Zentren, Fachstellen für häusliche Versorgung und ambulante Dienste.

Alle diese Beratungsstellen haben aber gemeinsam, dass sie anlassbezogen arbeiten, d.h. ein alter Mensch hat ein konkretes Problem oder Anliegen und sucht damit eine Beratungsstelle auf. Auch die Vereinbarung eines Hausbesuchs ist bei fast allen Beratungsstellen möglich. Aber die ratsuchende Person muss von sich aus tätig werden. Das hat zwei Voraussetzungen: zum einen muss der Hilfebedarf, das Problem bereits konkret formulierbar sein und zum anderen muss der Ratsuchende sich zumindest grob im Dschungel der Hilfsangebote orientiert haben.

Was also bisher im Münchner Angebot gefehlt hat, war eine Stelle, die aktiv auf die alten Menschen zugeht, sie mit Informationen versorgt, ihnen eine Tür ins Hilfesystem öffnet. Diese Lücke zu schließen war der Anlass, das auf vier Jahre befristete Modellprojekt „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“ im Jahr 2010 auf dem Weg zu bringen. Mit diesem Modellprojekt widmete sich die Landeshauptstadt München (LHM) ei-

nem Thema, das in der Fachwelt bundesweit und auch international intensiv diskutiert und in diversen Ansätzen erprobt wird. In Zeiten knapper kommunaler Mittel und mit den großen Herausforderungen des demografischen Wandels fand das Modellprojekt mit einer kommunalen Investitionssumme von insgesamt 570.000 € von Beginn an großes Interesse – in der Münchner Bevölkerung, bei den Partnerinnen und Partnern der sozialen Infrastruktur und bundesweit.

Entwickelt und erprobt werden sollte in vier ausgewählten Regionen ein Münchner Modell „Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner“. Dabei sollten Zugangswege zu den Zielgruppen entwickelt werden, das Beratungs- und Angebotskonzept konkretisiert werden. Zudem wurden vier unterschiedliche Trägerschaften ausprobiert (Sozialbürgerhaus, Alten- und Service- Zentrum, Migrationsberatung, Wohnungsbaugesellschaft) und vier Schwerpunktthemen bearbeitet (Armut, Isolation, Migration, Wohnen).

Das Modellprojekt wurde vom IPP München von Juni 2010 bis Juni 2013 wissenschaftlich begleitet. Mit einer Kombination aus Prozessbegleitung, Dokumentation und Evaluation und in enger Kooperation mit Projektleitung, Fachkräften und Trägern konnte das Modellprojekt so konzeptionell weiterentwickelt und in der praktischen Umsetzung unterstützt werden.

Der vorliegende Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung bezieht sich auf den Zeitraum von Juni 2010 bis Juli 2013. Dargestellt werden die Entwicklung des Modellprojekts vom Stadtratsbeschluss bis zum Ende der wissenschaftlichen Begleitung, zentrale Ergebnisse aus der Dokumentation, wesentliche Erkenntnisse aus der praktischen Arbeit und der konzeptionellen Entwicklung. Ein eigenes Kapitel ist der Kosten-Wirksamkeits-Analyse gewidmet, die ab Mitte 2012 den Nutzen, die Kosten und mögliche Rationalisierungspotenziale im Projekt untersucht hat. Der Bericht endet mit konkreten Empfehlungen für eine stadtweite Etablierung der Präventiven Hausbesuche.

Wir bedanken uns ganz herzlich für die konstruktive, offene und immer Freude bereitende Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Modellprojekt, insbesondere bei Angelika Gramenz, der Projektleitung, bei den Fachkräften Darina Aktas, Gabriele Broszonn, Ursula Kozij-Eren und Margareta Schneider. Außerdem danken wir unseren Kolleginnen und Kollegen im IPP Carola Breu, Gerhard Hackenschmied, Ulrike Mraß, Anne Spyrka und Heike Warth für die tatkräftige Unterstützung bei der Datenauswertung und der Erstellung dieses Berichts.

München, Januar 2014

Helga Dill und Wolfgang Gmür

# 1 Präventive Hausbesuche: theoretische und konzeptionelle Grundlagen

Präventive Hausbesuche – unter diesem Label wurden und werden in Deutschland, im benachbarten Europa und international verschiedene Konzepte entwickelt und erprobt. Gemeinsames Ziel dieser verschiedenen Maßnahmen ist es, alten Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu Hause zu führen. Das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung liefert eine Definition: Danach „dienen [präventive Hausbesuche] der Erhaltung der Selbständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbständigen Menschen durch ein multidimensionales Assessment und anschließende risikoorientierte, qualifizierte, individuelle Beratung“ (zitiert nach Lauterberg & Meinck 2008). Präventive Hausbesuche umfassen danach kein Case Management und keine Maßnahmen der Rehabilitation.

Dieser eher medizinisch-pflegerischen Form von präventiven Hausbesuchen stehen Konzepte gegenüber, die stärker die Lebenswelt in den Blick nehmen auf alltagsunterstützende Maßnahmen zielen. Es geht also im Kern um zwei verschiedene konzeptionelle Schwerpunktsetzungen, die auch unterschiedliche Fachlichkeiten einsetzen. Bei dem medizinisch-pflegerisch orientierten Hausbesuch sind die Fachkräfte Pfleger/innen zum Teil mit Zusatzqualifikationen (Gesundheitsschwester, Gesundheitsberater/in), während bei den lebensweltlich orientierten, alltagsunterstützenden Hausbesuchen sozialpädagogische Fachkräfte zum Einsatz kommen. Einige wenige Modelle arbeiten auch mit dem Ehrenamtlichen, unter der Anleitung von Fachkräften (s. Tabelle im Anhang).

## 1.1 Prävention oder Gesundheitsförderung?

Eine allgemeingültige Definition für den Begriff „Prävention“ gibt es bisher nicht. Die verschiedenen Definitionen haben gemeinsam, dass es um den Erhalt oder die Verbesserung des Gesundheitszustands von Personen, Bevölkerungsgruppen oder der ganzen (Welt)Bevölkerung geht. Außerdem ist Prävention keine rein medizinische Angelegenheit, sondern ein interdisziplinäres Thema in Kooperation mit Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Pflege, Sozialpädagogik. Weitere z. T. neu entstandene Berufsgruppen (z. B. Gesundheitswirt/in) leisten ihren Beitrag. Prävention richtet sich sowohl an die Wissensebene als auch an die Einstellungen. Sie ist langfristig angelegt.

Primäre Prävention umfasst die eigentliche Krankheitsverhütung. Sekundäre Prävention richtet sich auf die Erhöhung von Behandlungschancen durch Früherkennung von Krankheiten. Bei der tertiären Prävention geht es um die Beseitigung oder Milderung von Folgeschäden einer Erkrankung.

Verhaltensprävention zielt insbesondere auf Veränderungen im Verhalten bzw. Erleben von Einzelnen oder Bevölkerungsgruppen. Verhältnisprävention richtet sich demgegenüber mehr auf die Rahmenbedingungen, auf den Abbau bzw. die Vermeidung von gesundheitsschädlichen gesellschaftlichen Verhältnissen.

Hier knüpft die WHO an mit ihrer Definition von Gesundheit: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit“ (WHO 1948). Mit der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 bekommt auch Prävention, im Sinne von Vorbeugung, einen erweiterten Rahmen. Gesundheitsförderung ist in diesem Sinn eine gesellschaftliche Ausgabe (nicht nur das Wohlverhalten Einzelner) und bezieht sich nicht nur auf körperliche, medizinische Dimensionen, sondern auf alle Faktoren des Lebens: „Alle Menschen dieser Erde sollen – unabhängig von ihrer sozialen Schicht, Nation, Religion – in ihrem Alltag mit all seinen Lebensbereichen ihr Leben gesund und konstruktiv gestalten können und in Frieden, Gerechtigkeit und gegenseitiger Achtung zusammenleben können; sie sollen dabei durch entsprechende Lebensbedingungen unterstützt werden“ (WHO 1986). Entsprechend breit gefasst ist auch das Verständnis von Gesundheitsförderung:

*„Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health. It is a core function of public health and contributes to the work of tackling communicable and non-communicable diseases and other threats to health“ (WHO 2005).*

Dieses weitgehende Verständnis von Gesundheit geht auf den israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky und sein Konzept der Salutogenese zurück (Antonovsky/Franke 1997). Antonovsky geht davon aus, dass die Dichotomie von gesund und krank nicht die Realität erfasst. Menschen bewegen sich ständig zwischen diesen Polen auf einem Kontinuum, sind relativ gesund oder relativ krank. Die Frage, was Menschen gesund erhält, führte zu Antonovskys Annahme der Widerstandsressourcen, dem Kohärenzgefühl, das es einer Person ermöglicht, mit Stressoren besser umzugehen. Wichtige Komponenten dieses Kohärenzgefühls, das inzwischen durch zahlreiche Studien validiert ist, sind:

- das Gefühl der Verstehbarkeit (comprehensibility), das es einem ermöglicht, die Welt strukturiert und handhabbar wahrzunehmen,
- das Gefühl der Handhabbarkeit (manageability), mit dem die Überzeugung einhergeht, die Anforderungen bewältigen zu können, und
- das Gefühl des Sinns (meaningfulness), das das Ausmaß beschreibt, in dem die Anforderungen und das Lebens als sinnvoll empfunden werden
  - (vgl. Antonovsky 1997).

Diese drei Dimensionen des Kohärenzgefühls ermöglichen individuelle Ansätze der Ressourcenstärkung als Gesundheitsförderung. Inzwischen sind sich die Expertinnen und Experten einig, dass das Kohärenzgefühl in jedem Alter beeinflussbar ist – anders als es Antono-

vsky zunächst angenommen hatte. Damit ist die Stärkung des Kohärenzgefühls in jedem Lebensalter ein Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung.

Auf einer anderen Ebene spiegelt sich das breite Gesundheitsverständnis wider in dem Diskurs um die Verwirklichungschancen. Der indische Nobelpreisträger Amartya Sen wendet sich gegen eine Haltung, die die vorhandenen Ressourcen eines Menschen zur zentralen Ausgangslage seiner Bewertung macht. In dem bereits 1985 veröffentlichten Buch „Commodities and Capabilities“ (Sen 1985) schreibt er, dass es weniger darauf ankommt, wie gut eine Person mit Gütern bzw. Ressourcen versorgt ist, sondern welche Funktionen („functionings“) sie mit Hilfe von Ressourcen erreichen kann (vgl. Weikard 1998). Aus den verschiedenen „functionings“ bestimmt sich dann die erreichte Lebensqualität. Entscheidend dafür sind die Verwirklichungschancen (capabilities approach), die den Handlungsspielraum beschreiben, den eine Person für ihre Lebensführung hat. Bei der Analyse dieses Handlungsspielraums geht es um eine „objektive („gegenständliche“) reale Handlungsfähigkeit der Menschen“. Der Capabilityansatz verknüpft makroökonomischen Wohlstand mit dem individuellen Wohlergehen und berührt damit auch die Frage der Gesundheitsförderung.

Diese Berührungspunkte werden noch intensiviert, legt man das Konzept der Grundbefähigungen von Martha Nussbaum zugrunde. Martha Nussbaum hat eng mit Sen kooperiert und ein sehr verwandtes Modell der Verwirklichungschancen entwickelt. Sie unterscheidet zwischen Befähigungen (capabilities) und Fähigkeiten (functionings). Für ein gelingendes Leben ist es nach Nussbaum notwendig, dass für die Grunderfahrungen des Menschen (z. B. Körperlichkeit, Verbundenheit mit anderen Menschen, Getrenntsein) entsprechende Grundbefähigungen möglich sind (z. B. körperliche Integrität, Gesundheit, ausreichende Ernährung; Sozialität und Autonomie) (vgl. Nussbaum 2011).

Die Verwirklichungschancen hängen von der ökonomischen Ausstattung ab – aber nicht nur. Eine wichtige Rolle spielen Hilfs- und Unterstützungsangebote, die es ermöglichen, „sich ohne Scham in der Öffentlichkeit zu zeigen“ (Sen 1992).

„Ziel der Prävention im Alter ist in erster Linie die Förderung der Lebensqualität und die Erhaltung der Selbständigkeit bzw. die Vermeidung von Behinderung auch im höheren Lebensalter. Dazu müssen Risikofaktoren und Ressourcen der älteren Menschen erkannt werden“, heißt es schon in der Machbarkeitsstudie von 2002 (Manstetten/Wildner 2002). In diesem Modell, das im Rahmen des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health entwickelt wurde, ging es in erster Linie um die Aufdeckung von „Risikofaktoren von Behinderung“ (ebd. S. 5). Aber auch hier wurde die Wirksamkeit in einer Kombination von medizinischen und sozialen Interventionen gesehen (ebd. S. 5).

Gesundheitsförderung ist damit mehr als die Vermeidung von Krankheit. Zentraler Punkt ist vielmehr der Erhalt bzw. die Stärkung der Lebensqualität – gerade auch dann, wenn Beeinträchtigungen vorliegen, was in einem höheren Lebensalter häufiger vorkommt. Präventive Hausbesuche sind in diesem Sinn als Beitrag zur Gesundheitsförderung zu sehen, zur Be-

wältigbarkeit von Krankheit und Behinderung durch die Vermittlung von passenden Hilfen und die Erhöhung der Lebensqualität zu Hause.

## 1.2 Präventive Hausbesuche – das Münchner Modell

Der Gedanke der präventiven Hausbesuche hatte in München bereits zu Beginn des Jahrtausends Einzug gehalten. Im Auftrag der Landeshauptstadt München und im Rahmen des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health verfassten Astrid Manstetten und Manfred Wildner 2002 eine Machbarkeitsstudie zum geriatrisch fundierten Hausbesuch. In dieser Studie wurde an einer kleinen Stichprobe (N=50 durch das Einwohnermeldeamt und N=30 durch einen Hausarzt) in Neuperlach ein präventiver Hausbesuch angeboten. Dieser Hausbesuch beruhte auf einem adaptierten geriatrischen Assessmentbogen aus den USA bzw. aus der Schweiz. Es nahmen schließlich 15 Personen teil, 65 Jahre und älter und nicht pflegebedürftig. Der Hausbesuch wurde von einer Gesundheitsschwester durchgeführt. Dabei ging es auf der Grundlage des Assessmentbogens um die Erstellung eines individuellen Gesundheitsberichts. In einem zweiten Hausbesuch wurden dann die Wohnung begangen und der Gesundheitsbericht besprochen. Die Hausbesuche stießen bei den 15 Teilnehmer/innen auf hohe Akzeptanz. Eine Zusammenarbeit mit Hausärzten/innen wurde empfohlen. Zentrale Figur in dieser Studie war die Gesundheitsschwester, an die hohe Anforderungen gestellt wurden:

*„Die Aufgabenvielfalt der Gesundheitsschwester umfasst ein weites Spektrum von praktischen wie theoretischen Fähigkeiten und reicht von der Organisation der Hausbesuche, der Abklärung mit dem geriatrischen Assessment, Analyse und Synthese der Ergebnisse, die Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, die Durchführung von Beratungen bis hin zur Durchführung von Evaluationen und qualitätssichernden Maßnahmen. Dazu sind neben der Fähigkeit zur Arbeitsorganisation und Administration fundierte Fachkenntnisse in den Gebieten Gerontologie, Geriatrie, Pharmakologie, Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung, Pflege, Ernährung/Diätetik und Sozialberatung einschließlich juristischer Aspekte notwendig sowie fachspezifische Techniken und Fertigkeiten wie z. B. die Durchführung verschiedener Untersuchungen, Beurteilung der häuslichen Umgebung, Anamnese, Abklärung, Beurteilung und Verlaufsbeurteilung. Hinzu kommt das Vorhandensein von Sozial- wie Fachkompetenz hinsichtlich der Grundhaltung, Durchführung der Abklärung, Erkennen vorhandener Probleme, interdisziplinärer Zusammenarbeit, Entwicklung des Empfehlungsplans und Beratung und Begleitung, um nur einige zu nennen“ (Manstetten/Wildner 2002, S. 13 f).*

Vorgeschlagen wurde ein zwei- bis dreijähriges Modellprojekt in zwei Stadtbezirken mit ca. 1120 teilnehmenden älteren Menschen.

Dieser Vorschlag wurde zum damaligen Zeitpunkt nicht aufgegriffen. 2007 stellte die Stadtratsfraktion der Grünen einen Antrag „Präventive Hausbesuche für hochbetagte MünchnerInnen“, vgl. Sitzungsvorlage Nr.08-14/V 01167 vom 26.3.2009). 2009 wurde dieser Antrag im Rahmen des Zielbeschlusses „Selbständigkeit erhalten, Armut verhindern und bekämpfen“ aufgegriffen.

„Mit dem Münchner Modell ‚Präventive Hausbesuche für ältere Menschen‘ soll der Impuls für einen Kontakt zur Zielgruppe aktiv von den Akteurinnen/Akteuren des Projekts ausgehen, sodass ältere Menschen bereits frühzeitig und noch vor einer konkreten Gefährdung Zugang zur differenzierten sozialen Infrastruktur in München finden“ (Sitzungsvorlage Nr. 08 – 14/V 01167, vom 26. 3. 2009). Dabei entschied sich der Stadtrat ausdrücklich für ein lebensweltliches und alltagsunterstützendes Konzept.

Folgende Eckpunkte wurden vom Stadtrat vorgegeben:

- Das Modellprojekt wird an vier verschiedenen Modellregionen in vier unterschiedlichen Trägerschaften<sup>1</sup> (ASZ, GEWOFAG, Sozialbürgerhaus, Migrationsdienst) und mit jeweils eigenen Schwerpunkten (Armut, Wohnen, Migration, Seniorinnen und Senioren) durchgeführt.
- Für das Modellprojekt werden vier halbe Stellen für sozialpädagogische Fachkräfte eingerichtet sowie eine halbe Stelle für eine Projektleitung im Amt für soziale Sicherung.
- Zielgruppe sind ältere Münchnerinnen und Münchner ab 75 Jahren, Migrantinnen und Migranten ab 65 Jahren.
- Die Modellregionen werden kleinräumig ausgewählt (Stadtbezirksviertel mit ca. 2000 Einwohner/innen, analog zu Wohnen im Quartier).
- Das Angebot ist niederschwellig und hat das Ziel, verdeckte Hilfebedarfe aufzudecken.
- Ein präventiver Hausbesuch sollte im ersten Schritt ein Clearing sein, bei dem Kontakt zu den älteren Menschen hergestellt (Herstellen einer Vertrauensbasis) und geklärt wird, ob und in welcher Thematik (gesundheitliche Themen, wirtschaftliche Versorgung, Vereinsamung u. a.) ggf. Hilfe benötigt wird. Die Fachkraft gibt bei diesem Hausbesuch auch Informationen zu weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten oder nimmt eine Lotsenfunktion (Auswahl der passenden Angebote) wahr.
- Pro Modellregion und Jahr sollen ca. 60 Personen aus der Zielgruppe besucht werden.
- Vernetzungsarbeit soll einerseits den Zugang zu den Zielpersonen, andererseits die passgenaue Vermittlung von Hilfen/Unterstützungsangeboten ermöglichen.

---

<sup>1</sup> Die Berücksichtigung unterschiedlicher Trägerschaften beruht auf einer Änderung der Beschlussvorlage durch den Stadtrat. In der ursprünglichen Beschlussvorlage sollte der Modellversuch in drei Sozialbürgerhäusern (Fachstellen für häusliche Versorgung FhV) und bei der GEWOFAG durchgeführt werden.

- In einem vierjährigen Modellversuch wird das Münchner Modell entwickelt. Dabei werden sowohl die Akzeptanz eines solchen Angebots in der Bevölkerung, die genauere Bestimmung der Zielgruppen und der möglichen Zugangswege als auch der nötige Ressourceneinsatz geklärt.
- Das Modellprojekt wird wissenschaftlich begleitet.

### 1.3 Das Münchner Modell entsteht im Prozess

Mit den genannten Vorgaben durch den Stadtratsbeschluss startete das Modellprojekt im Januar 2010 mit dem Einsetzen der Projektleitung im Amt für soziale Sicherung. Im Mai 2010 nahm die wissenschaftliche Begleitung die Arbeit auf.

Erste Schritte waren:

- Auswahl der Modellregionen aufgrund fundierter Analyse und Bewertung der Bevölkerungsdaten,
- Gewinnung der externen Träger,
- Ausschreibung der Stellen für die Fachkräfte,
- Entwicklung eines ersten Konzepts zur Öffentlichkeitsarbeit und für die Ermittlung von Zugangswegen zur Zielgruppe.

Auf der Grundlage der Bevölkerungsdaten<sup>2</sup> wurden als Modellregionen folgende Stadtbezirksviertel ausgewählt:

- im Bereich Wohnungsbaugesellschaft das Stadtbezirksviertel 1404 im Stadtbezirk 14 Berg am Laim;
- im Bereich Seniorinnen und Senioren das Stadtbezirksviertel 1932 Fürstenried, Kreuzhof mit einer Erweiterung auf die angrenzenden Einfamilienhaussiedlungen in Maxhof.
- im Bereich Armut die Stadtbezirksviertel 321 und 351 (Maxvorstadt).
- im Bereich Migration die Stadtbezirksviertel 11.21, 11.22, 11.23 und 11.24 in Milbertshofen/Am Hart (Stadtbezirk 11) mit der Option einer Erweiterung aufgrund der zu erwartenden speziellen Zugangsthematik bei Migrantinnen und Migranten.

In einem zweiten Schritt wurden die externen Träger gewonnen. Die GEWOFAG war bereits durch den Stadtratsbeschluss gesetzt. Für den Migrationsbereich wurde der Verein Stadtteilarbeit ausgewählt, für den Seniorenschwerpunkt das ASZ Fürstenried und das SBH Mitte für das Thema Armut. Gemeinsam mit Projektleitung und wissenschaftlicher Begleitung formulierten die Träger die jeweilige Stellenausschreibung. Die erste Fachkraft begann zum 1. 10.

---

<sup>2</sup> Quelle: Statistisches Amt - ZIMAS Daten vom Januar 2009 und Monitoring des Sozialreferats von 2008.

2010 im ASZ Fürstenried, die letzte nahm im Januar 2011 im SBH Mitte die Arbeit auf.

Trotz der eher ungünstigen Rahmenbedingungen (halbe Stelle, befristet auf drei Jahre mit der Option, auf vier Jahre zu verlängern) konnten für alle vier Modellregionen erfahrene und feldkompetente Fachkräfte gewonnen werden. Alle vier bringen einschlägige Berufserfahrung aus verschiedenen Bereichen (Psychiatrie, Betreuungsrecht, Seniorenarbeit) mit und sind Sozialpädagoginnen bzw. Sozialwirtin mit verschiedenen Zusatzqualifikationen.

### 1.3.1 Projektstruktur

Als eine wichtige Säule des Modellprojekts erwies sich die **Projektleitung**, die im Amt für soziale Sicherung, Abteilung Hilfen im Alter und bei Behinderung, angesiedelt wurde und sich mit der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit ausschließlich dem Modellprojekt widmen konnte. Dadurch konnte das Modellprojekt optimal unterstützt werden:

Die Projektleitung hatte kurze Wege in die Verwaltung und konnte so immer aktuelle Informationen beschaffen, Probleme klären und für alle Mitarbeiterinnen die Teilnahme am städtischen Fortbildungsangebot ermöglichen. Der „heiße Draht“ zur Referatsleitung ermöglichte auch, verschiedene Mittel der Öffentlichkeitsarbeit zu erproben (Flyer mit Unterschrift des Oberbürgermeisters, Plakataktionen an Litfaßsäulen in den Modellregionen, Pressearbeit, Aktion Infopost).

Gleichzeitig konnte sich die Projektleitung intensiv mit ähnlichen Modellen in anderen deutschen Städten beschäftigen und das Münchner Modellprojekt durch die Teilnahme an Tagungen und Workshops auch bundesweit bekannt machen.

Eine weitere positive und wichtige Rahmenbedingung war, dass das Modellprojekt im Amt für soziale Sicherung und bei der Referatsleitung vorbehaltlos gefördert wurde. Dazu kam bei allen externen Trägern und im SBH Mitte großes Interesse und Engagement der jeweiligen Vorgesetzten für das Modellprojekt.

Das Modellprojekt wurde ab Juni 2010 durch einen **Beirat** begleitet (vorbereitende Sitzung im Juni 2010). Die erste reguläre Sitzung dieses Gremiums fand im Oktober 2010 statt. Die Aufgaben des Beirates lagen sowohl in der strategischen Unterstützung und konzeptionellen Reflexion als auch bei einem operativen Support.

Der Beirat setzte sich zusammen aus den Projektverantwortlichen, Vertreter/innen relevanter städtischer Referate, Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Modellpartner/-innen sowie der wissenschaftlichen Begleitung.

Wichtige Themen waren die Auswahl der Modellregionen, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung, Falldokumentation, das Evaluationskonzept der wissenschaftlichen Begleitung, Überlegungen zu den Zugangswegen und weitere konzeptionelle Diskussionen. Die wissen-

schaftliche Begleitung informierte den Beirat fortlaufend über die empirischen Ergebnisse.

Während der Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung trat der Projektbeirat neunmal zusammen. In der neunten Sitzung beschäftigten sich die Beiratsmitglieder in einem von der wissenschaftlichen Begleitung moderierten Workshop mit einer Bilanz des bisherigen Modellzeitraums und Rahmenbedingungen für eine Übertragbarkeit in den Regelbetrieb.

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse und der Erfahrungen aus der Modellphase sprach sich der Beirat am 14. 10. 2013 ausdrücklich dafür aus, dass „präventive Hausbesuche für ältere Menschen als Regelaufgabe in München verankert werden“ (Modellprojekt Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner – Abschlussempfehlung des Projektbeirats vom 14. 10. 2013).

Die sukzessiv eingestellten Fachkräfte wurden im Rahmen einer regelmäßig tagenden **Praxisgruppe** in alle Entwicklungsschritte des Projekts intensiv eingebunden. Diese Praxisgruppe hatte das Ziel, einen zeitnahen und qualifizierten Austausch zwischen den Fachkräften der präventiven Hausbesuche, der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung sicherzustellen, relevante Themen zu besprechen und Lösungen für auftretende Fragen zu finden, kurz: die konzeptionellen Vorgaben mit Leben zu erfüllen und das gewonnene Erfahrungswissen wiederum für die Fortschreibung des Konzepts zu systematisieren.

Ein weiteres Thema war, die Beratungs- und Fachkompetenz der Fachkräfte noch weiter zu verbessern. Dazu wurden relevante Kooperationspartner/innen eingeladen, zum Thema „Rollenfindung“ ein eintägiger Workshop durchgeführt sowie die Teilnahme an Schulungen und Fortbildungen ermöglicht (z. B. zu den Themen Wohnungsanpassung, Wohngeld, Vernachlässigung und Gefahren in der häuslichen Pflege, Suizidprävention und Betreuungsrecht).

Die Praxisgruppe setzte sich zusammen aus den Fachkräften, der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung und tagte im Monatsrhythmus. Insgesamt traf sich die Praxisgruppe 30 Mal im Evaluationszeitraum.

Zusätzlich fanden zwei Workshops mit den Fachkräften statt, die von der wissenschaftlichen Begleitung gestaltet, moderiert und dokumentiert wurden und wesentliche Schritte zur Weiterentwicklung des Konzeptes darstellten. Außerdem organisierten die Fachkräfte untereinander eine regelmäßige, fallbezogene Intervision.

In der Praxisgruppe ging es unter anderem um die Themen:

- Zugangswege,
- Ablauf eines Hausbesuchs,
- Abschluss eines „Falles“,
- Vernetzungsarbeit,
- Öffentlichkeitsarbeit,

- Einzugsgebiet und Zuschneidung der Modellregionen,
- Kontaktform (telefonisch versus persönlich),
- das Angebotsprofil Präventive Hausbesuche,
- die erbrachten Leistungen,
- besondere Zugangswege zu Migrant/innen.

Für das Gelingen des Modellprojekts spielte die personelle Kontinuität eine wichtige Rolle. Bei den Fachkräften gab es keine personellen Veränderungen. Auch bei den Trägern blieben die Zuständigkeiten bis auf eine Ausnahme stabil.

### 1.3.2 Die Workshops

Profilschärfung und Reflexion waren die zentralen Anliegen eines Praxistages am 31. Januar 2012. Unter der Moderation der wissenschaftlichen Begleitung arbeiteten die Fachkräfte zusammen mit der Projektleitung einen Tag an der konzeptionellen Weiterentwicklung des Modellprojektes.

Mithilfe von Kreativtechniken (Synektik) wurde der Auftrag der Fachkräfte präzisiert. Als Ergebnis wurde der Leitsatz „Individuelle Orientierungshilfen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter“ entwickelt. Damit wurde sowohl die Lotsenfunktion der Fachkräfte betont als auch die Niederschwelligkeit und Freiwilligkeit des Zugangs sowie das Erarbeiten von passgenauen Hilfen.

In einem Folgeworkshop wurde an der Feindefinition des Konzeptes weiter gearbeitet (27. 9. 2012). Dabei ging es um die Fragen:

- Welche Leistungen gehören zu einem präventiven Hausbesuch?
- Welche Leistungen gehören nicht mehr dazu?
- Was gehört zu Prävention?
- Was unterscheidet das Modellprojekt von anderen Angeboten?

Als Ergebnis kann zusammengefasst werden: Die Orientierungshilfe ist als Prozess zu sehen. Oft genügt ein Hausbesuch nicht. Die Fachkräfte werden – sehr schnell – zu Vertrauenspersonen und/oder Bezugspersonen, deren Unterstützung immer wieder nachgefragt wird. Für das Erarbeiten der passgenauen Hilfen sind zudem häufig mehrere Kontakte notwendig. Elemente der Prävention sind:

- Begleitung auf Zeit,
- Vermittlung (Finden passgenauer Hilfen),
- akute Krisenintervention, auch in Form von kleinen, schnellen Hilfen (Badematte, Einkaufen) bzw. kleinen Handreichungen,

- Wege ins Hilfesystem öffnen (Information „übersetzen“, Zugangsbarrieren abbauen, Brückenfunktion),
- Clearing,
- Intervention,
- Vertrauen.

In diesem Workshop wurde auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen ein erstes Leistungsverzeichnis erarbeitet. Die kontinuierliche Reflexion der Praxis führte im Verlauf der Modellphase zu einer immer stärkeren Präzisierung des Münchner Modells.

Als Eckpunkte des Münchner Modells wurden festgehalten:

- Sozialpädagogischer, ganzheitlicher und lebensweltlich orientierter Ansatz,
- Prävention im Sinne von Gesundheitsförderung, Verwirklichungschancen,
- Lotsenfunktion, Türöffner ins Hilfesystem,
- Präzisieren des Hilfebedarfs,
- niederschwellig und freiwillig,
- Ermitteln von verdeckten Bedarfen (z. B. finanziell),
- strukturierter Zugang über Infopost,
- unkonventionelle Zugangswege für spezifische Zielgruppen,
- Mehrfachbesuche oder -kontakte, wenn nötig,
- kontinuierliche Vernetzungsarbeit im professionellen Feld,
- gute Kenntnis des (aktuellen) professionellen Hilfenetzwerks,
- kontinuierliches Gewinnen von Kooperationspartnern/-personen im nachbarschaftlichen Umfeld,
- trägerunabhängige Vermittlung einer breiten Palette von Hilfen
- hohe Fachkompetenz, Netzwerkkompetenz und soziale Kompetenz bei den Fachkräften.
- Einbindung in eine feste Begleit- und Unterstützungsstruktur (Projektleitung, Intervisionsgruppen).

Die Anbindung der Fachkräfte ist in verschiedenen Trägerschaften denkbar. Jede der erprobten Trägerschaften hat Vorteile (und wenige Nachteile), wie die Ausführungen in Kapitel 9 zeigen.

## 2 Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitung bestand aus zwei Elementen:

- Prozessbegleitung und Beratung,
- Dokumentation, Monitoring, Evaluation.

Im Stadtratsbeschluss wurden folgende Aufgaben für die wissenschaftliche Begleitung formuliert:

- Unterstützung bei der Erarbeitung des genauen Modelldesigns, bei der Umsetzung und deren wissenschaftlicher Begleitung;
- Unterstützung bei der Auswahl der Modellregionen, der Feindefinition der Zielgruppe und der Entwicklung der Zugangswege,
- Umfang und Inhalt eines präventiven Hausbesuchs unter Beteiligung
- der durchführenden Fachlichkeiten darstellen,
- Beschreibung der Wirkungen des Modellprojekts im Hinblick auf die Zielgruppen und das kommunale Versorgungssystem,
- Berücksichtigung und Darstellung der Kosten, die zum einen durch die Aufdeckung von versteckter Altersarmut und anderen Bedarfen im Transferbereich entstehen können, vor allem aber den Aufwand der unmittelbaren Projektkosten mit möglichen Einsparpotenzialen z. B. in der Sozialhilfe gegenüberzustellen.
- Berücksichtigung aktueller Studien und Forschungsergebnisse.

Die Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung war **partizipativ und formativ**. Durch die Kombination von Evaluation und Prozessbegleitung war es möglich, Zwischenergebnisse und daraus abgeleitete Erkenntnisse laufend in den Prozess der Konzeptfortschreibung einfließen zu lassen. Zusammengefasst wurden diese in zwei Zwischeninformationen im Februar 2012 und im November 2012.

### 2.1 Prozessbegleitung

Im Rahmen der **Prozessbegleitung** ging es um folgende Aufgaben:

- Unterstützung bei der Auswahl der Modellregionen und Einrichtungen,
- fortlaufende Unterstützung der Praxisgruppe, u. a. bei Rollenfindung, Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation,
- fortlaufende Unterstützung der Projektleitung in Fragen konzeptioneller (Weiter-)Entwicklung,
- Moderation und Dokumentation der Sitzungen des Projektbeirats.

**Konzeptionelle Unterstützung** erbrachte die wissenschaftliche Begleitung bei folgenden

Aspekten:

- **Erfassen und Bewerten von Vernetzungsprozessen.** Auf der Grundlage der fortlaufenden Dokumentationen konnten gut und weniger abgedeckte Bereiche sichtbar gemacht werden sowie im gemeinsamen Diskussionsprozess neue Kooperationsfelder erschlossen werden. Im Projektverlauf wurden ausgewählte Kooperationspartner/innen befragt.
- **Gestaltung der Zugangswege.** Von Beginn an stand die Gestaltung der Zugangswege im Mittelpunkt der Arbeit. Die Frage der Erschließung der Zielgruppe blieb das Dauerthema während des gesamten Modellzeitraums. Hier wurden verschiedene Wege entwickelt. Auch der Projektbeirat beschäftigte sich in einer Sitzung mit diesem Thema. Zu der Zielgruppe der älteren Migrantinnen und Migranten wurden Interviews mit Expertinnen und Experten in München geführt. Hier erwies sich der Zugang als besondere Herausforderung, da die regionale Ausrichtung des Modellprojekts an Grenzen stieß. Auf Anregung der wissenschaftlichen Begleitung wurde gegen Ende des zweiten Jahres ein strukturierter Zugang in den Modellregionen erprobt („Aktion INFOPOST“).
- **Bedarflagen und Hilfsangebote.** Die Dokumentation der Erstkontakte zeigte ein breites Feld von Bedarfslagen der besuchten alten Menschen. Die Fragen, auf welche Bedarfe das Modellprojekt reagiert, welche Hilfsangebote erschlossen werden und wann die Intervention durch die Fachkräfte endet, blieben ein dauerhaftes Thema der Konzeptentwicklung.
- **Darstellung von Kosten – Nutzeneffekten.** Hierzu erarbeitete die wissenschaftliche Begleitung eine Expertise (vgl. Kapitel 8).
- **Differenzierung und Konkretisierung des Konzeptes Präventive Hausbesuche.** Neben der regelmäßigen konzeptionellen Arbeit mit der Projektleitung, mit den Praxiskräften und in halbjährigem Turnus mit dem Projektbeirat, fanden dazu gezielt zwei Workshops unter der Moderation der wissenschaftlichen Begleitung statt. Gegenstand dieser Workshop waren die Profilschärfung der „Präventiven Hausbesuche“ sowie deren Abgrenzung von anderen Aufgaben und Angeboten der offenen Altenhilfe in München.
- **Konzeptionelle Arbeit zu den Wirkungen der präventiven Hausbesuche.** Neben der Expertise zu Kosten-/Nutzeneffekten wurde ein Wirkungsmodell, das das IPP für die Bewertung von Beratungsprozessen erarbeitet hat, auf das Modellprojekt übertragen. Zu den Wirkungen bei den Zielgruppen wurden zudem in jeder Modellregion Interviews mit besuchten Personen geführt.

## 2.2 Dokumentation, Monitoring, Evaluation

Für die **Dokumentation** entwickelte die wissenschaftliche Begleitung ein excel-basiertes Dokumentationssystem, in dem alle fallbezogenen und nichtfallbezogenen Kontakte der Fachkräfte festgehalten wurden. Daraus entstand ein Bild der vielfältigen Netzwerkkontakte, die einerseits der Erschließung des Zugangs zur Zielgruppe dienten, andererseits für Vermittlung und Kooperation bei der Hilfeerbringung genutzt wurden.

Für die Hausbesuche wurden Erstkontaktbögen entwickelt und im Prozessverlauf gemeinsam mit den Fachkräften modifiziert, um die Lebensbedingungen der besuchten Münchnerinnen und Münchner differenziert zu erfassen (s. Anhang). In diesen Erstkontaktbögen wurden die soziodemografischen Daten der Besuchten festgehalten, ebenso der Zugangsweg, der Anlass für den Besuch, die Wünsche und Bedürfnisse, die die Betroffenen äußerten, und die Bedarfe, die die Fachkräfte erkannten.

Im Zusammenhang mit der Debatte über „Altersarmut“ und dem Münchner Armutsbericht wurden ab Mitte des Jahres 2012 zusätzlich Angaben zur finanziellen Situation der besuchten Personen erhoben (Bezug von Sozialhilfe/Grundsicherung bzw. Wohngeld). Als Armutsindikator wurde – in Rücksprache mit Expertinnen des Sozialreferates – für Alleinlebende ein monatliches Einkommen von weniger als 1000.- Euro, für Paare von weniger als 1500.- Euro definiert.

Die gesundheitliche Situation sowie die pflegerische Versorgung wurden durch folgende Kriterien abgefragt:

- Einwertung in eine Pflegestufe,
- Vorliegen einer Schwerbehinderung und deren Ausmaß.

Ab Herbst 2012 wurden die Falldokumentationen um eine Dokumentation der erbrachten Leistungen ergänzt, um diese Leistungen systematisch erfassen und für eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse aufbereiten zu können. Gemeinsam mit den Fachkräften wurde ein Dokumentationsformular erarbeitet, das sowohl die Interventionsbereiche als auch die dort erbrachten Leistungen abbildet. Bei den Leistungen wurde unterschieden zwischen Informationsvermittlung, einmaliger Beratung, mehrfacher Beratung, Kontaktaufnahme mit anderen Diensten, Begleitung der Person zu diesen Diensten sowie die Einbeziehung von Expertinnen und Experten in die eigene Beratung. Auf der Basis ihrer internen Falldokumentationen führten die Fachkräfte diese Leistungsdokumentation auch rückwirkend für die ab Juli 2012 besuchten Personen.

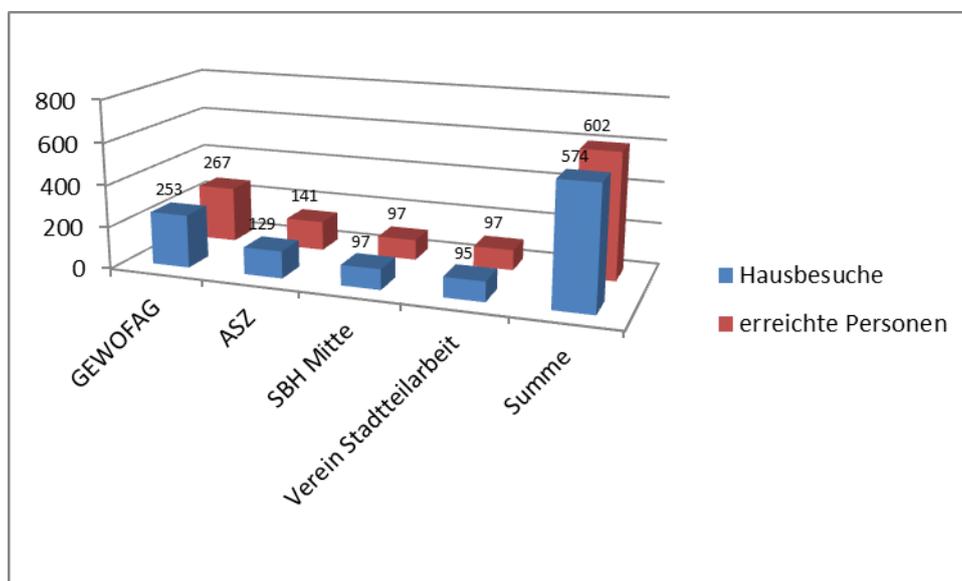
Die Daten aus der fallbezogenen Dokumentation wurden fortlaufend in SPSS eingegeben und ausgewertet, so dass die aktuellen Entwicklungen für die Projektleitung und die Praxiskräfte nachvollziehbar waren. Außerdem wurde in den Sitzungen des Projektbeirats und in den Sitzungen der Praxisgruppe zeitnah und regelmäßig über den Projektverlauf berichtet.

### 3 Ergebnisse der Dokumentation

Im folgenden Kapitel werden die empirischen Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Kernbereiche der Darstellung sind die Zugangswege zur Zielgruppe, die Darstellung der erreichten Personenkreise, Vernetzungsprozesse und der Etablierung des Modellprojektes, die Gestaltung der Zugangswege, die Bedarfslagen der Betroffenen sowie Beratungsleistungen und Hilfsangebote, die durch das Modellprojekt realisiert wurden. Besondere Berücksichtigung finden die Schwerpunktthemen und die regionalen Besonderheiten des Modellprojekts.

Insgesamt wurden im Zeitraum des Modellprojektes bei 574 Erstbesuchen 602 Personen der Zielgruppe erreicht.

Abbildung 1: Hausbesuche insgesamt (Oktober 2010 – Juni 2013)



Die meisten der folgenden Auswertungen beziehen sich auf diese Grundgesamtheit von 602 Personen.

Für das letzte Jahr der Modellphase (von Juli 2012 bis Juni 2013) liegen erweiterte Dokumentationen der Hausbesuche vor, die differenziertere Analysen erlauben. Diese beziehen sich auf 152 Personen, die von den vier Einrichtungen besucht wurden.

Bei der Analyse des Zugangs zum Modellprojekt geht es um die von den Modellstandorten ASZ, SBH Mitte und Verein Stadtteilarbeit erreichten 335 Personen.

#### 3.1 Die Zugangswege zur Zielgruppe

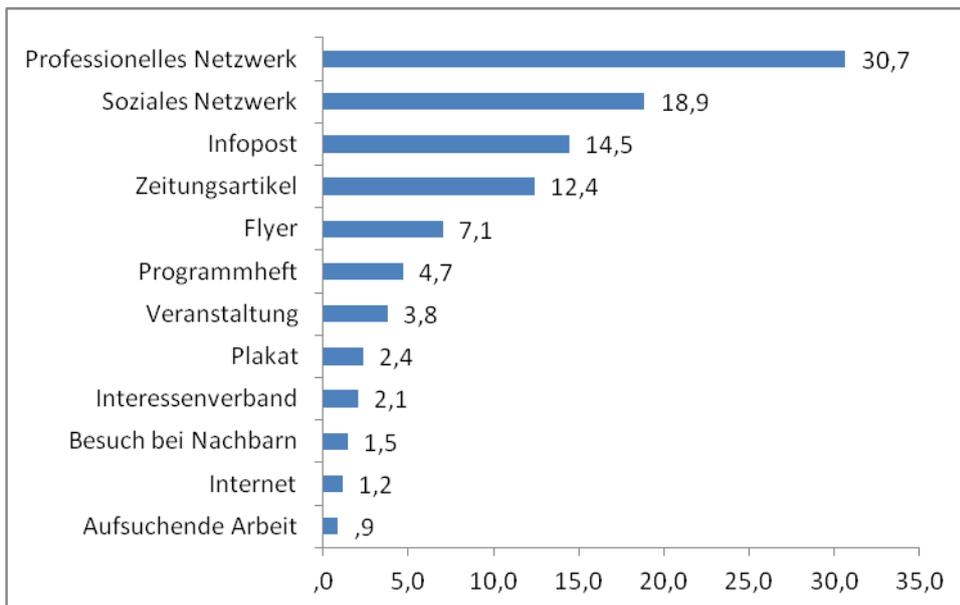
Ein wesentlicher Bestandteil des Stadtratsauftrags war die Entwicklung und Erprobung verschiedener Zugangswege zur Zielgruppe. Diese Zugangswege wurden über Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Medien, Plakate, Teilnahme an Veranstaltungen etc.), die Erschließung der

sozialen Netzwerke im sozialen Nahraum, die Erschließung des professionellen Netzwerks in den Modellregionen, aber auch überregional und ab 2013 durch die Aktion INFOPOST erprobt.

Eine Sondersituation lag hier von Beginn an bei der GEWOFAG Holding GmbH vor. Die Fachkraft dort konnte auf die Mieterkartei zurückgreifen. Alle, die 75 Jahre und älter waren, wurden nach und nach angeschrieben, dann angerufen und – wenn deren Einverständnis vorlag – ein Termin für einen Hausbesuch vereinbart. Mit der Zeit wurde das Angebot der präventiven Hausbesuche bei den Mietern bekannt, so dass sich etliche von sich aus an die Fachkraft wandten.

Welche Zugangswege an den anderen Modellstandorten besonders zielführend und erfolgreich waren, wurde bei den besuchten Personen über die Abfrage, wie sie von dem Projekt erfahren hatten, geprüft<sup>3</sup>. Bei 58 (17%) der 335 Personen, die vom SBH Mitte, ASZ und dem Verein Stadtteilarbeit besucht wurden, konnten die Zugangs- und Informationswege nicht konkret bestimmt werden. Erfasst wurden die Zugangswege bei 277 Personen. Die Ergebnisse zeigt die folgende Abbildung.

**Abbildung 2: Zugangswege in der gesamten Modellphase(N=277, Angaben in Prozent, ohne GEWOFAG)**



Fasst man die verschiedenen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Zeitungsartikel, Flyer, Programmheft, Veranstaltung, Plakat, Internet) zusammen, so kam jeweils ein knappes Drittel der Besuchten über das professionelle Netzwerk sowie über Öffentlichkeitsarbeit zu dem Modellprojekt. An dritter Stelle liegt das soziale Netzwerk mit 21,3 % (unter Berücksichtigung der Besuche bei Nachbarn und der aufsuchenden Arbeit). Der relativ kleine Anteil, der der

<sup>3</sup> Aufgrund der beschriebenen Sondersituation wird die GEWOFAG Holding GmbH hier nicht berücksichtigt.

INFOPOST zuzurechnen ist, erklärt sich auch daraus, dass mit dieser Aktion erst 2013 begonnen wurde.

### 3.1.1 Öffentlichkeitsarbeit als Zugangsarbeit

Von Beginn an wurde eine intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Dies war vor allem dadurch möglich, dass die Projektleitung ausreichende Zeit- und Geldressourcen für die Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung hatte. Ein gemeinsamer Flyer für die Modellregionen mit den Fotos der Projektmitarbeiterinnen und einem Grußwort des Münchner Oberbürgermeisters Christian Ude konnte sehr schnell auf den Weg gebracht werden. Im Laufe des Modellprojekts wurde dieser Flyer noch übersetzt, so dass eine türkische, eine russische und eine serbisch/kroatische Version dieses wichtigen Informationsmittels zur Verfügung standen. Aufgrund der hohen Nachfrage war bereits im ersten Quartal 2012 die Erstaufgabe von 25 000 vergriffen. Ein Nachdruck des Projektflyers in einer Auflage von 10 000 Stück wurde notwendig. Der Flyer wurde von den Fachkräften in den Modellregionen regelmäßig bei relevanten Einrichtungen, Geschäften, Arztpraxen und anderen Dienstleistern verteilt, häufig verbunden mit Vernetzungsgesprächen. Von zentraler Stelle des Sozialreferats wurden die Flyer u. a. gezielt an Organisationen im Migrationsbereich, dem Rettungszweckverband, dem Eigenheimerverband Bayern e. V. sowie bei allen zentralen Versandaktionen als Beilage verschickt. Auch bei relevanten Veranstaltungen (vgl. unten) wurden die Flyer intensiv genutzt.

Darüber hinaus wurde eine regelmäßige und intensive Pressearbeit betrieben. Sowohl die lokalen Medien als auch überregionale Fachpublikationen berichteten mehrmals über das Modellprojekt. Die ersten Kurzmeldungen und Beiträge erschienen bereits im Herbst 2010. Im März 2011 lud die Pressestelle des Sozialreferats zu einem großen Pressegespräch mit der Sozialreferentin Brigitte Meier ein. Das Medieninteresse war sehr groß, es kamen ca. zehn Vertreterinnen und Vertreter von Printmedien (darunter auch ein türkischsprachiges Blatt) und zwei Radiosendern zu Kurzinterviews. Die gesamte Lokalpresse berichtete in den Folgetagen. Dadurch wurde ein breites Interesse bei den Münchner Bürgerinnen und Bürgern geweckt. Auch die Fachwelt und die Kooperationspartner/innen vor Ort erfuhren dadurch von dem Modellprojekt. Der darüber erreichte Bekanntheitsgrad des Projekts führte zu vermehrten Anfragen innerhalb und außerhalb der Modellregionen.

Besonders die Interviews mit den Fachkräften der „Präventiven Hausbesuche“ in den lokalen Stadtteilanzeigen fanden bei der Zielgruppe und deren Angehörigen reges Interesse. Durch den gestiegenen Bekanntheitsgrad des Projekts griffen die Medien teilweise von sich aus das Thema Präventive Hausbesuche auf. Die Aktivitäten im Bereich Pressearbeit wurden durch die zentrale Pressestelle des Sozialreferats regelmäßig unterstützt.

Im Juni und August 2012 wurden die Litfaßsäulen in den Modellregionen mit dem Plakat des Modellprojekts „Gut informiert, bevor ich Hilfe brauche“ bestückt. Durch diese Plakatierungs-

aktion sollten die Zielgruppen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren wohnortnah auf das Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ aufmerksam gemacht werden. Die Aktion ergänzte die bisherige intensive Öffentlichkeitsarbeit des Projekts und zielte auf einen erweiterten Bekanntheitsgrad im lokalen professionellen Netzwerk und in der Öffentlichkeit ab. In einigen Fällen konnte mit der Plakatierung ein „Call-to-action-Effekt“ erzielt werden, d. h., dass sich Betroffene oder deren Angehörige selbst für die Inanspruchnahme eines Hausbesuchs meldeten.

Auf den Internetseiten des Sozialreferats wurde ebenfalls über das Modellprojekt informiert<sup>4</sup>. Dazu kamen die Maßnahmen der einzelnen Träger (Internet, Aufnahme in die Programme, Plakatierungen, persönliche Ansprache), um das Modellprojekt bekannt zu machen.

### 3.1.2 Teilnahme an Veranstaltungen und fachliche Vernetzung

Die Praxiskräfte nahmen regelmäßig an einschlägigen Veranstaltungen, z. B. dem Fest für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer, und an der Veranstaltung „Älter werden – zu Hause wohnen bleiben“ teil. Sie präsentierten das Modellprojekt auch im Programm der Landeshauptstadt München zum europäischen Jahr „Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ im Jahr 2012. Neben der vielseitigen und differenzierten Präsentation des Projekts in den vier Modellregionen (u. a. durch die Teilnahme an den REGSAM-Facharbeitskreisen „Alte Menschen“) wurden auch überregionale Sozialpartner über das Modellvorhaben informiert. Dazu gehörten kommunale Gremien (z. B. Bezirksausschüsse, Seniorenbeirat, Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege), Gremien der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Facharbeitskreise, AWO-Seniorenclubleitungen), aber auch Krankenhaussozialdienste und interne städtische Fachlichkeiten und Arbeitsgruppen.

Um das Projekt in der sozialen Infrastruktur weiter bekannt zu machen, wurden systematisch vor allem Einrichtungen angesprochen, bei denen eine hohe Kontaktwahrscheinlichkeit zur Zielgruppe besteht. So wurden die ambulanten Pflegedienste in den Modellregionen sowie die zentralen Anbieterinnen und Anbieter von Mahlzeitendiensten, Hausärztinnen und Hausärzte, Therapeuten usw. angeschrieben und informiert.

Die Projektleitung übernahm die **überregionale fachliche Vernetzung**. Es wurde Kontakt zu ähnlichen Modellprojekten wie „Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche“ in Bremen oder „Präventive Hausbesuche – Gesundheitsberatung für Senioren“ in Frankfurt aufgenommen. Auf der wissenschaftlichen Ebene erfolgte ein Informationsaustausch z. B. mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., das das Projekt „mobil – Präventive Hausbesuche zur Erhaltung von Gesundheit und Selbständigkeit im Alter“ in Kooperation mit der Bosch BKK, Stuttgart, evaluiert hat (vgl. Gebert, A.; Schmidt, C. ; Weidner, F. 2008).

<sup>4</sup> <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Praeventive-Hausbesuche.htm> |

In der Folgezeit kamen Anfragen aus mehreren deutschen Kommunen (beispielsweise Lübeck, Bielefeld, Fulda) und anderen Institutionen (beispielsweise Fachhochschule Köln) zum fachlichen Hintergrund des Projekts.

Im Rahmen einer „Impulskonferenz Präventive Hausbesuche“, die das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Herbst 2011 veranstaltete, wurde das Münchner Modellprojekt vorgestellt (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Hrsg. 2012).

### 3.1.3 Platzierung im Armutsbericht 2011 der Stadt München

Im Stadtratsbeschluss vom 22. 4. 2009 (Sitzungsvorlage Nr.08-14/V 01167) wurde als ein wichtiges Ziel des Projekts formuliert, Erkenntnisse darüber zu erlangen, ob das zugehende Angebot eines präventiven Hausbesuchs geeignet ist, „die Folgen von Altersarmut und Vereinsamung durch schnellere Vermittlung in bestehende Angebote der sozialen Infrastruktur abzumildern“.

Deshalb wurde für die Neuauflage des Münchner Armutsberichts 2011 ein Textbaustein mit aussagekräftigen Fallbeispielen erstellt. Diese zeigen auf, dass entsprechende Vermittlungen im Rahmen des Modellprojektes gut gelingen und – mitunter – durch das dort vorhandene präventive, niedrighschwellige Angebot überhaupt erst möglich werden (vgl. Münchner Armutsbericht 2011, S. 89 ff).

**Bewertung.** Insgesamt konnte dieser Fächer von öffentlichkeitswirksamen Tätigkeiten die Bekanntheit des Modellprojekts sowohl bei der Zielgruppe als auch in der Fachöffentlichkeit wirksam unterstützen. Dadurch wurde der Zugang zu den alten Menschen in den Regionen erleichtert. Die aufwändige Vernetzungsarbeit wurde dadurch aber nicht überflüssig. In den ersten beiden Jahren des Modellprojekts stellten Zeitungsartikel (9,9 %), das private Netzwerk (11,8 %) und das professionelle Netzwerk (28,3 %) die wichtigsten Zugangswege dar. Außerdem ist die Vernetzungsarbeit auch für eine passgenaue Vermittlung von Hilfen unabdingbar.

### 3.1.4 Rationalisierung des Zugangs: die Aktion INFOPOST

Immer wieder wurden Möglichkeiten und Modelle in der Praxisgruppe, im Projektbeirat und mit der Projektleitung diskutiert, sowie die Frage, wie die aufwändige Zugangsarbeit reduziert werden könnte. Dabei orientierten sich die Überlegungen am Beispiel der Modellregion Ramersdorf (GEWOFAG), in der von Beginn an die Zielgruppe über die Mieterkartei angesprochen werden konnte. Unter dem Stichwort „Rationalisierung des Zugangs“ wurde schließlich 2012 die Möglichkeit geprüft, die Zielgruppe direkt über die Einwohnermeldekartei anzuschreiben. Grünes Licht dafür gab es im zweiten Halbjahr 2012. Die Aktion INFOPOST

konnte gestartet werden.

**Durchführung der Aktion INFOPOST.** Die Grundidee der Aktion INFOPOST bestand darin, die Personen aus der Zielgruppe im Einzugsbereich des ASZ Fürstenried West, des SBH Mitte und des Vereins Stadtteilarbeit e. V. direkt anzuschreiben, um sie über die Möglichkeit präventiver Hausbesuche zu informieren und zur Nutzung dieses Angebotes einzuladen. Dadurch sollten Streuverluste beim Ansprechen der Zielgruppe vermieden werden (Öffentlichkeitsarbeit richtet sich nicht an konkrete Personen. Wer auf das Angebot aufmerksam wird, lässt sich nicht direkt kontrollieren.).

Durch ein persönliches Anschreiben der Sozialreferentin Brigitte Meier wurde zudem die Verbindlichkeit des Angebotes hervorgehoben.

Im Rahmen der INFOPOST wurden im Januar und im März 2013 in zwei Wellen pro Region jeweils 200 Personen aus der Zielgruppe, darunter jeweils 50 Personen mit Migrationshintergrund, persönlich angeschrieben<sup>5</sup>. Die Auswahl dieser Personen erfolgte nach dem Zufallsprinzip durch das Einwohnermeldeamt. Dem Anschreiben war eine frankierte Antwortkarte beigelegt.

Auf den ersten Durchlauf reagierten 39 Personen, auf den im März 28 Personen via Postkarte, Mail oder Telefon. Beim zweiten Durchlauf kamen 26 Briefe als „unzustellbar“ und ein Brief mit dem Vermerk „verstorben“ zurück. Die folgende Grafik zeigt, innerhalb welchen Zeitraums die angeschriebenen Personen und/oder Angehörige auf die INFOPOST reagierten. Einige Angeschriebene meldeten sich erst nach einiger Zeit: eine Person sechs Wochen und zwei Personen vier Monate nach der Infopostaktion.

Die meisten Personen reagierten innerhalb von zwei Wochen – also unmittelbar – auf das mit der INFOPOST verbundene Angebot. Das spricht dafür, dass mit dieser Aktion Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren kanalisiert werden konnten, für die sie vor der Aktion keine Anlaufstelle in der offenen Altenhilfe aufgesucht hatten oder für die keine verfügbar war. Die späteren Reaktionen verweisen darauf, dass die Informationen bei den Betroffenen einen wichtigen Stellenwert haben und nicht verloren gehen. Bei Bedarf wird darauf zurückgegriffen.

In der Abbildung 3 sind die erhobenen Informations- und Zugangswege für 152 Personen im letzten Jahr der Modellphase (von Juli 2012 bis Juni 2013) dargestellt. Sie bildet die Zugangswege nach der Etablierungsphase des Projektes und unter Einbeziehung der Aktion INFOPOST ab.

Die Abbildung unterstreicht die Bedeutung der Aktion INFOPOST, zumal dieser Weg der Kontaktaufnahme erst im Jahr 2013 begonnen wurde. Ein Drittel der Kontakte kam über die

---

<sup>5</sup> Eine weitere INFOPOST-Aktion wurde im Oktober 2013 – nach dem Ende der wissenschaftlichen Begleitung – durchgeführt.

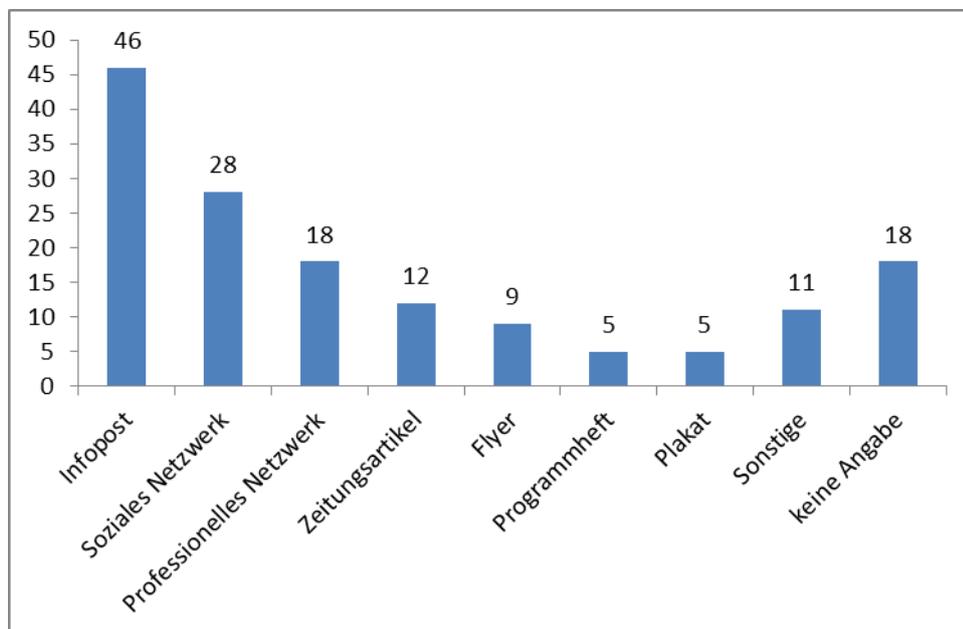
INFOPOST zustande.

In 28 Fällen stellten Personen aus dem sozialen Netzwerk, die auf unterschiedlichen Wegen von diesem Angebot erfahren haben, den Kontakt zum Modellprojekt her.

Etwa 14 % der Zielgruppe wurden direkt durch allgemeine Öffentlichkeitsarbeit erreicht (Flyer, Programmheft, Plakate). Unter „Sonstiges“ fallen Zugänge über das Internet, über zufällige Kontakte (Besuch bei Nachbarn), über Interessenverbände oder Veranstaltungen.

Zugänge über das professionelle Netzwerk erfolgten in 18 Fällen. Der Anteil dieser Zugangsform liegt etwas niedriger als in früheren Phasen des Projektes, er macht aber immer noch 25 % der Fälle aus, die nicht über die INFOPOST erreicht wurden.

Abbildung 3: Zugangswege in absoluten Zahlen (N = 152)



**Bewertung.** Aus der Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ist die Aktion INFOPOST ein sinnvoller und zielführender Ansatz. Von den angeschriebenen 1200 Personen reagierten 4,75 %, 27 Briefe waren unzustellbar. Einen Hausbesuch vereinbarten 4,5 % der erreichten Personen. Diese Quote liegt im Rahmen der Ergebnisse von Aktionen vergleichbarer Projekte (z. B. Region Siegen-Wittgenstein 6 % Rücklauf). Die Erfahrung hat außerdem gezeigt, dass eine Reihe der Angeschriebenen erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung auf den Brief reagiert, so dass noch eine Verbesserung der Rücklaufquote erwartet werden kann. Dies kann aber aufgrund der Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung hier nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Aktion INFOPOST erreicht auch Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund. Von den 300 angeschriebenen Personen vereinbarten 12 einen Hausbesuch. Das entspricht einer Quote von 4 %, die nur geringfügig niedriger liegt als die Gesamtquote. Unter Effizienzgesichtspunkten ist dieser Ansatz positiv zu bewerten. Der mit dem Anschreiben ver-

bundene Aufwand war vergleichsweise gering und konnte bei der zweiten Versandaktion weiter reduziert werden.

Die Akzeptanz bei den angeschriebenen Personen ist als hoch einzuschätzen. Das gilt naturgemäß für jene Personen, die das Angebot eines Hausbesuches in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus nahmen einige Personen Kontakt mit der Projektleitung bzw. den Fachkräften auf, um sich für das Angebot zu bedanken, obwohl sie derzeit keinen Beratungsbedarf haben. Lediglich eine Person beschwerte sich über das Anschreiben als unzulässigen Eingriff in ihre Privatsphäre.

Die Effekte für die Personen, die in der Folge besucht wurden, sind vergleichbar mit denen, die für die anderen besuchten Personen erreicht werden konnten. Sie fanden Ansprechpartnerinnen und -partner für bestehende Bedürfnisse und Anliegen. Darüber hinaus wurden sie sensibilisiert, über Unterstützungsmöglichkeiten nachzudenken, die ihnen vorher nicht bewusst waren. Die Auswertung der soziografischen Daten der Personen, die auf die Aktion INFOPOST reagierten, zeigt auf, dass relevante Teile gewünschter Zielgruppe erreicht werden.

Personen, die auf die INFOPOST reagierten, unterscheiden sich zudem in einigen Bereichen von den Personen, die auf anderen Wegen zu den „Präventiven Hausbesuchen“ kamen. Sie besitzen häufiger eine Eigentumswohnung, beziehen häufiger Wohngeld und leben häufiger mit Angehörigen zusammen. Eine Erklärung könnte sein, dass diese Personen kompetenter in der Nutzung von Hilfsangeboten sind, wenn ihnen diese bekannt sind. Auch für Personen, die sich schwerer tun, schriftlich formulierte Angebote zu nutzen, sind weiterhin zusätzliche Zugangserleichterungen erforderlich. Vernetzungsarbeit und aktive Gestaltung von Kooperationen bleibt daher eine wichtige Daueraufgabe.

### 3.1.5 Der Zugang über das professionelle Netzwerk

Konzeptionell ist der Zugang über das professionelle Netzwerk im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ nicht vorgesehen. Erreicht werden sollen vor allem Menschen, die bisher nicht im Hilfesystem angekommen sind. Dass die „Präventiven Hausbesuche“ auch aus dem professionellen Netzwerk heraus empfohlen werden, erlaubt einen – über die „Präventiven Hausbesuche“ hinausgehenden – Blick auf die Struktur der vorhandenen Bedarfe und Angebote in der Versorgung älterer Menschen.

Um die hier vorliegenden Zusammenhänge zu differenzieren, können wir wieder auf die 339 Personen zurückgreifen, von denen bekannt ist, wie sie einen Zugang zu den Angeboten der „Präventiven Hausbesuche“ gefunden haben, und die nicht über ein Anschreiben durch die GEWOFAG angesprochen wurden. 104 dieser Personen erhielten entsprechende Informationen aus dem professionellen Netzwerk oder wurden von dort an die Fachkräfte vermittelt. Das entspricht einer Quote von 30,7 %. Vermittlungen erfolgten vor allem durch folgende

#### Einrichtungen<sup>6</sup>:

- Sozialbürgerhäuser (N = 26), darunter 10 über die Wohngeldstelle und 7 über die Sachbearbeitung SGB XII
- Krankenhaussozialdienste (18 Vermittlungen)
- Verwaltung der GEWOFAG (16)
- ASZ (13)
- Hausärzte (7)
- Pflegedienste, Ergotherapie (6)
- Beratungsstelle Wohnen (5)
- Kontaktbeamte der Polizeiinspektionen (3)

Die Mitarbeiterinnen des Modellprojektes werden von den Kooperationspartnerinnen und -partnern als kompetent und zuverlässig eingeschätzt. Erkennbar ist dies u. a. an dem Umstand, dass die Angebote wiederholt empfohlen werden, wenn einmal eine Zusammenarbeit stattgefunden hat. In persönlichen und telefonischen Interviews haben die Kooperationspartnerinnen und -partner vor allem folgende Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Fachkräfte des Modellprojektes benannt:

- Umfassende Abklärung der Lebenssituation auch ohne vorab erfolgte Feststellung eines konkreten Interventionsbedarfs,
- Vertrauensvolle, unaufdringliche Beziehungsgestaltung mit den besuchten Menschen,
- Hohe Akzeptanz seitens der Betroffenen,
- Positive Rückmeldungen über die Kompetenz und das Engagement der Fachkräfte,
- Weitreichendes Unterstützungspotenzial durch Beratung und Vermittlung.

**Bewertung.** Dieses Ergebnis zeigt zwei bedeutsame Aspekte auf: Die Zielgruppe der 75jährigen und Älteren hat häufig schon Hilfebedarf und ist daher bereits „im System“ angekommen. Allerdings haben die versorgenden Stellen nicht die Ressourcen oder Zuständigkeiten, von sich aus mögliche darüber hinaus gehende Bedarfe und Bedürfnisse zu ermitteln. Den Seniorinnen und Senioren selbst fehlen kompetente Ansprechpersonen, die sie über das Hilfesystem informieren können und die die Zeit haben, Bedarfe aufzudecken und passgenaue Hilfen zu vermitteln. Das Modellprojekt hat hier eine Lücke im Versorgungssystem geschlossen, was von den Fachkräften im Feld gesehen und genutzt wurde.

---

<sup>6</sup> In zehn Fällen erfolgten einzelne Vermittlungen durch andere Einrichtungen und Fachkräfte.

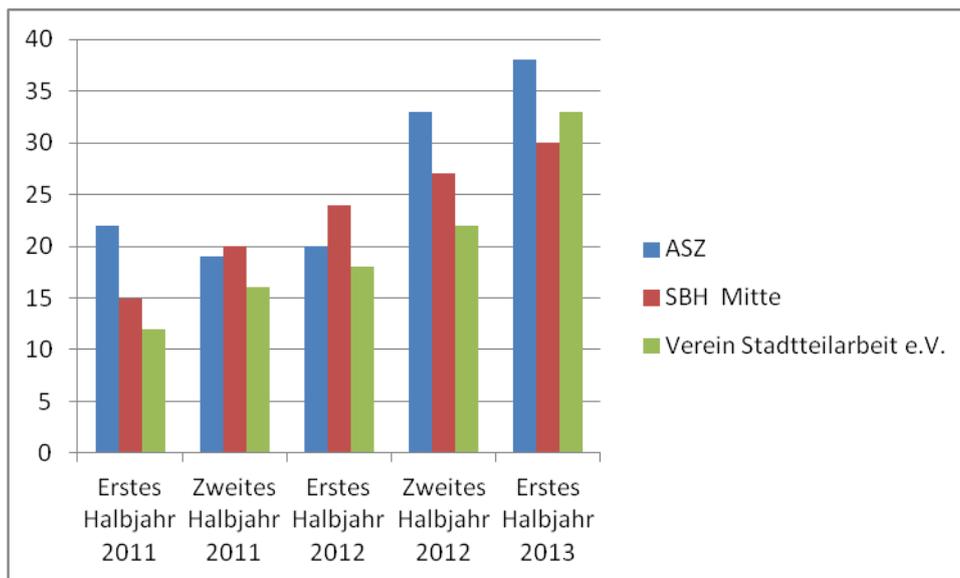
### 3.2 Entwicklung der Hausbesuche nach Region

Im Rahmen von 574 Hausbesuchen wurden bis zum 30.6.2013 602 Personen erreicht und ausführlich beraten. Von diesen Hausbesuchen entfallen

- 253 auf die GEWOFAG (mit 267 erreichten Personen),
- 129 auf das ASZ Fürstenried (141 Personen),
- 97 auf das SBH Mitte und
- 95 auf den Verein Stadtteilarbeit (97 Personen).

Dazu kommen noch persönliche und telefonische Informationsvermittlungen und Kurzberatungen. In 17 Fällen erfolgten hier auch umfangreichere Beratungen<sup>7</sup>. Einen Überblick über die Entwicklung der Fallzahlen im Modellzeitraum vermittelt die folgende Abbildung.

Abbildung 4: Fallzahlenentwicklung nach Einrichtung und Halbjahren<sup>8</sup>



Die Abbildung zeigt, dass es der Fachkraft im ASZ Fürstenried relativ schnell gelungen ist, die Zielgruppe mit dem Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ zu erreichen. Das liegt auch daran, dass dort die Arbeit bereits im November 2010 mit dem ersten Hausbesuch begonnen werden konnte. Beim Verein Stadtteilarbeit e.V. und beim SBH Mitte erfolgten die ersten Besuche im Februar bzw. im März 2011.

<sup>7</sup> Kurzberatungen ohne Folgeleistungen wurden nicht als Fall dokumentiert.

<sup>8</sup> In dieser Darstellung wurde die GEWOFAG ausgenommen, da hier andere Zugangsbedingungen vorlagen und die Zielgruppe von Beginn an klar definiert war.

Deutlich wird an der Abbildung auch, dass die Fallzahlen beim ASZ bis Mitte 2012 relativ stabil bei etwa 20 Erstkontakten pro Halbjahr liegen, beim SBH Mitte und beim Verein Stadtteilarbeit e.V. steigen die Fallzahlen nahezu linear. Ab Mitte 2012 nehmen die Fallzahlen beim ASZ Fürstenried West deutlich zu.

Im ersten Halbjahr 2013 führten alle drei Einrichtungen die meisten Erstbesuche durch und erreichten auch die ursprünglich angestrebte Zahl von 30 Erstbesuchen pro Halbjahr. Einen wichtigen Beitrag dazu leistete die Aktion INFOPOST.

### 3.3 Institutionelle und organisatorische Besonderheiten bei der GEWOFAG Holding GmbH

Das Modellprojekt Präventive Hausbesuche wurde auch in der Verantwortung der GEWOFAG HOLDING GMBH durchgeführt, weil sich dort eine sinnvolle Ergänzung des Projektes „Projekt Wohnen im Viertel – Wohnprojekt Innsbrucker Ring“ anbot, das zwar über eine enge Vernetzung im Viertel und mit dem Koordinationsbüro bzw. in den Bewohnertreffs über pflegerische und sozialpädagogische Qualifikationen verfügt, nicht jedoch über zugehende Angebote. Durch die Erfahrungen mit dem „Projekt Wohnen im Viertel – Wohnprojekt Innsbrucker Ring“ konnte auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, die in Teilen für das Modellprojekt Präventive Hausbesuche anschlussfähig waren. Hintergrund für die Entscheidung an dem Modellprojekt mitzuwirken war u.a., dass ein größerer Teil der Mieterinnen und Mieter im Einzugsbereich des Wohnprojektes Innsbrucker Ring 75 Jahre und älter sind und zahlreiche Personen alleine leben.

Eine Besonderheit der Einbindung der GEWOFAG HOLDING GMBH in das Modellprojekt bestand darin, dass die Kosten für die Fachkraft und deren Büro nicht von der Stadt, sondern von der GEWOFAG HOLDING GMBH selbst übernommen wurden. Hinsichtlich der weiteren Mitwirkung am Modellprojekt ergaben sich keine Besonderheiten. Die Fachkraft war wie alle anderen auch vollständig in den Projektzusammenhang eingebunden: Praxisgruppe, Dokumentation und wissenschaftliche Begleitung, Unterstützung durch die Projektleitung. Auf strukturelle Unterschiede zwischen dem Modellstandort GEWOFAG Holding GmbH zu den anderen Modellstandorten wird im Folgenden eingegangen. Abgesehen von der Gestaltung des Zugangs werden die anderen Ergebnisse im Gesamtkontext des Berichtes erörtert.

**Einfache Gestaltung des Zugangs.** Ein zentraler Unterschied zu den anderen Standorten bestand darin, dass die Fachkraft bei der GEWOFAG HOLDING GMBH auf eine Mieterdatei zugreifen und die Seniorinnen und Senioren direkt und gezielt ansprechen konnte. Dabei ergab sich eine hohe positive Rückmeldequote. Die meisten der angeschriebenen Personen begrüßten die Möglichkeit von der Fachkraft besucht zu werden. Durch diese Rahmenbedin-

gungen war an diesem Modellstandort der Aufwand bei der Zugangsgestaltung deutlich geringer als bei den anderen Standorten. Dies wirkte sich u.a. darin aus, dass auf eine Vernetzungsarbeit beim Gewinnen der Zielgruppe weitgehend verzichtet werden konnte. Die Zahl der besuchten Personen war eher durch die Kapazitätsgrenzen der Fachkraft eingeschränkt als durch fehlende Nachfrage.

Die Erfahrungen mit dieser systematischen Zugangsform flossen bei der Konzeption der Aktion INFOPOST ein, bei der ebenfalls eine Direktansprache der Zielgruppe erfolgte.

**Unterschiede in der Vernetzung.** Für den Zugang zur Zielgruppe war eine Kooperation mit dem professionellen Netzwerk nicht nötig. Auch bei der Vermittlungstätigkeit der Fachkraft bei der GEWOFAG Holding GmbH spielte das professionelle Netzwerk in der Region eine kleinere Rolle, da in erster Linie auf die internen Strukturen der GEWOFAG HOLDING GMBH zurückgegriffen werden konnte. Für Fragen der Wohnungsausstattung und Wohnsituation, die im Wesentlichen Thema der Hausbesuche waren, wurde das Mieterzentrum der GEWOFAG HOLDING GMBH eingeschaltet. Die Zugänge zu anderen professionellen Strukturen mussten – wie bei den anderen Standorten auch – aufwändiger erschlossen werden. Insgesamt lag die Zahl der Vernetzungskontakte sowie der Kooperationspartnerinnen und –partner unter denen der anderen Standorte (vgl. Kapitel 6).

**Soziografische Daten der besuchten Personen.** Die soziografischen Daten der Mieterinnen und Mieter der GEWOFAG Holding GmbH entsprechen im Wesentlichen der Zielgruppe der ‚Präventiven Hausbesuche‘ (75 Jahre und älter). Die Fachkraft konnte gezielt Mieterinnen und Mieter anschreiben, die dieses Kriterium erfüllten. Das Durchschnittsalter der besuchten Personen bei der GEWOFAG Holding GmbH lag bei 81 Jahren, das bei den anderen Einrichtungen bei 80 Jahren. Mit 96% liegt der Anteil der Mieterinnen und Mieter mit deutscher Staatsbürgerschaft höher als bei den anderen Einrichtungen. Die besuchten Personen leben durchschnittlich 50 Jahre in ihrem Viertel (gegenüber rund 40 Jahren bei den anderen Einrichtungen).

**Unterschiede bei Wohngeld und Pflegestufe.** Die besuchten Mieterinnen und Mieter der GEWOFAG HOLDING GMBH beziehen sechs Mal häufiger Wohngeld als die erreichten alten Menschen in den anderen Regionen und haben deutlich seltener eine Pflegestufe (ein Drittel der Häufigkeit).

**Wünsche und Anliegen.** In den Wünschen und Anliegen der besuchten Personen lassen sich Auswirkungen des spezifischen Zugangs zur Zielgruppe (Direktansprache und gezieltes Anbieten eines Hausbesuches) ablesen. Die Mieterinnen und Mieter formulieren seltener Interessen und deutlich seltener konkrete Wünsche. Wenn das doch der Fall ist, stehen Wohnungsthemen im Vordergrund: Fragen der Wohnungsausstattung (Umbau bzw. Anpassung des Badezimmers, handwerkliche Arbeiten), Umzug innerhalb der GEWOFAG HOLDING GmbH und – eher selten – die Beziehung zur Nachbarschaft.

### 3.4 Soziografische Daten der erreichten Personen

Im gesamten Zeitraum, der wissenschaftlich begleitet wurde (1. 10. 2010 – 30. 6. 2013), wurden durch das Modellprojekt 602 Münchnerinnen und Münchner im Rahmen von Hausbesuchen erreicht<sup>9</sup>.

- 71,6 % der besuchten Personen sind Frauen, 28,4 % sind Männer.
- Das Durchschnittsalter liegt bei 81 Jahren. Die Altersspanne der besuchten Personen reicht von 46 bis 102 Jahren<sup>10</sup>.
- 92 % besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft, 8 % eine andere.
- 89 (16,3 %) Personen haben einen Migrationshintergrund (Ausländerinnen und Ausländer sowie Deutsche mit Migrationshintergrund, die nach 1955 zugewandert sind).
- Die Menschen mit Migrationshintergrund stammen aus dem früheren Jugoslawien, aus Griechenland, Italien, Japan, Kroatien, Litauen, Mexiko, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Serbien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Türkei, Ukraine und Ungarn. 90 % dieser Personen leben seit mehr als 25 Jahren in der BRD.
- 26 % der Besuchten sind in München geboren.
- Die besuchten Seniorinnen und Senioren leben durchschnittlich seit 43 Jahren in ihrem Stadtteil.
- 46,4 % gehören der römisch/katholischen, 16,8 % der evangelischen, 1,5 % der orthodoxen Kirche an. 2,7 % haben ein islamisches Glaubensbekenntnis. Eine Person bekennt sich zum Judentum, zwei sind Zeugen Jehovas. Keiner Glaubensrichtung gehören 7 % an.
- 85,3 % leben in einer Mietwohnung, 14,3 % in einer Eigentumswohnung, zwei Personen in einer Notunterkunft.
- 69,3 % leben alleine, 27,2 % mit einer Partnerin/einem Partner, 3,5 % leben mit Angehörigen oder anderen Personen zusammen.

Ab Juli 2012 lagen aufgrund des erweiterten Dokumentationsbogens zusätzliche Informationen für die ab da erreichten 152 Personen vor:

- 13,2 % davon beziehen Grundsicherung (20 Personen).
- 15,8 % beziehen Wohngeld (24 Personen).
- 15,1 % der Personen (23) haben ein monatliches Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenzen (weniger als 1000 € bei Alleinlebenden bzw. 1500 € in Partnerschaften).
- Bei 26,3 % der Besuchten erkennen die Fachkräften beim Hausbesuch Hinweise auf Armut (Ausstattung und Zustand der Wohnung, Versorgungssituation, Lebensmittel, Kleidung etc.).

<sup>9</sup> Die Grundmenge liegt in einzelnen Bereichen unter 602 Personen, da nicht immer alle Daten erhoben werden konnten.

<sup>10</sup> Hier handelt es sich um einen Einzelfälle. Vier Personen waren jünger als 55 Jahre, drei Personen älter als 95 Jahre,

- 51,3 % haben einen Schwerbehindertenstatus (78 Personen).
- 28,9 % haben eine Pflegestufe (44 Personen).

Das Durchschnittsalter liegt bei 81 Jahren, das der Menschen mit Migrationshintergrund bei 77 Jahren. Damit werden die Vorgaben zu den Altersgruppen aus dem Stadtratsbeschluss (Deutsche ab 75 Jahren, Menschen mit Migrationshintergrund ab 65 Jahren) grundsätzlich erreicht. Das Durchschnittsalter der Menschen mit Migrationshintergrund liegt allerdings höher als geplant.

Der Anteil der besuchten Seniorinnen und Senioren, die sich in einer prekären materiellen Situation befinden, ist vergleichsweise hoch.

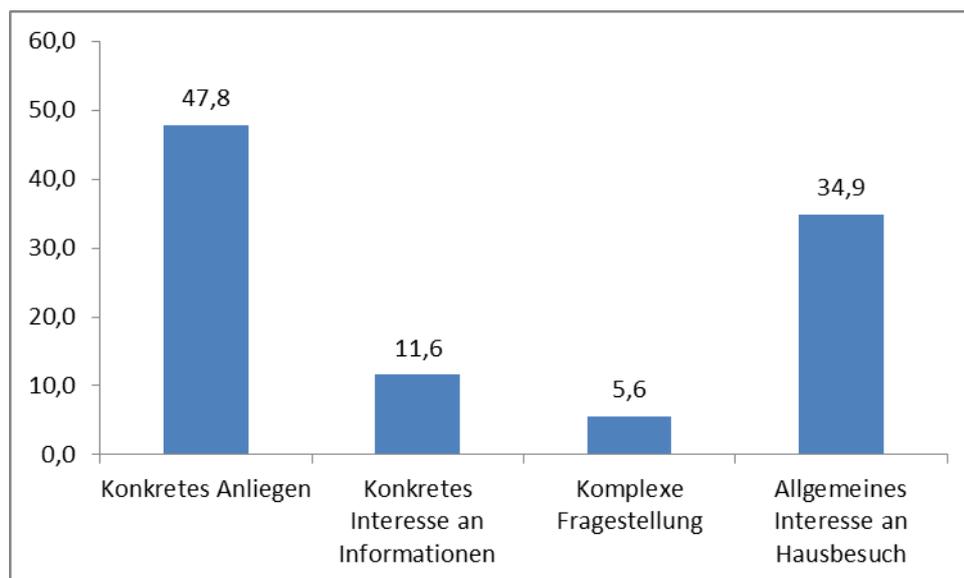
Das Modellprojekt konnte Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund erreichen. Der Anteil der Besuchten ohne deutsche Staatsbürgerschaft liegt mit rund 8 % etwas unter dem, den diese Gruppe unter allen Seniorinnen und Senioren in München ausmacht (12,2 %). Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund liegt bei 16,2 %.

Ein gutes Viertel der Besuchten ist über eine Pflegestufe, über die Hälfte durch einen Schwerbehindertenstatus bereits im medizinisch-pflegerischen Versorgungssystem.

### 3.5 Wünsche und Anliegen der Besuchten

Das Ziel des Modellprojektes Präventive Hausbesuche ist es, die besuchten Bürgerinnen und Bürger bei der Bewältigung ihrer Probleme und der Realisierung ihrer Anliegen zu unterstützen und so ihre Lebensqualität zu Hause zu erhöhen.

Abbildung 5: Interessenlagen der Besuchten (Angaben in Prozent; N = 602)



Etwas über 10 % der besuchten Personen äußern ein Interesse an Informationen. Von der Hälfte der Besuchten werden konkrete Anliegen genannt, für die sie sich eine Unterstützung erhoffen. Zusätzlich liegen bei 5 % komplexe Fragestellungen vor, aus denen sich ein Handlungsbedarf ergibt.<sup>11</sup>

Das Spektrum der nachgefragten Unterstützung umfasst zahlreiche Bereiche, die für eine selbständige Lebensführung und den Verbleib in einer eigenen Wohnung von Belang sind, wie:

- alltagsunterstützende Dienstleistungen und Begleitung (22,5 %),
- Fragen der Haushaltsausstattung und Wohnungsanpassung (14 %),
- Aspekte des Wohnumfeldes, der Mobilität und Fragen nach geeigneten Wohnungen (11,3 %),
- Rechtliche Fragen (8 %),
- Soziale Einbindung und Kontakte (7,8 %),
- Finanzielle Belastungen (6,7 %),
- Medizinische Anliegen (6,5 %)<sup>12</sup>.

Kaum eine Rolle spielen dagegen psychosoziale Anliegen, die Unterstützung pflegender Angehöriger sowie Anliegen der Körperpflege und Kleidung.

Gut ein Drittel der besuchten Personen formuliert keine konkreten Anliegen, die sie im Rahmen des Hausbesuches geklärt haben möchten. Gerade für diesen Personenkreis war es wichtig, dass sich die Fachkräfte die Zeit nehmen konnten, in einem ausführlichen Beratungsgespräch vor Ort die versteckten Anliegen sichtbar zu machen.

**Bewertung.** Ein Teil der erreichten älteren Menschen wendet sich ohne konkretes Anliegen an die Fachkräfte. Dahinter steht der Wunsch nach Information und Kontakt zum Hilfesystem. Komplexe Anliegen und Hilfebedarfe zeigen sich auch beim Klientel der **präventiven** Hausbesuche. Dies deutet zum einen darauf hin, dass Prävention im höheren Alter von bestehenden Einschränkungen ausgehen muss und sich auf den Erhalt der Lebensqualität **trotz** bestehender Einschränkungen richtet. Zum anderen ist aber auch eine Unterversorgung bzw. eine nicht passgenaue Versorgung möglich. Damit wird die Lotsenfunktion der präventiven Hausbesuche unter Umständen um eine mediative Funktion erweitert: die Vermittlung zwischen Klientin/Klient und anderen Diensten.

---

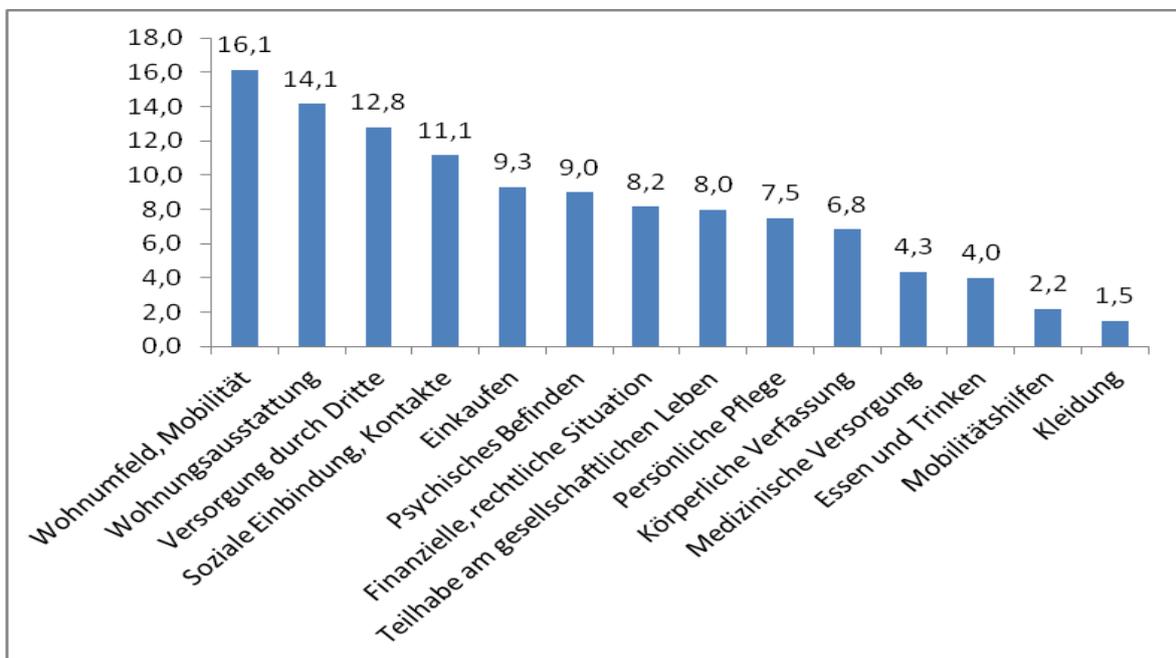
<sup>11</sup> In zwei Fällen hielten die Fachkräfte unabhängig vom Wunsch der besuchten Person Interventionen für erforderlich.

<sup>12</sup> Hier handelt es sich um Mehrfachnennungen.

### 3.5.1 Differenzierung des Handlungsbedarfs

In den Beratungsgesprächen wurden diese Anliegen und Wünsche konkretisiert. Häufig ergaben sich dabei durch die gezielten Nachfragen der Fachkräfte weitere Handlungs- und Unterstützungsanforderungen. Teilweise konnten die Besuchten durch die entstehende vertrauensvolle Beziehung auch Wünsche und Anliegen äußern, die vorher nicht formulierbar waren. Diese durchwegs gelungenen Beratungsinteraktionen verweisen auf die Kompetenz und die Erfahrung der Fachkräfte<sup>13</sup> Die folgende Abbildung zeigt, wie häufig und in welchen Bereichen die Fachkräfte einen Handlungs- und Unterstützungsbedarf feststellten.

Abbildung 6: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (MFN; Angaben in Prozent; N =602)



Der positive Effekt der „Präventiven Hausbesuche“ besteht unter anderem darin, dass der Hilfebedarf im Beratungsgespräch differenziert und konkretisiert wird und entsprechende Hilfen angeboten werden.

Auffällig bei dem Vergleich zwischen formulierten Hilfsbedürfnissen und erhobenem Bedarf ist die Diskrepanz bei den psychischen Belastungen. Die Fachkräfte stellen hier bei 9 % der Besuchten einen Unterstützungsbedarf fest, die Seniorinnen und Senioren selbst formulieren einen Wunsch nach Unterstützung in diesem Bereich allenfalls „durch die Blume“.

<sup>13</sup> In der Literatur zur Beratung älterer Menschen wird demgegenüber viel von Barrieren gesprochen, die insbesondere durch den Altersunterschied zwischen Beratenden und Berater/Beratenem entstehen können. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und die Thematisierung von Schwächen, wie sie das Formulieren von Hilfebedarf darstellen, werden durch verschiedene Missverständnisse erschwert (vgl. Peters, M. 2006, Groer, A. 2007).

### 3.5.2 Klärung der Bedarfs- und Bedürfnislagen – Erweiterung der Perspektiven

Bei der konkreten Beratung der Ratsuchenden liegt das Potenzial des Modellprojekts in der Breite der Themenbereiche, in denen Beratung und Vermittlung von Informationen und Hilfen angeboten werden. Aus der Kenntnis der Lebenssituation der alten Menschen und den für diese bedeutenden Themen gelang es den Fachkräften, Bedarfs- und Bedürfnislagen zu erkennen und gemeinsam mit den Betroffenen zu reflektieren. Die wertschätzende und respektvolle Grundhaltung gegenüber den besuchten Menschen schuf ein Gesprächsklima, in dem häufig auch sensible Fragen besprochen werden konnten. Das betraf nicht selten Fragen der finanziellen Ressourcen, aber auch – wie die quantitative Auswertung zeigt – Fragen der alltäglichen Lebensführung und der sozialen Einbindung. Weniger mit Tabus belastet, für den Verbleib in der eigenen Wohnung und eine selbstbestimmte Lebensführung aber ebenso bedeutsam, sind Fragen der Wohnungsanpassung, der Versorgung mit Hilfsmitteln, der Unterstützung durch Dritte sowie die Klärung rechtlicher Fragen (z. B. Vorsorgevollmacht). Die Fachkräfte konnten diese Fragen ansprechen und ihnen dadurch die notwendige Relevanz verleihen. Gerade bei diesen Themenkomplexen der Alltagsunterstützung und der rechtlichen Belange sind die Fachkräfte durch ihre sozialpädagogische Ausbildung gut qualifiziert. Entsprechende Fortbildungen im Prozessverlauf haben diese Fachlichkeit noch unterstützt, erweitert und aktualisiert.

Kennzeichnend für das Beratungsangebot im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ ist, dass anhand des Gesprächsleitfadens bei den Besuchen sämtliche Lebensbereiche der besuchten Personen angesprochen werden, die für einen Verbleib in der eigenen Wohnung von Bedeutung sind. Dadurch werden auch Konstellationen thematisiert, die für die besuchten Personen vor dem Besuch nicht als wichtig angesehen wurden.

### 3.5.3 Der Beratungsprozess im Rahmen der Präventiven Hausbesuche

Wenn sich Ratsuchende an eine Beratungsstelle wenden, haben sie bestimmte Vorstellungen davon, welche Hilfe sie dort erwarten können. Diese Erwartungen stellen einerseits die Voraussetzung dafür dar, dass sie sich überhaupt an diese Stelle wenden. Zum anderen formulieren die Ratsuchenden ihre Erwartungen so, dass diese zu dem erwarteten Beratungsangebot „passen“. Im Ergebnis kann hier eine Lücke zwischen den – gefilterten und eingeschränkten – Beratungsanliegen und den tatsächlichen Hilfebedarfen entstehen. Tendenziell größer wird diese Lücke durch Informationsdefizite, aber auch durch handlungsleitende Orientierungen der Ratsuchenden, die die Inanspruchnahme von Unterstützung durch Einrichtungen und Institutionen eher ausschließen (etwa nach dem Motto: „Ich musste mir nie vom Amt helfen lassen. Da hätte ich mich geschämt.“). Diese Grundhaltung wurde durch die Sozialisation bei der Generation, der die Zielgruppe angehört, vermutlich nachhaltig verankert.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung hatten wir im letzten Jahr der Modellphase die Möglichkeit, uns diesem Themenkomplex empirisch zu nähern. Grundlage der Analyse sind

wiederum Daten aus Besuchen bei 152 Personen, die im Zeitraum von Juli 2012 bis Juni 2013 durchgeführt wurden, und für die zum Zeitpunkt unserer Analysen entsprechende Informationen vorlagen.

Bei diesen Personen zeigt sich hinsichtlich ihrer **Beratungswünsche** und **Anliegen** folgendes Bild:

- 53 Personen (34,9 %) formulieren konkrete Wünsche und Anliegen, bei denen sie sich eine Unterstützung erwarten.
- 10 Personen (6,6 %) schildern komplexe Problemlagen, die sich nicht auf einzelne Anliegen reduzieren lassen.
- 33 der Personen (21,7 %) wünschen sich Informationen zu verschiedenen Bereichen bzw. Unterstützungsmöglichkeiten.
- 55 Personen (36,2 %) formulieren keine Interessen.
- Bei einer Person sieht die Fachkraft dringenden Handlungsbedarf.

Die folgende Tabelle differenziert in zweierlei Hinsicht. Zum einen werden die für die alltägliche Lebensführung relevanten und dokumentierten Themenbereiche benannt. Zum anderen werden die von den Besuchten formulierten Beratungsinteressen und Anliegen den Thematisierungen und Interventionen gegenübergestellt, die in diesen Bereichen erfolgten.<sup>14</sup>

**Tabelle 1: Anliegen, Interessen und bearbeitete Themen**

	Konkretes Anliegen der Besuchten  (MFN von 53 Personen)	Konkretes Interesse der Besuchten an Information  (MFN von 26 Personen)	Beim Besuch bearbeitete Themen  (MFN bei allen 152 Personen)
Wohnumfeld, Mobilität, Sozialwohnung, Heime und Betreuung	9	6	96
Haushaltsausstattung, Wohnungsanpassung	7	1	65
Kleidung, persönliche Pflege			66
Dienstleistungen und Begleitung	31	11	97
Soziale Einbindung und Kontakte	8	1	89
Medizinische Anliegen	5	2	90
Psychosoziale Anliegen	3		64
Finanzielle Situation	10	1	40
Rechtliche Situation	11	3	79
Unterstützung von Angehörigen	7		22

<sup>14</sup> Thematisierungen umfassten Informationsvermittlung, Beratung, konkrete Unterstützung und/oder Vermittlung an andere Einrichtungen.

- Die Tabelle zeigt, dass die Thematisierungen in allen Fällen und Bereichen deutlich über den formulierten Anliegen und Interessen der besuchten Personen liegen.
- Extrem sind die Unterschiede in den Bereichen „medizinische und psychosoziale Anliegen“, die die Besuchten selten von selbst ansprachen, sowie beim Bereich „Kleidung und persönliche Pflege“, die die Besuchten gar nicht von sich aus thematisierten.
- Erhebliche Unterschiede ergeben sich im Bereich „Wohnumfeld, Mobilität, Sozialwohnung, Heime und Betreuung“, im Bereich „Haushaltsausstattung, Wohnungsanpassung“ sowie im Bereich „Soziale Einbindung und Kontakte“.
- Deutliche Unterschiede ergeben sich im Bereich „Dienstleistungen und Begleitung“, im Bereich „Finanzielle Situation“ und im Bereich „Unterstützung von Angehörigen“.

**Bewertung.** Diese Zahlen belegen den präventiven und aufklärenden Charakter des von den Fachkräften bereitgestellten Angebotes. Im Rahmen der Hausbesuche werden Unterstützungsbedarfe aufgedeckt, die für die besuchten Personen vor dem Hausbesuch keine oder nur eine geringe Relevanz hatten, für einen Verbleib in der eigenen Wohnung und die Vermeidung von Gefährdungssituationen aber von großer Bedeutung sind.

Ein Teil der Qualität der „Präventiven Hausbesuche“ leitet sich aus diesem Potenzial ab. Durch die Beratung erfahren die besuchten Personen, dass für ihre Problemlagen Hilfsmöglichkeiten vorhanden sind, die sie vorher nicht kannten. Das Ergebnis der Beratungen fassen sie entsprechend auch häufig mit der Aussage zusammen: „Jetzt weiß ich, an wen ich mich wenden kann!“ Dadurch wird den besuchten älteren Menschen auch Sicherheit für den Fall vermittelt, dass sie später einmal Hilfe brauchen sollten.

Nicht zu unterschätzen ist auch der Effekt, der sich aus der Sensibilisierung der besuchten Personen für die Einschätzung und Bewertung ihrer Wohn- und Lebenssituation ergibt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Sturzprophylaxe<sup>15</sup>. Durch den Besuch der Fachkräfte können Gefahrenquellen identifiziert und Abhilfe geschaffen werden: Haltegriffe, Einstieghilfen in die Wanne und rutschhemmende Matten im Bad, Unterstützung beim Aufhängen der Gardinen oder beim Wechseln der Glühlampen.

Wesentlich ist dabei, dass die älteren Menschen zu der Einschätzung kommen, dass Unterstützungsmöglichkeiten vorhanden sind und dass es legitim und „normal“ ist, diese Angebote auch zu nutzen.

---

<sup>15</sup> Sturzprophylaxe war kein expliziter Auftrag für die Fachkräfte, wurde aber im Rahmen der Hausbesuche mit erledigt. In einem Fall wurde die rutschfeste Badematte von der Fachkraft sogar selbst besorgt, weil dieses Anliegen als so dringlich eingeschätzt wurde, dass der „Weg über die Instanzen“ zu viel Zeit gekostet hätte.

### 3.6 Unterstützungsbedarfe in einzelnen Bereichen

Schon im Stadtratsbeschluss wurde den verschiedenen Lebenslagen der alten Menschen Rechnung getragen. Mit dem Blick auf die Häufung bestimmter Problemlagen bei Seniorinnen und Senioren, die den Verbleib in der eigenen Wohnung gefährden, und im Hinblick auf besondere Zugangsproblematiken zu bestimmten Personengruppen wurden relevante Themenschwerpunkte gesetzt (vgl. Kapitel 1.3): „Menschen mit Migrationshintergrund<sup>16</sup>“, „Vereinsamung und soziale Isolation“, „Armut im Alter“ sowie „Wohnen im Alter“.

Die einzelnen Schwerpunkte wurden Einrichtungen bzw. Organisationen zugeordnet.

- Das Thema „Vereinsamung und soziale Isolation“ wurde bei einem Alten- und Service-Zentrum angesiedelt – ausgehend von der Hypothese, dass diese Einrichtungen einen besonders guten Zugang und ein entsprechendes Interventionsangebot haben.
- Das Thema „Armut im Alter“ verblieb in der Trägerschaft der LH München und wurde an ein Sozialbürgerhaus angegliedert. Die Grundannahme war hier, dass im SBH eine besondere Nähe zu den Transferleistungen gegeben ist.
- Für die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund wurde eine Einrichtung mit Erfahrung im Migrationsbereich ausgewählt.
- Den Themenschwerpunkt „Wohnen im Alter“ übernahm die städtische Wohnungsgesellschaft GEWOFAG Holding GmbH. Dies war von Anfang an gesetzt.

Mit diesen thematischen Zuordnungen sollten spezifische neue Wege für den Zugang zur jeweiligen Zielgruppe und für deren Beratung und die Gewährleistungen von Hilfen entwickelt und erprobt werden. Die Zuordnung der thematischen Schwerpunktsetzungen zu den Regionen bedeutete keinen Ausschluss dieser Themen bei den anderen Einrichtungen. Der ganzheitliche Ansatz der „Präventiven Hausbesuche“ hatte zur Konsequenz, dass bei den Hausbesuchen in allen Einrichtungen alle relevanten Bereiche bearbeitet wurden<sup>17</sup>.

Die folgende Darstellung der Ergebnisse zu den verschiedenen Themenschwerpunkten erlaubt eine „Schärfung des Blickes“ und kann Anregungen für die künftige Ausgestaltung „Präventiver Hausbesuche“ in München liefern.

---

<sup>16</sup> Vgl. Integrationskonzept der Stadt (Landeshauptstadt München 2009).

<sup>17</sup> Ein positiver Nebeneffekt der Spezialisierungen an den Standorten war, dass die Fachkräfte gegenseitig von ihren Erfahrungen und Kompetenzen profitieren konnten.

### 3.6.1 Schwerpunktthema Migrationshintergrund<sup>18</sup>

Frau D.

*„Frau D. (geb. 1947 in der Türkei, in Deutschland lebend seit 1973) nimmt von sich aus den Kontakt zur Fachkraft Präventive Hausbesuche auf. Sie hat sich einen Artikel aus der Hürriyet (türkische Zeitung) ausgeschnitten und aufbewahrt. Sie ist eine der wenigen Ratsuchenden, die einen direkten Wunsch nach finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten formuliert. Frau D. verfügt über eine Rente von 442,65 Euro. Für die Miete sind 236,86 Euro zu bezahlen. Einen Dispokredit von ca. 1600 Euro kann sie schon seit 20 Jahren nicht ausgleichen. Ohne Zuwendungen des Sohnes aus der Türkei (150 Euro alle zwei bis drei Monate) käme sie überhaupt nicht über die Runden. In der Beratung wird sie auf die Möglichkeit zur Beantragung von Grundsicherung im Alter hingewiesen.“<sup>19</sup>*

Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund waren eine spezifische Zielgruppe des Modellprojektes. In der Beschlussvorlage für den Stadtrat heißt es dazu: „Aufgrund der Tatsache, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund die am stärksten wachsende Gruppe im Bereich der älteren Bevölkerung sind und diese Menschen in der Regel seltener Zugang zu den etablierten Unterstützungs- und Beratungsangeboten finden, werden bei der Konzeption eines Münchner Modells für präventive Hausbesuche für ältere Menschen die Bedürfnisse und Bedarfe von Münchnerinnen und Münchnern mit Migrationshintergrund sowie die Zugänge zu ihnen besondere Beachtung finden müssen. (Präventive Hausbesuche für ältere Münchnerinnen und Münchner.“ (Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 01167, S.18)

Relevant sind im Kontext des Modellprojektes vor allem vier Gruppen:

- Ehemalige Arbeitsmigrantinnen und -migranten,
- Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien,
- Aussiedlerinnen und Aussiedler aus Rumänien und der ehemaligen UdSSR,
- Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber.

---

<sup>18</sup> Als Menschen mit Migrationshintergrund gelten Ausländerinnen und Ausländer, Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die nach 1955 zugewandert sind, und Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nach 1955 zugewandert ist. (Vgl. Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit: „Interkultureller Integrationsbericht der Landeshauptstadt München. Indikator: kommunalpolitische Mandate von Menschen mit Migrationshintergrund. Sitzungsvorlage Nr. 08-14/V02715 v. 22.9.2009). Das Jahr 1955 wurde gewählt, da dies das Jahr des ersten Anwerbeabkommens ist. „Menschen mit Migrationshintergrund“ umfasst allerdings eine große und sehr heterogene Gruppe. Nach der weit gefassten Definition fallen darunter sowohl ehemalige Arbeitsmigranten, Bürgerkriegsflüchtlinge als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Europäischen Patentamtes – also völlig unterschiedlichen Lebenslagen und Lebenschancen.

<sup>19</sup> Vgl. Armutsbericht 2011 S.91 und

[http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/eujahr2012/fakten\\_und\\_masnahmen/mit\\_migrationshintergrund.htm](http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/eujahr2012/fakten_und_masnahmen/mit_migrationshintergrund.htm) |

Ausgehend von den Erkenntnissen, dass ein großer Teil dieser Menschen in gering qualifizierten und schlecht bezahlten Arbeitsbereichen mit hohen körperlichen Belastungen beschäftigt war, entsprechend über geringe finanzielle Mittel im Alter verfügen dürfte und teilweise traumatische Migrationserfahrungen hat, wurde das Mindestalter bei Migrantinnen und Migranten auf 65 Jahre gesenkt.

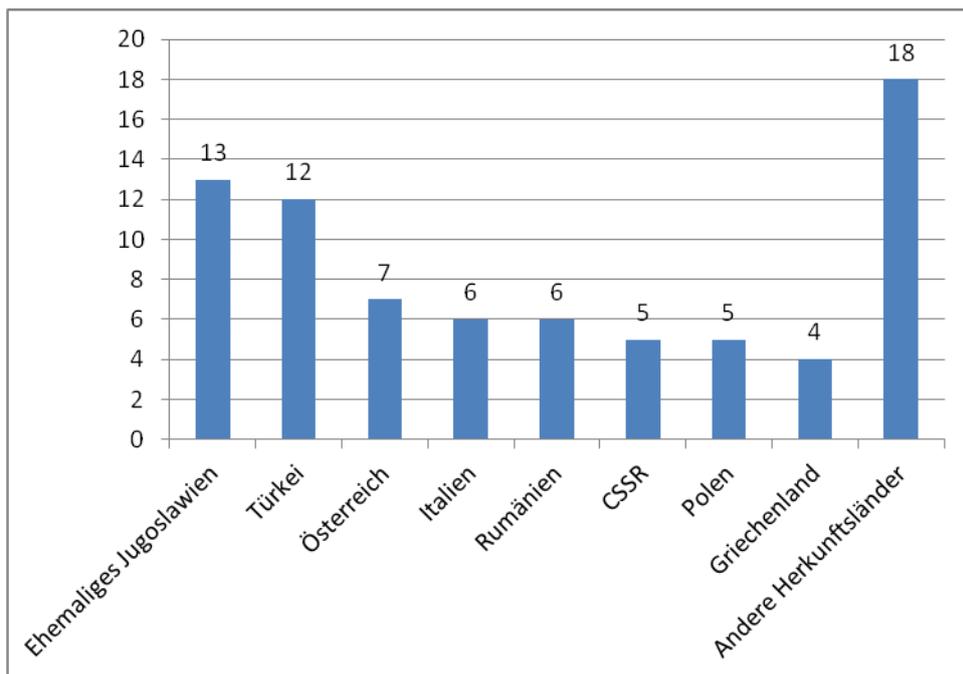
Mit der Realisierung dieses Themenschwerpunktes wurde der Verein Stadtteilarbeit e.V. beauftragt. Ausschlaggebend für die Auswahl dieses Trägers waren die inhaltlichen Kompetenzen und Erfahrungen sowie die regionale Verortung in Milbertshofen. Die dortige Bevölkerungsstruktur weist einen hohen Anteil von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund auf.

**Erreichte Personen.** Im Rahmen des Modellzeitraums wurden in allen Regionen 76 Personen mit Migrationshintergrund erreicht. Das sind 14,4 % der 526 Personen, über die entsprechende Informationen vorliegen.

Den höchsten Anteil von Personen mit Migrationshintergrund erzielte der Verein Stadtteilarbeit e.V. mit 32,1 % der besuchten 83 Personen. Beim SBH Mitte liegt der Migrationsanteil bei 16,1 %, im ASZ Fürstenried bei 12,4 % und bei der GEWOFAG Holding GmbH bei 8,4 %.

**Herkunftsländer.** Erreicht wurden Seniorinnen und Senioren aus 10 verschiedenen Herkunftsländern. Einen Schwerpunkt bilden dabei Personen aus der Türkei, aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Griechenland und aus Rumänien. Die besuchten Seniorinnen und Senioren kommen aus folgenden Ländern:

Abbildung 7: Herkunftsländer der besuchten Personen mit Migrationshintergrund.



**Zugangswege.** Der Zugang zu den „Präventiven Hausbesuchen“ erfolgte bei 25 Personen (32,9 %) über das professionelle Netzwerk, bei 13 Personen (17,1 %) über das Anschreiben der GEWOFAG Holding GmbH, bei 10 Personen über die INFOPOST (13,2 %) und 9 Personen (11,8 %) über das soziale Netzwerk. Als dauerhaft wirkungsvoll sind die **Anschreiben** durch die GEWOFAG und über die Aktion INFOPOST einzuschätzen. In beiden Fällen scheint es über die Form und den Inhalt der Schreiben möglich zu sein, sowohl über das Angebot zu informieren als auch dessen Vorteile herauszustreichen. Wenn auch die Zahlen hier gering sind, so zeichnet sich doch ab, dass über diese Zugangswege Seniorinnen und Senioren aus Italien, Polen und dem ehemaligen Jugoslawien (GEWOFAG) sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien (INFOPOST) eher zu erreichen sind.

In der Tendenz ist darüber hinaus erkennbar, dass persönliche Kontakte – mit entsprechenden Empfehlungen und Werbungen – der Zielgruppe den Zugang erleichtern, etwa durch aufsuchende Arbeit, im Rahmen von Besuchen bei Nachbarn, bei Veranstaltungen oder durch das Ansprechen bestehender Gruppen. Erfolgversprechend dürfte die Kombination aus der Aktion INFOPOST (Informationsvermittlung) und der Netzwerkarbeit (zusätzliche vertrauensbildende Maßnahme) sein.

Praktisch nicht genutzt werden nach unseren Ergebnissen Informationen, die durch Flyer (eine Person), Programmhefte (eine Person), Plakate (niemand aus der Zielgruppe) oder das Internet (niemand aus der Zielgruppe) vermittelt wurden. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund, die über das professionelle Netzwerk einen Zugang zum Angebot gefunden hatten, ging im Laufe des letzten Jahres der Modellphase deutlich zurück. Angestiegen sind demgegenüber die Kontakte über die Aktion INFOPOST und das soziale Netzwerk.

**Soziografische Daten und Problemlagen der erreichten Personen.** Die Menschen mit Migrationshintergrund, die von den Fachkräften der „Präventiven Hausbesuche“ erreicht wurden, unterscheiden sich hinsichtlich der soziografischen Daten nur in wenigen Punkten von den anderen Personen. Sie sind im Durchschnitt 5 Jahre jünger (Altersdurchschnitt 76 Jahre vs. 81 Jahre in der Grundgesamtheit) und besitzen seltener eine Eigentumswohnung. Aufschlussreich sind darüber hinaus folgende Werte aus dem letzten Jahr der Modellphase:

**Tabelle 2: Problemlagen bei Deutschen und Migrant/innen im Vergleich**

	Personen mit Migrationshintergrund (N = 23)	Deutsche (N = 124)
Armutsrisiko	21,7 %	12,9 %
Hinweise auf Armut	47,8 %	22,6 %
Bezug von Grundsicherung	21,7 %	11,3 %
Bezug von Wohngeld	30,4 %	13,7 %
Schwerbehindertenstatus	34,8 %	54,0 %
Einwertung in eine Pflegestufe	21,7 %	30,6 %

Die Tabelle zeigt, dass besuchte Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund in unserer Stichprobe häufiger Transferleistungen in Anspruch nehmen als die Deutschen. Dies entspricht den Daten aus dem Münchner Armutsbericht 2011, nachdem 3,3 % der deutschen und 14,8 % der ausländischen Münchnerinnen und Münchner ab 65 Jahren Grundsicherung im Alter erhielten. Zusätzliche Hilfen durch Unterstützung bei der Antragstellung im Bereich „Finanzielle Situation“ erhielten 6 Personen mit Migrationshintergrund.

Jede 12. Münchnerin/jeder 12. Münchner ist von einer schweren Behinderung betroffen (Münchner Statistik, 1. Quartalsheft, Jahrgang 2008). Knapp 20 % der Behinderten haben keine deutsche Staatsangehörigkeit, 50 % sind älter als 65 Jahre (ebd.). Diese Realität bilden die Daten der erreichten Personen im Modellprojekt ab. Allerdings liegen sowohl beim Schwerbehindertenstatus als auch bei der Einwertung in eine Pflegestufe die Prozentsätze der Menschen mit Migrationshintergrund deutlich unter denen der Deutschen. Diese Unterschiede bleiben auch erhalten, wenn das Alter der besuchten Personen kontrolliert wird. Information und Beratung zu diesen Themenkomplexen können wichtige Hilfen einleiten. Zumal davon ausgegangen wird, dass Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer stärkeren beruflichen Belastungen bereits früher Unterstützungsleistungen im Bereich Pflege und Schwerbehinderung benötigen. Eine unmittelbare Hilfe bei der Antragstellung und/oder durch Vermittlung erfolgte hier in vier Fällen (19 %).

Nach dem Münchner Armutsbericht 2011 muss hier sorgfältig nach Herkunftsländern differenziert werden. Während „nahezu alle russischen, ukrainischen, afghanischen und irakischen Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahren“ Grundsicherung im Alter beziehen, sind es bei den Personen aus den Anwerbestaaten weniger als 10 % (vgl. Armutsbericht 2011, S. 84 f).

Für die Aussiedlerinnen und Aussiedler bzw. die Kontingentflüchtlinge aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und aus Rumänien gilt, dass ein Teil von ihnen erst im Alter nach Deutschland migriert ist und somit keine oder nur geringe Rentenansprüche erworben hat. Kriegsflüchtlinge (z. B. aus dem Irak oder aus Afghanistan) bringen teilweise traumatische Migrationserfahrungen mit. Die Integration in den deutschen Arbeitsmarkt wurde und wird zudem durch hohe Hürden erschwert (keine Anerkennung der beruflichen Qualifikationen aus den Heimatländern, keine Arbeitserlaubnis), so dass sie auf Sozialhilfe bzw. Grundsicherung angewiesen waren. Die relativ niedrige Grundsicherungsrate bei Menschen aus den Anwerbestaaten lässt sich dagegen nicht so einfach erklären. Zum einen gibt sie Hinweise darauf, dass „die Integration der ersten Generation von Zuwanderinnen und Zuwanderern in München in den Arbeitsmarkt geglückt ist“ (Armutsbericht, S. 85). Zum anderen wird aber vermutet, dass diese Gruppe teilweise nicht ausreichend über ihren Rechtsanspruch auf Grundsicherung informiert sein könnte und dass Angst hat, „durch den Bezug von Transferleistungen aufenthaltsrechtliche Probleme zu bekommen“ (ebd.).

**Besondere Bemühungen, Zugangserleichterungen für die Zielgruppe zu schaffen.** Die Herangehensweise am Modellstandort Verein Stadtteilarbeit e.V. konzentrierte sich von Beginn an auf das Erreichen von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund. Berücksichtigt wurde dies bereits bei der Auswahl der Fachkraft, die für das Modellprojekt angestellt wurde (interkulturelle Kompetenz, Mehrsprachigkeit, u. a. Türkisch, Russisch). In der Folge lag der Fokus auf dem Kennenlernen und Erschließen der Lebenswelt dieser spezifischen Zielgruppe im Einzugsbereich des Modellstandortes. Eine besondere Bedeutung hatte dabei eine – mitunter unkonventionelle – Netzwerkarbeit in der Region Milbertshofen. Angesprochen und mit Informationsmaterial (der Projektflyer lag auch in griechischer, russischer, türkischer und serbischer/kroatischer Sprache vor) ausgestattet wurden Inhaber von Dönerbuden, Schlüsseldiensten, Läden, Apotheken usw.

In der ersten Phase des Modellprojektes bestätigten sich die erwarteten Schwierigkeiten, auch Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund einen Zugang zu den „Präventiven Hausbesuchen“ zu erleichtern. Einen Schwerpunkt der Tätigkeit der Fachkraft stellte ein vielfältiges „Klinkenputzen“ dar, die Zahl der realisierten Hausbesuche entwickelte sich zunächst nicht wie erhofft.<sup>20</sup>

Nach einer projektinternen Reflexion dieser Situation sowie Gesprächen mit Expertinnen und Experten zu Migrationsfragen wurde entschieden, zum einen das Einzugsgebiet auszuweiten und zum anderen intensiv mit stadtweit angesiedelten Migrationsdiensten und -einrichtungen zu kooperieren. Dadurch konnte die Zahl der Hausbesuche erhöht werden. Positive Effekte ergaben sich zudem auch in dieser Modellregion durch die Aktion INFOPOST.

### 3.6.2 Schwerpunktthema Armut

Herr F.

*„Aufmerksam auf Herrn F. (geboren 1936) wurde die Fachkraft durch dessen Freund Herrn B. Dieser machte sich, gemeinsam mit dem Hausarzt von Herrn F., seit längerem Sorgen wegen der vermüllten Wohnung von Herrn F., in der sich seit Jahren gesammelte Zeitungen stapelten. Herrn F. fiel es schwer, sich davon zu trennen. Außerdem hatte er Angst, die Entrümpelung durch den Hausmeister und dessen Sohn nicht bezahlen zu können. Im Verlauf der Beratung durch die Fachkraft für präventive Hausbesuche wird deutlich, dass die finanziellen Mittel von Herrn F. stark begrenzt sind. Einem Renteneinkommen von 757,29 Euro stehen eine Miete von 344 Euro und ein Stromabschlag von 13 Euro gegenüber. Außerdem ist Herr F. bei seiner Heizkostenabrechnung mit ca. 500 Euro im Rückstand. Der Fachkraft des Modellprojektes gelingt es schließlich, Herrn F. zur Beantragung finanzieller Hilfen (Grunds-*

---

<sup>20</sup> In der Region Milbertshofen wurde das Schwerpunktthema Migration von Beginn an sehr ernst genommen. Die Konzentration auf diese Zielgruppe trug allerdings in der ersten Zeit mit dazu bei, dass die Zahl der Hausbesuche eher gering blieb, weil der Zugang zu den deutschen Seniorinnen und Senioren in dieser Region zunächst nicht aktiv gesucht wurde.

*cherung, Wohngeld) zu bewegen. Für eine Entrümpelung der Wohnung und regelmäßige Haushaltshilfe wird eine Vermittlung an die ambulante Wohnungshilfe des H-TEAMS vorgeschlagen.“ (Münchner Armutsbericht 2011 S.91).*

Altersarmut ist auch in der „reichen“ Stadt München ein Thema, das aktuell von Bedeutung ist und in den nächsten Jahren noch zunehmen wird. Hintergrund hierfür sind auch die hohen Lebenshaltungskosten in München. Als besonders problematisch wird die Situation von Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund beschrieben. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass für jüngere deutsche Seniorinnen und Senioren das Risiko steigt, Grundsicherung im Alter in Anspruch nehmen zu müssen (Vgl. Münchner Armutsbericht 2011).

Mit dem Themenschwerpunkt „Armut“ wurde diesem Umstand auch bei der Konzeption des Modellprojektes Präventive Hausbesuche Rechnung getragen. Dieser Schwerpunkt sollte bei einem Sozialbürgerhaus, also in städtischer Trägerschaft angesiedelt sein. Ausschlaggebend dafür war u. a., dass die Sozialbürgerhäuser – mit der Bezirkssozialarbeit, der Sachbearbeitung SGB XII und der Wohngeldstelle – erste Ansprechpartner für Menschen mit finanziellen Belastungen sind und hier auch die erforderlichen Routinen, Kompetenzen und Zuständigkeiten für eine erfolgreiche Unterstützung vorhanden sind. Zudem war zu erwarten, dass die Fachkraft leichter einen Zugang zu entsprechenden Hilfen vermitteln kann. Bei der Auswahl des konkreten Sozialbürgerhauses wurden folgende Kriterien angelegt:

- Anteil der über 64jährigen Grundsicherungsempfängerinnen und -empfänger soll mindestens 5 % betragen (und über dem städtischen Durchschnitt von 4,2 % liegen),
- Innerstädtische Lage (um auch eine Region mit verdichteten Wohn- und Versorgungsstrukturen und hohem Altbaubestand im Modellprojekt zu untersuchen),
- Das SBH Mitte hatte aus einem früheren Projekt Erfahrungen im Bereich Hausbesuche.

Anhand dieser Kriterien fiel die Auswahl auf das SBH Mitte, mit den Stadtbezirken (1) Altstadt-Lehel, (2) Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt und (3) Maxvorstadt (vgl. Kapitel 2.2).

**Die erreichten Seniorinnen und Senioren wünschen sich Unterstützung bei finanziellen und materiellen Belastungen, besonders im Bereich des SBH Mitte.** 46 (7,2 %) aller besuchten Personen formulierten bereits zu Beginn des Hausbesuches den Wunsch nach materieller und/oder finanzieller Unterstützung. Einen Schwerpunkt bilden hier die Seniorinnen und Senioren, die von der Fachkraft aus dem SBH Mitte besucht wurden. Hier liegt die Quote bei 18,3 %. In allen anderen Modellregionen ist der Anteil deutlich niedriger (GEWOFLAG Holding GmbH 3 %, ASZ Fürstenried 4,8 %, Verein Stadtteilarbeit e.V. 7,8 %).

Im letzten Jahr der Modelllaufzeit nahm der Anteil der Personen im Bereich SBH Mitte, die finanzielle und materielle Unterstützung suchen, weiter zu.<sup>21</sup> Das entspricht dem dortigen Themenschwerpunkt. Zum anderen dürfte es daran liegen, dass die Fachkraft im SBH als

---

<sup>21</sup> In den anderen Einrichtungen wird dieses Anliegen nur in Einzelfällen formuliert.

geeignete Ansprechpartnerin gesehen und erlebt wird. Unterstützt wird dies durch Kolleginnen und Kollegen aus dem professionellen Netzwerk, die gerade Personen mit finanziellen und materiellen Belastungen wesentlich häufiger als an den anderen Standorten das Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ im SBH empfehlen.<sup>22</sup> Anzumerken ist hier aber auch, dass die von der im SBH angestellten Fachkraft besuchten Personen häufiger von multiplen Problemen und Belastungen berichteten.

**Differenzierter Blick auf die finanzielle und materielle Situation der besuchten Seniorinnen und Senioren und Versorgungsleistungen.** Für das letzte Jahr der Modelllaufzeit liegen uns weitergehende Informationen zur finanziellen und materiellen Situation der besuchten Personen vor. Über alle Einrichtungen zeigt sich, dass 13,2 % Grundsicherung im Alter beziehen (20 Personen). Vergleichsweise gering ist dieser Anteil beim SBH Mitte. Der Prozentsatz der besuchten Personen mit Grundsicherung im Alter liegt dort mit knapp 6 % deutlich unter dem Durchschnitt. Insgesamt liegt der Anteil der Grundsicherungsbezieher im Modellprojekt deutlich über dem Wert im Münchner Armutsbericht 2011. Danach beziehen 3,3 % der deutschen und 14,8 % der ausländischen Münchnerinnen und Münchner ab 65 Jahren Grundsicherung im Alter (s. auch Schwerpunktthema Migration). Bei den besuchten Seniorinnen und Senioren im Modellprojekt liegen die Prozentwerte mit 12,5 % (Deutsche) bzw. 22,7 % (Migrantinnen/Migranten) erheblich höher. Dies kann aber auch mit dem Zugang zum Modellprojekt durch das professionelle Netzwerk zusammenhängen.

Mit den „Präventiven Hausbesuchen“ werden aber nicht nur zahlreiche Empfänger von Grundsicherung erreicht, sondern auch 50 Personen, deren Einkommen unter dem Betrag liegt, der als Armutsrisikogrenze gesehen wird, und/oder bei denen die Fachkräfte Hinweise auf Armut feststellen (Ausstattung und Zustand der Wohnung, Versorgungssituation, Lebensmittel, Kleidung etc.). Ein Großteil dieser Personen bezieht keine Grundsicherung: 14 Personen, bei denen ein Armutsindikator vorliegt, und 25 Personen, bei denen Hinweise auf verdeckte Armut vorliegen.

**Unterstützung von Personen mit finanziellen und materiellen Belastungen.** Eine wichtige Aufgabe der „Präventiven Hausbesuche“ besteht in diesen Fällen darin, die besuchten Personen über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und sie zu deren Nutzung zu motivieren. In den Beratungen besprachen sie deshalb das Thema „Grundsicherung im Alter“ bei 20,6 % der Besuchten, „Wohngeld“ bei 15,8 %, „Stiftungsmittel“ bei 9,8 %, „Befreiung von Zuzahlungen zur Krankenkasse“ bei 7,1 % und „Befreiung von der GEZ“ bei 4,3 %.

Fragen der finanziellen und materiellen Situation waren in  $\frac{3}{4}$  der Besuche im SBH Mitte ein Thema und bei jedem vierten Besuch durch die Fachkraft der GEWOFAG Holding GmbH, bei den anderen Einrichtungen etwa bei jedem zehnten Besuch.

Nach einer überschlägigen Prüfung – und teilweise notwendiger Motivationsarbeit – unter-

---

<sup>22</sup> Jede dritte vermittelte Person hat finanzielle/materielle Wünsche oder Anliegen.

stützten die Fachkräfte 15 Personen (10 % der Besuchten) durch Hilfen bei der Antragstellung oder durch Vermittlung an die zuständige Stelle. In fünf Fällen ging es um Grundsicherung im Alter, in vier Fällen um Wohngeld, in sechs Fällen um Stiftungsmittel.

**Das SBH Mitte erreicht häufiger Menschen mit finanziellen und materiellen Belastungen ohne Grundsicherung.** Seniorinnen und Senioren, die bereits Grundsicherung im Alter beziehen, sind in der Klientel des SBH nicht so häufig vertreten wie in den anderen Einrichtungen. Regelmäßig höher dagegen liegen die Prozentsätze im SBH beim Bezug von Wohngeld (60 %), bei den Hinweisen auf Armut (44 %) und beim Armutsrisiko (24 %). Hier scheint es der Fachkraft gelungen zu sein, Seniorinnen und Senioren zu erreichen, die Anspruch auf staatliche Unterstützung haben, diese aber nicht in Anspruch nehmen. Entsprechend häufiger erfolgte durch die Fachkraft auch eine Unterstützung durch Hilfe bei der Antragstellung oder Vermittlung an die zuständige Stelle (bei 23 % der besuchten Personen).<sup>23</sup>

**Fehlende finanzielle und materielle Ressourcen ziehen weitere Belastungen nach sich.** Über diese finanziellen Unterstützungen hinaus sind die besuchten Seniorinnen und Senioren häufig auf weitere Hilfen angewiesen. Dazu gehören Aspekte der Wohnungsanpassung und -ausstattung, aber auch der gesellschaftlichen Teilhabe und der alltäglichen Lebensführung.

Die Möglichkeiten der Unterstützung im Rahmen der die „Präventiven Hausbesuche“ wurden bereits im Armutsbericht der Landeshauptstadt München von 2012 beschrieben:

*„Eine wichtige Aufgabe für die Fachkräfte im Modellprojekt ist es deshalb, die Schwellen für die Nutzung der vorhandenen Angebote zu senken und den Betroffenen zu ermöglichen, ihre Zurückhaltung aufzugeben. Dabei geht es vor allem darum, deutlich zu machen, dass die verfügbaren finanziellen und wirtschaftlichen Unterstützungsleistungen einen Rechtsanspruch darstellen, dessen Inanspruchnahme kein Almosen darstellt, und dass die Nutzung dieser Angebote keine Schande ist“ (Münchner Armutsbericht 2011, S.89ff).*

### 3.6.3 Schwerpunktthema „Teilhabe, soziale Einbindung und Unterstützung“

Frau H.

*„Frau H. ist 82 Jahre alt und lebt alleine in einer Mietwohnung. Geboren wurde sie in Niederbayern. Als sie noch berufstätig war, arbeitete sie als ungelernte Kraft im Verkauf. Seit 1994 lebt sie im jetzigen Stadtteil. Von der Möglichkeit eines ‚Präventiven Hausbesuches‘ erfährt sie von einer Nachbarin, die im ASZ einen Gymnastikkurs besucht. Als Anliegen nennt sie den Wunsch nach stärkerer sozialer Einbindung, Kontakten und Freizeitgestaltung im Bereich Sport. Die Fachkraft vermittelt den Kontakt zur Nachbarschaftshilfe im ASZ und zur*

<sup>23</sup> Bei den anderen Einrichtungen lag diese Quote zwischen 5 % (Verein Stadtteilarbeit) und 10 % (GEWOFAG).

*Kollegin, die im ASZ für das Angebot „Atem und Gym“ zuständig ist. Während des Hausbesuches lernt die Fachkraft Frau H. als ‚sehr fit wirkende Seniorin kennen, die sich gerne stresst‘ (Aussage Fachkraft). Zur Sprache kommen beim Hausbesuch neben dem Wunsch nach sozialer Einbindung auch andere Themen. Frau H. hatte einen Hörsturz und leidet unter Tinnitus. Die Fachkraft empfiehlt die Nutzung der im ASZ Programm vorhandenen Entspannungsangebote zu erwägen. Bezogen auf die Wohnungsausstattung rät die Fachkraft, eine Einstiegshilfe für die Badewanne anzuschaffen, evtl. einen Badumbau in Betracht zu ziehen. Besprochen werden auch die Möglichkeiten einer Aufnahme ins Seniorenwohnheim bei fehlenden finanziellen Mitteln.“*

**Soziale Einbindung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.** Das Beispiel von Frau H. ist nicht untypisch für die Konstellation bei vielen anderen besuchten Seniorinnen und Senioren. Gegenstand der Beratung waren häufig die fehlenden sozialen Kontakte. Die Wünsche und Anliegen der Besuchten bezogen sich oft auf Begleit- und Besuchsdienste (38,2 %), aber auch auf Gelegenheiten zur gemeinsamen Freizeitgestaltung (Sport, Wandern etc. mit anderen Seniorinnen und Senioren). Um die Besuchten hier zu unterstützen, vermittelten die Fachkräfte Informationen über geeignete Anlaufstellen: Nachbarschaftshilfen, Alten- und Servicezentren oder Begegnungsstätten in der Nähe. Wenn es sinnvoll erschien, stellten sie auch selbst Kontakte her oder begleiteten die ersten Kontaktaufnahmen (etwa bei ehrenamtlichen Besuchsdiensten). Häufig äußerten die besuchten Personen in diesem Bereich jedoch lediglich den Wunsch nach Information und Beratung.

Hinweise auf den Wunsch nach mehr Kontakten ergeben sich auch daraus, dass die Fachkräfte häufiger eingeladen wurden, doch wieder einmal vorbeizuschauen. Aus den Berichten der Fachkräfte und aus den Interviews mit den Besuchten geht zudem hervor, dass es für die allermeisten besuchten älteren Menschen eine gute Erfahrung war, dass sich jemand für sie interessiert, ihnen zuhört und sich um sie „kümmert“. Eine der Aussagen lautete sinngemäß: „Das ist aber schön, dass mir der Herr Ude persönlich schreibt!“

Sicherlich haben die Seniorinnen und Senioren auch unterschiedliche Vorstellungen von einer guten sozialen Einbindung. So erklärte uns eine Seniorin in einem Interview, dass sie eigentlich genügend Ansprache habe. Wenn sie zum Einkaufen gehe, treffe sie immer wieder Nachbarn und Bekannte auf der Straße. Auch im Supermarkt und im Getränkeladen kenne sie Kassiererinnen und Filialleiter, mit denen sie sich regelmäßig unterhalte. Die Fachkraft, die sie besucht hatte, solle sich da keine Sorgen machen. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass kaum jemand direkt über seine Einsamkeit klagt. Leichter dürfte dagegen ein Gespräch über das Fehlen konkreter sozialer Unterstützung sein.

**Einkaufen, hauswirtschaftliche Versorgung, handwerkliche Hilfe, Fahrdienste.** Für ältere Menschen ist es nicht mehr ohne weiteres möglich, die Anforderungen des täglichen Lebens eigenständig zu bewältigen. Dabei geht es manchmal um Kleinigkeiten, die wenig Aufwand erfordern, deren Bewältigung aber wichtig und im sozialen Netzwerk der besuchten Personen nicht gewährleistet ist (etwas das Auswechseln einer Glühbirne). Die Möglichkei-

ten der besuchten Seniorinnen und Senioren sind häufiger etwa in folgenden Bereichen eingeschränkt: Einkaufen von Lebensmitteln, kleine Reparaturen oder Wartungsarbeiten im Haushalt, Aufhängen der Vorhänge, Putzen der Deckenlampe, Aufstellen eines Regales, Entsorgung von Sperrfüll, Besorgungen, die nur schwer zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich sind. Fehlende soziale Kontakte zu Familienangehörigen, Nachbarn und jüngeren Freunden machen sich in diesen Bereichen besonders negativ bemerkbar. Im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ wurde deutlich, dass hier in vielen Fällen ein Unterstützungsbedarf vorhanden ist. Die Fachkräfte informierten und berieten die besuchten Personen entsprechend häufig in den folgenden Themenbereichen:

- Hauswirtschaftliche Versorgung bei 49,7 % der Hausbesuche,
- Essen auf Rädern (41,4 %),
- Einkaufen von Lebensmitteln und Lieferdienste (32,4 %),
- Handwerkliche Hilfe (13,3 %),
- Fahrdienste (11,3 %).

Die Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, die Frage der sozialen Einbindung vor allem auch unter dem Aspekt der Alltagsbewältigung zu betrachten. Dabei ergeben sich auch einige zielgruppenspezifische Schwerpunkte. Bei Frauen sind häufiger handwerkliche Hilfen, Fahr- und Begleitedienste sowie die soziale Einbindung Thema, bei Männern das Thema hauswirtschaftliche Versorgung. Das Einkaufen von Lebensmitteln wird mit zunehmendem Alter der Besuchten häufiger problematisiert. Bei Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund geht es weniger oft um Essen auf Rädern und hauswirtschaftliche Versorgung, etwas häufiger um einen Fahrdienst. Bei der Thematisierung dieser Fragestellungen zeigten sich zwischen den Modellstandorten z. T. deutlich Unterschiede.

**Tabelle 3: Thema Alltagsbewältigung und soziale Einbindung nach Standorten (MFN; N = 309<sup>24</sup>)**

Gegenstand von Beratung und Unterstützung	ASZ	GE-WOFAG	SBH Mitte	Verein Stadtteilarbeit	Gesamt
Soziale Einbindung	29,2	56,5	<b>85,7</b>	<b>80,0</b>	61,0
Hauswirtschaftliche Versorgung	23,9	<b>62,5</b>	<b>82,9</b>	42,5	49,7
EaR	17	35	<b>85,7</b>	34,1	41,3
Begleitedienste	31,9	18,2	<b>77,1</b>	22,5	38,2

Die Tabelle zeigt, dass beim SBH Mitte der höchste Handlungsbedarf in allen hier genannten Bereichen erkennbar wurde. Erhöhter Handlungsbedarf zeichnet sich auch bei der GE-WOFAG Holding GmbH ab. Beim Verein Stadtteilarbeit ist ein zentrales Thema die soziale

<sup>24</sup> Hier liegen Angaben zu 309 Personen vor. Das sind alle von den Fachkräften angegebenen Interventionen im letzten Modelljahr. Einbezogen sind auch die über ein Anschreiben erreichten Mieter/innen der GEWOFAG Holding GmbH.

Einbindung der besuchten Personen.

Diese Ergebnisse korrespondieren zunächst mit der Wohnform der besuchten Personen. Beim SBH Mitte liegt der Anteil der Alleinlebenden mit über 85% etwa 20 Prozentpunkte höher als bei den anderen drei Einrichtungen. Die Anteil der Personen, die mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenleben liegt dagegen nur knapp über 10%, beim ASZ sind dies fast 40%.

Diese Ergebnisse zeigen aber auch eindeutig auf, dass der Themenkomplex „Teilhabe, soziale Einbindung und Unterstützung“ nicht eigenständig zu betrachten, sondern in einem engen Zusammenhang mit finanziellen und materiellen Problemlagen zu sehen ist. Dies zeigt sich besonders beim SBH Mitte. Der häufige Unterstützungsbedarf bei Alltagsbewältigung und sozialer Einbindung korrespondiert damit, dass bei 75% der Besuchten finanzielle und materielle Problemlagen festgestellt wurden. Diese Belastungen spielen bei den anderen Einrichtungen eine geringere Rolle (vgl. oben).

Beim Verein Stadtteilarbeit e.V. ist zu vermuten, dass sich der Migrationshintergrund der Besuchten negativ auf die soziale Einbindung der Besuchten in der Nachbarschaft auswirkt, da sie sich eher überregional vernetzen. Finanzielle und materielle Fragen werden nur von und bei ihnen nur in 10% der Fälle als problematisch eingeschätzt..

#### 3.6.4 Schwerpunktthema „Wohnen“

Das Ehepaar N. (GEWOFAG Holding GmbH, 145)

*„Herr und Frau N. leben seit 1975 in ihrem Stadtteil. Der Hausbesuch kommt zustande, nachdem die Fachkraft das Ehepaar angeschrieben und diesem angekündigt hatte. Die Eheleute nahmen das Angebot auch deshalb an, weil sie durch Nachbarn und den Artikel in der Mieterzeitung darüber informiert waren. Herr N. ist 77 Jahre alt. Er wurde in München geboren und hat als Bankangestellter gearbeitet. Gegenwärtig besteht seine Hauptaufgabe darin, seine Frau zu pflegen und alle Besorgungen zu machen. Frau N. hatte einen Bandscheibenvorfall und ist seither schwer bewegungseingeschränkt. Als problematisch erweist sich in dieser Situation die nicht altengerechte Ausstattung des Badezimmers. Das Ehepaar formuliert vor diesem Hintergrund den dringenden Wunsch, in eine andere Wohnung umzuziehen. Die Fachkraft setzt sich deshalb mit dem Mieterzentrum in Verbindung, um einen Wohnungswechsel zu ermöglichen. Im Verlauf des Beratungsgespräches stellt sie fest, dass Frau N. noch keinen Schwerbehindertenausweis besitzt, und unterstützt das Ehepaar bei der Antragstellung.“*

Bei der GEWOFAG Holding GmbH ist das Schwerpunktthema Wohnen gesetzt. Es werden nur Mieterinnen und Mieter angesprochen. Die Fachkraft bei der GEWOFAG Holding GmbH hatte den Vorteil, dass sie die vorhandene Liste der Mieterinnen und Mieter abarbeiten konnte (Anschreiben und nachfolgender Telefonanruf) und so von Anfang an nach dem Prinzip INFOPOST gearbeitet hat. Dabei konnte sie sich durch den Hausbesuch ein Bild von der jeweiligen Wohnsituation machen und Verbesserungen in der Wohnungsausstattung bzw. in

der Wohnsituation einleiten.

Wünsche und Anliegen im Bereich „Wohnumfeld, Mobilität, Sozialwohnung und Heime“ wurden von den besuchten Personen insgesamt in 11,1 % der Fälle genannt.<sup>25</sup> Am häufigsten war dies bei der GEWOFAG Holding GmbH der Fall (14,6 %), gefolgt vom SBH Mitte mit 12,4 %, dem ASZ Fürstenried mit 9,2 % und dem Verein Stadtteilarbeit e.V. mit 3,1 %. Wohnungsanpassung und -ausstattung waren vor allem ein Thema bei der GEWOFAG Holding GmbH (25,7 % der Besuchten). Bei den anderen Einrichtungen lag die Quote hier zwischen 2 % und 4 %. Im Zuge der Hausbesuche wurden diese Themenbereiche dann aber an allen Standorten sehr viel häufiger Gegenstand der Gespräche. Informationen und Beratungen zur **Wohnungsausstattung** erwiesen sich in 65 der 152 genauer erfassten Fälle (44,5 %) als notwendig. Bei der GEWOFAG Holding GmbH und beim SBH Mitte lag die Quote mit 92 % bzw. 80 % besonders hoch.

Im Vordergrund standen Informationsvermittlung und Beratung zur Anpassung der Situation im Badezimmer (Hilfsmittel im Badezimmer, höhere Toilette, Haltegriffe, Duschhocker, Dusche mit Klappsitz, Umbau des Badezimmers, Einbau einer Dusche statt der Badewanne). Daneben waren Handläufe, Griffhilfen, die Reparatur von Telefonanlage, Heizung oder Warmwasserversorgung Gegenstand der Beratung. Diese Beratungen zielten darauf, die Lebensqualität der besuchten Seniorinnen und Senioren zu verbessern und Gefährdungspotenziale zu reduzieren. Bei diesem Themenschwerpunkt können die geschulten Fachkräfte bestehende Schwachstellen sehr schnell erkennen und auch den Sinn geeigneter Unterstützungsmaßnahmen unmittelbar vermitteln. Dabei können bereits kleinere Maßnahmen die Sicherheit der Besuchten und teilweise auch deren Lebensqualität verbessern. Vor allem ein altengerechter Umbau des Badezimmers trägt zu Steigerung der Lebensqualität bei, z. B. durch den Ausbau der Badewanne und den Einbau einer Dusche. Hilfen hierzu bieten die Beratungsstelle Wohnen sowie im Bereich ihres Modellstandorts die GEWOFAG Holding GmbH mit ihrem Mieterzentrum. Die Erstberatung zu Fragen der Wohnungsanpassung wird von den Alten- und Service-Zentren angeboten.

Anliegen und Wünsche bezogen auf den **Umzug in eine altengerechte, in eine Sozialwohnung oder in ein Heim** hatten 14 Personen (9,2 %), vor allem bei der GEWOFAG und dem SBH Mitte. Hier erfolgten Unterstützungen durch Informationen über mögliche Wohnformen, durch Beratungen zu Wohngeld und Grundsicherung, durch Unterstützung bei der Antragstellung und durch Vermittlung an zuständige Stellen.

### 3.6.5 Pflegestufe und Schwerbehindertenstatus

44 der besuchten Personen (28,9 %) haben eine Pflegestufe (vorwiegend Stufe 1 und 2). Interventionen im Bereich Pflege (z. B. Informationsvermittlung, Beratung, Hilfe bei der An-

---

<sup>25</sup> Bei 576 erfassten Haushalten.

tragstellung auf eine Pflegestufe) erfolgten durch die Fachkräfte in 62 Fällen. In 30 dieser Fälle lag noch keine Einwertung in eine Pflegestufe vor. Hier informierten die Fachkräfte über entsprechende Möglichkeiten und unterstützten ggfs. bei der Antragstellung. In 32 Fällen lag bereits eine Einwertung vor. Hier ging es darum, Unstimmigkeiten auszuräumen oder Widersprüche gegen Bescheide zu unterstützen. Als Kooperationspartnerinnen und -partner fungierten dabei auch die Fachkräfte der Pflegeberatung.

78 Personen (51,3 %) besitzen einen Schwerbehindertenausweis. Bei acht dieser Personen ergaben sich zusätzliche Unterstützungsbedarfe hinsichtlich des Schwerbehindertensstatus. Bei 12 Personen erwies es sich als sinnvoll, die Berechtigung auf einen Behindertenausweis prüfen zu lassen.

Diese Beispiele zeigen, dass die „Präventiven Hausbesuche“ auch im medizinisch-pflegerischen Bereich erweiterte Hilfsmöglichkeiten aufzeigen können. Zusätzlich unterstützen sie die besuchten Personen bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche.

### 3.6.6 Medizinische Versorgung und Hilfsmittelversorgung

Die medizinische Versorgung war bei 49 Personen (32 %) ein Thema, in dem Handlungs- bzw. Beratungsbedarf vorhanden war. Als Anliegen wurde es von den Besuchten nur in sieben Fällen genannt. Häufigste Interventionsformen waren Informationsvermittlung und Beratung. In elf Fällen empfahlen die Fachkräfte, sich an andere Stellen bzw. Personen zu wenden (mehrfach empfohlen wurde der Gesundheitsladen). Nur in zwei Fällen erwies sich die Empfehlung, einen Hausarzt aufzusuchen, als erforderlich. Je eine Information vermittelten die Fachkräfte bezüglich Ergotherapie und mobiler Fußpflege.

Durch die „Präventiven Hausbesuche“ wird nach diesen Ergebnissen der Informationsstand bei vielen Besuchten erweitert. Relevant scheint auch die Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Interessen im Gesundheitssystem zu sein. Dringender Handlungsbedarf ergab sich offensichtlich eher selten.

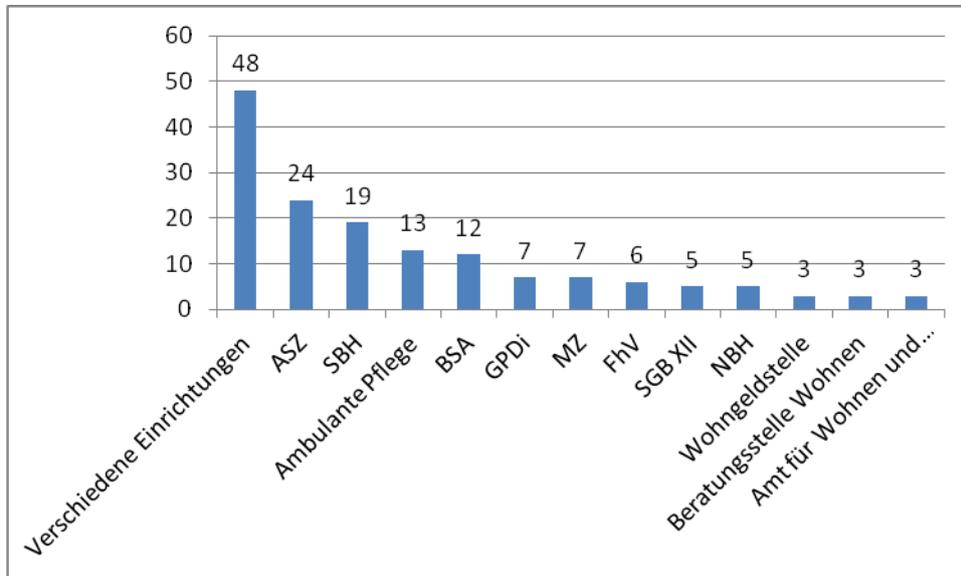
Hilfsmittelversorgung war Thema bei 63 Personen (41 %). Im Vordergrund stand dabei eine entsprechende Informationsvermittlung (53). Beratung erfolgte in 17, eine Anfrage bei einschlägigen Einrichtungen in fünf, die Unterstützung bei der Antragstellung in einem Fall.

## 3.7 Lotsenfunktion und Vermittlung weiterer Hilfen

Die Analyse der Beratungsleistungen im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ ergibt, dass die Fachkräfte selbst etwa ein Drittel der besuchten Personen in ausreichender Form informieren und beraten können. Bei einem Großteil der Besuchten reichen die Hilfen durch die „Präventiven Hausbesuche“ alleine nicht aus. Bei den 152 differenziert erfassten Fällen

wurden 62,9 % an andere Einrichtungen und Institutionen vermittelt. Aufgrund der guten Infrastruktur in der Landeshauptstadt München konnten die Fachkräfte auf ein vielfältiges Angebot zurückgreifen. Die folgende Grafik gibt einen Überblick.

Abbildung 8: In die Unterstützung einbezogene Einrichtungen (Absolute Zahlen, MFN)



Für die besuchten Personen konnte ein breites Spektrum an Hilfen erschlossen werden. Relativ häufig wurde an die Alten- und Servicezentren sowie an die Sozialbürgerhäuser weitervermittelt, die umfassende Hilfen und „Case Management“ anbieten.

In die Kategorie „verschiedene Einrichtungen“ fallen u. a.: AOK-Pflegeberatung, Beratungsstelle für ältere Menschen, ehrenamtliche Besuchsdienste, Caritaszentren, Ansprechpartnerinnen und -partner für handwerkliche Hilfen, für Hilfen bei der Entsorgung von Gegenständen, für Lieferdienst von Lebensmitteln, für Rechts- und Rentenberatung, für Traumatherapie. **Passgenaue Vermittlungen in das Hilfesystem sind eine zentrale Leistung des Modellprojekts.**

### 3.7.1 Kooperationen mit den Alten - und Service - Zentren

Die Alten- und Servicezentren der Landeshauptstadt München bieten ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten für Seniorinnen und Senioren in München. Auf diese Hilfsmöglichkeiten griffen die Fachkräfte der „Präventiven Hausbesuche“ im letzten Jahr des Untersuchungszeitraums in 15,7 % der Fälle (24 Personen) zurück. Bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum taten sie dies in 13,7 % der Fälle (83 Personen). Folgende Anliegen waren dabei relevant:

- **Begleitung.** Arztbesuche (Unsicherheit wg. Krebsbehandlung), für notwendige Gänge (Ärzte), Spaziergehen (Handhalten), Fahrten zum Friedhof ... zum Pflegeheim,

um Ehemann zu besuchen, da gehbehindert ... zur Bank ... Herr kann so gut wie nichts mehr sehen, möchte seine Frau im Pflegeheim besuchen.

- **Kontakte.** Kontaktschwierigkeiten aufgrund von Hörproblemen überwinden ... Möglichkeiten der Freizeitgestaltung für ältere Menschen ... „Wo kann man Anschluss finden?“ ... Besucher ist sehr einsam, den ganzen Tag allein ... möchte gerne schwimmen gehen ... Lebt alleine und fühlt sich isoliert. Wünscht sich jemanden, der sie einmal täglich anruft oder vorbeikommt und nach sieht „ob sie noch lebt“ ... Interesse am Mittagstisch ... TN Wandergruppe ... vielleicht auch jemand, der sich Zeit für sie nimmt
- **Kleine Dienstleistungen** im Haushalt. Entsorgen ihrer vollen Plastiktüten, Reinigungskraft als Vertretung für im Urlaub befindliche Nachbarin, kleinere „handwerkliche“ Tätigkeiten in der Wohnung (Birnen auswechseln, Badarmaturen verkalkt, Eisschrank ist zugefroren), Möbel aufstellen, Haushaltshilfe, Hilfen für einfache Alltagsverrichtungen (Assistenz b. Kochen, Ab- u. Aufhängen Gardinen etc.) ... Seit ca. einem Jahr wird es immer schwieriger mit dem Laufen. Herr B. wohnt im 4. Stock ohne Lift. Benötigt jemanden, der ihm beim Einkaufen behilflich ist. Auch Wäsche ist einmal wöchentlich, Bettwäsche einmal monatlich wegzubringen und wieder abzuholen. Aktuell tue er sich wieder leichter. Braucht voraussichtlich im Winter jemand. ... Sehr einsam, bräuchte mehr Kontakt, durch Arthrose stark körperlich eingeschränkt, hat hohe Hilfsbedarf, will aber keinen fremden Menschen. ... Hilfe im Haushalt und für regelmäßiges Essen ist nötig ... Badehilfe
- **Einkaufen.** Wie kann Versorgung (z. B. Einkauf) gewährleistet werden? ... Kann sich nichts mehr kochen und nicht mehr selbst einkaufen ... Begleitdienst zum Einkaufen
- **Allgemeine Unterstützung.** Verkauf/Entsorgung Auto ... Anpassung Küche für leichteres Arbeiten für Frau H. (u. gesundheitliche Problematik)
- **Dringende Hilfe.** Schwer krank, Begleitung. Klärung Pflegeheimplätze in unmittelbarer Umgebung. Evtl.
- **Hilfestellung bezgl. verschiedener Anträge,** v. a. Antrag auf Soz.whg u. Betreuungsanregung
- **Ängste und Absicherung.** Entlassung nach Hause. Große Ängste und Verunsicherung, ob sie das alleine schafft, was ist, wenn ihr so etwas wieder passiert. Wünscht sich Hilfen, die sie zu Hause aufsuchen. ... Vorsorge für die Zukunft ... Wie soll es bei fortschreitendem Krebs weitergehen? ... Was, wenn etwas schief läuft? ... Welche Präventionsmaßnahmen kann ich treffen?
- **Zugangsprobleme.** Traut sich jetzt nicht zum ASZ, da sie Angst hat, verurteilt und nicht aufgenommen zu werden
- **Entscheidungshilfe.** Verbleib im Haus, Umzug ins Seniorenheim, Betreutes Wohnen
- **Finanzielle Fragen.** Wie soll ich mit meiner geringen Rente die Heimkosten bezahlen? ... Finanzielle Unterstützung Heizung (Ofen und Öl) ... Klärung Höhe Grundversicherung, Klärung GEZ-Befreiung

### 3.7.2 Kooperation mit den Sozialbürgerhäusern

Die Sozialbürgerhäuser sind wichtige Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger, wenn es um Fragen der Grundsicherung, der Betreuung, der häuslichen Versorgung, der Beantragung von Wohngeld, der Vergabe von Stiftungsmitteln und allgemeine Zuständigkeitsbereiche der Bezirkssozialarbeit geht. Beispielhafte Problemkonstellationen, bei denen die Fachkräfte eine Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialbürgerhäuser veranlasst haben:

- Zuzahlung 220.- € bei der Sanierung des Gebisses bereitet ihm Sorgen, da kein Geld vorhanden,
- Finanzielle Not,
- Gesundheitlich sehr eingeschränkt, ohne Pflegestufe; keine Grundsicherung oder Wohngeld, benötigt Einkaufshilfe und hauswirtschaftliche Hilfen,
- Hauswirtschaftliche Versorgung, Essen auf Rädern oder wenigstens dreimal wöchentlich eine warme Mahlzeit, Gymnastik oder Bewegung für Senioren,
- Badehilfe, Klärung Höhe Grundsicherung, Klärung GEZ-Befreiung, Nachbarschaftsstreit, Verkauf/Entsorgung Auto,
- Beratung bzgl. Wohnmöglichkeiten für Senioren (die Hausmeisterwohnung muss in absehbarer Zeit verlassen werden, weil Hausmeisterei nicht mehr zu bewältigen ist) und finanzieller Unterstützung (hohe Ausgaben für Medikamente),
- Die Gesamtsituation ist belastend. Neue Wohnung wird dringend nötig wg. Räumungstitel (Ende Jan. 2013). Verbleib in diesem Viertel wg. Einbindung und Ärzte etc. aber dringend gewünscht. Private Pflegeperson hört auf. Streit mit Nachbarschaft/Vermieter ist sehr belastend,
- V. a. Entlastung (möchte Ehemann am liebsten in stationäre Pflege geben, dieser willigt nicht ein). Im Gespräch wird auch die schlechte finanzielle Situation deutlich. Hilfen in der hauswirtschaftlichen Versorgung,
- Viel Klärungsbedarf, alles scheint unüberwindlich. Betreutes Wohnen für Epileptiker wurde abgelehnt, und jetzt wächst doch alles über den Kopf. Welche Hilfen gibt es außer betreutem Wohnen? Anspruch auf Grundsicherung? Anspruch auf Fahrkostenzuschuss?

Bezogen auf die 602 erreichten Personen wurde in 12,6 % der Fälle mit Sozialbürgerhäusern kooperiert. Beteiligt waren in 7,0 % die Bezirkssozialarbeit, in 5,1 % die Fachstellen häusliche Versorgung, in 3,1 % die Sachbearbeitung SGB XII und in 1,3 % die Wohngeldstelle. In einer Reihe von Fällen waren mehrere Stellen mit der Problembearbeitung befasst. Gefährdungsfälle traten im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ nur vereinzelt auf. Im letzten Jahr des Untersuchungszeitraums wurden die SBHs in 12,5 % der Besuche einbezogen.

### 3.7.3 Bewertung der Kooperationen

Die Analyse der Kooperationen zeigt zum einen, wie es den Fachkräften gelungen ist, sich das Feld der vielfältigen Angebote im Bereich der Altenhilfe/Altenarbeit zu erschließen. Der zentrale Kooperations- und Vermittlungspartner für alle Frage der Altenarbeit, also alltagsunterstützende Dienste und soziale, gesellige Angebote, sind in allen Modellregionen die ASZ.

Für die finanziellen und rechtlichen Belange und in den (seltenen) Gefährdungsfällen sind die Sozialbürgerhäuser die zentralen Ansprechpartner. Analog zur Unterscheidung in der Jugendarbeit könnte man hier unterscheiden zwischen **Altenarbeit** (ASZ) und **Altenhilfe** (SBH).

## 4 Das Münchner Modell: Hausbesuche und Anlaufstelle

### 4.1 Eine Typisierung: drei Formen von Hausbesuchen

In der Praxis der Beratungen kristallisierten sich drei Typen von Beratungskonstellationen heraus, die sich hinsichtlich ihrer Intensität unterscheiden.

**„Klassischer“, rein informativer und beratender Hausbesuch.** Diese Form der Beratung umfasst zwei bis drei vorbereitende Telefonate (vor allem wenn eine Anfrage über Angehörige oder Kooperationspartnerinnen und -partner erfolgte), das Zusammenstellen eines Informationspaketes, die Anfahrt sowie das Gespräch selbst, das zwischen eineinhalb und zwei Stunden in Anspruch nimmt.

Die Nachbereitung umfasst die Dokumentation sowie u. U. das Verschicken oder telefonische Durchgeben von vereinbarten Informationen, die im Nachgang zu dem Gespräch eingeholt wurden.

Insgesamt liegt der Zeitaufwand bei vier bis fünf Stunden. Am Modellstandort GEWOFAG Holding GmbH liegt er um ein bis zwei Stunden niedriger, da weniger Vorklärungen anfallen und die Anfahrt gebündelt werden kann.

Ungefähr 20 % der durchgeführten Hausbesuche entsprachen diesem Muster. Gegenstand der Beratung in diesen Fällen waren Clearing, Informations- und evtl. Weitervermittlung.

**Hausbesuch und Beratung mit erweitertem Aufwand.** Dieser Typus umfasst die oben beschriebenen Tätigkeiten. Hinzu kommen häufig: Ausfüllen von Anträgen, intensiveres Gespräch über schon benötigte Hilfen, Recherche hierzu, Telefonate z. B. mit Anbietern von ehrenamtlichen Begleitdiensten, Recherche zur speziellen Problemlage, Rückmeldung telefonisch oder schriftlich, Kontaktvermittlung, Einbindung Dritter, Terminkoordinierung, evtl. zweiter Kurzbesuch sowie weitere Leistungen.

Der Zeitaufwand liegt hier bei acht bis zehn Stunden. Der Anteil dieser Hausbesuche liegt bei etwa 50 Prozent.

**Aufwändiger Hausbesuch mit Anteilen von „Case Management“.** Diese Form des Hausbesuches umfasst weitergehende Unterstützung durch mehrere Folgebesuche, Telefonate, teilweise auch kollegiale Beratung in komplexeren Fällen, Unterstützung bei Antragstellungen (z. B. Stiftungsmittel), Erstellung von Falleingaben z. B. für die Orientierungsberatung (SBH), Helferkonferenzen, Familiengespräche, Begleitung zum Erstkontakt mit einer ehrenamtlichen Helferin. Mitunter werden weitere Hilfen notwendig.

Der Zeitaufwand liegt hier bei zwölf bis achtzehn Stunden. Der Anteil dieser Fallkonstellationen liegt bei ca. 30 Prozent.

## 4.2 Vertrauensvolle Anlaufstelle werden

Das ursprüngliche Konzept der präventiven Hausbesuche ging davon aus, dass sich die Beratung auf einen einmaligen Hausbesuch beschränkt, bei dem Beratung und Informationsvermittlung erfolgen sowie evtl. notwendige Weitervermittlungen an andere Dienste eingeleitet werden. Im Verlauf des Modellprojektes zeigte sich, dass dieses geplante Vorgehen nur bei einem Teil der Hausbesuche umsetzbar war. Wünschten die Besuchten lediglich Informationen und es ergab sich auch kein weitergehender Unterstützungsbedarf, konnte der „Fall“ mit einem Hausbesuch beendet werden.

Eine weitere Kontaktaufnahme wurde häufig dann notwendig, wenn an andere Stellen vermittelt wurde, wenn etwa bei der Beantragung von Grundsicherung oder Wohngeld zusätzliche Hilfe gefragt war (z. B. beim Ausfüllen des Antrags) und bei alten Menschen mit komplexeren Problemlagen/Fragestellungen.

Hier zeigte sich, dass die Fachkräfte der „Präventiven Hausbesuche“ für die besuchten Menschen zu einer wichtigen Anlaufstelle geworden waren. Es deutet viel darauf hin, dass im Rahmen des Hausbesuches ein tragfähiges Vertrauensverhältnis entstanden ist. Dies bestätigen einerseits die Aussagen der Betroffenen, mit denen wir gesprochen haben („Ich weiß jetzt, an wen ich mich wenden kann, wenn ich etwas brauche!“), andererseits aber auch die dokumentierten Fallunterlagen aus dem Modellprojekt.

In der Zeit von Juli 2012 bis Juni 2013 standen die Fachkräfte mit 58 Personen erneut in Kontakt, die sie in der Zeit davor besucht hatten. 25 dieser Kontakte beschränkten sich auf einen Termin/Kontakt. Dabei ging es um Rückfragen bzw. Kontaktpflege seitens der Fachkräfte, Rückmeldungen durch die besuchten Personen oder neue Problemlagen, die in der Regel schnell – teilweise telefonisch – geklärt werden konnten.

Mehr als ein weiterer Kontakt war in 33 Fällen erforderlich, darunter waren 10 Personen, die eine intensivere Beratung erforderten. Hier ging es um neu auftretende Probleme, aber auch um Fragen und Unklarheiten, die sich im Zuge der eingeleiteten Unterstützungsmaßnahmen ergaben.

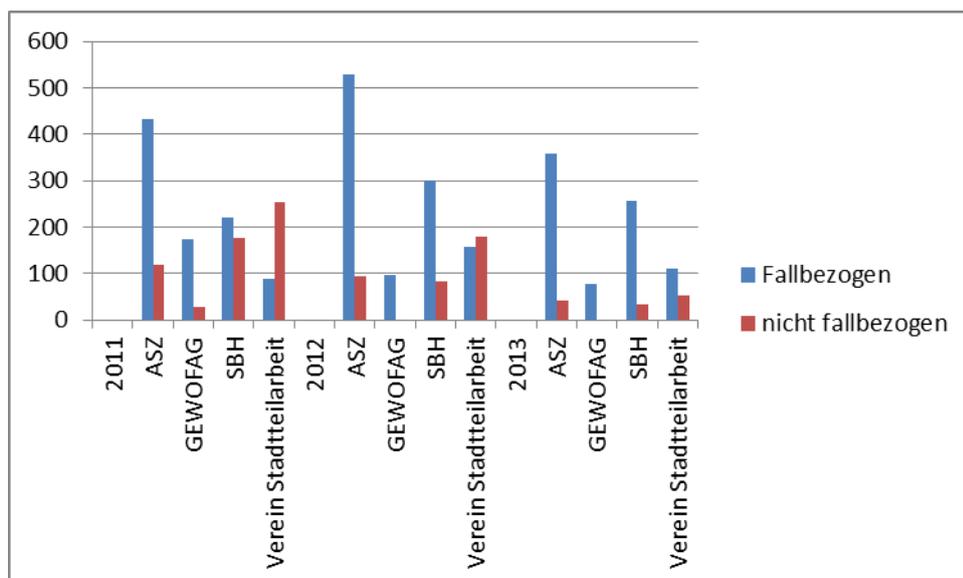
Die Fachkräfte des Modellprojektes blieben in diesen Fällen die bevorzugten Ansprechpartnerinnen der besuchten Seniorinnen und Senioren. Sie werden als verlässliche und kompetente Ansprechpartnerinnen gesehen.

## 5 Ergebnisse der Vernetzungsanalyse – Vernetzungsarbeit als Daueraufgabe

Im Laufe des Modellprojektes wurde das Netz an Kooperationspartnerinnen und -partnern schrittweise immer weiter ausgebaut. Insgesamt wurde in der Projektlaufzeit die Zusammenarbeit mit mehr als 200 Personen, Einrichtungen und Organisationen dokumentiert. Dieses professionelle Netzwerk hatte eine doppelte Funktion. Es stellte einen wichtigen Zugangsweg ins Projekt dar (vgl. Kapitel 4.1), gleichzeitig ist es für eine passgenaue Vermittlung eine präzise Kenntnis des vorhandenen Hilfenetzes notwendig. So ist die Vernetzung eine Daueraufgabe für die Fachkräfte geworden, da sowohl regionale als auch überregionale Vermittlungsmöglichkeiten erschlossen werden mussten.

Im Projektverlauf änderte sich das Verhältnis von fallbezogenen und nicht-fallbezogenen Kontakten, wie die folgende Abbildung zeigt<sup>26</sup>.

Abbildung 9: Entwicklung der Vernetzungskontakte im Modellzeitraum



Diese Entwicklung spiegelt die Entwicklung in dem Modellprojekt wider. Zu Anfang wurde das professionelle Netzwerk aufgebaut. Dies war sowohl für die Öffentlichkeitsarbeit, die Bekanntheit des Modellprojekts als auch für die ersten Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe notwendig. Mit der Zunahme der Hausbesuche stiegen auch die fallbezogenen Kontakte.

<sup>26</sup> Eine Ausnahme bildet der Verein Stadtteilarbeit, wo 2012 besonders viele nichtfallbezogene Kontakte auffallen. Das hängt vermutlich mit der Entscheidung zusammen, die regionalen Grenzen zu verlassen, so dass die zuständige Fachkraft sich ein überregionales Netzwerk von Kooperationspartnern aufbauen musste.

Die größte Netzwerkerin war die Fachkraft im ASZ Fürstenried mit insgesamt 1317 fallbezogenen und 255 nichtfallbezogenen Kontakten im Modellzeitraum. Im SBH Mitte gab es vergleichsweise etwas weniger fallbezogene (779) und etwas mehr nichtfallbezogene Kontakte (295). Die Fachkraft im Verein Stadtteilarbeit dokumentierte 362 fallbezogene und 496 nichtfallbezogene Kontakte. Aufgrund der Sondersituation der GEWOFAG Holding GmbH kam es hier fast ausschließlich zu fallbezogenen Kontakten. Dies ist ein Indiz dafür, dass die aufwändige Vernetzungsarbeit bei einem systematisierten Zugang zumindest erleichtert wird. Allerdings wurden bei der GEWOFAG Holding GmbH auch ein großer Teil der Besuchten innerhalb des eigenen Systems (Mieterzentrum) vermittelt, so dass über die Effekte der Netzwerkarbeit bei fallbezogenen Kooperationen hier wenig ausgesagt werden kann. Hinweise darauf, dass es unter Verzicht auf systematische Netzwerkarbeit schwieriger ist, sich im professionellen, kollegialen System zu verorten, ergaben sich vor allem in der Kooperation GEWOFAG-SBH. Hier konnte die Projektleitung unterstützen und vermitteln.

Aus den Netzwerkkarten<sup>27</sup> (s. Anhang) geht deutlich hervor, dass sich die Vernetzungsarbeit im ASZ und im SBH sehr ähnlich verlaufen ist, wobei das ASZ wie oben festgestellt die meisten Netzwerkkontakte hatte. Beide Fachkräfte arbeiten viel innerhalb der Modellregion. Die spezifische, auf Migrantin und Migranten bezogene Arbeitsweise der Fachkraft im Verein Stadtteilarbeit zeigt sich darin, dass viele Geschäfte, Einzelpersonen u.ä. in der Modellregion kontaktiert wurden, die migrationsspezifischen Dienste und Einrichtungen aber vorwiegend überregional zu finden sind. Die Sondersituation der GEWOFAG HOLDING GmbH zeigt sich auch in der Netzwerkkarte: Kontakte zur Zielgruppe und innerhalb des GEWOFAG Hilfenetzes überwiegen deutlich.

Auch wenn die Vernetzungsarbeit bei einem systematisierten Zugang für das Erreichen der Zielgruppe erleichtert wird, bleibt sie für passgenaue Vermittlung weiterhin notwendig. Hier zeigen die Netzwerkkarten eindrucksvoll, dass es den Fachkräften gelungen ist, ein differenziertes regionales Netzwerk aufzubauen.

---

<sup>27</sup> Die Netzwerkkarten wurden nach EGONET-QF erarbeitet und stellen eine Visualisierung der in Excel dokumentierten Kontakte der Fachkräfte dar. Für die Darstellung wurde exemplarisch das Jahr 2012 gewählt, das Projektjahr, in dem bereits ein Basisnetzwerk aufgebaut war und in dem sich die Projektarbeit etwas verstetigt hatte. Dabei drückt sich die Intensität und Häufigkeit der Kontakte durch die Nähe zum Zentrum und die Größe des Symbols aus.

## 6 Überlegungen und Beispiele zu den Wirkungen des Modellprojekts

### 6.1 Wirkungen für die besuchten Personen

Auf die erkannten Bedarfs- und Bedürfnislagen reagieren die Fachkräfte mit den ihnen zur Verfügung stehenden Unterstützungsangeboten. Diese reichen von entlastenden Beratungsgesprächen über Informationsvermittlung und konkrete kleinere Hilfsmaßnahmen bis zur Kontaktaufnahme mit Einrichtungen des Hilfesystems, die für die Ratsuchenden die passenden Angebote bereithalten. Die Interventionsbereiche sind vielfältig und mitunter komplex, wie die folgenden Beispiele zeigen.

*Beispiel 1: Frau B. entscheidet sich nach Aufzeigen aller Möglichkeiten zur Beantragung einer Pflegestufe und zum Umzug in ein Altenheim. Bis dies so weit ist, benötigt sie hauswirtschaftliche Hilfen. Dafür wird der Kontakt zur Fachstelle häusliche Versorgung im SBH hergestellt, die Frau B. bei der Beantragung hilft und Kontakt zu einem Dienst, der hauswirtschaftliche Hilfe anbietet, herstellt. Frau B. entscheidet sich zur Anregung einer rechtlichen Betreuung für sich selbst für die Abwicklung des Umzugs in ein Heim mit allen dazugehörigen organisatorischen Erfordernissen. Frau B. wurde bei der Formulierung einer Betreuungsanregung für sich selbst unterstützt. Es wurde Kontakt zum Hausarzt aufgenommen, der ein entsprechendes ärztliches Zeugnis erstellt.*

*Beispiel 2: Die Fachkraft trifft Absprachen mit den Nachbarn, die als zuverlässig und fürsorglich bekannt sind, dass sie Frau X. zum Augen- und HNO-Arzt begleiten. Außerdem setzt sie sich mit dem Hausarzt in Verbindung, um einen Antrag auf Gewährung einer Pflegestufe einzuleiten.*

Im Folgenden zeigen wir beispielhaft die Palette der Tätigkeiten im Rahmen der Unterstützung auf. Die Fachkraft

- nennt Adressen für Putzhilfen,
- vermittelt die besuchte Person an die Bezirkssozialarbeit (BSA) sowie an die (türkisch sprechende) Schuldner- und Insolvenzberatung,
- informiert über Anbieter von Haushaltshilfen sowie die handwerklichen Unterstützungsangebote der Mobilien Werkstatt der Arbeiterwohlfahrt. Sie übergibt das Formular zur Beantragung von Wohngeld,
- stellt eine Anbindung an ASZ her, u. a. um einen Besuchsdienst zu organisieren,
- kauft dringend benötigte Lebensmittel ein,
- stellt eine Anfrage beim SBH bezüglich einer Unterstützung durch Ehrenamtliche, regt an, Kontakt zum ASZ aufzunehmen,

- übermittelt einen Antrag auf Grundsicherung, informiert über ehrenamtliche Hilfen, die Mobile Werkstatt der AWO (Handwerker), vermittelt Kontakt zur Orientierungsberatung der BSA wegen der Beantragung von Stiftungsmitteln,
- besorgt eine rutschhemmende Badematte, um akute Sturzgefährdung zu reduzieren,
- stellt Kontakt zum Vermieter her, um Haltegriffe an der Badewanne installieren zu lassen,
- klärt „Parkmöglichkeiten“ für einen Rollator,
- informiert die Tochter, dass sie sich im Falle einer Gefährdung der Mutter an die BSA wenden kann,
- ist mit einer ganzen Reihe von Interventionen befasst. Es geht um Besorgungen, Informationsbeschaffung, Weitervermittlung, Hinzuziehen von Dritten. Die Wohnung und der Bewohner sind in einem desolaten Zustand. Die Fachkraft bezieht das Gesundheitsamt, den Krisendienst, den GPDi und das Sozialreferat ein,
- gibt den Fall an eine Mitarbeiterin der BSA ab. Begleitet die besuchte Person dorthin zur Übergabe.

Diese Beispiele zeigen, auf welche Hilfebedürfnisse die Fachkräfte stoßen und mit welchen Maßnahmen sie darauf reagieren. In den meisten Fällen geht es – entsprechend dem Konzept der „Präventiven Hausbesuche“ – darum, Informationen und Kontaktadressen zu vermitteln. In Fällen, bei denen „Gefahr im Verzug“ ist und nur kleinere Hilfen nötig sind, unterstützen die Fachkräfte die besuchten Personen auch direkt und unbürokratisch. Typische Beispiele sind das Besorgen einer rutschhemmenden Badematte oder der einmalige Einkauf von Lebensmitteln als Soforthilfe. Der Nutzen für die Betroffenen ist aufgrund der schnellen Intervention hoch, der Aufwand für die Fachkraft relativ gering.

## 6.2 Einordnung in ein Wirkungsmodell

Wir beziehen uns im Folgenden auf ein Wirkungsmodell, das aufbauend auf früheren Arbeiten des IPP (Straus, F., Höfer, R. und Gmür, W.1988) und den Erkenntnissen der Belastungs- und Bewältigungsforschung handlungsnaher Effekte bestimmter Interventionen beschreiben kann. Dieses Wirkungsmodell zeigt mögliche Effekte von Interventionen auf fünf verschiedenen Ebenen:

Tabelle 4: Erläuterung zum Wirkungsmodell

Ebene	Effekte	Kurzbeschreibung: Maßnahme X bewirkt, dass
Kommunikationsebene	Veröffentlichungs-Effekt  Dialog-Effekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• man (stärker als zuvor) sein Problem/sein Anliegen vor anderen veröffentlicht.</li> <li>• man sich mit anderen austauscht, den Dialog als konstruktiven Weg erlebt und anderen zuhören kann.</li> </ul>
Befindlichkeitsebene	Entlastungs-Effekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Maßnahme zu einer emotional spürbaren Entlastung führt.</li> </ul>
Wissensebene	Orientierungs-Effekt  Erklärungs-Effekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• man weiß, welche sinnvollen, für einen persönlich adäquaten Möglichkeiten (Handlungsalternativen) es gibt.</li> <li>• man für die Situation bzw. das eigene Verhalten Erklärungen hat, man weiß, warum man so reagiert (hat).</li> </ul>
Einstellungs- und Verhaltensebene	Einstellungs-Effekt  Situative Verhaltensänderung  Übergreifende Verhaltensänderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sich bestimmte Einstellungen verändern.</li> <li>• man in der Lage ist, sich in bestimmten Situationen anders zu verhalten.</li> <li>• man gelernt hat, bestimmte Prinzipien zu verinnerlichen und so nicht nur in bestimmten Situationen, sondern situationsübergreifend sein Verhalten zu verändern.</li> </ul>
Sozial-ökonomische Rahmeneffekte	Netzwerk-Effekt  Materielle Effekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Vernetzung oder/und die sozialen Kompetenzen größer werden.</li> <li>• die materiellen Bedingungen sich verbessern.</li> </ul>

Aus den Erkenntnissen aus dem Prozessverlauf und den Dokumentationen lassen sich für die besuchten Personen Wirkungen auf fünf Ebenen beschreiben.

1. Kommunikationsebene: Das Gespräch mit der Fachkraft und die entstehende Vertrauensbeziehung führen dazu, dass das eigene Problem in einer geschützten Atmosphäre thematisiert werden kann. Im Dialog können Lösungsvorschläge entwickelt werden. Effekte sind hier bei allen Personen festzustellen, bei denen Alltagsprobleme besprochen wurden. Der Anteil variiert zwischen 15 und 60 Prozent.

2. Befindlichkeitsebene: Die Fachkräfte berichten von beobachtbaren Entlastungseffekten bei den besuchten Personen, entweder aufgrund von Interventionen (Vermittlung, direkte Hilfe) oder allein durch die Gesprächssituation. Abschätzen der Zunahme von Sicherheit. Nahezu alle Personen wissen nach dem Hausbesuch, an wen sie sich bei Bedarf vertrauensvoll wenden können.
3. Wissensebene: Durch das Beratungsgespräch und die Informationen, die die Fachkräfte geben können, erhöht sich das Wissen um mögliche Hilfen bzw. Entlastungsangebote. Etwa jede sechste besuchte Person hatte einen konkreten Informationsbedarf im thematischen Kontext der „Präventiven Hausbesuche“. Die erforderlichen Informationen wurden vermittelt.
4. Einstellungs- und Verhaltensebene: Wirkungen auf dieser Ebene lassen sich am schwersten nachweisen. Hinweise auf Einstellungs- bzw. Verhaltensänderungen ergeben sich jedoch aus den erneuten Kontaktaufnahmen mit den Fachkräften: Bei neu auftretenden Problemen und Beratungsanliegen greifen die Besuchten auf die bestehenden Kontakte zurück und versuchen nicht mehr, ihre Probleme nur alleine zu lösen. Die Häufigkeit kann hier nicht abgeschätzt werden.
5. Sozio-ökonomische Rahmeneffekte: Durch bestimmte Interventionen wie Antragstellung auf Grundsicherung, Wohngeld, Stiftungsmittel wird die materielle Situation der Besuchten verbessert. Ebenso zeitigt die Vermittlung von ehrenamtlichen Helfer/innen oder die Vermittlung an Gruppenaktivitäten z. B. in ASZ einen Effekt auf der sozialen Ebene. Bei einem Drittel der besuchten Personen erfolgten Interventionen in diesem Bereich.

Die Effekte aus diesem Wirkungsmodell führen letztlich zu einer Stärkung der Handlungsfähigkeit der besuchten Personen.

## 7 Vertiefte Kosten-/Wirksamkeitsanalyse bei einer flächendeckenden Ausweitung des Angebots Präventive Hausbesuche auf die Landeshauptstadt München

Dr. Jakob Kandler, Wirtschaftsberatung München

Die vorliegende Expertise für eine vertiefte Kosten-/Wirksamkeitsanalyse bei einer flächendeckenden Ausweitung des Angebots Präventive Hausbesuche auf die Landeshauptstadt München stellt eine Erweiterung der ursprünglichen Auftrags der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojektes dar, die Mitte 2012 angedacht und anschließend realisiert wurde.

Die Ausgangsüberlegungen für diese Erweiterung ergeben sich aus den bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden, positiven Zwischenergebnissen. Diese hatten deutlich gemacht, dass das Modellprojekt die vom Stadtrat angestrebten Ziele auf einer qualitativen Ebene gut erreichen konnte: Die Zielgruppe wurde erreicht, und die beabsichtigten Unterstützungsleistungen konnten realisiert werden (Informationsvermittlung, Beratung und Vermittlung weitergehender Hilfen in allen Bereichen, die für einen längeren Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung notwendig bzw. hilfreich sind). Als problematisch erwies sich allerdings die zu geringe Zahl der erreichten Personen. Schwierigkeiten ergaben sich hier nicht mit der Akzeptanz und Attraktivität des Angebotes, sondern bei der systematischen Senkung der Zugangsbarrieren.

Ziel der Expertise war deshalb zunächst, im Rahmen einer erweiterten Prozessoptimierung Rationalisierungspotentiale herauszuarbeiten und – soweit möglich – in der Modellphase bereits umzusetzen. Einen wichtigen Beitrag leistete dabei die Aktion INFOPOST, durch die der Zugang zur Zielgruppe erheblich rationalisiert werden konnte.

Ein weiterer wichtiger Teil dieser Expertise ist die strukturelle Darstellung des Nutzens, der mit dem Angebot Präventive Hausbesuche verbunden ist. Gegenstand sind hier sowohl theoretische Überlegungen als auch Bewertungen der Empirie. Die theoretischen Überlegungen zum Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ umfassen deren Funktion (Was soll dort getan werden?) und deren Nutzen (Was soll durch sie für wen erreicht werden?).

Ein letzter thematischer Bereich sind Ausführungen zu den Möglichkeiten und Kosten einer flächendeckenden Umsetzung des Angebotes Präventive Hausbesuche in der Landeshauptstadt München.

### 7.1 Funktion der Präventiven Hausbesuche

Die Funktion der „Präventiven Hausbesuche“ umfasst konzeptionell zwei Komponenten oder Aufgabenbereiche:

1. Die erste Komponente kann als ein Primärbetreuersystem verstanden werden, wie es z. B. auch bei Banken üblich ist. Die Funktion besteht hier darin, dass es den zu Betreuenden ermöglicht wird, sich mit allen ihren Anliegen an eine ihnen bekannte Per-

son zu wenden, die das Anliegen entweder selbst erledigen kann oder die zu Betreuenden – im Sinne einer Lotsenfunktion – an Spezialisten weitervermittelt.

2. Die zweite Komponente besteht in der aktiven Ansprache der zu Betreuenden. Es wird also nicht gewartet, bis sich eine Person an eine Hilfseinrichtung wendet, um dort Unterstützung zu erhalten, sondern sie wird direkt angesprochen und gefragt, ob sie Hilfe braucht (wie es z. B. ein Versicherungsvertreter klassischerweise macht).

Die erste Komponente der „Präventiven Hausbesuche“ wird in München konzeptionell von zahlreichen unterschiedlichen Organisationen und Einrichtungen angeboten. Anlaufstellen für ratsuchende Seniorinnen und Senioren gibt es in Form der Alten- und Service-Zentren, der Fachstellen Häusliche Versorgung, der Clearingstellen in den SBH, der Seniorentreffs, der Beratungsstellen für ältere Menschen und einer Reihe weiterer Stellen. Die Funktion der ersten Komponente kann exemplarisch analog zur Clearing-Funktion in den SBH gesehen und prototypisch auch so beschreiben werden.

### „Clearing & Information

- Kontakt herstellen
- Erfassen, Beschreiben und Bewerten des Anliegens der Klientin/des Klienten (strukturiertes Vorgehen gemäß der sozialpädagogischen Diagnose, anlassbezogen verkürzt)
- personelle und fachliche Zuständigkeit klären und an die richtige Stelle vermitteln
- Information zu Anspruchsvoraussetzungen
- **bei Bedarf: interdisziplinäre Teambildung & Prozessverantwortung regeln ...**<sup>28</sup>

Zu den Aufgaben der „Präventiven Hausbesuche“ gehören hier vor allem die ersten vier Spiegelstriche. Im Vordergrund steht die dort enthaltene Lotsenfunktion, mit einer umfassenden Palette von Angeboten, Einrichtungen und Organisationen, an die weitervermittelt werden kann. Ziel ist, dass für alle vorhandenen Anliegen, Bedarfe und Anspruchsvoraussetzungen Ansprechpartner gefunden werden. Hierin besteht eine erste konzeptionelle Besonderheit der „Präventiven Hausbesuche“. Sie werden als Aufgabe verstanden, die sich nicht an – in der Organisation – verfügbaren Angeboten, sondern an den Bedürfnissen der Ratsuchenden orientiert.

Legitim ist es zudem, allgemeine Interessen und Anliegen vorzubringen, ohne sich als hilfsbedürftig zu definieren und als „Fall“ gewertet zu werden. Eine Kontaktaufnahme kann auch ohne artikulierten Bedarf erfolgen.

Das grundsätzlich Neue der „Präventiven Hausbesuche“ liegt allerdings in der zweiten Kom-

---

<sup>28</sup> Dienstanweisung BSA Profil, 02/2012, S.5.; vergleichbare Aufgabenbeschreibungen finden sich auch in den Konzepten zahlreicher anderer Einrichtungen, die für die Beratung von Seniorinnen und Senioren in München zuständig sind, vor allem bei den ASZ.

ponente. Die Wirkungen der „Präventiven Hausbesuche“ im Sinne eines Nutzens für die Zielgruppe sind deshalb auf die damit verbundenen präventiven Funktionen zu fokussieren.

Eine systematische Prävention erfolgt unabhängig davon, ob „Signale“ von den zu Betreuenden selbst oder aus ihrer Umgebung (Nachbarn, Hausarzt usw.) kommen. Die zu Betreuenden werden systematisch abgefragt, ob sie Betreuung wünschen bzw. brauchen. Dieses Vorgehen erfolgte bei der GEWOFAG Holding GmbH über das Anschreiben an die Mieterinnen und Mieter (ab Projektbeginn) sowie bei den anderen Modelleinrichtungen durch die Aktion INFOPOST (ab 2013).

## 7.2 Nutzen der Präventiven Hausbesuche

Der Nutzen ist zu definieren, um ihn beschreiben und im Idealfall auch quantifizieren zu können. Für den Stadtrat als oberstes Organ der politischen Willensbildung in München umfasst dieser Nutzen– beschrieben anhand der Aufgaben und Leistungen der Alten- und Service-Zentren - folgende Aspekte:

„Hauptziele der Arbeit sind die Unterstützung beim Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung, die Stärkung und der Erhalt der Selbstständigkeit und der psychischen und physischen Gesundheit, die Vermeidung von Vereinsamung, Isolation und Ausgrenzung, die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und der sozialen Integration älterer Menschen und von Migrantinnen und Migranten sowie die Förderung von bürgerschaftlichem Engagement. Die älteren Menschen und die Personen aus deren privatem Umfeld erhalten durch sozialpädagogische Fachkräfte Beratung und konkrete Hilfen. ... Wenn die Situation des Hilfesuchenden oder der Anlass der Beratung es erfordert, findet die Beratung in der häuslichen Umgebung oder am Lebensmittelpunkt statt.“<sup>29</sup>

In dieser Passage wird die Zielrichtung des seniorenpolitischen Konzepts des Sozialreferats und damit auch gleichzeitig die der „Präventiven Hausbesuche“ veranschaulicht. Der Nutzen der „Präventiven Hausbesuche“ umfasst damit alle Wirkungen, die dem Erreichen der genannten Ziele dienen und die dadurch ausgelöst werden, dass Zugangsbarrieren gesenkt werden und/oder aktiv und systematisch auf die älteren Menschen zugegangen wird, d. h. die nicht eingetreten wären, wenn diese Maßnahmen nicht ergriffen worden wären.

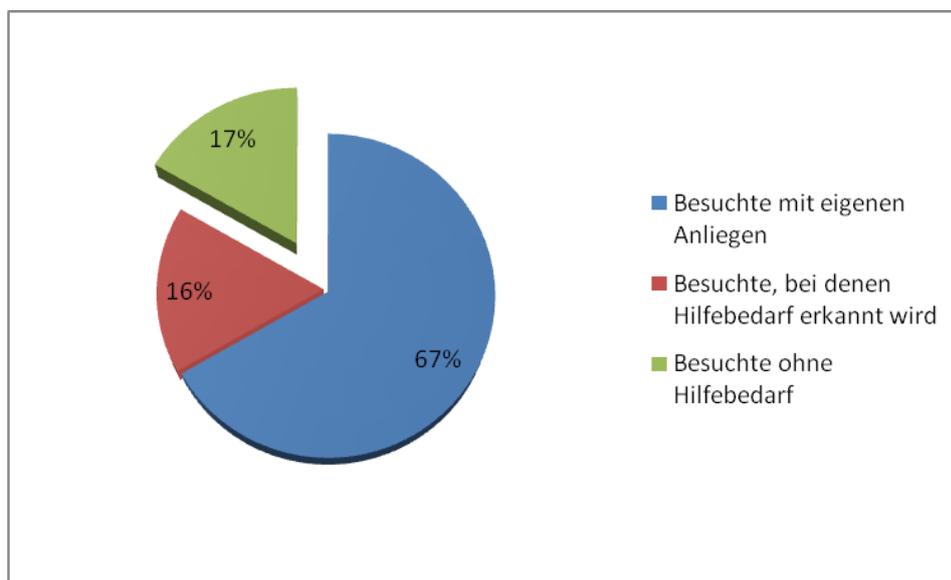
---

<sup>29</sup> Kooperationsvereinbarung zwischen den Alten- und Service-Zentren sowie den benannten Beratungsstellen für ältere Menschen und deren Angehörige und den Fachstellen Häusliche Versorgung sowie der Bezirkssozialarbeit der Landeshauptstadt München über die Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich Beratung und Hilfevermittlung in der häuslichen Versorgung älterer Menschen. Fortschreibung 2010, S. 2.

### 7.3 Nutzenschichtung

Die Nutzenschichtung macht Angaben darüber, wie viele bzw. welcher Anteil der besuchten Personen einen Nutzen aus dem „Präventiven Hausbesuch“ ziehen. Grundlage der differenzierten Analyse sind 152 Personen, für die alle relevanten Indikatoren vorliegen (soziografische Daten, Anliegen und Bedürfnisse, differenzierte Dokumentation der Interventionen). Diese entsprechen hinsichtlich ihrer soziografischen Daten, der von ihnen formulierten Bedürfnisse und der bei ihnen erkannten Bedarfe der Gesamtpopulation der besuchten Personen.

Abbildung 10: Nutzenschichtung im Überblick



Die vorstehende Grafik stellt die Nutzenschichtung im Überblick dar. Sie zeigt, dass bei 83 % der Hausbesuche konkrete Unterstützungsmöglichkeiten der besuchten Personen thematisiert wurden.

Zwei Drittel der besuchten Personen brachten selbst konkrete Beratungsanliegen und Wünsche nach Unterstützung vor. Bei diesen Personen ergibt sich unter den folgenden Voraussetzungen ein Nutzen durch die „Präventiven Hausbesuche“:

- **Der Hilfsbedarf wäre nicht aktiv artikuliert worden, d. h. es wäre keine Dienststelle des Sozialsystems aufgesucht worden**, z. B. weil die Kenntnis darüber fehlte oder die Überwindungsschwelle zu hoch gewesen wäre. Die fachliche Debatte über die Zugangsbarrieren für Seniorinnen und Senioren – besonders mit Migrationshintergrund – liefert zahlreiche Hinweise dafür, dass durch die „Präventiven Hausbesuche“ in den meisten Fällen ein zusätzlicher Nutzen erzielt wurde. Beide Faktoren – fehlende Kenntnis von Unterstützungsleistungen und eine durch Scham begründete

Abneigung gegen deren Inanspruchnahme („Ich war noch nie aufs Amt angewiesen!“) – gelten als wesentliche Ursachen dafür, dass vorhandene Angebote zu wenig genutzt werden.

- **Es wäre zwar eine solche Dienststelle aufgesucht worden, es wären aber nicht alle vorhandenen Hilfsbedarfe behandelt worden.** Im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ wurden bei der überwiegenden Zahl der Besuche mehr Hilfsbedarfe erkannt und besprochen, als ursprünglich von den Besuchten genannt wurden. Die Wahrscheinlichkeit dafür ist erheblich höher einzuschätzen als bei einem Besuch in einer spezialisierten Dienststelle. Zum einen kann von einem höheren Vertrauensniveau in der eigenen vertrauten Umgebung ausgegangen werden (die Besuchten reden über ihren Alltag und ihre Probleme), zum anderen sind für die Fachkraft gegebenenfalls allein durch die Anschauung des Wohnumfeldes Hilfsbedarfe erkennbar. Einen wesentlichen Beitrag dazu liefern aber vor allem das Konzept der „Präventiven Hausbesuche“ und die dafür vorhandene Kompetenz der Fachkräfte. Beide umfassen eine Sensibilisierung für potenzielle Problembereiche und Belastungen, die den Alltag von Seniorinnen und Senioren erschweren und für die passende Unterstützungsleistungen angeboten werden können.

Ein Drittel der Besuchten brachte keine konkreten Wünsche und Anliegen vor, sondern nahm die Hausbesuche zunächst nur zur „allgemeinen und vorbeugenden Information“ in Anspruch.

- Für diese Gruppe entsteht der Nutzen **in den Hilfsbedarfen, die sich erst im Gespräch mit den Fachkräften herausstellten.** Diese Besuchten hätten nicht aktiv nach Hilfsangeboten gesucht, wenn das Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ nicht bestanden hätte. Der Anteil dieser Personen liegt durchgängig bei ca. 1/3. Bei der Hälfte davon ergaben sich aber in dem Informationsgespräch oder durch Beobachtung der Fachkräfte Erkenntnisse für einen Hilfsbedarf. Bei einem 1/6 der Besuchten erzeugten die „Präventiven Hausbesuche“ somit eindeutig einen Nutzen, indem sie den Hilfebedarf überhaupt erst erschlossen und entsprechende Hilfen leisteten bzw. vermittelten.
- Bei dem weiteren 1/6 der Besuchten besteht ein möglicher Nutzen darin, dass sie in Zukunft eine Anlaufstelle kennen, an die sie sich mit Fragen, Anliegen und konkreten Beratungsanliegen wenden können. Bei diesem Nutzen sind zusätzliche Netzwerkeffekte zu erwarten, etwa wenn im Freundes-, Bekannten- und Verwandtenkreis der Besuchten relevante Problemlagen entstehen.

Bei einzelnen Besuchten liegt ein großer Nutzen vor, da ein akuter Gefährdungsfall konstatiert wurde, der ein Eingreifen der Bezirkssozialarbeit erforderte. Im Zeitraum von Juli 2012 bis Juni 2013 betraf das lediglich eine von 152 Personen.

## 7.4 Nutzenkategorien

### „Harte“ Nutzen

Unter harten Nutzen sind solche zu verstehen, die in monetären Größen erfasst oder zumindest quantifizierbar sind. Bezogen auf die im vorhergehenden Abschnitt dargelegten Ziele des Stadtrats ist dies der **Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung** (im Gegensatz zur Übersiedlung in ein Heim). Dieser Nutzen ist dem Grunde nach eindeutig bestimmbar, da die Kosten für einen Heimplatz bekannt sind. Wäre die Zahl der Monate oder gar Jahre bekannt, um die der Umzug in ein Heim aufgrund der „Präventiven Hausbesuche“ im Durchschnitt der Betreuten hinausgeschoben wird, könnte der Nutzen monetär eindeutig bewertet werden. Diese Zahl ist allerdings nicht bekannt. Weder kann sie aus den statistischen Daten dieser Begleituntersuchung abgeleitet, noch der Literatur entnommen werden. In dieser gibt es zwar eine Reihe von Studien zu diesem Thema, die aufgrund ihrer Auslegung (mehrere tausend Betreute sowohl in Test- als auch in Vergleichsgruppen) über mehrere Jahre im Prinzip aussagefähig sind, aber nicht zu einheitlichen Ergebnissen kommen. Die Grundaussage lautet: Wenn eine hohe Besuchsdichte (5 bis 9 Besuche pro Jahr) gegeben ist, ist eine Verschiebung der Übersiedlung in ein Heim deutlich signifikanter als bei einer geringen Besuchsdichte (1 bis 4 Besuche pro Jahr). Da die „Präventiven Hausbesuche“ in München auf einen Besuch im Leben abgestellt sind, wäre gemäß diesen Studien (Elkan, R. u. a., 2001; Stuck, A. E. u. a., 2002) keine signifikante Verschiebung zu erwarten.

Ähnliches gilt für die **Sturzprophylaxe**, die als wichtigster beeinflussbarer Faktor zur Verringerung des Heimrisikos gesehen wird (Gillespie, L. u. a. 2012). In den relevanten Studien wird zwar berichtet, dass das Sturzrisiko signifikant vermindert werden konnte, die Betreuung im Rahmen dieser Studien war aber viel intensiver, als das in München vorgesehen ist, z. B. durch regelmäßige Übungen mit der Fachkraft. Es ist zwar sehr wahrscheinlich, dass durch Maßnahmen, die durch die „Präventiven Hausbesuche“ erfolgen (direkte Beseitigung von Sturzfallen wie z. B. rutschende Teppiche, Ausrüstung von Duschen mit rutschhemmenden Matten) oder initiiert werden (z. B. Haltegriffe im Bad) Stürze vermieden werden, es gibt aber keine Erkenntnisse über die Zahl und die Schwere der (vermutlich) vermiedenen Stürze.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass aus den vielen Studien, die es zu dieser Fragestellung gibt<sup>30</sup>, sich keine Aussagen für das Münchener Programm ableiten lassen.

Aus den statistischen Daten dieser Begleituntersuchung kann nur ein Fall abgeleitet werden, der Anhaltspunkte für „harten“ Nutzen liefert. Dies ist der von einer Fachkraft erkannte Gefährdungsfall. Da dies aber der einzige im Rahmen des Projektes mit 152 Besuchen war, lassen sich daraus auch keine belastbaren statistisch signifikanten Zahlen für eine Vermeidung von Gefährdungsfällen durch Präventive Hausbesuche ableiten. Dafür ist die Zahl von

---

<sup>30</sup> Was damit zusammenhängt, dass in einigen Ländern, z. B. den Niederlanden, Dänemark, Australien und Japan flächendeckende Hausbesuche gesetzlich vorgeschrieben sind.

Gefährdungsfällen, die in München ausweislich der Statistik der BSA<sup>31</sup> überhaupt auftreten, zu gering. Zudem kann unterstellt werden, dass von wenigen Ausnahmen abgesehen (Personen, die schließlich tot in ihrer Wohnung aufgefunden werden) alle Gefährdungsfälle irgendwann auffallen und gemeldet werden.

#### „Weiche“ Nutzen

Der „weiche“ Nutzen umfasst die Erreichung der Ziele, die grundsätzlich nicht monetär quantifizierbar sind. Von den genannten Zielen des Stadtrates sind das die Erhaltung bzw. Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit, die Vermeidung von Vereinsamung, Isolation und Ausgrenzung, die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und der sozialen Integration älterer Menschen und von (auch noch etwas jüngeren) Migrantinnen und Migranten.

Am greifbarsten ist hier die Bekämpfung von Armut. Bei 10 % der Besuchten wurde ein bisher nicht beanspruchtes Anrecht auf finanzielle Unterstützung festgestellt und durch Hilfen bei der Antragstellung oder durch Vermittlung an die zuständige Stelle auch umgesetzt.

Da dieses Anrecht in der Regel nicht erst kurz vor dem Besuch der Fachkraft entstanden ist, sondern schon über einen längeren Zeitraum bestand, kann angenommen werden, dass die Besuchten auch weiterhin dieses Anrecht nicht aktiv beansprucht hätten. Somit hat der „Präventive Hausbesuch“ hier einen direkten Nutzen erbracht.

Weitere Nutzen, die ohne die „Präventiven Hausbesuche“ nicht erzeugt worden wären, können nur abgeschätzt werden. Bei etwa 2/3 aller Besuchten erfolgte eine Unterstützung durch Information über und/oder Vermittlung von weitergehenden Hilfen. Dies betraf folgende Lebensbereiche (Mehrfachnennungen)<sup>32</sup>:

- 61 % Soziale Einbindung
- 50 % Hauswirtschaftliche Versorgung
- 41 % Status der Pflegestufe
- 41 % Hilfsmittelversorgung
- 41 % Essen auf Rädern
- 38 % Begleitsdienste
- 32 % Medizinische Versorgung
- 32 % Einkaufen von Lebensmitteln

---

<sup>31</sup> Gefährdung (im Sinne des BSA-Profiles) ist eine langfristig physisch und/oder psychisch schädigende Lebenslage, die nachgehendes Handeln erfordert, bzw. eine akut und unmittelbar massiv schädigende Selbst- und/oder Fremdgefährdung, die sofortiges Handeln zur Gefahrenabwehr notwendig macht. Im BSA-Profil sind mit gefährdenden Lebenslagen gemeint:

- Gefahr für Leib und Leben
- Existenzgefährdung durch den Verlust von Wohnung, Arbeit oder Sekundäreinkommen, Überschuldung und Ausgrenzung

<sup>32</sup> Die Prozentwerte geben an, in wie vielen Fällen diese Bereiche thematisiert wurden.

13 % Status ‚Schwerbehindertenausweis‘

13 % Handwerkliche Hilfe

11 % Fahrdienst

Welche Effekte sich für die Besuchten daraus ergeben haben, kann nur vermutet werden. Aufgrund der hohen professionellen Kompetenz der Fachkräfte ist die wissenschaftliche Begleitung davon überzeugt, dass die Besuchten qualifiziert informiert und beraten sowie im Bedarfsfall an qualifizierte Einrichtungen vermittelt wurden. Die Erfassung der dort realisierten Effekte für die Besuchten war nicht Gegenstand der Evaluation.

## 7.5 Nutzen bei einer flächendeckenden Ausweitung auf das Stadtgebiet – Erforderliche Kapazitäten

Die unter 7.4 aufgeführten Nutzen, die im Rahmen des Pilotprojektes sichtbar wurden, können bei einer Ausweitung der „Präventiven Hausbesuche“ auf das gesamte Stadtgebiet grundsätzlich linear hochgerechnet werden.

Das setzt allerdings voraus, dass das soziale System diese Nutzen auch erbringen kann. Das betrifft alle Nutzen der „Präventiven Hausbesuche“, die ja definitionsgemäß zusätzlich generiert werden, die nicht von den Fachkräften selbst erbracht werden (sozusagen mit Bordmitteln), sondern auf Vermittlung der Fachkräfte vom sozialen System. Bei einem künftigen Ausbau muss das soziale System auch über die Kapazitäten verfügen, um diese Nutzen auch erbringen zu können.

Die Grundmenge, die anzusprechen ist, ist abhängig von den Altersgrenzen, die für die Anzusprechenden gezogen wird. Bezogen auf die Altersgrenzen, die für das Pilotprojekt gewählt wurden (alle Personen über 74, zusätzlich Ausländerinnen und Ausländer über 64), ergibt sich bezogen auf einen Start im Jahr 2014 eine Gesamtpopulation von 147 000 Personen.<sup>33</sup>

Von diesen würden – wenn man die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zugrunde legt – mehr als 5 % das Angebot eines „Präventiven Hausbesuchs“ annehmen, was über 7500 Personen entspricht. Davon müssen für mindestens 1/6 (1250 Personen), wahrscheinlich aber für erheblich mehr, jeweils abzüglich der Fälle, die die Fachkräfte der „Präventiven Hausbesuche“ ohne Rückgriff auf das soziale System selbst betreuen können, zusätzliche Kapazitäten bereitgehalten werden.

Alle 147 000 Personen innerhalb eines Jahres anzuschreiben, ist jedoch weder realisierbar noch sinnvoll. Ein entsprechendes Vorgehen würde enorme, kurzfristige Kapazitäten erfor-

---

<sup>33</sup> 120 000 Deutsche über 74 Jahre zuzüglich 27 000 Ausländerinnen und Ausländer zwischen 65 und 74 Jahren.

den, die nach einem (wenn man dann schon in den regulären Takt des Ansprechens jeweils einer Altersscheibe pro Jahr übergehen würde) oder spätestens zwei (wenn man im zweiten Jahr ebenfalls ein breites Altersband, z. B. der dann 67- bis 74-Jährigen, ansprechen und erst dann in den regulären Takt übergehen wollte) Jahren wieder abgebaut werden müssten. Empfohlen wird deshalb ein sukzessiver Abbau dieses Startberges durch eine sukzessive Senkung der Altersschwellen der Personen, die erreicht werden sollen (vgl. Abschnitt 2.2). So sollte der zusätzliche Nutzen vom bestehenden Sozialsystem in München ohne Zusatzkapazitäten zu bewältigen sein, insbesondere, wenn im Zusammenhang mit der Einführung der „Präventiven Hausbesuche“ gewisse Rationalisierungsreserven im System gehoben werden (vgl. Abschnitt 4.1.4).

## 7.6 Kosten der Präventiven Hausbesuche

### 7.6.1 Kosten im Rahmen des Pilotprojektes

Die Kosten des Projektes betragen (ohne GEWOFAG) vom 1. 1. 2011 bis 30. 6. 2013 in etwa. € 390 000 ohne die wissenschaftliche Begleitung. In dieser Zeit wurden 333 Personen (ohne GEWOFAG) oder durchschnittlich ca. 135 Personen pro Jahr aufgesucht. Die Kosten pro Jahr gliedern sich auf in ca. € 100 000 für die drei Halbtagsfachkräfte und ca. € 50 000 für die Projektleitung (halbtags). Dazu kommen noch die Medienkosten für die Kontaktaufnahme, also im Wesentlichen Plakate, Faltblätter, Broschüren und die Infopost. Dafür wurden insgesamt ca. € 12 000 ausgegeben.

Der Zeitaufwand der Fachkräfte betrug im Durchschnitt

- 4 Std. für einen einfachen, rein informativen Hausbesuch (Kategorie A)
- 8 Std. für einen mittelaufwändigen Hausbesuch (Kategorie B)
- 12,5 Std. für einen aufwändigen Hausbesuch (Kategorie C)<sup>34</sup>

Von den 45 Personen, die eine Fachkraft durchschnittlich pro Jahr betreute, fallen 20 % in die Kategorie A, 50 % in die Kategorie B und 30 % in die Kategorie C. Das ergibt eine Gesamtstundenzahl von ca. 385, die direkt mit den Betreuten verbracht wird.

Auf dieser Basis kostete ein Betreuungsfall ca. € 1170 mit einem durchschnittlichen fallbezogenen Aufwand von 8,5 Stunden. Einfache Besuche der Kategorie A kosteten durchschnittlich etwa 550 Euro, mittelaufwändige etwa 1100 Euro und aufwändige etwa 1725 Euro. Diese relativ hohen Kosten entstanden vor allem durch den hohen Anteil fallübergreifender Arbeiten.

---

<sup>34</sup> Für die jeweilige Definition siehe Kapitel 4.1.

## 7.6.2 Kosten bei einer flächendeckenden Ausweitung auf das Stadtgebiet

Bei einer systematischen flächendeckenden Ausweitung kann davon ausgegangen werden, dass pro Fachkraft mit einer Halbtagsstelle mehr als nur 45 Personen betreut werden. Die Arbeitszeitanteile für Vernetzung etc. sind bei einer systematischen Ansprache der Zielgruppe deutlich geringer. Realistisch erscheint, dass eine Fachkraft künftig 3/4 ihrer Arbeitszeit direkt mit der Betreuung der Zielgruppe verbringt und damit ca. 70 Personen pro Jahr betreuen kann. Das liegt immer noch deutlich unter den Fallzahlen der GEWOFAG-Fachkraft. Diese können aber in der Fläche aufgrund der wesentlich weiter gestreuten Anlaufpunkte und der damit fehlenden Möglichkeit einer weitgehenden regionalen Bündelung der Hausbesuche nicht erreicht werden.

Bei einer Betreuung von 70 Personen pro Jahr durch eine Halbtags-Fachkraft (mit 800 Jahresarbeitsstunden) und einem durchschnittlichen Betreuungsaufwand von 8,5 Std. pro Fall, wie er sich im Pilotprojekt ergab, resultiert die in Tabelle 5 dargestellte Kostenstruktur.

Die direkten Kosten (Personal- und Sachkosten der Fachkräfte) eines „Präventiven Hausbesuches“ beliefen sich dann auf durchschnittlich weniger als € 500 (ohne Gemeinkosten für Projektleitung etc.). Einfache Präventive Hausbesuche kosten weniger als die Hälfte.

**Tabelle 5: Kostenstruktur der Präventiven Hausbesuche**

		<b>Kosten</b>
Stunden Halbtagskraft/Jahr/netto	ca. 800	33000.- €
Stunden mit Betreuten/Jahr	600	33000.-€
Kosten/Stunde/Präventiver Hausbesuch		55.- €
Durchschnittlicher Stundenaufwand	8,5 Stunden	468.- €
einfach	4	220.- €
mittel	8	440.-€
aufwändig	12,5	688.- €
Betreute/Jahr/Halbtagskraft	ca. 70	

Bei dieser Kostenkalkulation wird unterstellt, dass die Fachkräfte 3/4 ihrer Arbeitszeit in die Durchführung konkreter „Präventiver Hausbesuche“ investieren (inklusive Vorbereitung, Rüstzeit, Fahrzeiten, Dokumentation, Folgearbeiten etc.).

Bei dieser Kostenberechnung für Präventive Hausbesuche ist zu bedenken, dass davon die Kosten der Stellen abzuziehen sind, die im sozialen System für die Unterstützung von Seniorinnen und Senioren wegfallen können oder nicht aufgebaut werden müssen, weil ihre Funktion von den „Präventiven Hausbesuchen“ wahrgenommen wird. Die eigentliche Funktion der Primärbetreuung (vgl. Abschnitt 7.1) kann mit dem einfachen, rein informativen Hausbesuch gleichgesetzt werden (vgl. Abschnitt 4.1). Die darüber hinausgehenden Funktionen würden ohne die „Präventiven Hausbesuche“ ohnehin vom sozialen System zu erbringen sein, wenn Seniorinnen und Senioren es in Anspruch nehmen.

Die reinen Kosten für die Primärbetreuerfunktion der „Präventiven Hausbesuche“ sind bei allen Besuchen auf die 4 Stunden der Ziffer A begrenzt, was ca. 220 Euro je Hausbesuch entspricht. Dazu kommen die Kosten der aktiven Kontaktabbauung sowie die Gemeinkosten der Organisation der „Präventiven Hausbesuche“ (im Wesentlichen die Kosten für die Projektleitung).

## 7.7 Kontaktoptionen für den flächendeckenden Einsatz

Wenn man alle Personen der Zielgruppe, die über ein Anschreiben erreichbar sind, innerhalb eines Jahres besuchen möchte, wären ca. 7500 (5 % der Zielgruppe von 147 000 Personen) Präventive Hausbesuche durchzuführen. Geht man davon aus, dass im Rahmen einer Halbtagsstelle 70 Präventive Hausbesuche im Jahr durchgeführt werden können, so ergäbe sich im Jahr 2014 ein Bedarf von ca. 100 Halbtagskräften. Im Folgejahr 2015 würde der Bedarf auf 14 Halbtagskräfte sinken, wenn dann alle 75-Jährigen zuzüglich der dann 65-jährigen Ausländer angesprochen würden.

Dies macht einen flächendeckenden Start für die gesamte Zielgruppe unrealistisch. Praktischer erscheinen Startszenerarien, die nach Alterskohorten differenzieren und mit den hochaltrigen Personen beginnen.

**Tabelle 6: Vorschlag für die Zielgruppen der Präventiven Hausbesuche 2014 – 2016**

Jahr	Insgesamt	Ausländer	Grundmenge	Deutsche	Ausländer	Grundmenge
2014	>= 85	80-84	33.378			
		75-79	39.551			
	Deutsche					
2015	80-84	75-79	36.614			
		70-79	47.227			
2016	77-79	72-76	40.102	76-79	71-75	54.417
		67-76	55.587			

Gemäß des ersten Vorschlags in Tabelle 6 würden also 2014 als dem angenommenen Startjahr alle über 84-Jährigen und zusätzlich alle Ausländer über 79 oder über 74 Jahren angeschrieben (33 378 bzw. 39 551 Personen). Daraus würden bei einer fünfprozentigen Inanspruchnahme ca. 1700 bzw. 2000 Hausbesuche im ersten Jahr resultieren. Dafür würden zwischen 24 bis 29 Halbtagsstellen benötigt.

In den folgenden Jahren würde das zu kontaktierende Altersband entsprechend tiefer gelegt usw., bis man gegen Ende des Jahrzehnts bei den dann 75-Jährigen zuzüglich der 65-jährigen Ausländer angelangt ist. Je nach Altersband wären bei diesem Vorgehen bis zu 40 Halbtagsstellen erforderlich.

Die Grundmenge würde danach für einige Jahre etwa 15 000 Personen pro Jahr betragen, bis sie nach 2030 durch die geburtenstarken Jahrgänge kontinuierlich ansteigt.

Unter dem Gesichtspunkt einer realistischen, langfristigen Umsetzung des Angebotes Präventive Hausbesuche erscheint es vor dem Hintergrund dieser Zahlen sinnvoll, mittelfristig etwa 30 Halbtagsstellen in diesem Bereich zu schaffen und eine entsprechende Zahl von Fachkräften dafür und für angrenzende Aufgaben zu qualifizieren.

Der Personalaufwand beliefe sich bei diesem Ansatz auf ca. 1 Million Euro jährlich.

## 7.8 Organisationsoptionen

In 7.6.2 wurde zur Kostenkalkulation ein einfaches Organisationsmodell zu Grunde gelegt, gemäß dem die Fachkräfte bei einem ASZ (oder einer anderen regionalen Einrichtung) sowohl organisatorisch angebunden als auch angestellt sind. Dieses Modell ist allerdings nur sinnvoll, wenn die „Präventiven Hausbesuche“ gleichzeitig und gleichmäßig auf das gesamte Stadtgebiet oder bestimmte Teile davon ausgeweitet werden (regionales Modell).

Sollen die „Präventiven Hausbesuche“ (zu Beginn oder dauerhaft) auf bestimmte Personengruppen nach Merkmalen konzentriert werden, die nicht räumlich bestimmt sind und auch nicht gleichmäßig räumlich verteilt sind, z. B. alle Alleinstehenden oder alle Behinderten ab einem bestimmten Alter, kommt eher ein zentrales Modell in Frage. Bei diesem würden die Besuchsfragen nicht dezentral bei den räumlich zuständigen Einrichtungen ankommen, sondern in einer zentralen Stelle, sinnvollerweise der Projektleitung bzw. Projektsteuerung. Diese würde dann die Anfragen nach bestimmten Kriterien an bestimmte Fachkräfte in der Region zuweisen und müsste mit mehr Ressourcen ausgestattet sein.

Diese Fachkräfte müssen auch nicht zwangsläufig bei den regional zuständigen Einrichtungen angestellt sein. Sie könnten die „Präventiven Hausbesuche“ gegen Kostenausgleich für diese Einrichtung oder die zentrale Projektleitung durchführen.

## 7.9 Rationalisierungsmöglichkeiten

Die Arbeitszeit einer Halbtagskraft beträgt ca. 800 Std. pro Jahr. Daraus ergibt sich eine Stundenzahl von ca. 415, die im Rahmen des Modellprojektes nicht direkt mit den Betreuten verbracht wurde, sondern im Wesentlichen für Vernetzungen. Hierin liegt ein erhebliches Rationalisierungspotenzial.

### 7.9.1 Rationalisierung des Zugangs zu den alten Menschen

Die Zugangskosten umfassen zum einen Zeitkosten bei den Fachkräften, zum anderen Medienkosten für Plakate, Flyer, Briefe etc.

Mit der INFOPOST wurde bereits eine erhebliche Rationalisierung des Zugangs erreicht, der im Rahmen des Erstkontakts wenig verbesserungsfähig ist. So wurden mit 1200 Briefen fünfmal so viele Hausbesuche angebahnt wie mit 35 000 verteilten Flyern. Es verbleibt noch die Frage, ob ein Zweitkontakt sinnvoll ist, wenn auf den Erstkontakt keine Reaktion erfolgt, z. B. durch einen Folgeanruf oder einen Folgebrief. Ohne Zweitkontakt, d. h. mit einer Rücklaufquote von ca. 5%, kostet eine realisierte Kontaktabahnung ca. € 20, wenn man unterstellt, dass neben dem Porto noch ca. € 0,5 für das Handling pro Brief anfallen.

### 7.9.2 Rationalisierung der Schnittstellen zwischen Primärbetreuer und „Hintermannschaft“

Eine wesentliche Aufgabe im Rahmen der „Präventiven Hausbesuche“ besteht darin, die zu Betreuenden zu den zuständigen Stellen im bereits vorhandenen System (der Hintermannschaft) zu lotsen. Dies setzt idealerweise voraus, dass die Fachkräfte selbst eine umfassende Kenntnis des Systems sowie einen eindeutigen Zugang zu den zuständigen Stellen besitzen.

Voraussetzung zu Ersterem ist eine umfassende Bestandsaufnahme mit Zuständigkeitszuordnung des Systems in Form eines Wegweisers. Diesen gibt es teilweise schon, u. a. bei Regsam und in Form „gepflegter Listen“, für die Inhalte und Zuständigkeiten geregelt sind. Sinnvoll scheint hier, diese Möglichkeiten auszubauen, u. a. durch die Optimierung von Schnittstellen und Prozessen. Evtl. ist eine Stelle festzulegen, die einen umfassenden Wegweiser durch das soziale System in München erstellt, der eine klare Auskunft darüber gibt, welche Leistungen von welchem Anbieter erbracht werden. Diese Stelle hätte auch die Aufgabe, diesen Wegweiser auf aktuellem Stand zu halten. Da dieser Wegweiser nicht nur den „Präventiven Hausbesuchen“ zugute kommt, sondern allen Stellen des Sozialsystems, die Hilfsbedarfe (auch) weitervermitteln, sind die Kosten seiner Erstellung nur teilweise dem Projekt Präventive Hausbesuche zuzurechnen.

Vor Erstellung des Wegweisers muss allerdings eine Überprüfung und vermutlich Straffung der Organisationsstruktur erfolgen, die eindeutige Zuweisungen von Leistungen zu Anbietern festlegt, an die sich die Anbieter auch zu halten haben (jedenfalls die, die Zuschüsse von der Stadt München bekommen).

Da damit ein erheblicher Teil an Informationsarbeit sowohl bei den Fachkräften als auch innerhalb des Systems wegfällt, sollte sich der Vernetzungsaufwand für die Fachkräfte deutlich reduzieren wie auch die Produktivität des Systems sich steigern.

## 7.10 Nutzen-/Kosten-Verhältnisse

Unter Ausnutzung der meisten Rationalisierungspotenziale wird ein Betreuungsfall – bezogen auf die „Präventiven Hausbesuche“ – unter € 300 kosten. Der Nutzen lässt sich aus den in Abschnitt 7.4 dargelegten Gründen nicht in eine Euro-Zahl fassen. Deshalb wird mit dem folgenden Umkehrschluss zumindest versucht, das Nutzen-/Kostenverhältnis zu veranschaulichen.

Bezogen auf das Hauptziel, die Verzögerung der Notwendigkeit, in ein Heim zu gehen, würde das bedeuten, dass bei Heimkosten von € 100 pro Tag im Durchschnitt der Betreuten bereits eine Verzögerung durch die Präventionsfunktion von etwas über 3 Tagen ausreichend wäre, um ein positives Nutzen-/Kostenverhältnis zu erreichen.

## 8 Funktionalität der verschiedenen Träger und der einrichtungsspezifischen Besonderheiten

Um Präventive Hausbesuche erfolgreich durchführen zu können, sind drei Voraussetzungen zu erfüllen:

- Das Angebot muss die Zielgruppe erreichen.
- Bei der Durchführung „Präventiven Hausbesuche“ müssen die Anliegen/Wünsche und die Unterstützungsbedarfe ermittelt werden.
- Die entsprechenden Hilfsangebote müssen erbracht und/oder vermittelt werden.

Bezogen auf die verschiedenen beteiligten Einrichtungen ist nach unseren Erfahrungen, nach den Berichten der Fachkräfte und auch der Auswertung der Dokumentationen davon auszugehen, dass sich hinsichtlich der **Durchführung und Qualität der Beratung** im Rahmen der Hausbesuche keine relevanten Unterschiede ergeben. Dies ist auch auf einen gemeinsamen Entwicklungsprozess zurückzuführen. Die Fachkräfte stiegen mit unterschiedlichen beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen in das Projekt ein und setzten zu Beginn ihrer Tätigkeit unterschiedliche Schwerpunkte, die auch von der institutionellen Einbindung beeinflusst waren. Im Laufe des Projektes glichen sich diese Schwerpunkte an. Ursache hierfür waren gemeinsame und zielführend gestaltete Austausch- und Lernprozesse. Eine wichtige unterstützende Rolle spielten dabei der Austausch im Rahmen von Praxisgruppen und Intervision, die Durchführung gemeinsamer (teilweise gegenseitiger) Fortbildungen und die Durchführung von Workshops, bei denen das besondere Profil der „Präventiven Hausbesuche“ einrichtungsübergreifend (weiter-)entwickelt wurde. Über diese gemeinsame fachliche Orientierung hinaus war wichtig, dass die Fachkräfte in allen Einrichtungen die Freiräume und Unterstützungen hatten, die zur Umsetzung des Konzeptes erforderlich waren.

Empirische Unterschiede ergaben sich allerdings im Zugang zu den Angeboten der „Präventiven Hausbesuche“ und bei der Vermittlung weiterführender Hilfen.

Beim **Zugang zum Projekt** zeigen sich die deutlichsten Unterschiede bei der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund. Um diese Menschen zu erreichen, waren besondere Ansätze erforderlich, die durch eine spezialisierte Einrichtung und entsprechende Freiräume sowie Kompetenzen der Fachkraft erbracht wurden. Andere Aspekte der Auswirkung von Einrichtungsspezifika deuten sich zumindest an. Vor allem im SBH Mitte werden häufiger Personen erreicht, die sich mit komplexen Problemkonstellationen, vor allem auch eingeschränkten finanziellen und materiellen Ausstattungen auseinandersetzen müssen. Hier dürfte sich das wahrgenommene „Image“ der Sozialbürgerhäuser auswirken: Entsprechende Hilfen werden von dort, zu Recht, erwartet. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch das professionelle Netzwerk, das Betroffene zielgerichtet dorthin verweist, um mögliche Unterstützungsbedarfe abklären zu lassen. Dies trifft auch auf einrichtungsinterne Stellen zu (z. B. die Wohngeldstelle). Ähnlich gestalten sich Prozesse beim ASZ. Hilfe wird hier aber

eher in Richtung Vermittlung von Ehrenamtlichen und Teilnahme an Veranstaltungen erwartet. Die Situation bei der GEWOFAG Holding GmbH gestaltet sich grundlegend anders. Der zentrale Zugang erfolgt über die Mieterkartei und ist deshalb sehr rationell und unproblematisch. Zusätzlich wird die Fachkraft für Klärungsprozesse eingesetzt, wenn im Mieterzentrum Auffälligkeiten bekannt werden. Erkennbar scheint insgesamt, dass Vermittlungen „standortnah“ erfolgen (z. B. innerhalb des SBH Mitte).

Bei der **Vermittlung weiterführender Hilfen** ergeben sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Trägern. Keine strukturellen Unterschiede ergeben sich bei der Vermittlung an Spezialdienste und weiterführende Einrichtungen, die in keiner besonderen Verbindung zu den jeweiligen Projektträgern stehen. Regelmäßig einfacher, schneller und zielorientierter erfolgen Vermittlungen, wenn sie innerhalb bestehender Arbeitskontexte stattfinden, also etwa innerhalb des SBH die Vermittlung zur FhV, beim ASZ zur Nachbarschaftshilfe oder zu Seniorenangeboten, bei der GEWOFAG Holding GmbH zum Mieterzentrum und der technischen Abteilung, beim Verein Stadtteilarbeit e.V. zu Migrationsdiensten. Hier kann jeweils auf bereits vorhandene und funktionierende Schnittstellen zurückgegriffen werden, die ansonsten erst aufgebaut und verbessert werden müssen. Genau darum wird es beim weiteren Ausbau der „Präventiven Hausbesuche“ gehen. Notwendig sind wahrscheinlich die Realisierung beider Aspekte, sinnvolle Ansiedlung bei einem geeigneten Träger und trägerübergreifende zielorientierte Optimierung der Schnittstellen.

## 9 Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung

### 9.1 Individuelle Orientierungshilfe und Begleitung auf Zeit

Für ältere Menschen in München halten die Landeshauptstadt, die freien Träger und eine Vielzahl von Initiativen und Vereinen ein breit gefächertes Angebot bereit. Es gibt (fast) keine Problemlage, für die es nicht auch ein Angebot gibt. Allerdings ist es schon für Profis nicht ganz einfach, alle Verästelungen des Hilfesystems zu kennen. Die Adressaten, die alten Menschen selbst und ihre Angehörigen sind zumeist überfordert, die passende Hilfe zu finden. Dazu kommt, dass das Problem bereits formuliert oder gedacht sein muss, um überhaupt die Suche beginnen zu können. Beratungsstellen werden erst dann aufgesucht, wenn es einen klar zu benennenden Bedarf an Beratung, Information, Hilfe gibt. Im Ergebnis heißt das für die alten Menschen, dass sie zwar Hilfebedarf hätten, sich aber „irgendwie“ selbst behelfen, weil sie gar nicht wissen, dass es eine Lösung für ihr Problem geben könnte. Mit dem Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ bekommen sie eine fachkompetente Beratung, die vor allem zweierlei leistet:

Die alten Menschen bekommen das Hilfesystem quasi ins Haus geliefert. Sie können sich über Hilfsmöglichkeiten und Ansprechpersonen informieren, entsprechend dem Motto „gut informiert, bevor ich Hilfe brauche“. Gleichzeitig bietet der Besuch der Fachkraft aber auch die Chance, im Gespräch die Schwierigkeiten der Alltagsbewältigung formulieren zu können. So wird der Hilfebedarf benennbar, und es kann nach einer passenden Lösung gesucht werden. Auch bereits selbst diagnostizierter Hilfebedarf kann besprochen werden, und die kompetenten und gut vernetzten Fachkräfte können die passgenaue Hilfe ermitteln, individuelle Orientierungshilfe für ein selbstbestimmtes Leben im Alter bieten. Für die alten Menschen bedeutet dies in der Regel eine verbesserte Lebensqualität, weil sie ihren Alltag zu Hause leichter bewältigen können.

Die „Präventiven Hausbesuche“ haben auch gezeigt, dass das Angebot der Altenhilfe in München so vielfältig und ausdifferenziert ist, dass es für nahezu jede Problemlage ein passendes Angebot gibt. Es kostet aber Zeit, diese Angebote zu finden, das Hilfesystem so aufzubereiten, dass es zugänglich wird. Bei manchen Angeboten reichen aber die Kapazitäten nicht aus. Vor allem bei bezahlbaren Haushaltshilfen, Begleitdiensten sowie Hol- und Bringdiensten übersteigt die Nachfrage das Angebot.

Ein Bedürfnis der alten Menschen wird allerdings kaum gedeckt: das Bedürfnis nach einer vertrauten und kompetenten Person, die stabile (Erst-)Ansprechpartnerin für alle Fragen und Hilfebedarfe ist, mit der man das Problem besprechen kann, gemeinsam Lösungen erarbeitet und die dann die passende Hilfe vermittelt, aber wieder angesprochen werden kann, wenn ein neues Problem auftritt oder die Vermittlung nicht geklappt hat. Die „Präventiven Hausbesuche“ können nicht die Rolle eines „Case-Managers“ übernehmen, aber sie können eine Begleitung auf Zeit anbieten – bis die Lösung gefunden und etabliert ist. Und sie können

die wiederholte Ansprechbarkeit garantieren. Dies bedeutet allerdings, dass bei der Ausgestaltung der Stellen ein zeitlicher Puffer dafür vorgesehen wird.

## 9.2 Grundlegende Ausrichtung bei der Durchführung „Präventiver Hausbesuche“

Das Konzept der „Präventiven Hausbesuche“ nach dem Münchner Modell ist ganzheitlich an der Lebenssituation der besuchten Personen ausgerichtet. Bei der Durchführung der Hausbesuche wird auf Assessments und Testverfahren verzichtet. Stattdessen erfolgt die Analyse der aktuellen Wohn- und Lebenssituation im Rahmen eines Beratungsgesprächs und entwickelt sich im Dialog. Durch die Schulung und Fachkompetenz der Fachkräfte gelingt es, ein breites Spektrum sowohl an Chancen als auch an Risiken in den relevanten Lebensbereichen herauszuarbeiten. Bei einem weiteren Klärungsbedarf werden zusätzliche Dienste und Fachkräfte empfohlen.

Es entspricht dem Selbstverständnis und dem Leitbild des Projektes, dass die Entscheidung, ob zusätzliche Hilfe in Anspruch genommen wird, bei den besuchten Personen verbleibt.<sup>35</sup>

Diese ganzheitliche Ausrichtung mit dem Schwerpunkt auf alltagsunterstützenden Hilfen und der Erhöhung bzw. Erhaltung der Lebensqualität sollte beibehalten werden. Allerdings ist bei einer Überführung in den Regelbetrieb darauf zu achten, dass der gesundheitliche bzw. der medizinisch-pflegerische Bereich im Blick behalten wird. Dies war im Modellzeitraum durch die Professionalität, den ganzheitlichen Blick, und die Erfahrung der Fachkräfte gewährleistet. Die Erfahrung im Modellzeitraum hat auch gezeigt, dass die alten Menschen in der Regel medizinisch und pflegerisch bereits versorgt sind. Die gesundheitlichen Einschränkungen, die mit dem Altern einhergehen, machen die Betroffenen zu Experten ihrer gesundheitlichen Situation (vgl. hierzu auch Gebert, A., Weidner, F. 2010). Dennoch ist die Thematisierung dieses Bereichs im Hausbesuch wichtig und notwendig, um zu hinterfragen, ob der Hilfebedarf gedeckt ist bzw. ob sich zusätzliche Hilfen als sinnvoll erweisen könnten – oder wenn Unzufriedenheit mit den vorhandenen Hilfen/Diensten geäußert wird.

## 9.3 Definition und Organisation der „Präventiven Hausbesuche“ als Aufgabe

Ältere Menschen kommen bei zahlreichen Gelegenheiten und wegen unterschiedlichster Problemkonstellationen mit dem Versorgungssystem in Berührung. Anlassbezogene oder zufällige Kontakte ergeben sich beim Besuch des Hausarztes, bei einem Krankenhausaufenthalt, bei der Suche nach einer Wohnung, bei der Beantragung von Pflegestufe, Schwerbehindertenausweis oder Wohngeld, beim Seniorentreff, bei der Nutzung von Angeboten der ASZ, um nur einige zu nennen. In diesen Fällen besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass weitere Hilfebedarfe erkannt oder vorgebracht werden. In der Regel dürfte diese jedoch nicht

---

<sup>35</sup> Eine Ausnahme bilden Gefährdungsfälle, die zum Handeln zwingen. Eine Handlungsanweisung bietet hier das QS-Verfahren bei Gefährdungsfällen der Bezirkssozialarbeit.

der Fall sein. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass mit der erfolgreichen Bearbeitung eines Anliegens der Fall auch abgeschlossen ist: Die Pflegestufe ist beantragt und bewilligt, eine Wohnung gefunden, ein Angebot des ASZ genutzt. Weitergehende Themen werden nicht mehr angesprochen.

Im Zuge des Modellprojektes zeigte sich, dass genau hier angesetzt werden kann. Vermittlungen zu den „Präventiven Hausbesuchen“ erfolgten auch aus dem professionellen Netzwerk, also von Personen und Einrichtungen, die den Eindruck gewannen, dass die Seniorinnen und Senioren, zu denen sie Kontakt hatten, zusätzliche Hilfe benötigen könnten. Beispiele sind Hausärzte, Krankenhaussozialdienste, Kontaktbeamte, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Wohngeldstelle, die Beratungsstelle Wohnen, Mieterzentren der GEWOFLAG Holding GmbH. Mit den „Präventiven Hausbesuchen“ konnten sie erweiterte Klärungs- und Hilfsmöglichkeiten anbieten, die keinen konkreten Interventionsbedarf voraussetzen.

Die kooperierenden Personen und Einrichtungen übernehmen damit einen Teil der Aufgabe, den von ihnen betreuten Personen einen Weg in das bestehende Hilfesystem aufzuzeigen bzw. an die qualifizierte Lotsenfunktion der „Präventiven Hausbesuche“ zu vermitteln. Diese Aufgabe sollte von allen Einrichtungen und Organisationseinheiten übernommen werden, die mit Seniorinnen und Senioren befasst sind. Voraussetzung für ein Funktionieren dieses Ansatzes ist, dass sie mögliche Problembereiche erkennen, dass sie über weitergehende Hilfen im System und über die Möglichkeit der Unterstützung durch Präventive Hausbesuche sowie deren Angebotsprofil informiert sind.

Aus dieser übergreifenden Funktion der Präventiven Hausbesuche ergibt sich als Konsequenz, dass diese Aufgabe nicht vollkommen einem Einrichtungstyp zugeordnet werden sollte.

## 9.4 Weitere Etablierung und flächendeckender Ausbau

### 9.4.1 Die Weiterführung der „Präventiven Hausbesuche“ wird erwartet und ist in der Öffentlichkeit gut vorbereitet.

Die bisherigen Angebote der „Präventiven Hausbesuche“ waren auf die Modellregionen beschränkt. Im Laufe der Projektlaufzeit wurden diese Grenzen etwas gelockert, ein kleiner Teil der besuchten Personen wohnte deshalb auch außerhalb der Modellregionen. Zu erklären ist diese erweiterte Nachfrage mit dem Umstand, dass das Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ zunehmend, auch über die Grenzen der Modellregionen hinaus, bekannt geworden ist. Beiträge dazu leisteten überregionale Presseartikel (u. a. auch in der Hürriyet), Rundfunksendungen, die Verbreitung der Flyer, Mundpropaganda, aber auch die Darstellungen im Internet. Unter diesen Umständen wäre ein Aussetzen des Angebots fatal, da mit den „Präventiven Hausbesuchen“ Erwartungshaltung und Verbindlichkeiten geschaffen wurden:

- Zahlreichen Seniorinnen und Senioren wurde von der Referentin ein Hausbesuch versprochen.
- Menschen außerhalb der Modellregionen wurden auf den späteren Ausbau der Angebote hingewiesen.
- Das Thema ist in der (Fach-) Öffentlichkeit verankert.
- Die besuchten Personen haben Ansprechstellen gefunden, die sie immer wieder nutzen.

Ähnliches gilt für die Kooperationspartnerinnen und -partner, die sich zunehmend für eine Kooperation interessieren und diese ausbauen (u. a. verbandliche Vertretungen der Hausärzte).

#### 9.4.2 Systematischer, stufenweiser Ausbau

Ein flächendeckender Ausbau der „Präventiven Hausbesuche“ ist nach unserer Überzeugung nur sukzessive möglich. Erforderlich sind dafür sowohl institutionell/organisatorische als auch personelle Voraussetzungen, die sich nur schrittweise realisieren lassen.

Um das bisher Erreichte zu bewahren (Akzeptanz, Öffentlichkeitswirkung, Bekanntheitsgrad) ist es – wie vom Projektbeirat empfohlen – sinnvoll, die bestehenden Modellstandorte als Übergangslösung beizubehalten, bis über die künftige Anbindung und Struktur entschieden ist.

Anschlussmöglichkeiten ergeben sich bei der Erprobung des gerade entstehenden Konzeptes ASZ plus. Denkbar ist dabei einerseits eine Integration der Aufgabe in den Stellenplan der ASZ plus. In jedem Fall wird es eine zentrale Herausforderung bei der Erprobung des Konzeptes ASZ plus sein, an der Optimierung bzw. Reduzierung von Schnittstellen zu arbeiten, die für eine Lotsenfunktion der „Präventiven Hausbesuche“ von zentraler Bedeutung sind.

In jeden Fall ist es sinnvoll, das Angebot der „Präventiven Hausbesuche“ an eine etablierte flächendeckende Struktur anzubinden. Diese wäre bei den ASZ (weitgehend) gegeben, ebenso aber bei den Fachstellen für häusliche Versorgung. Als Andockmöglichkeiten könnten aus fachlicher Sicht noch die Beratungsstellen für ältere Menschen (bzw. pflegende Angehörige) genutzt werden. Diese müssten dafür aber deutlich mehr Personalressourcen bekommen.

#### 9.4.3 Stufenweise Umsetzung und begleitende Wirkungsanalyse

Bei dieser sukzessiven Einführung der „Präventiven Hausbesuche“ empfiehlt sich eine Prozessevaluation, die überprüft, ob mit den ergriffenen Ausbaumaßnahmen auch die gewünschten Ziele erreicht werden. Dadurch wird es möglich, bei Bedarf gegenzusteuern, zu

optimieren, über die Realisierung und Konkretisierung nachfolgender Ausbaustufen zu entscheiden und ein ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis im Blick zu behalten.

## 9.5 Präventive Hausbesuche bei Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund

Wie die Evaluationsergebnisse zeigen, werden durch das Modellprojekt auch Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund erreicht. Diese Gruppe ist allerdings sehr differenziert zu betrachten. Für den Zugang spielen die Sprachkenntnisse, die Dauer des Aufenthalts, die Kenntnis über das deutsche Hilfesystem und den Zugang dazu eine Rolle. Um diese Gruppe gezielt ansprechen zu können, ist es deshalb sinnvoll, alle verfügbaren Informations- und Kommunikationswege zu nutzen.

Notwendig ist die Weiterführung der aktiven Vernetzungsarbeit mit bestehenden Diensten und Einrichtungen, Migrationssozialdiensten und Religionsgemeinschaften. Dadurch wird es möglich, sowohl in professionellen als auch privaten Netzwerken bekannt zu werden, die bei der Kontaktaufnahme zu dem Angebot unterstützend wirken können. Die Kenntnis spezifischer Angebote für Migrantinnen und Migranten unterstützt die Vertrauensbildung.

Die Ergebnisse der Aktion INFOPOST zeigen, dass darüber auch Migrant/innen erreicht werden können. Beim Verein Stadtteilarbeit reagierten hier 5 % der angeschriebenen Personen und vereinbarten einen Hausbesuch. Bei den anderen Einrichtungen lag diese Quote etwas niedriger. Das spricht dafür, dass auch das wahrgenommene Image der Einrichtungen bei der Entscheidung für eine Inanspruchnahme eine Rolle spielt und deshalb bewusst gestaltet und kommuniziert werden sollte.

Weitere sinnvoller Informationswege sind Printmedien, u. a. auch in türkischer und griechischer Sprache (Hürriyet, Drachme).

Bei Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund gilt besonders, was generell für die Zielgruppe der „Präventiven Hausbesuche“ festgestellt wurde: Voraussetzung für die Inanspruchnahme sind der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und eine kompetente Beratung. Wenn ein Kontakt zustande kommt, sollte daher eine kultursensible Vorgehensweise sichergestellt sein, vielleicht sogar einschlägige Sprachkenntnisse (Türkisch, Russisch, Serbisch/Kroatisch).

## 9.6 Zuschnitt der Regionen

Bei der Entwicklung und Konzeption des Modellprojektes wurden Erfahrungen und Kenntnisse berücksichtigt, die in vergleichbaren Projekten und bei verwandten Fragestellungen zusammengetragen wurden. Das Ergebnis waren sehr kleinräumige Zuständigkeitsbereiche (Stadtbezirksviertel) mit einem Einzugsbereich von etwa 2000 Personen aus der Zielgruppe. Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Zuschnitt zu eng gefasst war. Für den weiteren Ausbau

empfehlen wir deshalb größere regionale Zuständigkeitsbereiche.

### 9.6.1 Einzugsbereich der Regionen bei der Erleichterung des Zugangs

Bei der Konzeption des Projektes wurde Wert auf kleinräumige Modellregionen gelegt. Die dahinter stehende Idee ist, gezielt Zugänge im sozialen Nahbereich zu schaffen und zu fördern. Dies sollte über direkte Bekanntheit bei den Betroffenen sowie in kleinräumigen Netzwerken (z. B. über Hausmeister, Apotheker, Hausärzteschaft, Kirchen, Nachbarschaftshilfen, Bewohnerzentren etc.) erfolgen. Durch die praktizierte Zusammenarbeit und daraus resultierende positive Erfahrungen stabilisierten sich Beziehungen und spielten sich Kooperationsformen ein. So konnten vor allem im Zugang zum Modellprojekt Partnerinnen und Partner gewonnen werden (bspw. Hausärztin/Hausarzt, Kontaktbeamtin/Kontaktbeamter der Polizei), die regional für die Zielgruppe zuständig sind und diesen Personen die Hilfsmöglichkeiten durch die „Präventiven Hausbesuche“ nahebringen. Ähnliches gilt für weitere Einrichtungen und Personen, die in München einer sozialräumlich organisierten Infrastruktur zugeordnet werden können, also etwa Sozialbürgerhäuser und Alten- und Servicezentren.

Der faktische Zuständigkeitsbereich der Modellstandorte ging dabei allerdings über die ursprünglich vorgesehenen Grenzen der Stadtbezirksviertel hinaus. Dieser größere Einzugsbereich ergab sich etwa bei Kontakten, die durch Sozialdienste in Krankenhäusern und durch Überleitungskräfte in Reha-Einrichtungen vermittelt wurden. Diese Institutionen sind in der Regel nicht im sozialen Nahraum der Patientinnen und Patienten angesiedelt. Die dortigen Fachkräfte orientieren sich jedoch im Zuge der Entlassung der Personen an weitergehenden Unterstützungsangeboten, die in der Nähe von deren Wohnadressen liegen. Entsprechend griffen sie auch auf das regional vorfindbare Angebot der Modellstandorte zurück.

Der wachsende Bekanntheitsgrad des Modellprojekts durch die stadtweiten Presse- und Medienberichte führte auch zu Anfragen, die über die Modellregion hinausgingen und dann bearbeitet wurden, wenn sie zumindest im Stadtbezirk angesiedelt waren.

Die Ausweitung des regionalen Zuständigkeitsbereichs trifft in besonderer Weise auf Personen mit Migrationshintergrund zu. Deren soziale Netze sind häufiger stadtweit strukturiert und können deshalb auch weniger in eng gefassten Sozialräumen erschlossen werden. Hier haben sich zusätzlich auch überregionale und stadtweite Ansätze der Zugangserleichterung bewährt.

### 9.6.2 Regionale und überregionale Vermittlung von Hilfen

Bei der Erbringung und Vermittlung von Hilfen empfiehlt sich die Konzentration auf das nähere Umfeld der besuchten Personen. Hier sind die regionalen Angebotsstrukturen etwa durch die SBH und die ASZ vorgegeben. Kleinräumigere Strukturen ergeben sich bei Nachbarschaftshilfen, Seniorentreffs. Spezialdienste dagegen sind teilweise nicht kleinräumig, sondern über das Stadtgebiet verteilt.

Daraus ergibt sich für die Fachkräfte eine doppelte Anforderung. Sie müssen sowohl über die regionalen als auch über die überregionalen Unterstützungsmöglichkeiten informiert sein. Hilfreich sind dabei sowohl Vernetzungen in der Region (über Regsam, FAKs) als auch Kenntnisse über die Region hinaus (sinnvoll ist hier die Unterstützung durch einen schriftlichen, elektronischen Wegweiser; vgl. auch die vom Sozialreferat und den Wohlfahrtsverbänden gepflegten Listen von Einrichtungen und Organisationen). Im Modellzeitraum konnte die Projektleitung für diese Informationen sorgen. Eine solche Stelle im Sozialreferat sollte auf jeden Fall bestehen bleiben.

## 9.7 Rahmenbedingungen für eine gelingende Umsetzung: Fachliche Steuerung, Schnittstellengestaltung und Kompetenz vor Ort

Die Durchführung des Modellprojektes wurde maßgeblich durch die Projektleitung unterstützt, die mit einer halben Stelle für die Gesamtkoordination des Projektes zuständig war. In ihrer Verantwortung lagen Öffentlichkeitsarbeit, projektinterne Kommunikation, Informationsvermittlung, Organisation von Kooperationstreffen der Fachkräfte mit anderen Einrichtungen, Klärung von Schnittstellenproblematiken, die strategische Kooperation mit anderen Abteilungen und Ämtern im Sozialreferat sowie referatsübergreifende Kooperationen.

Durch diese Unterstützung konnten die Fachkräfte vor Ort in einem Kontext arbeiten, der für die Realisierung der „Präventiven Hausbesuche“ förderlich war. Eine entsprechende Stelle wird auch bei der weiteren Umsetzung der „Präventiven Hausbesuche“ erforderlich sein.

Neben den beschriebenen Aufgaben wird es darum gehen, die Umsetzung der fachlichen Anforderungen an Präventive Hausbesuche in der Fläche und bei möglichen Anstellungsträgern zu unterstützen und sicherzustellen. Neben einer qualifizierten Fachlichkeit wird dazu auch eine personelle Unterstützung bei organisatorischen und Verwaltungsaufgaben erforderlich sein.<sup>36</sup>

Deren Aufgabenbereich umfasst im Einzelnen:

- Öffentlichkeitsarbeit
- Aktion INFOPOST
- Unterstützung überregionaler Vernetzungsarbeit
- Unterstützung bei der Schnittstellengestaltung

---

<sup>36</sup> Ein vergleichbares und nach unseren Erkenntnissen nachahmenswertes Modell für eine entsprechende Steuerung stellt die im Sozialreferat Amt für Soziale Sicherung angesiedelte Steuerung der „Heiminternen Tagesbetreuung“ dar.

## 9.8 Informationspool als Qualifizierung der Lotsenfunktion

Im Rahmen des Modellprojektes wurden bisher für die verschiedensten Beratungs- und Unterstützungsbedarfe erfolgreich Kooperationspartnerinnen und -partner gefunden, an die die Ratsuchenden verwiesen und weitervermittelt werden konnten. Ebenso war es möglich, für die Ratsuchenden finanzielle und soziale Ressourcen zu erschließen und ihnen bei Antragstellungen und rechtlichen Fragestellungen zu helfen. Das Spektrum an Angeboten der „Individuellen Orientierungshilfe für ein selbstbestimmtes Leben im Alter“ ist im Verlauf des Projektes bedürfnisorientiert – vor allem auch durch die Kenntnisse und Verbindungen der Projektleitung – erweitert worden. Die systematische Zusammenstellung dieser Angebote und der dabei relevanten Informationswege und Kontaktadressen und deren schnelle Abrufbarkeit unterstützen die Lotsenfunktion der Fachkräfte nachhaltig. Um diesen wichtigen Ertrag des Modellprojektes zu sichern, ist es erforderlich, dieses zusammengetragene Wissen einem weiteren Personenkreis – sowohl Privatpersonen als auch Professionellen – zugänglich zu machen. Dadurch können auch dort Zugangswege zu Unterstützungsangeboten erschlossen, verkürzt oder erleichtert werden.

## 9.9 Kompetenz der Fachkräfte

### 9.9.1 Grundqualifikation

Das Münchner Modell ist schwerpunktmäßig auf die Erhöhung der Lebensqualität der älteren zu Hause lebenden Menschen gerichtet. Ihnen soll ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung ermöglicht werden. Das Feststellen von Hilfebedarfen, die Vermittlung von passgenauen Hilfen, die dazu nötige gute Kenntnis des Münchner Hilfenetzes sind mit einer sozialpädagogischen Grundqualifikation gut zu leisten. Gerontologische Kenntnisse sind von Vorteil.

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit ist das Beratungsgespräch. Grundlegend dafür ist der Aufbau von Vertrauen. Zusatzqualifikationen in Beratung, Gesprächsführung und/oder Mediation sind hilfreich. Berufs- und Lebenserfahrung erleichtern den Kontakt zu den älteren Menschen. Wesentlich ist die Grundhaltung. Ein ressourcenorientierter Blick und die Grundhaltung, dass die alten Menschen grundsätzlich selbst wissen, welche Hilfen sie annehmen wollen, ermöglichen die notwendige Balance zwischen Autonomie und fürsorglicher Belagerung.

Für das Modellprojekt konnten Fachkräfte gewonnen werden, die diese Basisanforderungen mitbrachten und zusätzliche Erfahrungen/Qualifikationen aus verschiedenen Bereichen der Erwachsenenhilfe besaßen: in Betreuungsrecht, Sozialpsychiatrie, Beratung, Familientherapie, Mediation, Pädagogik. Zudem waren zwei der Fachkräfte für den Zugang zu Migrantinnen und Migranten durch einen eigenen Migrationshintergrund und entsprechende Sprachkenntnisse prädestiniert. Dies kann bei einem flächendeckenden Ausbau aber nicht grundsätzlich verlangt werden. Ein kultursensibles Arbeiten und ein biografischer Arbeitsansatz

sind aber unabdingbar. Für den Aufbau eines Hilfenetzes ist zudem Erfahrung in Netzwerkarbeit nötig.

### 9.9.2 Fortbildung, Schulungen, interner und externer Austausch

Die Fachkräfte, die für das Modellprojekt gewonnen wurden, brachten eine fundierte Kenntnis für den Arbeitsbereich mit. Dennoch waren auch hier regelmäßige Fortbildungen, interner Austausch und Intervention notwendig. Durch die Projektleitung war es möglich, dass auch die Angestellten externer Träger Zugang zum städtischen Fortbildungsprogramm bekamen.

Gezielte und passgenaue Fortbildungen für die künftigen Fachkräfte sollten in jedem Fall weiterhin ermöglicht werden, idealerweise durch Zugang zum städtischen Fortbildungsprogramm. Für diese Fortbildungen müssen ausreichende Zeit- und Geldressourcen eingeplant werden.

Die zugehende Beratungsarbeit mit den alten Menschen erfordert eine ständige Reflexion des eigenen Tuns. Dieses wurde im Modellzeitraum durch die monatlichen Treffen mit der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung sowie durch die selbstorganisierten Interventionssitzungen der Fachkräfte unterstützt und ermöglicht. Dies sollte unbedingt beibehalten werden. Bei einer Übertragung des Modells in den Regelbetrieb müssen dafür ausreichende Zeit- und Geldressourcen eingesetzt werden. Bei komplexeren Fällen kann auch über punktuelle Supervisionssitzungen nachgedacht werden.

### 9.9.3 Notwendige Ressourcen

Wie bereits ausgeführt, benötigen die Fachkräfte ausreichend Zeit für die Vor- und Nachbereitung eines Hausbesuchs. Dazu kommt die Zeit für Dokumentation, Fortbildung und Reflexion. Notwendig ist auch die Möglichkeit, unkonventionelle Wege ausprobieren zu können. Dies trifft im Besonderen für die aufwändigere Zugangsarbeit mit Migrantinnen und Migranten zu. Aber auch für unbürokratische, spontane Hilfen, die im Modellzeitraum immer wieder erbracht wurden, ist Freiraum in der Arbeitsbeschreibung zu empfehlen. Die hohe Qualität der Hausbesuche ist nur dann möglich, wenn diese zeitlichen Ressourcen gewährleistet sind.

## 9.10 Hausbesuche, persönliche Gespräche, telefonische Kontakte

Das Konzept Präventive Hausbesuche stellt den Besuch von älteren Münchnerinnen und Münchnern in deren Wohnung in den Mittelpunkt. Dahinter steht die Annahme, dass so die Lebenssituation der besuchten Personen besser eingeschätzt werden kann und u. U. auch ein Hilfebedarf erkannt wird, der nicht genannt wird. Wichtig ist, dass die Fachkräfte genügend Zeit zur Verfügung haben, um die Besuchten kennenzulernen und Vertrauen aufbauen zu können.

Nicht alle Ratsuchenden wünschen oder akzeptieren aber einen Hausbesuch. Manche möchten keine Fremden in ihre Wohnung lassen (Misstrauen, Sicherheitsbedürfnis, Intimsphäre), wohl aber Information und Beratung zu bestimmten Fragen und Problemen erhalten. In der Praxis des Modellprojektes wurden vor diesem Hintergrund auch ausführliche telefonische Beratungen durchgeführt und auf dieser Basis Hilfsangebote organisiert. Diese telefonischen Beratungen werden inzwischen als „Fälle“ gewertet und dokumentiert. Allerdings bestand auch bei den Fachkräften Unsicherheit, inwieweit dies zulässig ist. Die telefonische Beratung wurde nach langen Diskussionen als Möglichkeit akzeptiert, Unterstützung leisten zu können, auch wenn ein Besuch (noch) nicht möglich ist. Wir empfehlen, die telefonische Beratung zuzulassen, aber ausdrücklich als Ausnahme zu deklarieren.

## 10 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

1. Mit dem Modellprojekt Präventive Hausbesuche erweiterte das Sozialreferat das Angebotsspektrum im Rahmen des seniorenpolitischen Konzeptes der Landeshauptstadt München systematisch. Ziel war es, allen Seniorinnen und Senioren über 75 Jahren und Menschen mit Migrationshintergrund über 65 Jahren in den Modellregionen ohne weitere Vorbedingungen diese Form von Unterstützung aktiv anzubieten. Die Personen der Zielgruppe sollten im Bedarfsfall nicht mehr nach geeigneten Ansprechpartnerinnen/ -partnern suchen müssen, die Fachkräfte brachten ihnen die Hilfe ‚nach Hause‘. Außerdem war es nicht mehr erforderlich, dass die besuchten Personen sich selbst als hilfsbedürftig definieren müssen, ein Hausbesuch sollte ausdrücklich vorsorglich genutzt werden. Dabei ging es ausdrücklich um eine lebensweltliche, alltagsunterstützende Ausrichtung des Modellprojekts (vgl. Stadtratsbeschluss).
2. Im Modellzeitraum (2010 – 2014) ging es vor allem darum, dass die Fachkräfte Zugangswege zur Zielgruppe entwickeln und erproben sowie die Zielgruppe und das Konzept eines Münchner Modells ‚Präventiver Hausbesuche‘ konkretisieren.
3. Neben einer systematischen Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Medien, Plakate, Teilnahme an Veranstaltungen etc.), war Netzwerkarbeit (im sozialen Nahraum und im professionellen Netzwerk) zielführend. Das direkte Anschreiben der Zielgruppe wurde von Beginn von der GEWOFAG Holding GmbH praktiziert und ab 2013 im Rahmen der Aktion INFOPOST auch in den anderen Modellregionen eingeführt. Dadurch wurden alle Einwohnerinnen und Einwohner ab 75 Jahren in den Modellregionen angeschrieben (Migrantinnen und Migranten ab 65 Jahren). Die Rücklaufquote lag bei ca. 5%.
4. Insgesamt nutzten im Modellzeitraum in den vier Modellregionen 602 Menschen das Angebot eines ‚Präventiven Hausbesuches‘. Etwa ein Drittel der besuchten älteren Menschen wurde über das professionelle Netzwerk erreicht, ein weiteres Drittel über die verschiedenen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und ca. 20% über das soziale Netzwerk (Verwandte, Nachbarn, Freunde etc.). In der letzten Phase des Modellzeitraums wurden zahlreiche Hausbesuche durch die Aktion INFOPOST eingeleitet. Die Auswirkungen dieser Maßnahme konnten jedoch nur noch zu einem Teil evaluiert werden.
5. Bei der Durchführung der ‚Präventiven Hausbesuche‘ zeigte sich über den gesamten Modellzeitraum als stabiles Ergebnis, dass etwa ein Drittel der besuchten Personen das Angebot im engeren Sinne ‚präventiv‘ nutzten, d.h. keine konkreten Anliegen äußerten. Obwohl sie im Durchschnitt schon über 80 Jahre alt waren, erklärten diese Seniorinnen und Senioren, im Wesentlichen gut alleine zu Recht zu kommen. Sie nutzten die Hausbesuche als Vorsorgemaßnahme: ‚Es ist gut zu wissen, wo ich Hilfe erhalten kann, wenn ich diese wirklich einmal benötige!‘.
6. Zwei Drittel der besuchten Personen formulierten einen konkreten Informations- und

- Unterstützungsbedarf gegenüber den Fachkräften. Etwa die Hälfte benannte einen un-  
rissenen Hilfebedarf, Interessen an spezifischen Informationen hatten etwa 12% der  
Besuchten und von gut 5% wurden komplexe Fragestellungen vorgebracht. Durch das  
Angebot der Hausbesuche hatten sie die Gelegenheit, diese Anliegen – ohne wichtigen  
bzw. dringlichen Anlasse - gegenüber einer kompetenten Ansprechpartnerin zu formu-  
lieren.
7. In den intensiven und vertrauensvollen Beratungsgesprächen wurde geklärt, ob und in  
welchem Umfang Unterstützungsleistungen für die Besuchten notwendig oder sinnvoll  
sind. Bei der Hälfte der Personen, die ursprünglich für sich keinen Bedarf an Unterstüt-  
zungsleistungen formuliert hatten, ergaben sich Ansatzpunkte für sinnvolle Hilfelei-  
stungen. Das bedeutet, dass ca. 85% der besuchten Personen durch die präventiven  
Hausbesuche in ihren „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des  
Lebens“ (Monika Krohwinkel) Unterstützung erhielten.
  8. Eine wesentliche Voraussetzung dafür war, in den Beratungsgesprächen ausreichend  
Zeit für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Besuchten und den  
Fachkräften zu haben, um dem Anliegen gerecht werden zu können, eine ‚Individuelle  
Orientierungshilfe für ein selbstbestimmtes Leben im Alter‘ anzubieten. Die Autonomie  
der Besuchten wurde gewahrt, Angebote wurden ihnen aufgezeigt, nicht aufgedrängt  
und die Fachkräfte nahmen sich die Zeit, die Lebenssituation der Besuchten kennenzu-  
lernen.
  9. Weitere Voraussetzungen waren die fachliche Qualität des Angebotes Präventive  
Hausbesuche sowie das Engagement und die hohe Fachkompetenz der Fachkräfte  
(berufliche Ausgangsqualifikation, Berufserfahrung, interkulturelle Kompetenz, projekt-  
bezogene Fortbildungen, Unterstützung und Reflexion durch kollegiale Beratung, Pro-  
jektleitung und Praxisberatung).
  10. Durch die umfassende und qualifizierte Beratung konnten die Fachkräfte etwa in einem  
Drittel der Fälle den besuchten Personen selbst die erforderlichen Hilfen anbieten  
(durch Informationsvermittlung, Beratung, kleinere Hilfestellungen oder Besorgungen).  
In zwei Drittel der Fälle verwiesen bzw. vermittelten die Fachkräfte die besuchten Per-  
sonen an andere Dienste oder Einrichtungen. Häufige Themen waren dabei soziale  
Einbindung (in ca. 60% der Fälle), hauswirtschaftliche Versorgung (ca. 50% Fälle),  
Fragen zur Pflegestufe, Hilfsmittelversorgung, Versorgung mit Lebensmitteln und/oder  
Essen auf Rädern (ca. 40%), medizinische Versorgung (ca. 30%) sowie Handwerker –  
und Fahrdienste (jeweils 10 bis 15%). In vielen Fällen übernahmen die Fachkräfte da-  
bei eine Lotsenfunktion, indem sie direkte Kontakte zu spezialisierten Diensten und  
Fachstellen vermittelten.
  11. Die engere Beratung im Sinne eines ‚Präventiven Hausbesuches‘ (Kontaktaufnahme,  
Vorklärunen, Vorbereitungen, Fahrtzeiten, Durchführung, Nachbereitungen) umfasste  
durchschnittlich 4 Stunden. Bei der GEWOFAG Holding GmbH fiel vor allem wegen der  
kürzeren Wegezeiten ein geringerer Zeitaufwand an. Bei ca. 80% der Hausbesuche

waren zusätzliche Arbeiten im Nachgang zu erledigen (Recherchen, Kontakte mit Anbietern und anderen Einrichtungen, Einbindung Dritter, kollegiale Beratung, Antragsbearbeitung, Folgebesuche etc.). Diese Tätigkeiten können als Element eines Case Managements und damit als Entlastung anderer Einrichtungen gesehen werden. Der Umfang dieser Tätigkeiten macht etwa die Hälfte der direkten Arbeitszeit mit den Klientinnen/Klienten aus. Eine Abgabe der Verantwortung für das Case Management erfolgte in etwa 15% der Fälle an ein Alten- und Service - Zentrum und in etwa 10% der Fälle an ein Sozialbürgerhaus (Bezirkssozialarbeit, Fachstelle häusliche Versorgung).

12. Durch die ‚Präventiven Hausbesuche‘ entsteht eine zusätzliche Nachfrage nach Dienstleistungen im System der offenen Altenhilfe, für die entsprechende Kapazitäten vorhanden sein müssen. Bereits im Modellprojekt zeichneten sich Engpässe bei der Verfügbarkeit von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern sowie bei preiswerten hauswirtschaftlichen Hilfen ab. Hier besteht ein deutlicher Handlungsbedarf.
13. Das entwickelte und erprobte Konzept der ‚Präventiven Hausbesuche‘ hat sich insgesamt – abgesehen von der sehr engen räumlichen Zuständigkeit, die ausgeweitet werden sollte – bewährt und sollte in dieser Form umgesetzt werden. Die in der Modellphase erkennbaren Nutzen lassen sich bei einem Ausbau linear übertragen. Wichtig ist, dass die Umsetzung des ausgearbeiteten Konzepts auch weiterhin durch geeignete Strukturen (zentrale Projektleitung, qualifizierte Fachkräfte, ausreichende zeitliche und materielle Ressourcen) gestützt und gewährleistet wird. Einen wesentlichen Beitrag zur präventiven Qualität dieses Angebotes leistet ein achtsamer und differenzierter Blick auf das Lebensumfeld und die daraus resultierende Lebenswelt der besuchten Seniorinnen und Senioren. Mit relativ wenig Aufwand kann so deren Lebensqualität erheblich gesteigert werden. Dadurch wird auch - noch besser als bisher - vermieden, dass Personen aus der Zielgruppe ‚zu Gefährdungsfällen werden‘.
14. Die weitere Umsetzung der mit den ‚Präventiven Hausbesuchen‘ verbundenen Zielvorstellung – eine ‚Individuelle Orientierungshilfe für ein selbstbestimmtes Leben im Alter‘ bereitzustellen – ist eine Aufgabe, die von der gesamten Offenen Altenhilfe wahrgenommen werden könnte. Eine wichtige Frage bleibt dennoch, wo dieses Angebot organisatorisch/institutionell angebunden werden soll. Hierzu gibt es verschiedene funktionale Optionen. Im Vorfeld des Modellprojektes war eine Anbindung an die Fachstellen häusliche Versorgung (FhV) vorgesehen. Während des Modellprojektes lagen die Trägerschaften bei einem Alten- und Service - Zentrum, bei einem Sozialbürgerhaus, bei einem freien Träger mit Schwerpunkten im Bereich Migration (bei dem auch die Beratungsstelle Wohnen angesiedelt ist) und bei einer städtischen Wohnungsgesellschaft. Die Ergebnisse zeigen, dass Präventive Hausbesuche in unterschiedlichen Konstellationen erfolgreich realisiert werden können. Die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Anbindungen wirkten sich nicht gravierend aus. Wichtige Voraussetzung war dabei, dass sie unterstützende Rahmenbedingungen für die Fachkräfte bereitstellten. Funktionale Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Trägeranbindungen zeigten sich bei den Zugangswegen, beim wahrgenommenen Image der ‚Präventiven Hausbesuche‘ und bei der Gestaltung der Schnittstellen, wenn es um die Vermittlung

von weiteren Hilfen ging,

15. Bei der Gestaltung des Zugangs zur Zielgruppe hatte es die Mitarbeiterin der GEWOFOAG Holding GmbH von Beginn an relativ leicht, Mieterinnen und Mieter erfolgreich anzusprechen. Die Stärken beim Alten- und Service - Zentrum und beim Sozialbürgerhaus lagen darin, dass mit diesen Einrichtungen - sowohl im professionellen Netzwerk als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit - Erwartungsprofile verbunden sind, die den Unterstützungspotentialen der Präventiven Hausbesuche entsprechen. Beim Verein Stadtteilarbeit mussten diese Erwartungsprofile im Sinne einer Marke ‚Präventive Hausbesuche für Migrantinnen und Migranten‘ erst aufgebaut werden. Im Zuge der Aktion INFOPOST glichen sich diese Unterschiede teilweise aus.
16. Wenn sich eine Weitervermittlung der besuchten Personen als erforderlich erwies, ergaben sich durch die verschiedenen Trägerschaften bei der Vermittlung zu Dienstleistern und spezialisierten Diensten praktisch keine Unterschiede, abgesehen von der engen Kooperation der Fachkraft beim Verein Stadtteilarbeit e.V. mit Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten und Fragen von Vermietung und Wohnungsanpassung bei der Fachkraft der GEWOFOAG Holding GmbH. Insgesamt wurde hier ein Netzwerk aufgebaut, das eine gute Kooperation unterstützte.
17. Im Hinblick auf allgemeine und breit angelegte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern ist festzustellen, dass die Fachkraft aus dem Alten – und Service – Zentrum und die Fachkraft aus dem Sozialbürgerhaus die höchste Anzahl an Kontakten haben. Das korrespondiert mit dem Umstand, dass mit den ASZ und den SBH am häufigsten zusammengearbeitet wurde. Zum Tragen kamen dabei auch kurze Wege unter Kolleginnen und Kollegen sowie funktionierende Schnittstellen.
18. Für die weitere Realisierung ‚Präventiver Hausbesuche‘ sollte dieses Potential genutzt werden. Eine Ansiedlung bei den ASZ oder den SBH empfiehlt sich auch aufgrund der bereits vorhandenen nahezu flächendeckenden Struktur dieser Einrichtungen. Für eine Ansiedlung bei den ASZ spricht – neben dem politischen Willen, deren Profil zu einem „ASZplus“ weiterzuentwickeln – die Tatsache, dass zahlreiche Anliegen, die bei den ‚Präventiven Hausbesuchen‘ erkennbar wurden, in den Zuständigkeitsbereich der ASZ fallen (v.a. Unterstützung der sozialen Einbindung und Förderung der Teilhabe, Vermittlung von Ehrenamtlichen). Bei den SBH liegt ein großes Potential in der guten Schnittstellengestaltung im Bereich der gesetzlichen Transferleistungen und bei weiteren materiellen Unterstützungen. Bestimmte Rahmenbedingungen (z.B. Präventive Hausbesuche als Aufgabe, halbe Stelle, personelle Kontinuität, Flexibilität bei der Ausführung, Projektleitung in der Zentrale) sollten in jedem Fall gewährleistet sein, um das Münchner Modell zu sichern. Für den Migrationsbereich hat es sich im Modellzeitraum bewährt, in einer Einrichtung (Verein Stadtteilarbeit) spezifische Zugangswege zu entwickeln und zu erproben. Diese Erkenntnisse sollten auf jeden Fall gesichert werden. Eine Spezialisierung eines Standorts (evtl. als Sonderform in der Trägerschaft eines Migrationsdienstes) ist denkbar.
19. Im Rahmen des Modellversuches war es möglich, ein erfolgversprechendes Konzept

für ein Münchner Modell zu entwickeln und zu erproben. Dadurch werden sinnvolle Weichenstellungen unterstützt, die etwa bei der Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes Offene Altenhilfe berücksichtigt werden können. Wichtig für eine gelingende Etablierung des Angebotes Präventive Hausbesuche wird sein, diese schrittweise durchzuführen und durch eine kritische Prozessevaluation zu begleiten.

20. Um mittelfristig das Ziel zu erreichen, allen Seniorinnen und Senioren ab 75 Jahren und denjenigen mit Migrationshintergrund ab 65 Jahren einen ‚Präventiven Hausbesuch‘ anbieten zu können, sind etwa 30 Halbtagsstellen erforderlich, die jährlich etwa eine Million Euro kosten. Mit dieser Investition wird der Zielgruppe nicht nur durch Informationsvermittlung und Lotsendienste geholfen, sondern auch durch konkrete Beratung und Unterstützung deren Lebensqualität erhöht.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A./ Franke, A. (Hrsg.)(1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen dgvt Verlag.
- Elkan, R. u.a.(2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis, British Medical Journal, Band 323.
- Gebert, A., Weidner F. (2010). PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen- Wittgenstein. Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V. Köln.  
<http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf>.
- Gebert, A.; Schmidt, C.; Weidner, F. (2008): Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Reihe: Pflegeforschung, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Gillespie, L. u.a. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community, Online-Veröffentlichung.
- Groer, Anja (2007). Psychosoziale Beratung bei älteren Menschen. Psychosoziales Beratungskonzept für ältere Menschen aus Expertenperspektive. Diplomarbeit.
- Günster, Christian (Hg.) Schwerpunkt: Gesundheit im Alter (2012), Stuttgart. Schattauer Verlag.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart Hg. (2012). Präventive Hausbesuche im Spannungsfeld zwischen Ehren- und Hauptamt. Dokumentation Impulskonferenz Baden-Württemberg. Stuttgart [http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/20\\_Netzw\\_Sonstige/ZfB\\_120515\\_Pr%C3%A4vHB.pdf](http://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/20_Netzw_Sonstige/ZfB_120515_Pr%C3%A4vHB.pdf).
- Landeshauptstadt München (2009). Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 01167, vom 26.3.2009. München.
- Landeshauptstadt München (2012). Dienstanweisung BSA Profil, 02/2012. München.
- Landeshauptstadt München Hg. (2012). Münchner Armutsbericht 2011. München  
[http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/armut/armutsbericht\\_2011.html](http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/armut/armutsbericht_2011.html).
- Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit (2009). Interkultureller Integrationsbericht der Landeshauptstadt München. Indikator: kommunalpolitische Mandate von Menschen mit Migrationshintergrund. Sitzungsvorlage Nr. 08-14/V02715 v. 22.9.2009. München
- Lauterberg, J. & Meinck, M.(2008): Beratung zur Erprobung von präventiven Hausbesuchen für ältere Menschen in Deutschland. Vortrag bei der Präsentationsveranstaltung der

- Kompetenz-Centren, Hamburg - 17.11.2008. gehalten von Dr. med. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg – AOK-Bundesverband/Dr. P.H. Matthias Meinck – Kompetenz-Centrum Geriatrie: [http://www.kcgeriatrie.de/downloads/vortraege/2008\\_lauterberg-meinck\\_hamburg.pdf](http://www.kcgeriatrie.de/downloads/vortraege/2008_lauterberg-meinck_hamburg.pdf)).
- Manstetten, A./Wildner, M. (2002). Machbarkeitsstudie Prävention im Alter – geriatrisch fundierte Hausbesuche bei älteren Menschen. Abschlussbericht. München [http://forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373\\_94\\_1.PDF?1134652790](http://forum-seniorenarbeit.de/media/custom/373_94_1.PDF?1134652790)
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Belknap Press, Harvard University Press, Cambridge
- Peters, M. (2006). Psychosoziale Beratung Psychotherapie im Alter. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht.
- Robertson, M. u.a. (2001) Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls, *British Medical Journal*, Band 322.
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. North-Holland Publishing Company. Amsterdam.
- Sen, A. (1992): *Inequality Re-examined*, Oxford University Press, Oxford.
- Straus, F., Höfer, R. und Gmür, W. (1988): *Familie und Beratung. Zur Integration professioneller Hilfe in den Familienalltag*. München: Profil.
- Stuck, A.E. u.a. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis, *Journal of the American Medical Association*, Band 287, Nr. 8.
- Weikard, H. P. (1998): Amartya Sens Beitrag zu den Wirtschaftswissenschaften. Anmerkungen zum Nobelpreis 1998. In: *Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 78.11 / 1998, S. 691-696.
- WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. 11. August 2005. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)
- Yamada, Y. (2003). Preventive home visits for community-dwelling frail elderly people based on Minimum Data Set-Home Care: Randomized controlled trial, *Geriatrics & Gerontology International*, Band 3, Nr. 4.
- Weitere Informationen zum Modellprojekt finden sich unter:  
<http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Praeventive-Hausbesuche.htm>