

**Evaluation des Modellprojekts
„Gemeindeschwester^{plus}“
des Landes Rheinland-Pfalz**

im Auftrag des MINISTERIUMS FÜR SOZIALES, ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE RHEINLAND-PFALZ

*Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt,
Dr. Ursula Köstler, Dr. Kristina Mann*

Universität zu Köln
Institut für Soziologie und Sozialpsychologie
Lehrstuhl für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen
Sozialforschung
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät



Mai 2018

Inhalt

Vorbemerkungen und Einleitung.....	3
Zur Aktualität: Der präventive Hausbesuch im Koalitionsvertrag 2018.....	9
1. Projektziel und –entwicklung.....	12
2. Rolle der Evaluation.....	13
3. Evaluationsziele.....	15
4. Design und Methoden.....	16
5. Fallübergreifende Analyse auf Basis der Evaluationsziele.....	22
5.1. Zugang zum Angebot und Nutzung des Angebots.....	22
5.2 Zielgruppendefinition und –erreichbarkeit.....	28
5.3 Qualifikation und Aufgabenfelder.....	33
5.4 Kooperation mit anderen Anbietern vor Ort.....	34
5.5 Trägerschaft.....	40
5.6 Wirksamkeit, Erfolg und Nachhaltigkeit des Ansatzes Gemeindeschwester ^{plus}	41
6. Validierung durch Datenabgleich mit der Datenerhebung aus der wissenschaftlichen Begleitung (Qualitatives Datamining).....	46
6.1. Zugang zum Angebot und Nutzung des Angebotes.....	47
6.2 Zielgruppendefinition und –erreichbarkeit.....	51
6.3 Aufgabenfelder und Tätigkeitsverteilung.....	54
6.4 Kooperation mit anderen Anbietern vor Ort.....	56
7. Fazit, Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	57
7.1. Fazit und Schlussfolgerungen.....	57
7.2 Empfehlungen.....	61
Literatur	

Vorbemerkungen und Einleitung

Es geht in diesem Bericht um die Evaluation des Projekts „Gemeindegewest^{plus}“. Das ist eine klare und konkrete Auftragsstellung. Es mag einerseits ein Projekt unter vielen in der Welt der bundesdeutschen *Modellpilotitis* sein. Aber es handelt sich andererseits um ein bedeutungsvolles innovatives Projekt. Deshalb holt der Bericht zum Teil weiter aus. Oder anders formuliert: Er bettet das Projekt in größere Entwicklungszusammenhänge der neueren bundesdeutschen Diskussion ein. Das Projekt extrem isoliert – analysiert für Spezialist*innen – zu diskutieren, macht wenig Sinn. Es geht durchaus um Weichenstellungen in der paradigmatischen Aufstellung der Sozialpolitik für, mit und durch ältere Menschen in Deutschland der nächsten Dekaden. Deshalb bitten die Berichtersteller*innen um Nachsicht und Geduld, für manche – aber letztendlich sinnvolle und produktive – Umwegdiskussion, für manche Kontextualisierung und für manche Grundsatzdebatte, die hier einwirken mögen. Dennoch wird die Berichterstattung „auf den Punkt kommen“ oder eben „die Dinge auf den Punkt bringen“.

Die Befunde der Fachdiskussionen und der relevanten Forschungen können die neuere, dominante Diskurslandschaft zur notwendigen inklusiven Sozialraumorientierung¹ einer Politik zur Förderung gelingenden Alterns im Generationengefüge und in der multi-kulturellen Diversitätslage im lokalen bzw. regionalen Raum – zu verweisen ist auf den Bericht der 7. Altenberichtscommission² – bestätigen. Mit dem Begriff der Inklusion ist keineswegs nur ein Blick auf die Lebenslage von Menschen mit Behinderungen gemeint. Oder gar eine Verengung auf die Entwicklung der inklusiven Schule (oder KITA). Es geht um die Öffnung der Räume zur Partizipation der Outsider, die zu Insidern werden sollen. Selbstbestimmung vollzieht sich im Modus der Teilhabe.

Mit dieser Orientierung ist der Blick auf die Bedeutung der Gewährleistung der relevanten sozialen Infrastruktur gefestigt. Es geht um die Bedeutung der kommunalen Daseinsvorsorge. Was ist gemeint?

¹ Schulz-Nieswandt 2016a.

² BMFSFJ 2016.

Der kommunale Raum³, also die lokalen Lebenswelten im Kontext regionaler Infrastrukturen, bezeichnet jene Örtlichkeit⁴, in der sich überwiegend der Alltag der Menschen (im Gelingen wie im Scheitern) abspielt. Und deshalb muss dieser Raum im Lichte des sozio-demografischen Wandels gesellschaftlich gestaltet werden.⁵

Auf diese Sicht fokussiert die 7. Altenberichtscommission der Bundesregierung. Hier wird die Idee – besser: die verfassungsrechtliche Norm (Art. 28 GG) im Kontext von Art. 20 vor dem Hintergrund der Art. 1⁶ und 2 GG – der kommunalen Daseinsvorsorge existenziell ernst genommen. Diese Sicht wird verstärkt durch das europarechtlich verbürgte Grundrecht auf freien Zugang zu den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (Art. 36 der Grundrechtscharta, mehrfach verankert im EUV und AEUV) und durch das völkerrechtliche Inklusionsrecht der UN. In diesem Lichte ist § 1 SGB I zu lesen.

Der gesamte komplexe Zusammenhang ist exemplarisch und zugleich paradigmatisch aus der Sicht der Selbsthilfeförderung im Sozialraum (im Kontext von § 20h SGB V, neuerdings auch im Sinne des § 45d SGB XI) an anderer Stelle⁷ dargelegt worden. Darauf sei hier mit Bezug auf eine ergänzende Vertiefung der Argumentation verwiesen. In Kapitel 7 des vorliegenden Berichts kommen wir auf entsprechende Schlussfolgerungen und Empfehlungen zurück.

Wie können Selbstbestimmung und Selbstständigkeit im Modus teilhabender Partizipation der menschlichen Person im Gemeinwesen gewährleistet werden? Und diese Frage ist nochmals andersherum gestellt: Wie kann ein dazu weltoffenes Gemeinwesen überhaupt erst generiert werden?

Das ist die gesellschaftliche Herausforderung, auch für die Wissenschaft in ihrem Dienst an der Bewältigung des sozialen Wandels der Gesellschaft.⁸

³ Bischoff/Weigl 2010.

⁴ DV 2017.

⁵ DV 2011.

⁶ Schulz-Nieswandt 2017b.

⁷ Schulz-Nieswandt 2018b.

⁸ Schulz-Nieswandt 2018c.

Und dies ist vor dem Hintergrund komplexer Bedarfslagen im Spektrum der Lebenslagen im Alter(n) einordnend zu verstehen. Eingebettet in regionale Versorgungslandschaften des Sozial- und Gesundheitswesens bedarf es einer zu der Vielfalt der Lebenslagen der Menschen passungsfähigen Differenzierung der Wohnformen im Alter(n). Darauf ist im Zusammenhang mit den Wohnformen im Wohnumfeld und mit Blick auf die Mobilitätschancen im Raum und somit in Bezug auf die Organisation von individuellen Arrangements herum zu fokussieren.

Dies meint Sozialraumorientierung, wobei der Quartiersbegriff⁹ urbane wie ländliche Räume in ihrer jeweiligen Formenvielfalt umfasst: Förderung und nachhaltige Pflege von Sozialkapital. Sozialkapital bezeichnet den Nutzen der sozialen Vernetzung: soziale Unterstützung, soziale Integration, personalisierende Rollenangebote im Lebenslauf – alles zu verstehen als ein Austauschsystem des Gebens (von Hilfe) und des Nehmens (von Hilfe).¹⁰ So ist die Fokussierung auf die Hilfe-Mix-Idee (vgl. fundamental: § 8 SGB XI) im Sinne lokaler sorgender Gemeinschaften in regionalen sozialen (professionellen) Infrastrukturen der Versorgung zu verstehen.¹¹

In diese Landschaft fügt sich das Projekt ein. Das Projekt ist breit in den Medien rezipiert worden.¹² Dabei war der Name von Beginn an umstritten. Auch in den Fokusgruppen war das durchgängig ein heftig diskutiertes Thema. Dabei spielt der Gender-Aspekt¹³ natürlich eine Rolle. Von Nutzer*innen wird der Name allerdings wohl überwiegend positiv konnotiert: als Erleben einer mütterlichen¹⁴ Sorgearbeit. Der umfassende, hoch komplizierte und auf Ambivalenzen¹⁵ abstellende Diskurs soll hier nicht das Thema sein.

⁹ Michell-Auli/Kremer-Preis 2018 sowie Kallfaß 2016.

¹⁰ Schulz-Nieswandt 2014.

¹¹ Dazu auch Wendt 2017.

¹² Vgl. auch in ProAltern 49 (1) 2017, S. 32-34.

¹³ Dazu auch Klann-Delius 2005; Albrecht 2008.

¹⁴ Dazu auch Heidinger 2010. An Christoph Sachßes Theorem der in die sozialen Berufe hinein „verlängerten Mütterlichkeit“ ist zu erinnern. Dabei spielt immer auch die Rollenzuweisung der Empathie (Tometten-Iseke 2012) eine Rolle.

¹⁵ Abel/Blödorn/Scheffel 2009.

Allerdings kam dabei zu Bewusstsein, dass – sozio-linguistisch gesehen – auch die militärischen Assoziationen in der Namensgebung *Pflegestützpunkt* als problematisch eingeschätzt werden kann.

Im Projekt verwiesen die generierten Texte in den Fokusgruppen auch noch auf eine andere Art von Namensproblematik. Die Zielgruppen selbst mussten zum Teil ihre Erwartungen revidieren, mit der *Gemeineschwester^{plus}* käme Behandlungspflege im Versorgerstatus auf sie zu. Das *plus* verweist auf die von der älteren *Gemeineschwester¹⁶* abzugrenzende niedrigschwellige¹⁷ Aufgabenstellung, pflegediagnostisch fundierte¹⁸, z. T. fallsteuernde präventive Hausbesuche zu praktizieren, hier Lotsenfunktion¹⁹ und Triagearbeit zu leisten, aber auch quartierbezogen personenzentrierte Alltagsbegleitung und Aktivierungsprojekte durchzuführen. Der Fokus liegt auf der aufsuchenden Strategie.²⁰ Wie sich zeigen wird, liegen die Funktionalitäten der *Gemeineschwester^{plus}* – jenseits der Behandlungspflege – woanders: Hilfe bei Vereinsamung²¹ ist z. B. ein Thema, das eine deutliche Signatur in den Befunden hinterlassen hat. Das Thema dürfte kaum zu verharmlosen sein. Dies gilt bis hinein in das Themenfeld der Kultur des Sterbens²².

Hier ist bereits ein anderer Aspekt aufzugreifen. Im Datenabgleich mit dem DIP wurde deutlich, welche positiven Assoziationen ältere Menschen in ihrer Gemeinde mit der Information über die Existenz der *Gemeineschwester^{plus}* verbunden haben: Eine deutliche Verbesserung im Kohärenzgefühl stellte sich ein. Das Kohärenzgefühl²³ ist ja eine salutogenetische Kategorie von erheblicher Bedeutung für die Lebensqualität der Menschen. Gerade bei älteren Menschen korrespondieren hier grundlegende Sicherheits- und Geborgenheitsbedürfnisse. Bei dieser Beobachtung ist es von Interesse

¹⁶ Hänel u. a. 2014; Strupeit 2008; Gaida 2016; Heymann 2012 sowie Castillo 2013. Auch Ruppel 2016.

¹⁷ Sauer/Wißmann 2007.

¹⁸ Vgl. dazu auch Stolte 2012.

¹⁹ Schulz-Nieswandt/Langenhorst 2016.

²⁰ Zu deren Ambivalenz: Müller/Bräutigam 2011.

²¹ Dazu Tesch-Römer 2010, S. 205 ff., ferner Petrich 2011 sowie Bannwitz 2009. Ferner Spitzer 2018.

²² Dahl 2016.

²³ Wydler/Kolip/Abel 2010.

zu erkennen, dass es die Figur der Gemeindegeschwester^{plus} ist, die als Baustein der personal erlebbaren (selbstaktualisierenden²⁴) Umwelt genau diese Vertrauenskapitaleffekte²⁵ generiert. Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Vertrauenserfahrung sind Elemente einer Erlebnisgeschehensordnung der älteren Person, die verstehen lernen lassen, was sinnvoll mit dem Lebensweltbegriff²⁶ des Präventionsgesetzes²⁷ gemeint sein kann.

Dieser Aspekt des Kohärenzerlebens in der Kommune berührt das Thema der trügerschaftlichen Aufhängung. Die Frage einer möglichen Trügerschaft des Angebotes der Gemeindegeschwester^{plus} lässt sich hier, zumindest teilweise, aus Sicht der beratenen Senior*innen mit den durchgeführten halbstandardisierten leitfadengestützten Telefoninterviews des DIP (vgl. dazu auch Kapitel 6.1) validieren. Zustimmung artikuliert wird dabei die Notwendigkeit des Angebotes sowie die Proaktivität. Beide Aspekte werden positiv mit der Rolle der Kommunen in der öffentlichen sozialen Daseinsvorsorge verknüpft. Einige ausgewählte Statements sind hier durchaus aufschlussreich:

„Ist doch gut wenn einer mal nach dem Rechten schaut“; „sehr gut; allgemein werden die Leute immer älter und leben auf dem Land eher abgeschieden.“; „Toll, wenn einer kommt, obwohl man nicht gerufen hat“; „Sehr gut; viele alte Menschen trauen sich von selbst nicht sich zu melden“; „So viele ältere Menschen trauen sich nicht von sich aus raus; gut, dass jemand auf sie zu geht“; „Sehr gut! Man hat jetzt das Gefühl, dass man wahrgenommen wird“; „wirklich gut; dadurch werden ältere Menschen hier gut versorgt“; „die Idee ist sehr gut weil wir immer älter werden“.

Analog zum Vertrauensvorschuss und zur Türöffnerfunktion der Beraterinnen²⁸ (vgl. Kapitel 5.1) scheinen auch hinsichtlich der kommunalen Aufhängung ein Vertrauensvorschuss und eine Türöffnerfunktion zu gelten:

²⁴ Kruse 2017.

²⁵ Endreß 2002; Gundelach 2014; Evers 2018.

²⁶ Thiersch 2005.

²⁷ Geene/Reese 2016.

²⁸ Alle Beraterinnen im Projekt Gemeindegeschwester^{plus} sind weiblich. Daher wird hier die feminine Schreibweise genutzt.

"Gut! Wer soll es denn sonst machen? Sie sind doch am nächsten dran"; "Ich finde die Idee, dass die Gemeindegeschwester^{plus} der Kommune zugeordnet ist gut. Sie hat somit einen größeren Überblick in der Kommune, ist übergeordnet und konfessionslos"; „Gut, da sie (die Kommunen) ja auch die nächsten sind“; „Bin froh, dass es sowas gibt. Gut, dass es jemand aus der Kommune ist wegen Vertrauen. Sowas fehlt ja hier in der Gegend“.

Es wird im Fazit (Kapitel 7.1) herauszuheben sein, dass trotz aller sich in den Befunden abzeichnenden Funktionsüberlappungen und Leistungsprofilähnlichkeiten zu Pflegestützpunkten (deren Weiterentwicklungsbedürftigkeiten hier aber nicht ein Thema der vorliegenden Evaluation sind und abgesehen von der in den Gruppendiskussionen artikulierten Bedeutung einer bedarfsdeckenden Personalerfüllung) leistungserweiternde Komplementaritäten aus der Rolle der Gemeindegeschwester^{plus} resultieren. Mögen wiederum auch hier Schnittstellenaspekte (etwa zu Stadtteilkümmern*innen im Kontext von Quartiersmanagement²⁹) bestehen, so zeichnet sich doch insgesamt eine positive Perspektive auf eine multi-professionelle und multi-funktionale Personalaufstellung in diesen lokalen Strukturen der Generierung sorgender Gemeindegstrukturen ab. Ein Blick über die Grenzen innerhalb der EU macht hier Sinn: Die Niederlande kennen genau dieses Aufgabenprofil der Gemeindegeschwester^{plus} als kommunale Pflichtaufgabe, subsidiär angesiedelt zwischen den Aufgaben der Kranken- und der Pflegeversicherung. Auch könnte alternativ nach Finnland³⁰ geschaut werden.

In diesem Lichte scheint die Gemeindegeschwester^{plus} weniger ein Thema des OB, sondern des WIE der Ausgestaltung, Ansiedlung und Entfaltung zu sein.

²⁹ Alisch 2014; 2015.

³⁰ Schaeffer/Hämel/Ewers 2015. Von Interesse dazu auch Kalitzkus/Wilm 2013.

Zur Aktualität: Der präventive Hausbesuch im Koalitionsvertrag 2018

Im Koalitionsvertrag findet sich die Idee der Stärkung der Kommunen in der Gewährleistung der Sicherstellung bedarfsgerechter integrierter Versorgungslandschaften im Gesundheits- und Sozialwesen.³¹ Die sozialen Teilhaberechte (Zeilen 495, 2234, 4341 ff.) werden deutlich betont. Die weitere Stärkung der Kommunen bei der Bewältigung des demografischen Wandels (Zeile 1984) ist hier, gerade angesichts des strittigen Ertrages des PSG III, zu betonen. Wir verweisen hier auf die Idee des präventiven Hausbesuchs in den Zeilen 4501 ff. Das Präventionsgesetz bietet dabei in der Tat gute Möglichkeiten, sofern der politische Wille zur angemessenen Rechtsauslegung vorhanden ist.

Die Länder werden u. E. aber unabhängig vom unklaren Schicksal dieser Idee ihre eigengesetzlichen Wege vorantreiben müssen. Dies betrifft auch das Land Rheinland-Pfalz mit Blick auf das vorliegend analysierte Projekt. Wir knüpfen in Kapitel 7 hier wieder an.

Ohne im Detail auf die Bedeutung der angesprochenen Bausteine in den Zeilen 1089 ff. („Demografiewerkstatt Kommune“, Rolle von Mehrgenerationenhäusern, Bundesaltenplan mit partizipativer Öffnung hin zu den Seniorenorganisationen, soziale Anbindung in der medizinischen Versorgung, „Agenda ‚Gemeinsam für Menschen mit Demenz‘“ etc.) eingehen zu können: Es geht dem Koalitionsvertrag offensichtlich, oder zumindest als latente Sinnstrukturen „zwischen den Zeilen“ gelesen und gedeutet, nicht nur um personenzentrierte Einzelleistungsrechtsentwicklung, sondern um Investitionen in lokale und regionale soziale Infrastrukturen in *mittelbarer Unmittelbarkeit* für den Menschen und seine sozialen Netze (z. B. der Angehörigen, u. a. in Zeile 4486) im Lebenszyklus. Dabei ist die Betonung der Schaffung „flächendeckend gute(r) Gesundheitsversorgung“ (Zeile 506) fachwissenschaftlich und fachpolitisch problemangemessen. Mit der mehrfachen Betonung der Rolle der Angehörigenarbeit³² und der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements und des Ehrenamtes (u. a.

³¹ Dazu auch die Expertise von Burgi 2013.

³² Dazu auch Zegelin/Segmüller/Bohnet-Joschko 2017. Kritisch: Dammert 2009.

Zeile 579)³³ wird einerseits das in bundesdeutscher Sozialordnungstradition bedeutsame Subsidiaritätsprinzip wiederholt, andererseits aber eben auch die nicht nur unmittelbar personenbezogen, sondern auch mittelbar gedachte Hilfe zur Selbsthilfe³⁴ infrastrukturpolitisch und somit gewährleistungsstaatlich im Rahmen der (z. B. in Art. 8 SGB XI verankerten) Idee des Hilfe-Mix betont.³⁵

In diesem Kontext ist auch die im Koalitionsvertrag eingebachte Idee eines präventiven Hausbesuchs zu verstehen. Dies meint eine Idee, die als ein Baustein einzusortieren ist in die Ideenwelt des 7. Altenberichts, dort fortentwickelt zur Politik der Generierung nachhaltiger lokaler sorgender Gemeinschaften, eingebettet im regionalen Kontext sozialraumorientierter Pflegestrukturplanung, im Lichte der kommunalen Daseinsvorsorge. An verschiedenen Stellen wird der Bedarf vernetzter, integrierter, transsektoraler und multi-disziplinärer Versorgungslandschaften (vgl. die Zeilen 4515 ff.) betont.³⁶ In dieser Hinsicht muss konstatiert werden, dass sich Case Management (in Bezug auf die Nutzer*innen) und Care Management (in Bezug auf die Angebotsstrukturen), innerlich verbunden, als komplementär zueinander aufstellen müssen.³⁷

³³ Kritisch dazu: Kehl 2016.

³⁴ Vgl. § 9 SGB I als Zweckbestimmung der Sozialhilfe: „Wer nicht in der Lage ist, aus eigenen Kräften seinen Lebensunterhalt zu bestreiten oder in besonderen Lebenslagen sich selbst zu helfen, und auch von anderer Seite keine ausreichende Hilfe erhält, hat ein Recht auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe, die seinem besonderen Bedarf entspricht, ihn zur Selbsthilfe befähigt, die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht und die Führung eines menschenwürdigen Lebens sichert. Hierbei müssen Leistungsberechtigte nach ihren Kräften mitwirken.“

³⁵ Vgl. zum (unbefriedigenden) Stand der Schaffung niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen von § 43c SGB XI die Studie von Prognos/KDA 2017.

³⁶ Zu betonen ist die komplexe Vulnerabilität in der Hochaltrigkeit unter den Bedingungen von Netzwerklücken, der dominante Risikofaktor zur Übersiedlung in stationäre Settings der Langzeitpflege und die No Care-Zonen-Problematik im prekären Krankenhausentlassungsmanagement gemäß § 11 (4) SGB V (vgl. Schulz-Nieswandt 2018a). Man darf gespannt sein, was aus der Formulierung „ergänzende(r) niedrigschwellige(r) Versorgungsangebote z. B. in der Nachsorge“ (Zeile 4635 f.) werden könnte.

³⁷ DGCC 2015.

Die quantitative Angebotsverbesserung war eine Folge der Einführung der Pflegeversicherung. Dieser Effekt steht empirisch außer Frage. Er soll hier aus der Pflegestatistik heraus nicht nochmals belegt werden. Die Märkte für personenbezogene soziale Dienstleistungen müssen, jenseits dieser Sicht auf die (sich teilträumlich differenzierende) Angebotsdichte, aber nicht nur im Sinne des Ordnungsrechts (Qualitätsmanagement) öffentlich reguliert werden. Ein solches Qualitätsmanagement spricht der Koalitionsvertrag an verschiedenen Stellen im Rahmen des Verbraucherschutzes an. Es geht vielmehr noch um einen anderen Gesichtspunkt: Denn Märkte müssen auch zur Kooperation, Vernetzung, Integration hin choreographiert werden. Hier fehlt es im deutschen Sozialrecht an kommunalen effektiven Governancestrukturen im Kontext der Gesetzgebung von Bund und Ländern. Die Unterversorgungsprobleme im räumlichen Kontext sind ein damit eng verknüpftes Thema. So wie der Vertrag das Krankenhausbedarfsplanungsrecht der Länder betont (Zeile 4614), so ist nun auch die Frage nach den Perspektiven des § 9 SGB XI³⁸ verstärkt und überaus deutlich zu stellen. Wie können Kommunen im föderalen Gewährleistungsstaatsgefüge von Bund und Länder in der regionalen Pflegestrukturplanung ermächtigt werden? Anders als Bund und Länder sind die Kommunen ja nicht eigengesetzlich tätig. Wie kann eine kommunale Choreographie sozialer Innovationen in Wohnen sowie Care und Cure ermöglicht werden?

Der präventive Hausbesuch ist in diesen Diskurskontext gestellt und entsprechend zu verstehen. Das Projekt Gemeindegeschwister^{plus} ist nochmals mit Blick auf das Arbeitsprofil breiter aufgestellt, aber in diesem Sinne umso mehr im Lichte des Koalitionsvertrages von besonderem Interesse.

³⁸ Die Kommunen müssen lernen zu erkennen, dass und wie sie ihren verfassungsrechtlich vorgegebenen Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge aktiv – gestaltend – nachzukommen haben. Die föderal eigengesetzlichen Länder haben wiederum die Aufgabe, ihre Kommunen dazu zu ermächtigen.

1. Projektziel und -entwicklung

Die Projektziele sind dem auf der Homepage des DIP (<https://www.dip.de/>) zugreifbaren Zwischenbericht³⁹ zu entnehmen. Weitere Infos sind auf der Homepage des Ministeriums (<https://msagd.rlp.de/>) zu finden. Dort findet sich auch der Abschlussbericht zur Projektimplementation.⁴⁰

Das Ziel des Projekts ist es, einen Beitrag zur Unterstützung selbstbestimmter, selbstständiger und teilhabender Lebensführung im Alter durch pflegeschwerpunktfachprofessionell fundierte präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu leisten. Die durchaus auch fallsteuernden Beratungsleistungen⁴¹ im Verbund mit der dazu notwendigen Netzwerkbildungsarbeit sowie die im Sozialrecht neuerdings zunehmend betonten Alltagsbegleitungsleistungen sollen die Lebensführung älterer Menschen stabilisieren.⁴² Das klingt alles trivialer als es ist. Allein die erwartete Erreichbarkeit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund⁴³, darauf wird evaluativ nochmals zurückzukommen sein, ist ein kompliziertes Unterfangen.⁴⁴

Zugleich wird ein Beitrag zur kommunalen Infrastruktur dieser Befähigungsziele erwartet.⁴⁵ Im Grundsatz soll dieses Leistungsspektrum im Vorfeld der SGB XI-Leistungen angesiedelt sein und sich über 80 jährige Personen fokussieren. Auch dieser Aspekt wird weiter unten noch kontrovers zu diskutieren sein.

Die Leistungen sollen komplementär zur Arbeit der Pflegestützpunkte⁴⁶ wirksam werden.

³⁹ DIP 2016.

⁴⁰ DIP 2016a.

⁴¹ Rietmann/Sawatzki 2018; Blonski 2013. Ferner Schulz 2017.

⁴² Dazu auch Gossens 2009.

⁴³ Vgl. auch Nowossadeck u. a. 2017, S. 35. Ferner Baykara-Krumme/Motel-Klingebiel/Schimany 2012.

⁴⁴ Hahn 2011; Yanik-Senay 2018; Körner/Irdem/Bauer 2013.

⁴⁵ Dazu auch Schmid 2017, S. 197 ff., insb. S. 216 ff.

⁴⁶ Kommentar zu § 7c SGB XI in Udsching/Schütze 2018, S. 62 ff.; Krahrmer/Plantholz 2018, S. 203 ff.; ferner Tebest u. a. 2015; 2017.

Nach der Einpflanzung des Projekts in den Modellkommunen begleitet das DIP die weitere Entwicklung. Dazu gehört u. a. die bedarfsgerechte Schulung der Gemeindegewestern^{plus}.

2. Rolle der Evaluation

Eine wissenschaftliche Projektbegleitung, hier des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. in Köln (DIP), das in einer Vorphase⁴⁷ das Projekt den jeweiligen Kommunen einpflanzte (Gründungsmanagement), kann im Rahmen der weiteren gemischt-summativen/formativen Begleitung⁴⁸ (verstanden als Begleithilfe zur gelingenden Implementationsreife) das Projekt und damit sich nicht selbst evaluieren.⁴⁹

Daher werden gemäß des Angebots „Evaluation und wissenschaftliche Begleitung des Projekts Gemeindegewester^{plus} in der Umsetzungsphase“ im Gesamtdesign der Projektimplementierung⁵⁰ die Begleitung (DIP) und die Evaluation durch die Universität zu Köln (UzK) getrennt, wenngleich beide Institute im Projektverlauf 2017/2018 in einem intensiven Austausch arbeiteten. Insbesondere am Ende der Evaluation standen im Februar und März 2018 Arbeitstreffen zum Datenabgleich und zur Datenanalyse an.

Diese Designphilosophie und somit die getrennten, wenngleich aufeinander bezogenen Rollen der beiden Institute wurden jeweils in den durchgeführten Workshops von der UzK zur Schaffung von Transparenz, aber auch als Bemühen um Vertrauensbildung im Rahmen einer Powerpoint-Präsentation (im zeitlichen Umfang von bis zu 10 Minuten) dargelegt.

⁴⁷ DIP 2016.

⁴⁸ Kromrey 2001.

⁴⁹ Vor allem aus der ethnographischen Metadiskussion sind die Erfordernisse, aber auch die Probleme und Gefahren von *Native doing* bekannt. Psychodynamisch als Aspekt der sozialen Grammatik längerer Begleitforschung stellt sich das Nähe-Balance-Management Thema als professionelle Entwicklungsaufgabe der Begleitforschung. Dieser Aspekt wird am Ende des Berichts im Empfehlungsteil (7.2) nochmals aufzugreifen sein. Die Begleitforschung muss sich als Teil der Forschung kritisch selber erforschen (Ryang 2000).

⁵⁰ Hoben/Bär/Wahl 2015.

In methodischer und forschungsethischer Hinsicht wurde in diesem Rahmen auch die wissenschaftliche Selbstpositionierung der UzK zum Projekt skizziert: methodisch nimmt die UzK eine ethnographische Distanz⁵¹ zum Verlaufsgeschehen des Projektes ein und ist daher vollkommen ergebnisoffen.

Mit Blick auf die Grundidee des Projekts und somit mit Blick auf die Funktionalitätserwartungen im Kontext der Stärkung kommunaler Strukturen zur Generierung Sozialraum-orientierter Sozialkapitalbildung⁵² durch Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkarbeit sowie Alltagsbegleitung⁵³ sieht die UzK (vgl. dazu am Ende des Berichts in Kapitel 7 die sozialpolitisch-sozialrechtlichen Schlussfolgerungen und Empfehlungen) durchaus sozialpolitischen Bedarf an genau solchen Strukturen. Aber

- einerseits ist methodisch aus der kritischen Distanz heraus grundsätzlich eine Differenz zwischen a) Idee, Bedarf und Blaupause und b) der gelebten Form der Blaupause zu betonen, die nicht a priori, sondern nur empirisch zu klären ist. Insofern ist die Effektivität des konkreten Geschäftsmodells zu klären. Dies kann zu einer ablehnenden Empfehlung ebenso führen wie zu einer Empfehlung zur (modifizierten) Verstetigung.
- Andererseits ist grundsätzlich die Frage zu beachten, wie das Projekt im komparativen Kontext vergleichbarer Alternativen (im theoretischen Sinne äqui-funktionaler Lösungen⁵⁴) zu validieren ist. Diese Perspektive ist nicht expliziter Teil des Evaluationsauftrages, ist innerhalb des UzK-Teams aber als analytisches Framing⁵⁵ in der methodisch distanzierten Beurteilungshaltung verankert.

Diese Selbstaufstellung optimiert die Güte der Evaluation vor dem Hintergrund der komplizierten Projektimplementationskonstellation.

⁵¹ Breidenstein u. a. 2015; Bischoff/Leimgruber/Oehme-Jüngling 2014; Bonz u. a. 2017.

⁵² Schulz-Nieswandt 2017; 2017a.

⁵³ Angelehnt an die Position der DGCC: Schulz-Nieswandt 2018, auch schon Schulz-Nieswandt 2016.

⁵⁴ Vgl. Schulz-Nieswandt 2018a.

⁵⁵ Busse 2016.

3. Evaluationsziele

Die Ziele der Evaluation sind im Rahmen der Auftragsvergabe vom Auftraggeber vorgegeben, ergeben sich aber zwingend aus der Projektgestalt, da mit dem Projekt entsprechend erwartete Funktionalitäten verknüpft sind.

Die Evaluationsziele leiteten die impliziten Leitfäden, die der jeweiligen Choreographie der Workshops strukturierend dienten. Die Evaluationsziele sind im Kapitel 5 als Unterkapitel wie folgt aufgeführt:

- Zugang zum Angebot und Nutzung des Angebots,
- Zielgruppendefinition und -erreichbarkeit,
- Qualifikation und Aufgabenfelder,
- Kooperation mit anderen Anbietern vor Ort,
- Trägerschaft,
- Wirksamkeit, Erfolg und Nachhaltigkeit des Ansatzes Gemeindegewester^{plus}.

Auch in den Arbeitstreffen zum Datenabgleich und zur Datenanalyse mit dem Team des DIP strukturierten diese Evaluationsziele die Arbeit.

4. Design und Methoden

Das Design der Evaluation ist passungsfähig zu den vom Auftraggeber bereitgestellten und entsprechend vertraglich mit dem DIP geregelten Ressourcen optimiert worden. Die „Daten“ bzw. Befunde wurden erhoben im Rahmen von Workshops, die Gruppendiskussionen im Modus von Fokusgruppen⁵⁶ darstellen, da dort Deutungsbilder involvierter Akteure⁵⁷ generiert werden, die im Sinne einer Stakeholder-Orientierung⁵⁸ organisiert wurden. Durch die auf die Evaluationsziele abgestellten verdeckten Leitfäden war die Choreographie der Verlaufsprozesse der Workshops flexibel zu gestalten. Um diese Flexibilität offen zu halten, wurde immer zunächst auf eine dynamische Erzählsituation⁵⁹ abgezielt, die Interaktionen zwischen den Stakeholdern, aber auch zwischen dem UzK-Team und der Gruppe (in diesem Fall durch Fragetechniken nach der Witzel-Methode⁶⁰) erzeugen sollte.

Die Datenerhebung im Modus dieser Stakeholder-Workshops erfolgte im 4- oder 6-Augen-Prinzip des UzK-Teams. Zur Sicherung der Daten sowie zur wiederholenden Rekapitulierbarkeit wurden Tonbandaufnahmen angefertigt; in einigen Fällen war dies von einzelnen Teilnehmer*innen aber nicht erwünscht. Die generierten Texte wurden im UzK-Team zeitnah paraphrasierend diskutiert, festgehalten und somit intersubjektiv reliabel validiert. Bereits während der Rückfahrt von der jeweiligen Feldarbeit⁶¹ wurden erste Eindrücke ausgetauscht und in Forschungsaufzeichnungen⁶² festgehalten.

Die durchgeführten Workshops bestanden aus Textgenerierungen in allen Kommunen, in denen das Projekt implementiert wurde. In diesem Fall galt es, sich ein evaluatives Bild von den interaktiv generierten Bildern der Akteure im lokalen/regionalen Feld zu machen. Die Produktivkraft der Textgenerierung (als Austausch von

⁵⁶ Vgl. Kühn/Koschel 2018; Schulz/Mack/Renn 2012; Bohnsack/Przyborski/Schäffer 2010.

⁵⁷ Michel-Schwartz 2002; Müller 2011.

⁵⁸ Künkel/Gerlach/Frieg 2016.

⁵⁹ Küsters 2009. Vgl. auch Grossmann 2003.

⁶⁰ Witzel 1982.

⁶¹ Vgl. auch Sutterlüty/Imbusch 2008; Fischer 2002.

⁶² Fischer 1997 sowie Emerson/Fretz/Shaw 2011.

alltagsbezogenen Situationsdiagnostiken und Deutungsmustern der Akteure im Feld) war also durch die Heterogenität der Akteurskonstellationen gesichert.

Heterogene Stakeholder-Workshops: Auf diese Workshops bezogen erfolgt die Auswertung standortübergreifend (fallübergreifend: vgl. Kapitel 5) in lockerer Orientierung an der re-konstruktiven dokumentarischen Methode⁶³. Dabei sollen Besonderheiten von kommunalen Einzelfällen in der Re-Konstruktion nicht verloren gehen, aber aus Gründen der Anonymisierung nicht ausführlich und explizit herausgestellt werden. Hermeneutisch ist bei der Datenanalyse von Bedeutung, mit Blick auf das faktisch gesprochene Wort auch auf latente Sinnstrukturen zu achten. Da eine videographische Dokumentation⁶⁴ nicht vorgesehen war, war es in der zeitnahen (meist auf der Rückfahrt bereits durchgeführten ersten) Reflexion im Mehr-Augen-Prinzip wichtig, auch Eindrücke über die Atmosphäre⁶⁵ und der non-verbalen Ausdrucksformen der Akteure zu sammeln und zu analysieren.

Homogene Stakeholder-Workshops: Mit den Beraterinnen/Gemeindeschwestern^{plus}, den Pflegestützpunkten und mit den Projektverantwortlichen wurden drei homogene Workshops durchgeführt. Im Sinne einer hermeneutischen Validierung der re-konstruktiven Analyse der kommunalen Workshops konnten so eigenständige Daten generiert werden, aber auch in einem gewissen Sinne validierende Kontrollperspektiven in die Deutungsmusteranalysen einbezogen werden. Denn die Kommunikations- und somit Textgenerierungssituation ist in homogenen Gruppensettings (z. B. nur Gemeindeschwester^{plus}) signifikant anders als in gemischten (heterogenen) Gruppensituationen, in denen verschiedene Statusgruppen, Positionen bzw. Funktionen im sozialen Austausch stehen.

Die Analysen der homogenen Stakeholder-Diskussionen sollten auf akteursspezifische kollektiv geteilte (kohärente) Deutungsmuster (der Gemeindeschwester^{plus} oder der Pflegestützpunkte) zum Projekt

⁶³ Vgl. Bohnsack 2014; Nohl 2017.

⁶⁴ Dazu auch Corsten/Krug/Moritz 2010.

⁶⁵ Zur Atmosphärenhermeneutik vgl. in Schulz-Nieswandt/Köstler/Langenhorst/Hornik 2018, S. 15 f.

abzielen. Die Analyse der heterogenen Stakeholder-Diskussionen sollte auf die reziproken – mitunter gegenläufigen oder konfliktären – Bildproduktionen vom Projekt abstellen. Hier geht es um die Darlegung von Differenzen in der Projektbeurteilung der Akteure im Feld.

Insgesamt können mit diesem homogen/heterogenen Sample von Workshops akteursspezifische Deutungen zum Projekt generiert werden, mit der Absicht, Konsensstrukturen als kollektiv geteilte Deutungskonvergenzen einerseits und andererseits Dissensstrukturen als Indikator für divergente Deutungssituationen darzulegen.

Die Analysen wurden durch Kontextwissen aus den Sozialporträts (des DIP⁶⁶) der jeweiligen Modellkommunen hermeneutisch abgerundet.

Die in Kapitel 3 dargelegten Evaluationsziele werden auf der Grundlage des in den Evaluationsworkshops zusammengetragenen Materials diskutiert und analysiert. Es fließen ein:

- Die Fokus-Gruppen-Diskussion im Rahmen des Evaluationsworkshops mit den Projektverantwortlichen sowie die dort vorgestellten und evaluierten Selbstreports,
- die Fokus-Gruppen-Diskussion im Rahmen des Evaluationsworkshops mit den Gemeindeschwestern^{plus} sowie die dort diskutierten und einer Supervision unterzogenen Fallbeispiele (Fallvignettenanalysen⁶⁷),
- die Fokus-Gruppen-Diskussion im Rahmen des Evaluationsworkshops mit den Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte und
- die im Rahmen von sieben kommunalen Evaluationsworkshops durchgeführten Fokus-Gruppen mit den Vertreter*innen der Mitglieder der jeweiligen kommunalen Projektgruppe.

Die so generierten Befunde gehen als Substanz in Kapitel 5 ein.

- Zwei Arbeitstreffen zum Datenabgleich und zur Datendiskussion wurden mit dem Team der wissenschaftlichen Begleitung des DIP in Köln durchgeführt.

⁶⁶ DIP 2016a, S. 69 ff.

⁶⁷ Auch schon DIP 2016a, S. 31 ff., von uns sekundäranalysiert und durch Generierung zusätzlicher Fallvignetten ergänzt und erweitert diskutiert.

Die Ergebnisse dieser Arbeitstreffen werden in Kapitel 6 dargestellt und validierend auf die Analyse in Kapitel 5 bezogen.

Hinzukamen noch zwei teilnehmende Beobachtungen in Schulungsworkshops des DIP mit den Beraterinnen/Gemeindeschwestern^{plus}.

Zur Sicherung der Anonymität folgt die Darlegung weitgehend einer fallübergreifenden Analyse.

Das gesamte Datenerhebungsdesign ist in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle: Datenerbungsdesign

Termin	Ort	Datum	Uhrzeit	anwesend
1. Abstimmungs- gespräch zum Evaluationskonzept	Mainz	26.01.17	14.30- 16.30	S-N ⁶⁸ / Köstler/ Mann
Steuerungsgruppe und Projektverantwortliche	Mainz	14.03.17	11.00- 12.30	S-N/ Köstler/ Mann
Abstimmung Arbeitspakete mit DIP	Köln	15.03.17	11.00- 14.00	Köstler/ Mann
teilnehmende Beobach- tung (Schulung)	Vallendar	23.05.17	10.00- 15.00	Mann
Treffen Projektverant- wortliche	Mainz	02.06.17	10.00- 13.00	Köstler/ Mann
Steuerungsgruppe	Mainz	04.09.17	10.00- 12.00	Köstler/ Mann
Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Alzey- Worms	14.09.17	13.30- 16.00	S-N/Köstler
Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Bitburg- Prüm	28.09.17	10.00- 12.30	Köstler/ Mann
teilnehmende Beobach- tung (Schulung)	Vallendar	16.10.17	ganz- tägig	Köstler/ Mann
Evaluationsworkshop/ Beraterinnen	Vallendar	18.10.17	ganz- tägig	S-N/ Köstler/ Mann
Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Südl. Wein- straße/ Landau	02.11.17	11.00- 13.30	S-N/Köstler
Evaluationsworkshop Pflegestützpunkte	Mainz	13.11.17	ganz- tägig	Köstler/ Mann
Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Birkenfeld	15.11.17	11.00- 13.30	S-N
Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Stadt/ Landkreis Kaisers- lautern	16.11.17	11.00- 12.30	Köstler/ Mann
Evaluationsworkshop Projektverantwortliche	Vallendar	23.11.17	ganz- tägig	S-N/ Köstler/ Mann

⁶⁸ Schulz-Nieswandt

Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Neuwied	27.11.17	10.00- 12.30	Köstler/ Mann
Evaluationsworkshop/ Projektgruppensitzung	Koblenz	30.11.17	10.00- 12.00	S-N/Köstler
Qualitatives Datamining	Köln	18.01.18	ganz- tägig	S-N/ Köstler/ Mann
Qualitatives Datamining	Köln	15.03.18	10.00- 12.00	Köstler/ Mann

Quelle: eigene Darstellung.

Die dichte Darlegung der Befundlandschaft und der Analyse erfolgt nun in Kapitel 5 und 6.

5. Fallübergreifende Analyse auf Basis der Evaluationsziele

Die in Kapitel 3 dargelegten Evaluationsziele werden im Folgenden auf der Grundlage des in den Evaluationsworkshops (vgl. Kapitel 4, Tabelle Datenerhebungsdesign) zusammengetragenen Materials diskutiert und analysiert. Dabei handelt es sich um von der UzK erhobene Daten von projekt-internen Stakeholdern. Es fließen ein:

- Die Fokus-Gruppen-Diskussion im Rahmen des Evaluationsworkshops mit den Projektverantwortlichen sowie die dort vorgestellten und evaluierten Selbstreports,
- die Fokus-Gruppen-Diskussion im Rahmen des Evaluationsworkshops mit den Beraterinnen sowie die dort diskutierten und einer Supervision unterzogenen Fallbeispiele (Fallvignettenanalysen),
- die Fokus-Gruppen-Diskussion im Rahmen des Evaluationsworkshops mit den Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte,
- die im Rahmen von sieben kommunalen Evaluationsworkshops durchgeführten Fokus-Gruppen mit den Vertreter*innen der Mitglieder der jeweiligen kommunalen Projektgruppensitzung.

Zur Sicherung der Anonymität folgt die Darlegung weitgehend einer fallübergreifenden Analyse.

5.1 Zugang zum Angebot und Nutzung des Angebots

Das Modellprojekt Gemeindegewest^{plus} richtet sich an Bürger*innen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI, die 80 Jahre und älter sind. Aus in den Diskussionen deutlich werdenden Gründen gingen die Modellkommunen hier aber flexiblere Wege. Zwar werden die besonderen Vulnerabilitäten gesehen und auch in der alltäglichen Arbeit aufgegriffen, aber insbesondere pflegepräventive Herausforderungen sprechen für eine kalendarisch früher ansetzende Intervention. Die ist ja vor dem gerontologischen Konsens zu verstehen, dass das kalendarische Alter keine gute Proxy-Variable zum Verstehen der Situation des Alter(n)s ist. Dazu ist die intra-, vor allem auch inter-individuelle Varianz zu hoch.

Das Modellprojekt ist ein pflegepräventiver, niederschwelliger Ansatz, bei dem die Bürger*innen selbsttätig die Beratungs- und

Interventionstätigkeit der Gemeindeschwestern^{plus} einfordern müssen. Deshalb war die Frage nach der öffentlichen Bekanntheit im lokalen/regionalen Resonanzraum von signifikanter Bedeutung. In dieser Hinsicht waren die sog. Gartenzauninterviews des DIP sehr ergiebig (vgl. Kapitel 6).

Der Ansatz des Modellprojekts ist bewusst niederschwellig konstruiert. In dem Sinne, dass die Beraterinnen dann einen Hausbesuch machen, wenn sich die Bürger*innen bei den Beraterinnen telefonisch (oder bei einer persönlichen Ansprache) melden und einen Hausbesuch zur Information über das Angebot und zur individuellen Beratung vereinbaren. Die Beraterinnen werden nicht ohne Anfrage der Bürger*innen tätig. Es handelt sich demnach um einen Ansatz, der konzeptionell auf der Werteorientierung der Selbstbestimmung im Kontext der Teilhabe hochaltriger Bürger*innen am Gemeinwesen beruht. Dies setzt voraus, dass das Angebot gerade in der Initiierungsphase in der Lokalität möglichst innerhalb eines kurzen Zeitraums einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht, damit der Nutzungsgrad der potenziellen Nachfrage folgen kann.

Zugang zum Angebot

Die Bekanntmachung des Modellprojekts erfolgte in der Startphase durch die Kommunen und wurde und wird fortlaufend von den Kommunen und den Beraterinnen öffentlichkeitswirksam verfolgt. Dabei obliegt den Beraterinnen bei der Bekanntmachung des Tätigkeitsfeldes der Gemeindeschwester^{plus} eine bedeutende Verantwortung in dem Sinne, dass den Beraterinnen bei der Umsetzung des Modellprojekts Mitgestaltungsdimensionen zugebilligt werden: Die Gemeindeschwestern^{plus} beraten im häuslichen Kontext, übernehmen Aufgabenbereiche der Fallsteuerung und leisten niederschwellige Netzwerkarbeit.

Zur Etablierung des Projekts Gemeindeschwester^{plus} haben die Beraterinnen in den Jahren der Projektlaufzeit verschiedenartige Informationspfade beschritten und unterschiedliche Netzwerke aufgebaut: Die Beraterinnen informieren über das Angebot im Rahmen von Veranstaltungen lokaler Akteure und Multiplikatoren (möglichst bei den Türöffnern der Region), wie Wohlfahrtsverbände, Ortsbürgermeister, Verbandsgemeindebürgermeister, kirchliche

Frauenhilfe, Seniorenbeiräte etc. Die Beraterinnen initiieren aber auch eigene Projekte: Zu nennen sind hier der Aufbau von ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen (meist in Kooperation mit Pflegestützpunkten), die Initiierung von Bewegungsprogrammen von Senioren wie Rollatorenspaziergänge (in Kooperation mit den Ortskrankenkassen), Projekte der Bürgerautonutzung, generationenverbindende Projekte zwischen Jungen und Alten, der Aufbau einer Taschengeldbörse (in Kooperation mit den Gemeinden), die Organisation von Seniorennachmittagen, Seniorenstammtischen etc.

Es handelt sich demnach einerseits um Ansätze, bei denen die Beraterinnen (lediglich) als externe Expertinnen informieren und andererseits um Ansätze, bei denen die Beraterinnen selbsttätig gründungsinitiativ agieren.

Gerade letztere Ansätze sind dann von hoher Qualität und zeigen Nachhaltigkeitsaspekte, wenn es gelingt, dass sich das Projekt bzw. die initiierte Gruppe auch ohne das ständige Begleiten der Beraterinnen weiterhin formiert. Hier werden allerdings besonders bei kleineren Projekten, die ohne Kooperationspartner gestaltet sind (z. B. im Fall von Seniorennachmittagen oder von Stammtischen), von gewissen Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis berichtet, so dass in der Regel das beständige Begleiten der initiierten Projekte erforderlich sein mag. Dies wiederum kann zu Zeitmanagementrestriktionen bei den Beraterinnen führen. Handelt es sich allerdings um Kooperationsprojekte (etwa mit Sportvereinen, Krankenkassen, Pflegestützpunkten etc.), so werden durchaus nachhaltige Effekte auch ohne beständige Präsenz der Beraterinnen berichtet. Daher werden insbesondere Kooperationsprojekten (also Gemeindegewest^{plus} mit lokalen Akteuren) translokale externe Effekte zugeschrieben werden können, denn hier entstehen Wirkungen bzw. Ergebnisse, die multiplikativ im kommunalen Raum Wirkungen zeigen: Der Bekanntheitsgrad von Gemeindegewest^{plus} steigt, Senior*innen, die noch nicht zur Zielgruppe gehören (weil die Altersgrenze noch nicht erreicht ist), werden achtsam auf pflegepräventive Aspekte und integrieren diese womöglich in ihre weitere Alltagsgestaltung.

In vielen Gemeinden der beteiligten Modellkommunen wird in der lokalen Presse (in Zeitungen, aber auch in Wochenblättern bzw. in Gemeindeblättern, die den Haushalten kostenfrei zugestellt werden,

deren Zustellung Bürger*innen allerdings mit dem Hinweis „keine Werbung“ unterbinden können) über das Angebot und die Arbeit von Gemeindegewestern^{plus} berichtet. Die Frequenz und Ausführlichkeit der Berichterstattung variiert von Gemeinde zu Gemeinde. Festzustellen ist, dass sich als besonders zielführend für die Erhöhung des Bekanntheitsgrads der Gemeindegewester^{plus} Berichte mit Fotos der Beraterinnen erwiesen haben. Wenn sich die Beraterinnen in der lokalen Presse mit Foto persönlich vorstellen, wird Vertrauen in das Projekt transportiert. Die Gemeindegewester^{plus} bekommt ein Gesicht und für die Bürger*innen sinkt die Schwelle der Kontaktaufnahme. Dies ist aus der Vertrauensforschung ein bekanntes Ergebnis.⁶⁹ Vertrauen auf der personalen Ebene ist im Gegensatz zu Vertrauen in Institutionen schneller aufgebaut, ist allerdings auch anfälliger für Vertrauensverluste. Somit wird es zur Aufgabe der Beraterinnen, den Vertrauensvorschluss beim Hausbesuch zu bestätigen (denn die Beraterinnen erhalten vom nachfragenden Haushalt mit der Tatsache, dass dieser bei der Beraterin anruft und um einen Hausbesuch bittet, einen Vertrauensvorschluss) und das Vertrauen im Gespräch und in der Beratung auf- und auszubauen. Denn Vertrauen hat hier zusätzlich zur Türöffnerfunktion auch noch die Funktion, dass von jemandem, dem vertraut wird, auch leichter Beratung angenommen wird.

Das hohe Maß an Vertrauen, das beim Modellprojekt mitschwingt, zeigen auch die Fallvignetten. Mehr noch: Den Beraterinnen wird neben Vertrauen auch Sach- und Beratungskompetenz zuerkannt, wenn z. B. die Beraterinnen es schaffen, die Betroffenen zum Umsetzen von Ratschlägen, die schon in ähnlicher Form von den Angehörigen erfolglos angesprochen wurden, zu motivieren. Die durch Empathie fundierte relative, fachprofessionelle Distanz der Beraterinnen ist oftmals wirksamer als die emotionale Nähe innerhalb von Familien oder Partnerschaften.⁷⁰

Es wirken sich demnach die aus anderen Forschungen bekannten salutogenetischen Faktoren⁷¹ aus. Schafft es die Gemeindegewester^{plus}

⁶⁹ Luhmann 1973.

⁷⁰ Das ist das psychodynamische Nähe-Distanz-Optimum auch in Betroffenen-Selbsthilfegruppen: vgl. Schulz-Nieswandt/Langenhörst 2015 sowie in Schulz-Nieswandt 2018b.

⁷¹ Antonovsky 1997.

Vertrauen bei der Beratung im häuslichen Kontext aufzubauen, dann wird das Ziel des Projekts Gemeindegeschwester^{plus} – pflegepräventiv zu arbeiten – leichter erreicht: Die Haushalte werden befähigt, ihre (vergessenen, verlorengegangenen) Kompetenzen (wieder) zu erkennen und zu (re)aktivieren. Die Ressourcensituation der Haushalte wird, eingebettet in die individuelle Lebenslage, gefördert.

Nutzung des Angebots

Die Fallvignetten aus den diskutierten und einer Supervision unterzogenen Fallbeispielen der Beraterinnen (Fallvignettenanalysen) zeigen vier thematische Beratungsfelder.

1) Unterstützungen im Rahmen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit:

Dies gilt a) bei Hilfebedürftigkeit: Hier sind darunter zu fassen allgemeine lebensweltliche Beratungen z. B. zu Hausnotruf, Beseitigung von Stolperfallen, Haltegriffe im Badezimmer, Handlauf im Treppenaufgang, aber auch Beratungen zu alternativen Wohnformen.

Dies gilt b) bei Unterstützungen: So liegt im Rahmen von Pflegebedürftigkeit ein Schwerpunkt bei Demenzerkrankungen des Partners/der Partnerin. Weiterhin sind dies Nachfragen wegen Pflege-, Hilfsmitteln und Sicherstellungen von Betreuung des Ehepartners während eines Reha-, Krankenhausaufenthalts des Partners/der Partnerin.

2) Sozialer Teilhabe:

Grundlage bildet im Allgemeinen eine Situation der Isoliertheit, oft (Allein-sein muss nicht zwingend Einsam-sein bedeuten, je nach persönlicher Souveränität) als Vereinsamung erlebt, aufgrund von Verwitwung, fehlenden Netzwerken, räumlicher Ferne der Kinder etc. Dabei wird von den besuchten Senior*innen entweder konkret ein Leidensdruck artikuliert oder von den Beraterinnen ein solcher erkannt.

Hier wird a) Mobilität gewünscht, z. B. Fahrdienste zum Arzt, aber auch z. B. b) Angebote der Geselligkeit (Stammtisch), die angeboten und vermittelt werden und auch c) Besuchsdienste von Ehrenamtlern werden angeregt.

3) Medizinische-pflegerische Anliegen:

Dabei handelt es sich um Fragen zu speziellen Erkrankungen wie Kreislauf-, Magen-Darm-, auch Krebserkrankungen. Ein Schwerpunkt liegt bei Unsicherheiten in Bezug auf Tabletteneinnahmen (Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen bei Wirkstoffen verschiedener, nicht selten Multi-Medikationen), auch werden Medikationen zur Schmerzlinderung erfragt und Fragen zu Inkontinenz gestellt.

4) Unterstützung bei diversen Anträgen:

Hierbei stehen oftmals Fragen zum Behindertenausweis, zum Behindertenparkausweis, zu Wohngeld, zu Pflegegrad etc. im Fokus.

Die Nutzung des Angebots hängt einerseits vom Bekanntheitsgrad, andererseits von den lokalen Strukturen ab. Berichtet wird von Kommunen, in denen die Beraterinnen zahlreiche Anfragen haben und ihr Zeitmanagement dementsprechend ausrichten müssen, da sie sonst nicht allen Anfragen gerecht werden können. Allerdings gibt es auch Standorte, in denen es nach der Projektanfangsphase zu einem Nachfragerückgang besonders bei neuen Fällen bzw. Klienten gekommen ist. Kommt es zu einem Nachfragerückgang, dann entstehen für die Beraterinnen Zeitressourcen, die in die Netzwerkarbeit eingebracht werden (sollten).

Meist wird von Folgebesuchen bei einem bereits bestehenden Klientenstamm berichtet. Falls es zu einem Rückgang von (neuen) Anfragen kommt, erweist es sich als zielführend, weiter an der Steigerung des Bekanntheitsgrads zu arbeiten, d. h., die Beraterinnen müssen die Öffentlichkeitsarbeit kontinuierlich ausführen und sogar intensivieren, um den Zielgruppenkreis weiter auszubauen und neue Haushalte hinzuzugewinnen. Das setzt voraus, dass die anderen lokalen, im Gemeinwesen für die Zielgruppe der älteren Bürger*innen tätigen Stakeholder mit Gemeindegewest^{plus} zusammenarbeiten. Dabei wiederum sind nicht selten Konkurrenzängste und spiegelbildliche Abgrenzungsbedürfnisse zu überwinden.

5.2 Zielgruppendefinition und -erreichbarkeit

Hier werden verschiedene Evaluationsdimensionen zu unterscheiden sein. Sie konnten je nach Ergiebigkeit der Datengenerierung unterschiedlich intensiv analysiert und beurteilt werden.

Zielgruppe 80 Jahre und älter

Die Definition der Zielgruppe der Arbeit der Gemeindegeschwester^{plus} wird in den Kommunen uniform mit Bürger*innen von 80 Jahren und älter, die noch keine Bedarfe nach der Definition von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI haben, festgelegt. Diese Zielgruppe wird auch in der Praxis erreicht. Allerdings berichten die Beraterinnen, dass vereinzelt auch Anfragen von jüngeren Bürger*innen (60 bis 79 Jährige) gestellt werden. Meist handelt es sich um Bürger*innen, die sich im fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung befinden oder die nach einem Eingriff in einem instabilen Gesundheitszustand aus dem Krankenhaus entlassen werden. Der Arbeitsprofilbeschreibung gemäß müssten die Beraterinnen Anfragen von jünger als 80 Jahre alten Bürger*innen ablehnen. In der Praxis verweigern die Gemeindegeschwester^{plus} die Beratung nicht. Teilweise wird versucht, sich auf eine telefonische Beratung zu beschränken. Wird allerdings dringender Interventionsbedarf deutlich, machen die Gemeindegeschwester^{plus} aus ethischen Erwägungen heraus auch bei Bürger*innen unter 80 Jahren Hausbesuche.

Auf der Grundlage oben beschriebener Beobachtungen wird in den Diskussionen im Rahmen der Evaluationsworkshops angeregt, die Altersgrenze für eine Intervention von Gemeindegeschwester^{plus} herabzusetzen; Vorschläge gehen bis auf 75 Jahre. Oder aber es sollte ein flexibler Alterskorridor eingerichtet werden derart, dass in der Altersgruppe der 70 bis 79 Jährigen fallbezogen bei Bedarf auch interveniert werden kann, die eigentliche Zielgruppe aber weiterhin Bürger*innen ab 80 Jahre darstellen.

Die besondere Vulnerabilität der Hochaltrigkeit, ein unstrittiger Befund in der Gerontologie, spricht für die Fokussierung auf Menschen über 80 Jahre; der Gedanke der Pflegeprävention legt eine flexiblere Sicht nahe. Man wird bedenken müssen, dass die Fokussierung auf die Phase vor dem begutachteten Eintritt der Pflegebedürftigkeit aus sozialrechtlichen Zuständigkeitserwägungen – letztendlich politisch – getroffen worden

ist. Das ist implementationspolitisch nachvollziehbar, aber in der Alltagswirklichkeit sind die Lebenslagen der Menschen ja gerade im Schnittbereich des sektoralisierten Leistungsrechtes der fragmentierten Kostenträger und der oftmals desintegrierten Angebotsstrukturen angesiedelt.⁷²

Erreichte soziale Schichten

Aussagen, ob Gemeindeschwester^{plus} alle sozialen Schichten in der Bevölkerung erreicht, können bejaht werden. Allerdings ist ein Bias bei den gutinformierten Mittelschichten zu beobachten, diese ist systematisch überrepräsentiert.

Das Projektprofil sieht vor, dass die Gemeindeschwester^{plus} nicht selbsttätig in Haushalten vorstellig werden darf. Die Bürger*innen müssen von sich aus aktiv werden, bei den Gemeindeschwestern^{plus} telefonisch anfragen und dann gegebenenfalls einen Termin für einen Hausbesuch der Gemeindeschwester^{plus} vereinbaren. Dies bedingt, dass gut informierte, ihre Rechte kennenden Bürger*innen das Angebot eher einfordern. Was erklärt, dass die Mittelschichten in der Tendenz proportional stärker vertreten sind, im Gegensatz zu Angehörigen schwächerer sozialer Schichten. Allerdings berichten die Beraterinnen, dass gerade in ländlichen Regionen schwächere soziale Schichten erreicht werden. Dies ist durchaus als besonderes Alleinstellungsmerkmal des Modellprojekts hervorzuheben. Da es sich zeigt, dass Bürger*innen, die eh schon besser vernetzt sind, das Angebot eher wahrnehmen und annehmen, repliziert sich hier die aus vielen anderen lokalen Projekten⁷³ bekannte Beobachtung, dass isolierte und netzwerkschwache Bürger*innen vom Angebot Gemeindeschwester^{plus} schwer erreicht werden. Dies – der sog. Matthäus-Effekt⁷⁴ – ist ein Befund, der aus der allgemeinen Forschung zur sozialen Ungleichheit⁷⁵ im System sozialer Dienstleistungen Evidenz hat. Dabei sind angebots- wie auch nachfrageseitige Faktoren bedeutsam. Hier sind daher auch selbst-selektive Verhaltensmuster wirksam: Die Zielgruppe grenzt sich selbst von der Nutzung infolge inkorporierter Barrieren aus. So kommt

⁷² Vgl. Schulz-Nieswandt 2016.

⁷³ Z. B. zu Seniorengenossenschaften: Schulz-Nieswandt/Köstler 2017; Köstler 2017; Schulz-Nieswandt 2017.

⁷⁴ Zuckermann 2010.

⁷⁵ Künemund/Schroeter 2008.

es zu Unterversorgungslagen. Und es stellt sich die Frage, wie die Gemeindegewest^{plus} zielgerichtet im stärkeren AusmaÙe die isolierten und netzwerkschwachen BÙrger*innen noch besser als bislang erreichen kann.

Zum Teil spielen hier auch Gender-Effekte hinein. Ein vielfach genanntes Beispiel ist die innere, mentale Barriere von MÙnnern, sich mit der MÙglichkeit der Rollatornutzung anzufreunden. Scheinbar spielen hier Scham und mÙnnliche SelbstbildkrÙnkungen eine Rolle.

Vereinsamung und Verwahrlosung

Wenn das Modellprojekt Gemeindegewest^{plus} zum Ziel hat, die LebensqualitÙt im hÙuslichen Umfeld aufrecht zu erhalten, damit es nicht zu Vereinsamung und Verwahrlosung (oder umkehrt) kommt (neben NetzwerkschwÙche oder Netzwerklosigkeit sind Vereinsamung und Verwahrlosung in privater HÙuslichkeit bedeutende Risikofaktoren fÙr die Ùbersiedlung in stationÙre Wohnformen), liegt die Limitierung auf der Tatsache, dass die Haushalte selbsttÙtig den Beratungsbesuch der Gemeindegewest^{plus} einfordern mÙssen. Das heiÙt u. U. im Umkehrschluss, dass diejenigen hochaltrigen BÙrger*innen, die isoliert, einsam und ohne eigene Kontaktinitiative oder ohne AngehÙrige/Nachbarn, die fÙr sie tÙtig werden kÙnnen, leben, durch die Gemeindegewest^{plus} nicht erreicht werden. Auch dieser Befund ist aus anderen Forschungen bekannt⁷⁶. Mangels Datenmaterial kann hier jedoch leider nur wenig ùber den Zielerreichungsgrad bei isoliert lebenden Senior*innen von Gemeindegewest^{plus} ausgesagt werden.

Der Themenkreis Isolierung und Vereinsamung im Alter aufgrund von wegbrechenden Netzwerken und geringen finanziellen MÙglichkeiten ist, wie oben angefÙhrt, ein zentrales Interventionsfeld bei der Arbeit der Gemeindegewest^{plus}, dessen Umsetzung als zielfÙhrend und nachhaltig erfolgreich bezeichnet werden kann.

An dieser Stelle sollen exemplarisch zwei Fallbeispiele genannt werden, die sich dadurch auszeichnen, dass ein kleiner Impuls nahezu eine ganze Lebenssituation (weg aus der Vereinsamung hin zur Teilhabe) verÙndern kann: Ein Witwer, der aufgrund wegbrechender Netzwerke

⁷⁶ Zum Beispiel im Fall von Seniorengewestenschaften: KÙstler 2018; KÙstler/Schulz-Nieswandt 2010.

und verlorener Partnerschaft nicht selbsttätig Auswege aus der entstandenen isolierten Lage findet und daher droht, in einer depressiven passiven Lebenslage zu erstarren, erhält von der Beraterin den Impuls und die Umsetzungswerkzeuge, eine Kontaktanzeige per Chiffre aufzugeben. Diese ist erfolgreich und der zuvor isoliert lebende, trauernde Mann erhält neuen Lebensmut, schafft es wieder, sich seiner Kompetenzen zu erinnern und aktiv seine Lebenslage zu gestalten.

Hier kristallisiert sich durchaus am Beispiel die präventive Logik der Hilfe heraus: Gerade eine depressive Grundgestimmtheit kann zu einer Stagnation in der weiteren Selbstaktualisierung⁷⁷ führen und einen Erosionsprozess der Person in seelischer, geistiger und körperlicher Hinsicht auslösen. Das depressiv geprägte Zeiterleben⁷⁸ äußert sich ja nicht nur in einer möglichen bilanzierenden Abwertung der Vergangenheit, sondern auch und gerade darin, dass aus einer sinnlos empfundenen Gegenwart – aus der Existenzanalytik von Viktor E. Frankl⁷⁹ argumentierend – keine Zukunftserwartung mehr generiert wird. Auch hier ist der Prozess der Aktualgenese ein transaktionaler Vorgang als Wechselwirkung von Person und Umwelt: Die Umwelt muss anregender Art sein, um ein weiteres Wachsen und Werden der Person auch noch im höheren Alter zu ermöglichen, aber die Person muss diesbezüglich auch weltoffen sein. Es ist in solchen Lebenslagen wichtig, den Hebel umzulegen und die weitere Entwicklung der Person teilhabeorientiert zu fördern. So können, die Suizidgefahr⁸⁰ ansprechend, mögliche präsuizidale Syndrome (Ringel 1953) eingekapselt werden. Und es wird überaus deutlich, welche Rolle die Schaffung des Zugangs zur produktiven Trauerarbeit⁸¹ in der Alltagshilfe hat. Gerade im Themenkreis von Sterben und Tod macht die Caring Community-Idee signifikant deutlich, dass es nicht immer nur um das Sterben-Können des Sterbenden geht, sondern: Der Tod ist eine

⁷⁷ Dazu Kruse 2017.

⁷⁸ Wir rekurren hier auf die Forschungsbefunde der älteren daseinsanthropologischen Psychiatrie des „Wengener Kreises“ (Binswanger, von Gebattel, Minkowski, Straus) sowie der neueren Generation (Zutt, Tellenbach, Blankenburg).

⁷⁹ Frankl 2015.

⁸⁰ Macho 2017.

⁸¹ Meyer u. a. 2016; Brathuhn/Schnegg/Müller 2018. Kulturwissenschaftlich: Sörries 2012.

Herausforderung und daseinsthematische⁸² Entwicklungsaufgabe der Hinterbliebenen.

Dieses Beispiel macht in aller Deutlichkeit verständlich, worum es in dem Modellprojekt auch geht: Jenseits der Indikationen von ICD und der Diagnostik von ICF geht es um die Bewältigung von Daseinsthemen, an denen das sozial isolierte Subjekt scheitern kann.

Oder ein anderes Fallbeispiel: Eine isoliert lebende Witwe hat sich in eine depressive Stimmungslage eingelebt, die es erschwert, dass die Witwe ihre notwendigen Medikamente regelmäßig einnimmt. Die Gemeindegeschwester^{plus} schafft es, die Witwe zum Besuch eines wöchentlichen Seniorennachmittags zu motivieren. Die Witwe findet neue Kontakte, die ihr den notwendigen Lebensmut – einen „Mut zum Sein“ (Paul Tillich⁸³) – zurückgeben, sie wird aktiver, sie kann wieder ihren Tagesablauf strukturieren, nimmt ihre Medikamente regelmäßig ein.

Diese beiden Fallbeispiele zeigen deutlich die pflegepräventive Dimension von Gemeindegeschwester^{plus}.

Was das Thema der privat-häuslichen Verwahrlosung betrifft, wurde von vereinzelt Fällen berichtet, in denen Gemeindegeschwester^{plus} als Koordinator für die Intervention des sozialpsychiatrischen Dienstes der Gesundheitsämter vor Ort fungiert.

*Migrant*innen*

Die Modellkommunen haben die Erreichbarkeit von Bürger*innen mit Migrationsbiographie beim Modellprojekt Gemeindegeschwester^{plus} als Zielvorgabe gestellt. In der Praxis werden Migrant*innen nur vereinzelt erreicht. Das Konstrukt „Migrationshintergrund“ ist allerdings auch ein weites Feld. Migrationsbiographien sind nicht automatisch und deterministisch Kontexte gravierender Vulnerabilität. Sonst würde eine Gerontologie, die das Defizitmodell des Alterns verwirft, quasi (dekonstruierend formuliert) neo-kolonial ein Defizitmodell des *homo*

⁸² Gemeint ist die daseinsthematische gerontologische Perspektive der Heidelberger Schule von Andreas Kruse (hier die Studien von Sonja Ehret), basierend auf den Grundlagen von Hans Thomae.

⁸³ Tillich 2015.

migratus praktizieren. Doch ist umgekehrt die Aufgabe nicht zu verharmlosen.

Die Beobachtungen zeigen Unterschiede: Bürger*innen mit Migrationshintergrund, die sich vor Ort schon gut vernetzt haben, werden erreicht, während im städtischen Bereich Migrant*innengruppen, die sich dort in Siedlungsstrukturen in spezifischer Weise gruppieren und vor diesem Hintergrund kaum Außenkontakte zu anderen Nationalitäten oder deutschen Bürger*innen haben, von Gemeindegeschwester^{plus} nicht erreicht werden. Hier wiederholen sich die Befunde der Segregation von Migrant*innen, die besonders in städtischen Bereichen konstatiert werden.⁸⁴

5.3 Qualifikation und Aufgabenfelder

Dem Fragenkatalog, welche berufliche Qualifikation die Beraterinnen brauchen, damit das Modellprogramm Gemeindegeschwester^{plus} zielgerichtet und nachhaltig interveniert, lässt sich über die Fallvignetten nähern.

Es sei vorweggenommen: Die Interventionsrahmung zeigt ein erforderliches Kompetenzenmix aus pflegerischen und sozialarbeiterischen Berufsbildern, darin eingelassen auch eine hohe Kompetenz zur selbst-kontrollierten, also auf das Selbstmanagement von Nähe und Distanz abstellenden Empathie. Ob nun eine in Sozialarbeit weitergeschulte Pflegefachkraft oder eine/ein in der Pflege thematik weitergebildete/r Sozialarbeiter/in das Rollenprofil beschreibt, ist in einigen Tätigkeitsfeldern eher als randständig einzuschätzen. Im pflegediagnostisch fundierten präventiven Hausbesuch muss aber die Pflegefachkraftqualifikation vorgehalten werden. Trotz der zentralen Bedeutung der Pflegeprävention im Kontext des Hausbesuches muss jedoch nochmals daran erinnert werden, dass die Gemeindegeschwester^{plus} ein Tätigkeitsprofil praktizieren soll, das über diesen zentralen Punkt hinausgeht.

Andere relevante Aspekte hängen weniger mit spezifischen professionellen Qualifikationen zusammen. Als bedeutend hat sich erwiesen, dass die Beraterinnen eine gewisse Altersnähe zu der zu beratenden Zielgruppe aufweisen. Dies baut Distanz ab und lässt

⁸⁴ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2008; 2013; Heckmann 2015.

Generationenbilder sich begegnen, in dem Sinne, dass sich der ältere Mensch mehr sagen lässt von Personen, die altersmäßig etwas näher positioniert sind.

Als weitere Komponenten sind Berufserfahrung, Wohnortnähe bzw. Wohnortvertrautheit erfolgsfördernd. Die derzeit in das Projekt eingebundenen Beraterinnen sind in der Regel im dritten/vierten Viertel ihrer Berufsbiographie, was sie durch ein hohes Maß an beruflicher Erfahrung auszeichnet. Außerdem zeigten die Diskussionen in den Workshops, dass Beraterinnen, die in der Modellregion schon bekannt waren, da sie dort aufgewachsen sind und vielleicht schon im vorherigen Berufsleben dort in der Altenbetreuung präsent waren, es leichter hatten, Kontakte zu den Senior*innen sowie zu den anderen Akteuren vor Ort zu erhalten.

5.4 Kooperation mit anderen Anbietern vor Ort

Auch hier sind verschiedene Teildimensionen der Evaluation zu differenzieren. Und sie können je nach Ergiebigkeit der Datengenerierung unterschiedlich klärend analysiert und folglich beurteilt werden.

Schnittstellen zwischen Gemeindeschwester^{plus} und Pflegestützpunkten

Mit dem pflegepräventiven Ansatz ist die Gemeindeschwester^{plus} auf das vorpflegerische Interventionsfeld gerichtet. Dies schafft eine Schnittstelle zur Arbeit der Pflegestützpunkte, die bei Vorliegen der Pflegebedürftigkeit beraten und fallsteuernd intervenieren sollen. Nach der Definition der Aufgabenzuteilung gibt es in der Theorie der vereinbarten Modellkonstruktion eine klare Grenzlinie: Alles, was in den vorpflegerischen Bereich gehört (also nicht SGB XI betrifft), obliegt der Beratung, Fallsteuerung und Vernetzungsarbeit der Gemeindeschwester^{plus}. Alles, was in pflegerische Aufgabenbereiche fällt (also in SGB XI), dafür sind die Pflegestützpunkte zuständig. Laut § 7c (2) SGB XI sind die Aufgaben der Pflegestützpunkte: umfassende Beratung, Fallsteuerung im Sinne der Koordinierung der wohnortnahen Versorgung und die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Die Grenzen zum SGB V und auch zu kommunalen Aufgaben werden hier explizit überschritten. Dies wird später bei Fragen einer notwendigen

Mischfinanzierung erweiterter Geschäftsmodelle der Pflegestützpunkte (*Pflegestützpunkte^{plus}*) relevant.

Was in der Theorie klar im Sinne von plausibel ist, zeigte gerade zum Beginn – also in der Einpflanzungsphase des Projektgründungsmanagements – der Projektlaufzeit von Gemeindegeschwester^{plus} in der praktischen Umsetzung (oftmals) durchaus konflikträchtige Schnittstellenprobleme.

Die Gründe für die Probleme sind aspektreich und mehrdimensional: Bei den Pflegestützpunkten gibt es Personal, dem die gegenseitigen Aufgabenbereiche nicht trennscharf klar sind (waren) bzw. das über das Aufgabenfeld der Gemeindegeschwester^{plus} nicht detailliert Kenntnisse hat(te). Weiterhin gibt (gab) es Personal, das in der Arbeit der Gemeindegeschwester^{plus} eine (systemisch und psychodynamisch gesehen) beängstigende bzw. kränkende Konkurrenz sieht, i. d. S., dass hier ein weiterer Anbieter (Profession) in den Aufgabenbereich der Pflegestützpunkte eindringt, Unruhe stiftet und/oder sogar Nachfrage absorbiert. Und dann gibt es Personal, das aus einem über die Arbeit fundierten Habitus heraus, die Arbeit und Qualifikation der Gemeindegeschwester^{plus} als randständig (im Gegensatz zur eigenen beruflich höheren Qualifizierung) ansieht. Auch gibt es Personal, das es als Einmischung erlebt, wenn Beraterinnen weiterhin Kontakt zum besuchten Haushalt halten, wenn der Senior/die Seniorin schon Leistungen der Pflegeversicherung erhält.

Zum Teil lag diese Spannung begründet in einer defizitären Kommunikation im Gründungsmanagement des Modells. Das Personal der Pflegestützpunkte war nicht immer optimal auf die Situationsveränderung vorbereitet worden. Das verweist auf Führungsprobleme.

Es zeigt sich aber unabhängig von solchen Problemen des optimalen Starts, dass auf personengebundener Ebene viele Missverständnisse behoben werden können, wenn die Akteure ganzheitlich-integrierte Lösungen zum Wohle der Senior*innen anstreben. Das ist offensichtlich eine Handlungsfrage, an der – aufgrund habitueller Tiefenverankerungen aber oftmals nur aufwendig – gearbeitet werden kann.

Diese Schnittstellenprobleme werden durch die Neuausrichtung der Gesetzlichen Pflegeversicherung, die zum 1. Januar 2017 den

Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 SGB XI neu definiert und in § 15 SGB XI die Überführung der Pflegestufen in fünf Pflegegrade einleitete, verstärkt. Insbesondere die Einführung des Pflegegrades 1 schafft Abgrenzungsprobleme der Arbeitsfelder von Gemeindegeschwester^{plus} und Pflegestützpunkt. Mit dem neuen Pflegegrad 1 genehmigen Pflegekassen körperlich und geistig noch recht beweglichen, geringfügig hilfsbedürftigen Versicherten Pflege- und Betreuungsleistungen, wenn per Gutachten eine „geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ festgestellt wird. Denn § 14 Abs. 3 SGB XI beschreibt⁸⁵, dass Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, berücksichtigt werden. Genau an dieser Stelle ist ein Überschneidungskorridor zwischen dem Arbeitsfeld von Gemeindegeschwester^{plus} und Pflegestützpunkt entstanden. Wie oben dargelegt: Die Kooperation gelingt, wenn die Mitarbeiter*innen von Gemeindegeschwester^{plus} und Pflegestützpunkten auf persönlicher Ebene zusammenarbeiten und ganzheitlich-integrierte Lösungen zum Ziel haben.

Insgesamt ist die Profilfrage der Gemeindegeschwester^{plus} und die damit verknüpfte kontroverse Debatte über die Qualifikationserfordernisse herausgefordert durch neuere Entwicklungen nicht nur im SGB XI, jenseits von Medizin und körperzentrierter Behandlungspflege alltagsbezogene Hilfen zur teilhabenden Selbstbestimmung zu stärken. Darauf ist insbesondere am Ende des Berichts im Kontext von Schlussfolgerungen und sozialrechtlich fundierten sozialpolitischen Empfehlungen zurückzukommen.

Auf einem abstrakten Niveau der Betrachtung liegen – zunächst – eindeutige Redundanzen im Tätigkeitsprofil zwischen den gesetzlich normierten Pflegestützpunkten einerseits und den Gemeindegeschwester^{plus} andererseits vor. Bleibt man in diesem Deutungsraum des Zunächst, so wird deutlich, dass beide Akteursgruppen Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkarbeit betreiben sollen. Und dies auch nicht nur SGB XI-zentriert, sondern daseinsthematisch und somit sozialleistungsrechtlich breiter orientiert.

⁸⁵ Vgl. in Kraemer/Plantholz 2018, S. 304 ff.

Aber die Personalkapazitäten der Pflegestützpunkte reichen hier in der Regel, d. h. dort, wo Pflegestützpunkte sozialraumorientiert gut verankert sind und ihre Arbeit breit entfalten (was nicht immer und überall der Fall ist), nicht aus. Die Gemeindegewestern^{plus} sind als personelle Ressourcen daher – im Verlauf der Projektwachstumsgeschichte – zunehmend gerne gesehen. Verlässt man diesen argumentativen Zunächst-Raum aber, so wird deutlich, dass es doch Profildifferentiale gibt. Es gibt

- Aktivierungstätigkeiten, die wissenschaftlich ihre Evidenz aus der transaktionalen Theorie der Aktualgenese in Hinsicht auf die Aktivierung der salutogenetischen Selbstaktualisierungen der älteren Menschen⁸⁶ schöpfen und die nicht als Kernfeld der Pflegestützpunkte gesehen werden. Auch
- spezielle pflegediagnostische Kompetenzen wurden (sozial lernend) zunehmend authentisch anerkannt. Ferner wurden
- daseinsthematische Ergänzungen deutlich: Die Hilfe zur Bewältigung der oben bereits angesprochenen Isolations- und Einsamkeitsprobleme wurde z. B. als ein Interventionsfeld der Gemeindegewestern^{plus} erkannt, das nicht als Kernaufgabenfeld der Pflegestützpunkte betrachtet werden kann.

Die Redundanzthese hat also zweierlei Dimensionen:

- Ja, es gibt Redundanzen, aber sie sind bedarfsdeckend und nicht substitutiv (so dass sich auch anfängliche Konkurrenzängste [siehe weiter oben] abbauen konnten);
- Nein, sondern sie sind eher ergänzend, additiv, komplementär wirkend.

Kooperation mit anderen lokalen Akteuren

Die Kooperation mit den lokalen Akteuren setzt voraus, dass das Projekt der Gemeindegewester^{plus} auf der Ebene der lokalen Anbieter bekannt ist und die Akteure auch eine lebensweltlich korrekte und konkrete Vorstellung davon haben, wie die Interventionsrahmungen, die

⁸⁶ Kruse 2017; Generali Zukunftsfonds 2014.

Aufgabenpalette und die Aufgabenumsetzung in der Praxis von Gemeindegewest^{plus} ablaufen.

Davon, dass die Existenz des Projekts bei den lokalen Akteuren bekannt ist, kann (siehe weiter oben) ausgegangen werden, denn die Kommunen und die Beraterinnen bewerben erfolgreich das Projekt. Die Kooperation gelingt dann, wenn andere lokale, im Gemeinwesen für die Zielgruppe der älteren Bürger*innen tätigen Stakeholder mit Gemeindegewest^{plus} zusammenarbeiten und auch – funktional eine Handlungsfrage – zusammenarbeiten wollen. Die Betonung liegt auf ‚wollen‘. Denn sonst wäre der Satz eine Tautologie: Kooperation findet statt, wenn kooperiert wird. In diesem Zusammenhang wird von Barrieren nicht nur der Kommunikation, sondern auch der Akzeptanz des Projekts Gemeindegewest^{plus} berichtet. Dabei scheint das Gelingen einer konstruktiven Zusammenarbeit sehr stark personenzentriert bedingt bzw. verankert zu sein. Habitushermeneutische Hypothesen⁸⁷ liegen nahe. Anders formuliert: Theorie hin oder her: In der Praxis ist der subjektive Faktor und die von ihm bestimmte Passungschemie im sozialen Feld der Interaktionen von konstitutiver, ja transzendentaler Bedeutung mit Blick auf die Ermöglichung und Erwirkung positiver Ergebnisse. Hier zeigt sich das Feld äußerst heterogen: Es gibt Bürgermeister, Gemeinderäte, Pfarrer, Seniorenvertreter, Ärzte, (die Pflegestützpunkte wurden [als unmittelbar projektendogene Akteure] weiter oben diskutiert) etc., die dem Projekt Gemeindegewest^{plus} offen gegenüberstehen, ohne Misstrauen das Neue an diesem Projekt annehmen, in ihre Gemeindegewest^{plus} integrieren und zur Zusammenarbeit bereit sind. Und es gibt eben auch die Fraktion der Zauderer, Abgrenzer und Konkurrenz-Sehenden. Diese Haltungen sind oftmals psychodynamisch dechiffrierbar als Probleme von Angst und Unsicherheit, Kränkung und pfadabhängiger politischer Haltung, fehlender (in diesem Sinne: unprofessioneller) Meta-Reflexion u. a. m.⁸⁸

Bei den letzteren Haltungstypen können folgende Dimensionen beobachtet werden: Der oben bei den Pflegestützpunkten beschriebene destruktive Habitus baut Konkurrenzsichtweisen auf und führt zu

⁸⁷ Sander 2014.

⁸⁸ Schulz-Nieswandt 2015.

bewusster Abgrenzung, die sich in der blickverengenden Verweigerung von konstruktiver Zusammenarbeit äußert. Der lokale Stakeholder sieht in dem Modell der Gemeindegeschwester^{plus} einen Konkurrenten, dessen Anwesenheit zu Nachfrageverschiebungen im Handlungssegment führen könnte. Und offensichtlich wird zum Teil ein Angebotsüberschuss befürchtet. Nach dem Thomas-Theorem⁸⁹ in der Soziologie sind solche Haltungen gerade auch dann ernst zu nehmen, wenn sie empirisch falsch sind: Weil das Verhalten, das aus diesen Sichtweisen resultiert, objektiv wirksam ist.

Allerdings spricht nicht nur die demografische Entwicklung in ihren versorgungsepidemiologischen Korrelaten gegen derartige Befürchtungen eines Überangebots an lokalen Anbietern für die Unterstützung von älteren Mitbürger*innen.

Andererseits sind auch mangelhafte oder verzerrte Informationen über die Aufgabengebiete und die Aufgabenumsetzung in der Praxis der Gemeindegeschwester^{plus} möglich. Dies gilt auch für die Erwartungsperspektiven der Nutzer*innen. Was ist gemeint?

Es gibt auch falsche (verzerrte) Erwartungsbildungen von Nutzer*innen, die mit dem Namen der Gemeindegeschwester^{plus} reale Behandlungspflegeleistungen und verwandte Leistungen, lebensgeschichtlich erinnernd eventuell durch Assoziationen mit älteren kirchlichen Erfahrungen mit Schwestern in der Gemeinde, also konkrete körperzentrierte Sorgearbeit kognitiv mit den Beraterinnen verknüpfen, die hier in der Tat eben nicht gemeint sind. Dazu war in den konkreten Fällen Aufklärungsarbeit zu leisten, um die Frustrationen positiv bahnend zu kontrollieren.

Das Modell musste also nicht nur bekannt werden. Es musste auch richtig verstanden werden. So sollte daher die Gemeindegeschwester^{plus} weiter von den Kommunen und den Beraterinnen transparent in die Öffentlichkeit transportiert werden; auch der Zeitfaktor (ein Projekt braucht einen bestimmten Zeitraum, um sich in den Köpfen zu etablieren) spricht hier für eine Erhöhung der Kooperationen in der Zukunft.

⁸⁹ Merton 1995.

Anzumerken ist, dass Kooperation besonders gut gelingt, wenn die Beraterinnen persönlich den lokalen Akteuren bekannt sind (das Phänomen wurde schon weiter oben im Zusammenhang mit der Vertrauensdimension bei der Präsenz von Gemeindegeschwester^{plus} in den lokalen Medien angesprochen). Gerade in ländlichen Gebieten hat es sich von großem Vorteil erwiesen, wenn die Beraterinnen persönlich bekannt sind; eben in der Gemeinde aufgewachsen und beruflich über Jahrzehnte (zumindest über längere Zeit) dort im pflegerischen Berufsfeld tätig waren. Und zwar so, dass ein aufgeschlossener kontaktfreudiger Habitus der Gemeindegeschwester^{plus} zusammen mit der kulturellen Deutungspraktik „man kennt sich“ sodann kurze Wege zu den lokal tätigen Ärzten, Pflegediensten, Seniorengruppen, Ehrenamtsgruppen etc. öffnen.

5.5 Trägerschaft

Diese Evaluationsdimension fiel extrem uneinheitlich aus. Einerseits überrascht dies nicht: Diese Fragestellung ist politisch sehr kontrovers besetzt. Einerseits. Andererseits gab es klare Positionen, sofern man die Ambivalenz als klare Deutung akzeptiert. Wahrscheinlich war die hochgradige Ambivalenz in den Antwortmustern verknüpft mit der Problematik, dass potenzielle Imaginationslösungen auf der einen Seite mit realistischen Chancen vermengt wurden und auf der anderen Seite eben immer wieder auseinandergehalten werden mussten. In manchen Äußerungen war eine kollektiv durchaus dominante Idee der grundsätzlichen Aufhängung der Gemeindegeschwester^{plus} an der jeweiligen Kommune deutlich präferiert. Sehr schnell wurde aber auch die realistische Sicht der Anknüpfung an die gegebenen, eben historisch gewachsenen institutionellen Vorgabestrukturen erkannt. Tendenziell wurde deutlich: Erwünscht sind keine Nebenstrukturen kommunal verankerter Gemeindegeschwester^{plus}, sondern Vermischung mit den gegebenen Pflegestützpunkten.

Nur sehr abstrakt gesehen könnte die wissenschaftliche Expertise auf die geschichtliche Chance zur Neuordnung der Pflegestützpunkte unter integrativem Einbezug der Gemeindegeschwester^{plus} plädieren. Insofern dies aber konkret-geschichtlich unwahrscheinlich ist, bleibt nur die Option, die Pflegestützpunkte – dies allerdings authentisch – um die das Geschäftsmodell verändernde bzw. erweiternde Einbeziehung der

Gemeineschwester^{plus}-Ressourcen bei gegebenen trägerschaftlichen Aufhängungslösungen abzurunden.

5.6 Wirksamkeit, Erfolg und Nachhaltigkeit des Ansatzes Gemeineschwester^{plus}

Das Angebot der Gemeineschwester^{plus} hat die Zielsetzung, pflegepräventiv im häuslichen Kontext bei der Gruppe der hochaltrigen Bürger*innen ab 80 Jahren zu intervenieren. Eine fundierte Analyse auf der Grundlage methodisch kontrollierter Outcome-Messungen kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Dies können das Design und seine Budgetrestriktionen nicht hergeben.

In Kapitel 7 werden einige handlungsrelevante Perspektiven skizziert. Im Folgenden werden daher zunächst nochmals Funktionen des Ansatzes Gemeineschwester^{plus} dargelegt, die auf Wirksamkeit, Erfolg und Nachhaltigkeit von Gemeineschwester^{plus} innerhalb dieses herausgestellten Restriktionsrahmens hinweisen.

Die skizzierten Interventionsrahmungen des Modellprojekts Gemeineschwester^{plus} zielen auf die Prävention. Genauer: Bei der Zielgruppe 80 Jahre und älter ohne Pflegebedarfe laut SGB XI soll pflegepräventiv interveniert werden. Somit folgt die Gemeineschwester^{plus} den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (gemäß § 20e Abs. 3 SGB V⁹⁰), verabschiedet am 19. Februar 2016, indem deutlich wird, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Dort (S. 26) wird formuliert: "Gesundes Altern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe insbesondere für die Ressorts Bau-/ Umwelt, Gesundheit, Soziales und Senioren. Mit den Menschen gemeinsam muss überlegt werden, wie sie alt werden wollen, was sie selbst in den Prozess einbringen können und wo sie Hilfe und Unterstützung erwarten. Die Beeinflussung gesunder Lebensverhältnisse mit Angeboten der Stärkung der Verantwortung für die eigene Gesundheit ist eine Herausforderung für die Koordinierung der Maßnahmen der unterschiedlichen Verantwortungsträger. Vorhandene Strukturen sollten genutzt und vorhandene Angebote miteinander koordiniert und verzahnt werden."

⁹⁰ Vgl. in Becker/Kingreen/Axer 2017, S. 197 ff.

Zusätzlich wird auf § 20 SGB V *Primäre Prävention und Gesundheitsförderung* zu verweisen sein, lautet es dort doch: „(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“

Primäre Prävention bedeutet demnach eine Fokussierung auf Faktoren, welche die Gesundheit schädigen können. Es geht hier einerseits auch um Verhaltensprävention, in dem Sinne um Maßnahmen, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Beteiligten haben, also um salutogenetische Gesundheitsförderung. Aber andererseits bleiben solche Maßnahmen eingebettet in die Erreichbarkeit der Menschen, und dies verweist auf lokale Strukturen der Implementation dieser Förderung. Die *health literacy*-Idee⁹¹ darf nicht individualisiert werden. Der generische Lebensweltbegriff (§ 20a [1] SGB V) verweist⁹² auf die Kontexte der kulturellen Einbettung der Lebensstile und der Verhaltensmuster. Damit ist der Bezug zur Verhältnisprävention gegeben.

Wenn die Beraterinnen den Allgemeinzustand der besuchten Senior*innen erfassen und beurteilen, mit den Senior*innen über deren soziale Situation und Erkrankungen beratend sprechen, werden Gefährdungspotentiale erkannt und verhindert. In diesem Sinne wird hier präventive Arbeit angesichts der besonderen Vulnerabilität in der Hochaltrigkeit geleistet.

Nachfolgend wird die Arbeit der Gemeindeschwester^{plus} nach Funktionen sowie dem Potential der Prävention vertieft skizziert. Dabei wird sich die Analyse und Beurteilung an den Analysen der Fallvignetten orientieren.

⁹¹ Schaeffer/Pelikan 2016.

⁹² Vgl. auch in Hänlein/Schuler 2016, S. 206.

Präventionsmanagement der Beraterinnen

Bei der überwiegenden Anzahl an Besuchen leisten die Beraterinnen primäre und/oder tertiäre Prävention.⁹³ Oft wird zusätzlich aber auch das Eintreten von psychischer Komorbidität verhindert oder eine vorhandene psychische Komorbidität verringert.

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Interventionssituationen der Beraterinnen liegt der Schwerpunkt neben dem Informationsmanagement auf Hilfen bzw. Begleitung bei der Krankenhausentlassung und dem Gesellungsmanagement. So werden hilfreiche Netzwerke (im Sinne der Epidemiologie des social support) für den Betroffenen aufgebaut.

Informationsmanagement

Die Arbeit der Gemeindegeschwester^{plus} besteht an erster Stelle aus Beratung und Information, aber sodann auch, mit Blick auf Fallsteuerungen organisch damit verbunden, in netzwerkbildender Alltagsbegleitung.

Konkret bedeutet dies:

Über einen eventuellen Hausnotruf zu informieren und Angebote einzuholen, einen Medikamentenzettel anzulegen, ein quasi-psychotherapeutisches Gespräch über ein konkretes Problem zu führen, Informationen über Seniorenheime vor Ort zu geben, die Arbeit des Pflegedienstes zu erläutern, Kontakt zum Pflegedienst herzustellen, damit Pflegegeld beantragt werden kann, den Badumbau zu organisieren, Haushaltshilfen zu organisieren, einen Essensdienst zu bestellen.

Gesellungsmanagement

Zentral sind solche Aufgabenbereiche der Gemeindegeschwester^{plus}, die unter dem Begriff Gesellungsmanagement zu fassen sind. Es geht darum, Netzwerke für den Betroffenen zu aktivieren und/oder aufzubauen:

Sei es den Kontakt zur Nachbarschaft zu mobilisieren, damit der Senior nicht so isoliert lebt. Oder es wird zur Teilnahme an Senioren- und

⁹³ Vgl. in Becker/Kingreen/Axer 2017, S. 178 f.

Bewegungstreffs motiviert. Der Besuchsdienst von Ehrenamtlichen vor Ort wird aktiviert.

All diese Kontaktvernetzungen wirken der Vereinsamung entgegen, haben zum Ziel, bei den älteren Menschen Kompetenzen zu aktivieren und deren Teilhabe am Gemeinwesen zu ermöglichen.

Vernetzungsmanagement

Weiterhin besteht die Arbeit der Gemeindegeschwester^{plus} aus Bereichen, die unter den Begriff Vernetzungsmanagement gefasst werden können. Dazu zählt die Kooperation mit den Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte sowie den Mitarbeiter*innen der Pflegedienste, aber auch die Zusammenarbeit mit Ärzten. Ebenso die Organisation von Gesellungsveranstaltungen (Seniorentreffs, Seniorencafés, Seniorenstammtische) fällt darunter.

Krankheitsmanagement

Auch das Erkennen von Krankheitssituationen und das Überweisen sowie das Begleiten zum diagnosestellenden Arzt, z. B. beim vorsichtig-achtsamen Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung, liegt im Aufgabenbereich der Gemeindegeschwester^{plus}. Berichtet wird über das Erkennen von Situationen der Verwirrtheit bei Hausbesuchen. Dann ist es die Aufgabe der Beraterin, den sozialpsychologischen Dienst hinzuzuziehen.

Übergangsmanagement bzw. Krankenhausentlassungsmanagement

Nach einem Krankenhausaufenthalt verschafft das Hinzuziehen der Gemeindegeschwester^{plus} eine gewisse Stabilität in der häuslichen Umgebung und verhindert Drehtüreffekte sowie prekäre Situationen (Überforderung der Angehörigen, Stürze), die eine Heimeinweisung einleiten können. Auch bei der Entscheidung, in eine stationäre Einrichtung zu wechseln, kann die Gemeindegeschwester^{plus} diese Entscheidung begleiten und den Betroffenen Sicherheit und Stabilität für den Übergang in die neue Situation geben.

Management in einer Situation der Lebenskrise

Letztendlich leisten die Beraterinnen auch Management in Lebenskrisen. Dazu zählen die weiter oben bereits angesprochene Trauerbegleitung, Gespräche über Heimwehgefühle nach der alten Umgebung, Gespräche

über Krisen mit Familienangehörigen oder Freunden, psychotherapeutische Gespräche in Lebenssinnkrisen. Aber auch die Intervention bei Verwahrlosung zählt hierzu.

Selbstmanagement der Prävention durch den Senior: Prävention als Vorsorge

Eine Gruppe an Senioren kontaktiert die Beraterinnen mit der Zielsetzung, das Angebot der Gemeindeschwester^{plus} kennenzulernen und abzuklären, ob das Angebot aktuell oder zukünftig genutzt werden kann. Diese Gruppe analysiert und reflektiert die eigene Lebenssituation. Der Besuch der Beraterinnen bekommt den Charakter einer selbstorganisierten Selbstreflexion. So wird der Besuch der Beraterinnen seitens der Senior*innen als eine Art Evaluation des eigenen Ist-Zustands genutzt. Oft gestaltet sich der Besuch der Beraterin als eine Art quasi-psychotherapeutisches Gespräch, um eine konkrete Frage zu besprechen und Lösungsoptionen zu erhalten. Dabei sind zentrale Themen: das Fehlen von Netzwerken, konkrete Probleme bei rechtlichen Fragen (Testament, Trennung), Hilfe beim Pflegegeldantrag (hier zeigt sich wieder eine Überschneidung mit der Arbeit der Pflegestützpunkte, da dies in deren Aufgabenbereich fällt) etc.

6. Validierung durch Datenabgleich mit der Datenerhebung aus der wissenschaftlichen Begleitung (Qualitatives Dataming)

Nach dem Prinzip eines Qualitativen Dataminings als ein qualitatives Verfahren zur Auswertung komplexer Daten wurden in zwei umfassenderen Evaluationsworkshops (Januar und März 2018, vgl. Tabelle Datenerhebungsdesign) die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (DIP) und der Evaluation (UzK) systematisch zusammengeführt, analysiert und interpretiert. Die Ergebnisse im Hinblick auf die Evaluationsziele aus Kapitel 5 sollen so validiert werden.

Es fließen in dieses Kapitel 6 nunmehr ein die Ergebnisse dieser zwei Evaluationsworkshops auf der Grundlage der Daten der Evaluation (UzK, Kapitel 5) sowie einiger der Daten, die von der wissenschaftlichen Begleitung (DIP) erhoben wurden. Letzteres beinhaltet folgende Datensätze:

- Beratungsdokumentationen (soziodemografische Merkmale der besuchten Haushalte, Zahlen zum Beratungsprozess, Tätigkeitsmerkmale⁹⁴ und Tätigkeitsverteilungen⁹⁵ der Beraterinnen).
- Telefoninterviews⁹⁶ mit bereits beratenen/besuchten Senior*innen der 9 Modellkommunen mittels leitfadengestützter halbstandardisierter Fragebögen.
- Marktplatzinterviews⁹⁷ mit Bürger*innen auf bekannten öffentlichen Plätzen in den 9 Modellkommunen zur Bekanntheit des Angebotes mittels standardisierter Fragebögen.

Die Beratungsdokumentationen und die beiden Interviewformen wurden, teilweise in Abstimmung mit der Evaluation (UzK), von der wissenschaftlichen Begleitung (DIP) zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten während der Projektlaufzeit erhoben und im Rahmen der beiden Evaluationsworkshops (Qualitatives Dataming) in aggregierter Form präsentiert und diskutiert.

⁹⁴ Erfassungszeitraum 01.06.2016 bis 31.12.2017

⁹⁵ Erfassungszeitraum 23.10.2017 bis 15.12.2017

⁹⁶ 134 Computer Assisted Telefon Interviews; Erhebungszeitraum 21.09.2017 bis 12.12.2017.

⁹⁷ 450 persönliche Kurz-Interviews auf Papierbasis; Erhebungszeitraum 25.07.2017 bis 29.09.2017.

6.1 Zugang zum Angebot und Nutzung des Angebotes

Die Darlegung beginnt mit dem

Zugang zum Angebot:

Die Frage nach dem öffentlichen Bekanntheitsgrad in den Modellkommunen lässt sich auch mit Ergebnissen der Marktplatzinterviews wie folgt validieren: Ziel der Interviews war es, den Bekanntheitsgrad der Beraterinnen bzw. des Modellprojekts in den Modellkommunen zu eruieren. Zusätzlich sollten der Kenntnisstand sowie mögliche Meinungsbilder über die Leistungen des Angebots in der Bevölkerung vor Ort erhoben werden. Die Befragungsmethode sah ca. zehninütige Interviews, deren Antworten in standardisierte Fragebögen seitens der Interviewer*in eingetragen wurden, vor. An jedem Modellstandort wurden 50 Bürger*innen zufällig an öffentlichen Plätzen im Zeitraum von Juli bis September 2017 angesprochen. Dabei wurde bewusst ein Bias im Hinblick der schwerpunktgerichteten Ansprache von älteren Mitbürger*innen gewählt. Von den 450 Interviewten waren 29% im Alter zwischen 60 bis 69 Jahren, 43% zwischen 70-79 Jahren, 20% waren 80 Jahre und älter und 8% jünger als 60 Jahre. Mit dem Geschlechterverhältnis von zwei Drittel Frauen zu einem Drittel Männer spiegeln die Befragten im Grundsatz den demografischen Befund der Feminisierung des Alters wider.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Befragung durch das DIP, dass das Projekt Gemeindegewest^{plus} in der öffentlichen Wahrnehmung positiv präsent ist. Über die Hälfte der Befragten, 55% (mit einer Varianz von 30%-78% in den verschiedenen Modellkommunen) hatten zumindest schon einmal vom Projekt Gemeindegewest^{plus} gehört. Immerhin fast ein Drittel hatte schon einmal Kontakt mit der Beraterin vor Ort. Fast jeder Fünfte derjenigen Befragten, die das Angebot der Gemeindegewest^{plus} kennen, können die Namen der Beraterinnen zuordnen.

Die Zeitung war das dominante Verbreitungsmedium (46%). In einigen Modellstandorten wurden zu Beginn der Modellprojektlaufzeit Informationsschreiben, in denen das Projekt und die Arbeit der Gemeindegewest^{plus} vorgestellt wurde, an die 80 Jährigen und Älteren versandt. Immerhin benannten in der Gruppe der 80 Jährigen und Älteren, die im Rahmen der Marktplatzinterviews zufällig befragt

wurden, 25%, dass sie das Projekt aufgrund der erhaltenen Informationsschreiben kannten. Von der Notwendigkeit des Angebots zeigten sich 92% der Befragten überzeugt. Allerdings muss hier auf den möglichen Effekt der positiven Erwünschtheit im Antwortverhalten kritisch und somit relativierend hingewiesen werden. Den Befragten (45% der Grundgesamtheit), die vom Angebot der Gemeindegewest^{plus} noch nicht gehört hatten, wurden die Grundzüge des Projekts zunächst erklärt, um dann im Anschluss nach deren Einschätzung der Notwendigkeit des Projekts als präventiver Ansatz für die Gruppe der Hochaltrigen in der Region zu fragen.

Fast jeder Zweite, der vom Modellprojekt Kenntnis hatte, hatte diese Information aus der Zeitung. In der Gruppe der 80 Jährigen und Älteren erwies sich die Zusendung von Informationsschreiben als zielgerichtet. Gerade an dieser Stelle sollten Modellstandorte, die dies noch nicht nutzen, u. U. aktiv werden. Das Internet als Informationsquelle findet aufgrund der schwerpunktgerichteten Ansprache der älteren Bevölkerung (basierend auf den Marktplatzinterviews) erwartungsgemäß mit 1% kaum Beachtung.

Es folgen nunmehr, verschiedene Teildimensionen unterscheidend, Befunde zur

Nutzung des Angebots:

Die Fallvignettenanalyse zeigte vier thematische Beratungsfelder (vgl. Kapitel 5.1), die sich mit den durchgeführten halbstandardisierten leitfadengestützten Telefoninterviews validieren lassen. In der Zeit vom 21.09.2017 bis zum 12.12.2017 wurden in den 9 Modellkommunen insgesamt 134 telefonische Interviews mit besuchten Senior*innen seitens des DIP durchgeführt mit dem Ziel, Hinweise zur Akzeptanz und Zufriedenheit des Angebotes aus Sicht der bereits beratenen/besuchten Senior*innen sowie zur Nutzung und zum Nutzen des Angebotes zu bekommen. Dazu wurden 15 Senior*innen pro Modellkommune⁹⁸, die ihre Zustimmung zu einem telefonischen Interview gegeben haben, befragt. Die Einwilligung erfolgte durch Einwilligungskarten, die durch die Beraterinnen eingeholt wurden und zudem erfolgten Ankündigungsschreiben um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen.

⁹⁸ In der Modellkommune Kaiserslautern Stadt wurden 14 Interviews geführt.

Die Beratungsthemen, die dabei genannt wurden (Mehrfachnennung waren möglich), lassen sich diesen Beratungsfeldern 1) bis 4) mit entsprechender Häufigkeitsverteilung zuordnen:

Zunächst 1) Unterstützungen im Rahmen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit:

Mehr als 30% der Beratungen drehten sich thematisch um SGB XI- und SGB V-Leistungen (Beratung zu Pflegegrad, zu Geld- und Sachleistungen, Vermittlung Pflegedienste u. a. m.). Aber auch allgemeiner Beratungsbedarf besteht zu Wohnraumgestaltung (z. B. mit Blick auf eine Sturzprophylaxe oder auch hinsichtlich der Frage, ob das Schlafzimmer ins Erdgeschoss verlegt werden kann oder ob die Waschmaschine aus dem Keller in die Küche geholt werden könnte) und zu alternativen Wohnformen. Allgemeine Fragen zur Pflege („wie Unterstützung überhaupt möglich ist“) und generell zum Leben im Alter („wie kann mein Leben im Alter überhaupt aussehen“) werden ebenso gestellt. Dieser eher allgemein gehaltene Beratungsbedarf macht ca. 30% in den hier dargestellten Telefoninterviews mit den besuchten und beratenen Senior*innen aus. Die Angehörigenberatung (vor allem für pflegende Angehörige bei demenziellen Erkrankungen) lässt sich ebenfalls hier verorten und macht mit ca. 8% einen geringeren Anteil am Beratungsbedarf aus.

2) Soziale Teilhabe:

Zum einen geht es um Fragen zur sozialen Teilhabe, weiter differenziert unter dem Bewegungs- (z. B. Rollatorentaining, Gymnastik u. ä.) und dem Gesellungsaspekt (z. B. Stammtisch, Seniorennachmittage, Gesangsgruppen u. ä.). Hier sind ca. 15% der Beratungen zu verorten. Zum anderen geht es um den regelmäßigen Kontakt zur Gemeindegemeinschaft^{plus}, die hierbei die Rolle der psychosozialen Begleitung einnimmt (ca. 10%). Dabei wird es als sehr positiv und alltagsunterstützend empfunden, wenn die Gemeindegemeinschaft^{plus} den Kontakt hält und regelmäßig nachfragt, anruft oder vorbeikommt⁹⁹, sich

⁹⁹ Dies zeigen auch die Dokumentationen der Beraterinnen, die unter der Leitung vom DIP erhoben wurden: 60% der beratenen Senior*innen hatten einen Beratungskontakt, die übrigen wurden öfters, teilweise sogar mehrmals (5 Termine) beraten. Dabei zeigten Beratungen bei Hausbesuchen und Telefonberatungen naturgemäß gegenläufige Tendenz; in dem Sinne, dass bei

eben kümmert. Hier lässt sich auch die schon mehrfach erwähnte Trauerbegleitung verorten, die jedoch mit knapp 4% nur einen geringen, im Einzelfall jedoch existenziellen Anteil ausmacht. Beratungsthemen zu den Möglichkeiten der Alltagsunterstützung (bei ca. 25% aller Beratungsthemen) umfassen Fragen zu Essens- und Fahrdiensten, zu Einkaufs- und Haushaltshilfen sowie Fragen zum ehrenamtlichen Engagement von z. B. Jugendlichen in der Nachbarschaft. Hier zeigt sich die Offenheit für bzw. zu inter-generationellen Begegnungen.

3) Medizinische-pflegerische Anliegen:

Hier lassen sich Ernährungsberatung (6%), Beratungen zu spezifischen Krankheitsbildern (4%) und die Notfallberatung (14%) verorten. Fragen zur Ernährung bleiben eher diffus, bei den Krankheitsbildern handelt es sich vor allem um Fragen zu demenziellen und psychischen Erkrankungen. Beide Beratungsfelder stehen jedoch nicht übermäßig im Vordergrund. Die Notfallberatung, die in unterschiedlichen Varianten (vor allem die sog. SOS Dosen/ SOS Mappen) in den einzelnen Modellkommunen von den Beraterinnen initiiert wurden, haben einen deutlicheren Anteil an den Beratungsthemen. Hier kristallisiert sich erneut ein tiefes Sicherheitsbedürfnis im höheren Alter heraus. Ob sich dies in der zukünftigen Kohortenabfolge ändern wird, mag dahin gestellt bleiben.

4) Unterstützung bei diversen Anträgen:

Dieses Beratungsfeld nimmt in den hier beschriebenen Telefoninterviews mit ca. 7% einen relativ geringen Anteil ein und bildet ein thematisches Spektrum von Fragen zum allgemeinem Schriftverkehr bis hin zum Ausfüllen von Anträgen ab (Grundsicherung, Wohngeld, Behindertenparkplatz- und Ausweis u. a. m., aber auch Pflegeanträge).

In allen vier Beratungsfeldern lassen sich einerseits jeweils sehr konkrete Fragestellungen ausmachen (besonders das Leistungsrecht des SGB XI und SGB V betreffend), aber andererseits sind die Fragen und Beratungswünsche auch allgemeiner – auf den Alltag des Daseins bezogen – gehalten (nur „mal so“ zur Information oder auch sog. Entlastungsgespräche werden geführt, weil sonst niemand da ist). Bei

wiederholtem Kontakt ca. ab dem dritten Kontakt die Telefonkontakte die Hausbesuche überstiegen.

den Hausbesuchen oder auch den telefonischen Folgegesprächen können Themen behandelt werden, die sonst keinen Raum haben oder für die es keinen gezielten Ansprechpartner gibt. All dies verdeutlicht im Hinblick auf die Beraterinnen die Bandbreite der Beratungen und besonders den Aspekt des Kümmerns. Diese Dimension ist u. E. alltagsbezogen im Kontext der konkreten Lebenswelten und Lebenslagen der Menschen von einer gewissen existenzialen Bedeutung. Trivialität bedeutet nicht Irrelevanz. Und angesichts der Netzwerklücken im hohen Alter ist das Anliegen auch kein individualisier- und privatisierungsfähiges Thema, sondern berührt die soziale Mitverantwortung.

6.2 Zielgruppendefinition und -erreichbarkeit

Grundlage hier sind hauptsächlich die Beratungsdokumentationen der Beraterinnen (soziodemografische Merkmale der besuchten Haushalte sowie Zahlen zum Beratungsprozess), die über einen Erhebungszeitraum vom 01.06.2016 bis zum 31.12.2017 von der wissenschaftlichen Begleitung (DIP) durchgeführt wurde.

Zielgruppe 80 Jahre und älter

Die Beratung von Personen <80 Jahre war im Projekt zunächst nicht vorgesehen. Es erfolgte im Laufe der Zeit eine begrenzte und dazu durchaus achtsam reflektierte „Öffnung“ hin auch zu jüngeren Zielgruppen. Die Vereinbarung dazu lautet, dass Personen 80+ aktiv beworben werden (u. a. im Modus von Informationsschreiben) und jüngere Personen beraten werden, wenn sie sich selbst aktiv melden. Dies validiert sich auch mit Blick auf die Einschätzungen und Beschreibungen der Beraterinnen (vgl. Kapitel 5.2), da auch aus ethischen Erwägungen heraus keine Beratung verweigert werden kann. Modellprojekte haben es oftmals mit diesen ethischen Fragen infolge eines Quasi-Versorgerstatus des Personals zu tun.

Rund 20% aller Beratungen im Erhebungszeitraum 01.06.2016 bis zum 31.12.2017 findet sich in dieser Altersgruppe <80 Jahren wieder. Deutlich wird eine Streuung zwischen ländlich und städtisch geprägten Kommunen. Der Anteil der Anfragen in der Altersgruppe <80 Jahren ist in ländlichen Regionen höher, was sich (vorsichtig) auf einen allgemein früheren Bedarf an Beratungs- bzw. Unterstützungsleistungen in diesen Regionen zurückführen lässt.

Der Schwerpunkt der Beratungen liegt mit rund einem Drittel in der Altersgruppe 80-84 Jahre (37,7%). Personen in den Altersgruppen 85-89 Jahren (26,6%) sowie 90 Jahre und älter (12,3%) nehmen anteilmäßig erwartungsgemäß ab, sind mit rund 40% aber noch wichtige Adressaten. Diese Ergebnisse lassen sich über alle Modellkommunen hinweg beobachten, wobei der Anteil der hochaltrigen Menschen in städtisch geprägten Regionen (auch erwartungsgemäß) leicht höher liegt. In den Beratungsdokumentationen wird nunmehr ersichtlich, dass die anvisierte Zielgruppe mit Senior*innen, die 80 Jahre und älter sind, über alle Modellkommunen hinweg deutlich erreicht werden konnte. Eine Öffnung der Altersgruppe (<80) nach unten hin (vgl. auch Kapitel 5.2), lässt sich anhand dieser Zahlen nicht eindeutig argumentieren, da auch leider keine genaueren Angaben betreffend die Altersverteilung innerhalb dieser Untergruppe vorliegen.

Die Geschlechterverteilung aller beratenen Senior*innen in der Altersgruppe 80+ (entsprechend der Zielgruppendefinition des Projektes) liegt bei 32,3% männlichen und 67,7% weiblichen Personen. Dies entspricht erwartungsgemäß einer beginnenden Feminisierung des Alters, die sich in dieser Altersgruppe abzeichnet.

Erreichte soziale Schichten

Die Beratungsdokumentationen im Abgleich der Daten zwischen dem DIP und der UzK zeigen Daten zu Grundsicherungsempfänger*innen in den besuchten Haushalten, die jedoch nur bedingt aussagekräftig sind. In der Summe erhalten rund 83% der beratenen Haushalte keine Grundsicherung gegenüber nur knapp 3%, die angaben, Grundsicherungsleistungen zu empfangen (14% der beratenen Haushalte machte keine Angabe). Als Bias können hier einerseits das Phänomen der sog. „verschämten Altersarmut“ sowie andererseits subjektive Verzerrungen der Beraterinnen¹⁰⁰ vermutet werden, zumal keine Nachweise über Grundsicherungsleistungen von den Beraterinnen in den Beratungsgesprächen zur Dokumentation gefordert wurden.

¹⁰⁰ Innerhalb der Dokumentation war dies keine geschlossene Ja/Nein Frage, sondern ein möglicher Bezug von Grundsicherungsleistungen wurde in der Regel während des Beratungsgesprächs thematisiert und sodann dokumentiert.

*Migrant*innen*

Die vorausgegangenen Ergebnisse über eine unzureichende Erreichbarkeit von Migrant*innen (vgl. Kapitel 5.2) lassen sich hier auch nur bedingt validieren. Im Gesamtergebnis zeigen die Beratungsdokumentationen, dass im Erhebungszeitraum 01.06.2016 bis zum 31.12.2017 nur knapp 3% der beratenen Haushalte einen Migrationshintergrund hatte. Leider liegen keine detaillierten Daten über die Verteilung der Altersgruppen mit Migrationshintergrund vor. Es darf jedoch davon ausgegangen werden, dass die Thematik der Hochaltrigkeit im Zusammenhang mit Migration erst allmählich an Bedeutung gewinnt¹⁰¹, somit der Anteil der über 80 jährigen Senior*innen mit Migrationshintergrund, was ja hier der anvisierten Zielgruppe entsprechen würde, nicht sehr hoch ist und sich, regionalen Disparitäten geschuldet, sehr unterschiedlich über die verschiedenen Modellkommunen hinweg darstellt.

Nennenswert scheinen zwei städtisch geprägte Modellkommunen¹⁰² zu sein, die die Erreichung von Migrant*innengruppen explizit als ein besonderes Ziel im Rahmen des Projektes Gemeindegewester^{plus} genannt haben. Hier lässt sich ein höherer Erreichungsgrad bei den Haushalten mit Migrationshintergrund erkennen, was sich wohl auf bewusst zugeschnittene Zugangswege und eine gezielte Ansprache zurückführen lässt. Hier stand dann folgerichtig die Netzwerkarbeit auch deutlich akzentuiert im Leistungsportfolio im Vordergrund.

Vereinsamung und Verwahrlosung

Die Daten der Telefoninterviews mit bereits beratenen/besuchten Senior*innen des DIP zeigen, dass 53% alleine leben, was die Wahrscheinlichkeit des Risikos der Netzwerkschwäche oder gar Netzwerklosigkeit steigern kann.

Aus den Beratungsdokumentationen geht hervor, dass im Gesamtergebnis im Erhebungszeitraum 01.06.2016 bis zum 31.12.2017

¹⁰¹ Grundlage sind hier wohl die sog. Anwerbeabkommen der 1960er Jahre, die sich bis Ende der 1970er Jahre hingezogen haben. Demnach sind Personen mit Migrationshintergrund rund 35 Jahre jünger als die Referenzgruppe ohne Migrationshintergrund, vgl. dazu in Schulz-Nieswandt u. a. 2014.

¹⁰² Vgl. dazu die kommunalen Steckbriefe (Anhang 1 aus dem Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung der „Implementierungsphase“): DIP 2016a.

Bezugspersonen bei 25% der beratenen Personen mit im Haus bzw. im Haushalt lebt. Ebenfalls rund 25% der Bezugspersonen lebt im Ort bzw. im Stadtgebiet oder in der Nachbarschaft. Diese Zahlen sind in ländlichen Regionen insgesamt höher als in städtisch geprägten Regionen. Ebenfalls rund 25% der Bezugspersonen der beratenen Haushalte wohnen mehr als 30 km entfernt. Dies stellt eine Entfernung dar, bei der von ausgedünnten Netzwerken (Netzwerkschwäche) oder auch von Netzwerklosigkeit ausgegangen werden kann. Insgesamt stellt sich die Situation jedoch nicht eindeutig dar. Es wurden auch keine Unterscheidungen innerhalb der Gruppe der Bezugspersonen (Angehörige und/oder Nachbarn bzw. auch zur Qualität der Bezüge/Kontakte) gemacht. Und es wurde auch nicht nach Altersgruppen differenziert, wobei von einer Verschärfung der Situation bei Hochaltrigkeit und brüchiger/fehlender Netzwerke ausgegangen werden kann.

Die Ergebnisse, dass diejenigen Bürger*innen, die isoliert und ohne Angehörige bzw. Nachbarn, die für sie tätig werden, von der Gemeindegewest^{plus} nicht erreicht werden (vgl. Kapitel 5.2), kann auf Grund der hier nicht ausreichenden Datenlage nicht validiert werden.

6.3 Aufgabenfelder und Tätigkeitsverteilung

Die Aufgabenfelder der Beraterinnen ergeben sich hier aus der Dokumentation der Tätigkeitsverteilung für einen exemplarischen Erfassungszeitraum von ca. 2 Monaten.¹⁰³ Insgesamt zeigt sich, dass die Verteilung der Arbeitszeit auf die verschiedenen Tätigkeiten der Beraterinnen zwischen den Kommunen deutlich variiert. Im Gesamtergebnis aller Kommunen fließt ca. 33% der Arbeitszeit in die Beratungstätigkeit, wobei über alle Kommunen hinweg der Schwerpunkt auf den Hausbesuchen (23,6%) gegenüber den Beratungen ohne Hausbesuch (6,4%) liegt (die Anfahrtszeiten zu den Hausbesuchen variieren erwartungsgemäß mit den regionalen Gegebenheiten). In ländlichen Modellregionen ist diese Gewichtung signifikanter ausgeprägt als in städtischen Regionen. Hier scheint der persönliche Kontakt in Form von Hausbesuchen einen höheren Stellenwert zu besitzen (vgl. nochmals zur Bedeutung des Vertrauensvorschlusses in

¹⁰³ Der Erfassungszeitraum der Tätigkeitsverteilung ist 23.10.2017 bis 15.12.2017.

Kapitel 5.1). Dies wird auch im Vergleich von Hausbesuchen und Sprechstundenkontakten der Beraterinnen deutlich. In städtisch geprägten Modellkommunen, in denen die Beraterinnen nicht so gut vernetzt oder persönlich bekannt sind und weniger zu Hausbesuchen gerufen werden, wird eine höhere Nutzungsfrequenz der Sprechstunde evident. Dabei handelt es sich um sog. „Laufkundschaft“, wenn die Beraterin ein zentral gelegenes Büro hat. In ländlichen Kommunen, zu denen teilweise bis zu 50 Ortsgemeinden zählen, hat sich zudem im Projektverlauf gezeigt, dass sich eine Sprechstunde in allen Gemeinden nicht umsetzen lässt und auch, wenn angeboten, nur eine sehr geringe Nachfragefrequenz hat. Somit wurden Sprechstunden in den Kommunen vereinzelt eingestellt.

Der zweite Tätigkeitsschwerpunkt umfasst die Netzwerkarbeit und im weiteren Sinne die Projektarbeit (im Gesamtergebnis ca. 16%). Die Netzwerkarbeit umfasst mit knapp 7% im Erfassungszeitraum nur einen geringen Anteil an der Tätigkeitsverteilung insgesamt. Dies mag temporären Schwankungen geschuldet sein, da viele Angebote monats- bzw. quartalsweise stattfinden. Evident wird, dass Beraterinnen bei rückläufigen Hausbesuchszahlen ihr Portfolio anpassen und ihre Aktivitäten in der Netzwerkarbeit intensivieren. Hier kann es zeitweise zu einer Verlagerung von der konzeptbezogenen Beratungstätigkeit im häuslichen Umfeld zu einer deutlich höheren Netzwerkarbeit kommen.

Über alle Modellkommunen¹⁰⁴ hinweg wird ein deutlicher Anteil der Arbeitszeit für die Öffentlichkeitsarbeit (ca. 10%) aufgewendet. Dies deckt sich insoweit mit vorausgegangen Ergebnissen, dass es einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit bedarf, um den Bekanntheitsgrad der Gemeindegewester^{plus} zu halten. In den Kommunen, in denen es zu einer erhöhten Netzwerk- und Projektarbeit kommt, ist der Aufwand in der Öffentlichkeitsarbeit geringer, was die Multiplikatorfunktion (vgl. Kapitel 5.1 und 5.4) der anderen lokalen, im Gemeinwesen für die Zielgruppe der älteren Bürger*innen tätigen Stakeholder verdeutlicht.

¹⁰⁴ Aus den Telefoninterviews des DIP mit bereits beratenen bzw. besuchten Senior*innen geht hervor, dass in einzelnen Kommunen mehr Öffentlichkeitsarbeit gefordert wird, da das Angebot nach Einschätzung der beratenen bzw. besuchten Senior*innen nicht ausreichend bekannt ist.

6.4 Kooperation mit anderen Anbietern vor Ort

Das Schnittstellenmanagement der Gemeindegeschwester^{plus} und den Pflegestützpunkten hat im Rahmen der durchgeführten Fokus-Gruppen-Diskussion mit den Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte wohl die größte Bedeutung zugemessen bekommen. Auf die in der Tat sehr kontroverse, weil ambivalente Problematik der konzeptbezogenen Trennung zwischen (vorpflegerischen) Leistungen der Gemeindegeschwester^{plus} und (pflegerischen) Aufgaben der Pflegestützpunkte nach SGB XI wurde hingewiesen. Diese Trennung erwies sich besonders in der Einpflanzungsphase als problematisch und konnte sich erst im Laufe des Projektes durchsetzen (vgl. Kapitel 5.4). Validieren lässt sich hier nunmehr dieses Ergebnis anhand der Tätigkeitsdokumentationen der Beraterinnen.

So zeigen die Daten, dass im Erfassungszeitraum von Juni 2016 bis Dezember 2017 bei nur 4 von 3130 dokumentierten Hausbesuchen Beraterin und Mitarbeiter*in des zuständigen Pflegestützpunktes gleichzeitig vor Ort waren, was genau diese konzeptbezogene Trennung mit einer prägnanten Signatur deutlich macht. Ebenfalls lässt sich dieses (nun funktionierende) Schnittstellenmanagement auch an den Zahlen zur Überleitung an den Pflegestützpunkt validieren. So erfolgte im selben Erfassungszeitraum Juni 2016 bis Dezember 2017 in 586 Fällen eine Überleitung der Gemeindegeschwester^{plus} an den zuständigen Pflegestützpunkt. Jedoch können hier über die Streuung der einzelnen Kommunen keine Aussagen gemacht werden.

Aber auch die Kooperationen mit anderen Anbietern vor Ort findet in den Beratungsdokumentationen Berücksichtigung. So kam es im selben Erfassungszeitraum (Juni 2016 bis Dezember 2017) zu 711 dokumentierten Weitervermittlungen an andere Organisatoren bzw. Dienstleister (z.B. Ehrenamt, Nachbarschaftshilfe, Compass etc.). Auch hier können über die Streuung der einzelnen Kommunen keine Aussagen getroffen werden.

7. Fazit, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Auf die Vorbemerkungen und die Einleitung sowie auf die Aktualitätsbezüge im Koalitionsvertrag zu Beginn des Berichts zurückkommend, sind nun im Lichte der Befunde, die in Kapitel 5 und 6 dargelegt werden konnten, ein Fazit sowie Schlussfolgerungen zu ziehen.

7.1. Fazit und Schlussfolgerungen

Das Fazit ist grundsätzlich positiver Art. Es ist an der Grundidee solcher lokalen Strukturen zur Generierung nachhaltiger Sozialraumentwicklung¹⁰⁵ als konstitutives Element der kommunalen sozialen Daseinsvorsorge fachwissenschaftlich und fachpolitisch kaum zu zweifeln. Dabei wird man aber nicht flächendeckend einheitliche, also generalisierte Schablonen-artige Lösungswege suchen müssen, weder innerhalb eines Bundeslandes noch bundesweit. Hier sind äqui-funktionale Lösungen¹⁰⁶ sinnvoll, auch gerade, um lokale/regionale Kulturunterschiede in systemischer¹⁰⁷ Achtsamkeit¹⁰⁸ abzubilden.

Entlang der Evaluationsziele konnte – sicherlich differenziert entlang der Kriterienliste – eine positive Bilanz des Projekts gezogen werden. Allerdings gab es, dies wiederum nicht wirklich überraschend, Startprobleme im Zuge der Einpflanzung der Gemeindegwester^{plus} in das jeweilige kommunale Feld. Spannungen an der Schnittfläche zu den Pflegestützpunkten gab es durchaus, konnten aber überwiegend zu produktiven Kooperationskulturen verändert werden. Solche Probleme sind aber nicht der Idee der Gemeindegwester^{plus} anzulasten. Auch umgekehrt (und nicht nur im Land Rheinland-Pfalz) gilt: Nicht alle Pflegestützpunkte funktionieren optimal. Sand im Getriebe gibt es überall. Daraus resultieren Organisationsentwicklungsbedarf, Personalentwicklungsaufgaben, Führungsfragen – also die üblichen Herausforderungen. Weder der Bedarf noch die Bewältigungsidee ist davon kritisch grundsätzlich berührt. Die Plastizitätsanforderungen an die Akteure sind jedoch hoch.

Insgesamt wird von den beteiligten Akteuren die Komplementarität der Gebilde und des Personals konstatiert; der Wille und die Fähigkeit zu

¹⁰⁵ Schulz-Nieswandt 2017.

¹⁰⁶ Vgl. in Schulz-Nieswandt 2018a.

¹⁰⁷ Wirth/Kleve 2012.

¹⁰⁸ Conradi/Vosman 2016.

einer sinnvollen Kombination der sozialraumorientierten Tätigkeiten in den Aufgabenfeldern der Beratung, der Fallsteuerung und der Netzwerkbildung, der Alltagsbegleitung und der Projektaktivitäten hat sich herausgebildet. Dies schien uns, hermeneutisch gesehen, authentisch, aber dennoch im klassischen Sinne des Alltagsmenschen „leichter gesagt als getan“. Daher bedarf es dennoch auch weiterhin entsprechende Lernprozesse, in denen die Gebilde und das Personal sich weiter entwickeln müssen, um die Effektivität zu sichern. Aber auch dies ist eine normale Erfahrung in vergleichbaren Projekten. Dahinter verbergen sich erhebliche Prozesssteuerungsaufgaben, die nicht, also keineswegs trivialer Natur sind. Dass der subjektive Faktor und die soziale Chemie in solchen Gebilden und in Prozessen innovativen Change Managements eine besondere Rollen spielen, gehört auch zu den Gemeinplätzen in der Erfahrungswelt der angewandten Forschung. An solchen Fragen – besser: Entwicklungsaufgaben als Herausforderungen – kann eine gute Idee scheitern.

Unsere Analyse kann bestätigen: Das DIP hat die Implementation – sehr engagiert – erfolgreich begleitet. Den Aufgaben bedarfsgerecht, wurde das Personal in systemischer Achtsamkeit und in fachlicher Souveränität geschult, d. h. hier: weiterentwickelt, zur Reifung getrieben.

Im Datenabgleich kristallisierten sich durchaus kohärente Beurteilungsmuster des Projekts heraus. Nicht alle Daten aus der Selbstdokumentation der Gemeindegeschwester^{plus} scheinen allerdings hinreichend valide zu sein; ein Befund, der aber oftmals auch bei anderen trans-disziplinären Projekten, die auf die Mitarbeit der Projektakteure bei der Datendokumentation angewiesen sind, trotz Schulung und systemischer Begleitung des Projektpersonals ein Problem u. a. in der Codierung der Tätigkeiten ist. Diese Anmerkung ist also nicht fundamentalkritischer Art. Der Befund macht zugleich nochmals nachvollziehbar, wie komplex, kompliziert und letztendlich schwierig eine solche innovative Implementationsgeschichte ist. Solche neuen Strukturen benötigen mehr Zeit, so wie auch das Aufwachsen und Werden der menschlichen Person als Ontogenese nach der Geburt eine lange Sozialisation benötigt, über die Kindheit hinweg zur Pubertät und Adoleszenz ins Erwachsenenalter hinein, um sodann das Thema des lebenslangen Lernens zu entdecken.

Diese mitunter etwas narrativ anmutenden Berichtspassagen zu Beginn der eigentlichen Analyse sind uns wichtig: Die Politik kann, trotz ihrer Systemzwänge, von der Wissenschaft nicht wirklich erwarten, mit Blick auf kurze Zeiträume der Gründung, Implementation und Entfaltung neuer Ideen in einfache Ja-Nein-Binäriken der Antwortformulierung gedrängt zu werden. Alles braucht seine Zeit, Freiräume der Entwicklung und Vertrauensvorschüsse, soziale Phantasie zur Zukunft hin, Mut und langen Atem. Alles andere ist Ungeduld und fehlende Gelassenheit, technischer Zauber der Ingenieursillusion (*social engineering*), falsch verstandenes Erfolgsmanagement.

In der Qualifikationsdiskussion zur Pflegefachkräfteaufstellung¹⁰⁹ der Gemeindegeschwester^{plus} hat sich die pflegefachkraftzentrierte Zugangsregelung erneut dort bestätigt, wo es um pflegediagnostisch fundierte Beratung und Fallsteuerung geht. Aber dies gilt auch nur in Bezug auf diesen, allerdings zentralen Punkt des präventiven Hausbesuchs. Der Weiterbildungsbedarf indiziert zugleich die Ergänzungsbedarfe der Pflegefachkraft. Methoden des Case Managements und auch Kompetenzen der lokalen Netzwerkarbeit kommen nicht originär aus der Fachpflege, sondern aus Methodentraktionen der Sozialen Arbeit. Nur wird man hier leichter die Pflegefachkraft weiterbilden können als, umgekehrt, die Sozialarbeit pflegefachlich nachqualifizieren zu können. Dennoch wird deutlich, dass es darum gehen wird, in multi-professionellen Teams in sozialraumorientierten lokalen Institutionen zu einer Optimierung zu kommen, indem Kernkompetenzen im Sinne effizienter Arbeitsteilung aufgeteilt werden, aber an den Schnittstellen funktionsfähige Kooperationskulturen zu generieren möglich sein muss. Die komplexen Lebenslagen, insbesondere in der vulnerablen Hochaltrigkeit, erfordern entsprechende Lernprozesse in der Arbeit am je eigenen Habitus¹¹⁰ der

¹⁰⁹ Die Nutzung von Fachpflegekräften zur Besetzung von Gemeindegeschwester^{plus}-Stellen wird man wohl eher als sinnvolle Laufbahngestaltung (Frerichs 2016) statt als zusätzliche Fachkraftverknappung verstehen müssen, die ganz anders und komplexer verursacht ist (Bettig u. a. 2015; Klie/Arend 2018; Rahner 2018; Klöppner/Kuchenbuch/Schumacher 2017).

¹¹⁰ Dazu auch Lange-Vester/Teiwes-Kügler 2013; Bremer/Teiwes-Kügler 2013.

Professionen und eine entsprechende Veränderung im eigenlogischen Programmcode der Organisation.

Gerade mit Blick auf Lotsenfunktionen kristallisiert sich ein erheblicher sozialrechtlicher Kompetenzbedarf heraus. Denn die Lebenslagen der Menschen berühren oftmals¹¹¹ in komplexer Weise die Breite des Sozialrechts und auch weiterer Rechtsbereiche, die das Leben regulieren bzw. auf Möglichkeitsräume der Lebensführung und Lebensgestaltung verweisen. Vor dem Hintergrund der Ankerfunktionen von Wohnen und Mobilität kristallisieren sich komplexe Schnittflächen zwischen SGB II, SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII heraus. Mehr noch: Solides Denken in der Welt der Inklusion bedarf Kenntnisse des Völkerrechts, des Europarechts und des Verfassungsrechts. Nicht für konkrete Fallbearbeitung im Alltag, aber für die „fundierte Fundierung“ des professionellen Habitus. Es geht um die Selbstaufstellung der Professionen im Sinne einer charakterlichen Haltung. Das meint mehr als Wissen und soziale Kompetenzen. Inklusion ist eine Vision. Und diese bedarf der geistigen Durchdringung. Das hebt auch die Schulung auf ein höheres Niveau.

Diese aus den Forschungsbefunden sich herausbildenden Hinweise erinnern aber an die Betonung der Unterscheidung der Grundidee der sozialraumorientierten Tätigkeit der Gemeindeschwester^{plus} einerseits und andererseits der sozialen Wirklichkeit der Art und Weise, diese Strukturen effektiv zu leben. Letzterer Gesichtspunkt ist kein fundamentaler Einwand, sondern der Verweis auf die notwendigen sozialen Lernprozesse der Sozialgebilde. Hierbei spielt auch die notwendige Kultur guter Führung eine konstitutive Rolle.

An diesem Punkt wird auch das Thema der trägerschaftlichen Aufhängung der Gemeindeschwester^{plus} evident. Hier haben unsere Fokusgruppen keine einheitliche Präferenzordnung deutlich werden lassen. Das Thema ist natürlich durchaus hoch ideologisiert. Liest man die generierten Statements mit Blick auf tiefer liegende latente Sinnstrukturen, so werden schnell stereotypische Vor(aus)urteile evident. Kommunale Trägerschaften wurden ebenso präferiert wie die Zusammenlegung mit den Pflegestützpunkten in der Art, wie die Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz eben jeweils konstruiert sind. Die

¹¹¹ Vgl. auch in Schulz-Nieswandt/Langenhorst 2016.

Positionen sind also differenziert verteilt. Einerseits gibt es Skepsis gegenüber öffentlichen Verwaltungen, andererseits wird konstatiert, diese stünden zumindest nicht so stark im Anbietermarktwettbewerb. Dagegen entdecken wiederum einige Akteure in kritischer Perspektive doch relevante Eigeninteressen der Kommunen und sehen die oftmals konstatierte Neutralität hinterfragt. Die Landschaft der Deutungsmuster ist hier hoch kompliziert, dynamisch, volatil, ambivalent. Kurzum: Einige Akteure sind eher „staatskritisch“, andere „marktkritisch“. Kommunal angesiedelte Gemeindegewestern^{plus} werfen einerseits neue – komplizierte – Schnittstellen auf. Andererseits ist eine einfach gestrickte Vermischung mit Pflegestützpunkten auch keine triviale Geschichte. Mischfinanzierung macht Sinn. Aber die Steuerung des Sozialgebildes kann nur in einer Hand liegen. Mit mehreren Köchen ist das Prozessgeschehen gefährdet: Das Geschehen misslingt.

7.2 Empfehlungen

Das Land Rheinland-Pfalz wird nicht auf die – unsichere – Umsetzung des präventiven Hausbesuchs durch Nutzung des u. a. im SGB V integrierten Präventionsgesetzes, wie es im Koalitionsvertrag angedacht wird, warten können. Das Land hat gemäß § 9 SGB XI die im § 8 SGB XI angedachte Hilfe-Mix-Idee sozialraumorientiert weiter voranzutreiben, um die Kommunen zur sozialen Daseinsvorsorge zu ermächtigen, der Idee der lokalen sorgenden Gemeinschaften im Rahmen regionaler Pflegestrukturentwicklungen im 7. Altenbericht¹¹² konzeptionell folgend. Dabei fehlt es nicht an Rechtsgrundlagen, die die Idee fundieren. Erinnerung darf an das unionsbürgerrechtliche Grundrecht auf freien Zugang zu den Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (DAI) in Art. 36 der Grundrechtscharta, seit Lissabon primärrechtlich als Strukturwert der EU im EUV und AEUV komplex verankert, den bundesdeutschen Art. 28 GG im Rahmen der Sozialstaatszielbestimmung des Art. 20 GG vor dem Hintergrund von Art. 2 GG stärkend. Art. 2 GG stellt den verfassungsrechtlichen Verankerungsbezug des § 1 SGB I und auch z. B. des § 71 SGB XII dar.

¹¹² BMFSFJ 2016. Vgl. auch Kruse 2017.

§ 71 (1 und 2) SGB XII lautet:

„(1) Alten Menschen soll außer den Leistungen nach den übrigen Bestimmungen dieses Buches Altenhilfe gewährt werden. Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.

(2) Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht:

1. Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird, 2. Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht, 3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten, 4. Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste, 5. Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen, 6. Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen.“

§ 1 (1 und 2) SGB I lautet:

„(1) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen.

(2) Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll auch dazu beitragen, dass die zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben erforderlichen

sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.“ Absatz 2 ist dabei im Lichte von § 17 (1) SGB I zu lesen.

Das Ganze ist mit Bezug auf Art. 1 GG auch völkerrechtlich durch die relevanten Resolutionen der UN nochmals tiefer verankert.¹¹³

Vor diesem Hintergrund muss die Auffassung stärker vertreten werden, dass auch die Sozialversicherungen¹¹⁴ (hier die SGB V- und die SGB XI-Kassen) daran erinnert werden müssen, dass sie zwar staatsmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts in Selbstverwaltung sind, aber eben in diesem parafiskalischen Status nur relativ autonom sind. Sie haben öffentliche Aufgaben, die der Gewährleistungsstaat an den staatsmittelbaren Sektor delegiert hat, zu erfüllen. Die Sozialversicherungen müssen sich als Akteure der kommunalen Daseinsvorsorge verstehen lernen. Sie haben sich an der Sicherstellung der lokalen/regionalen Versorgungslandschaften in einer trans-sektoral integrierten Entwicklung zu beteiligen.¹¹⁵

Dazu gehört die Erkenntnis, dass sie als Versicherungen nicht nur Leistungsrecht im Sinne personenzentrierter Einzelleistungsgewährung zu finanzieren haben. Sie haben sich auch an den Investitionen in lokalen Strukturen der Sozialraumgenerierung zu beteiligen, eben auch in dem Zwischenraum zwischen ICD- und ICF-Welten, also mit Blick auf die Sorgearbeit in der Alltagsbegleitung der vulnerablen Menschen im Lebenszyklus. Kassen können hier verfassungskonform Kommunen mitfinanzieren. Sie nehmen ja in der Regel Dritte unter Vertrag, auch öffentliche Krankenhäuser oder öffentliche Pflegeeinrichtungen. Die

¹¹³ Schulz-Nieswandt 2017a.

¹¹⁴ Sozialversicherungen sind keine Privatversicherungen. Sie dienen in ihrer „mittelbaren Unmittelbarkeit“ in Bezug auf die öffentliche Daseinsvorsorge als Sozialschutzsysteme dem sozialen Rechtsstaat im Lichte des völkerrechtlich verbindlichen Inklusionsprinzips als Gewährleister der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse im unionsbürgerschaftlichen Sinne. Anders formuliert: Es geht nicht in erster Linie darum, nur Rechnungen zu prüfen und die Zahlungsanweisungen zu veranlassen. Es geht darum, die Bewältigung der Probleme der Menschen im Horizont von Case Management durch Förderung lokaler Strukturen der Generierung von Problemlösungen im Kontext regionaler Versorgungslandschaften im Horizont von Care Management zu ermöglichen.

¹¹⁵ Dazu explizit in Schulz-Nieswandt 2018b.

Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI sind ja bereits Beispiele. Die anvisierte stärkere Rollenverpflichtung der Kassen in dem potenziellen Steuerungsgeschehen in kommunalen Konferenzen bzw. den Landespflegeausschüssen im Sinne von § 8a SGB XI im PSG III ist ein weiteres Beispiel der langsamen und letztendlich auch zum Scheitern fähigen Emergenz dieser Idee. Ein paradigmatisches Beispiel ist die Finanzierung der Kontaktstellen zur Förderung von Selbsthilfeaktivitäten gemäß § 20h SGB V, wie an anderer Stelle¹¹⁶ dargelegt. Die Mischfinanzierung von Kontaktstellen zur Förderung der Angehörigen-Selbsthilfe gemäß § 45d SGB X durch Kassen und Land in NRW verweisen auf die allmähliche Herausbildung einer Parallele der Förderung der Gesundheits- und der Pflegeselbsthilfe.

Baden-Württemberg hat ja einen möglichen Weg gezeigt: nämlich die kommunale Trägerschaft der Pflegestützpunkte, mitfinanziert von Kranken- und Pflegeversicherung. Solche Partnerschaften sind nicht verfassungswidrig, sondern geradezu verfassungskonform. Durch die Förderung lokaler Strukturen der Generierung von Sozialkapital als der Wesenskern eines Sozialraums, kommen Kommunen wie Sozialversicherungen der Verfassungsaufgabe des Art. 20 GG vor dem Hintergrund des in Art. 2 GG verankerten § 1 SGB I nach. Mit solchen Investitionen sind Kommunen und Kassen in *mittelbarer Unmittelbarkeit* nah am Menschen, so wie der Mensch umgekehrt die Kommune wieder als seine Gemeinde im Lichte seiner Geborgenheits- und Sicherheitsbedürfnisse im Sinne seines personalen Kohärenzerlebens erfährt. Die Befunde der Senioreninterviews des DIP haben dies signifikant darlegen können. Die Gemeindegewester^{plus} wird als ein Vertrauen-bildendes, die Geborgenheitsgefühle förderndes Element dieser Erlebnisgeschehensordnung verstanden. Das ist nicht romantisch gemeint. Es geht um handfeste, sozialpsychologisch validierbare empirische Effekte. Der vulnerable Mensch fühlt sich angesprochen, er erlebt ein Interesse der Gemeinde an seinem Dasein, eine konstitutive MICH-Erfahrung¹¹⁷. Das fördert die Selbstaktualisierung des alten Menschen, öffnet ihn hin zum öffentlichen Raum, seine private Häuslichkeit teilhabeorientiert überschreitend hin zur Partizipation am

¹¹⁶ Vgl. nochmals Schulz-Nieswandt 2018b.

¹¹⁷ Schulz-Nieswandt 2015.

Gemeinwesen.¹¹⁸ Somit kommen auch seine Bedürfnisse nach Generativität zur Wirkung. Dieses fundamentale Rollenbedürfnis ist in der Forschung stark validiert worden. Es wurde in den eigenen oder vom DIP zugänglich gemachten Befunden evident, welche Bedeutung Vereinsamungsprozesse in der vulnerablen Hochaltrigkeit spielen, gerade dort, wo sich die sozialen Netzwerke ausgedünnt haben.

Kommunen und Sozialversicherungen müssen eigene Wege der nachhaltigen Finanzierung niedrigschwelliger lokaler Strukturen der teilhabeorientierten Förderung der Selbstbestimmung finden.

Nochmals: Sozialversicherungen müssen in der Folge lernen zu erkennen, dass sie über die personenzentrierte Leistungsrechtsgewährung hinaus und zwar in einem funktional-generativen Sinne (im Verbund mit anderen verantwortlichen Kostenträgern) lokale Strukturen der Sozialkapitalbildung zu fördern haben, um (als Hilfe zur Selbsthilfe) Personen zu befähigen, ihre Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf im regionalen Umfeld der Infrastrukturen von Cure (Medizin) und Care (insbesondere Pflege) alltagsbezogen aufzugreifen und bewältigen zu können.

Eine solche nachhaltige Politik ist eine Haltungsfrage der Politik. Der politische Wille dazu muss sich authentisch bilden. Das Land kann hierzu Rahmenbedingungen schaffen, eben auch durch Anschubfinanzierung des Erlernens von Blaupausen wie im Fall der Gemeindeschwester^{plus}. Aber die nachhaltige Verstetigung muss auf der kommunalen Ebene erfolgen.

Im Fall des Projektes wäre zu empfehlen, dass das Land in eine weitere Phase der Modellfinanzierung geht, aber aus einem anderen, gewichtigen Grund als in der ersten Modellphase. In dieser Implementationsphase wurden die Modellkommunen sehr kompetent und engagiert vom DIP begleitet. Diese Entwicklungsbegleithilfe fällt Ende 2018 weg. Die Modellkommunen werden in die Freiheit der Selbstständigkeit ohne die fördernde Hilfe des DIP entlassen. Es sollte nunmehr erprobt und beobachtet werden, was aus den Modellkommunen auf ihrem weiteren Weg der Entwicklung wird. Stabilisieren sie sich in dieser zweiten Phase? Optimieren sie sich in der

¹¹⁸ Kruse 2017.

weiteren Organisationsentwicklung als Lernprozess? Das Land wäre u. E. gut beraten, hier eine zweite Beobachtungsphase zu finanzieren.

Und: Es wäre mit Blick auf die Uneindeutigkeit der Präferenzbildung der trägerschaftlichen Aufhängung ferner sinnvoll, quasi als eine Lernkontrollgruppe, ein Sample von neuen, rein kommunal aufgehängten Modellkommunen zu starten, um den Vergleich zwischen rein kommunalen Lösungen des neuen Sample einerseits und den Pflegestützpunkt-zentrierten Lösungspfaden der bisherigen Modellkommunen andererseits zu ermöglichen.

Literatur

- Abel, J./Blödorn, A./Scheffel, M. (Hrsg.) (2009): Ambivalenz und Kohärenz. Untersuchungen zur narrativen Sinnbildung. Trier: WVT.
- Albrecht, I. (2008): Sprache, Arbeit und geschlechtliche Identität. Bielefeld: transcript.
- Alisch, M. (2014): Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: Kassel University Press.
- Alisch, M. (2015): Sozialraum und Governance. Handeln und Aushandeln in der Sozialraumentwicklung. Opladen: Barbara Budrich.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Bannwitz, J. (2009): Emotionale und soziale Einsamkeit im Alter. Eine empirische Analyse mit dem Alterssurvey 2002. Diplomarbeit. Institut für Soziologie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln.
- Baykara-Krumme, H./Motel-Klingebiel, A./Schimany, P. (Hrsg.) (2012): Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Becker, U./Kingreen, Th./Axer, P. (2017): SGB V Gesetzliche Krankenversicherung: Kommentar, Beck-online.
- Bettig, U. u. a. (Hrsg.) (2015): Personalentwicklung in der Pflege: Analyse – Herausforderungen – Lösungsansätze. Heidelberg: medhochzwei.
- Bischoff, Chr./Weigl, B. (Hrsg.) (2010): Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Bischoff, Chr./Leimgruber, W./Oehme-Jüngling, K. (Hrsg.) (2014): Methoden der Kulturanthropologie. Bern, CH: Haupt (UTB).
- Blosnki, H. (Hrsg.) (2013): Beratung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- BMFSFJ (Hrsg.) (2016): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin: BMFSFJ.
- Bohnsack R. (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Opladen: Budrich.
- Bohnsack, R./Przyborski, A./Schäffer, B. (2010): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Opladen: Budrich.
- Bonz, J. u. a. (Hrsg.) (2017): Ethnografie und Deutung. Gruppensupervision als Methode reflexiven Forschens. Wiesbaden: Springer VS.
- Brathuhn, S./Schneeg, M./Müller, M. (2018): Handbuch Trauerbegegnung und -begleitung. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Breidenstein, G. u. a. (2015): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. 2., aktual. Aufl. Konstanz: UVK (UTB).
- Bremer, H./Teiwes-Kügler, Chr. (2013): Habitusanalyse als Habitus-Hermeneutik. In: Zeitschrift für Qualitative Forschung 14 (2), S. 199-219.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008): Integrationsreport. Wohnen und innerstädtische Segregation von Migranten in Deutschland. Nürnberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013): Beiträge zur Migrations- und Integrationsforschung. Nürnberg.
- Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Busse, D. (2016): Frame-Semantik. Ein Kompendium. Berlin-New York: de Gruyter.
- Castillo, M. L. D. del (2013): Externe Evaluation des AGnES-Projekts in Mecklenburg-Vorpommern. Diss. Med. Fakultät Charité Berlin.
- Conradi, E./Vosman, F. (Hrsg.) (2016): Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt am Main-New York: Campus.
- Corsten, M./Krug, M./Moritz, Chr. (2010): Videographie praktizieren. Wiesbaden: Springer VS.
- Dahl, N. (2016): Kodokushi – Lokale Netzwerke gegen Japans einsame Tode. Bielefeld: transcript.
- Dammert, M. (2009): Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? Wiesbaden: Springer VS.
- DGCC (Hrsg.) (2015): Case Management Leitlinien – Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.
- DIP (2016): Modellprojekt Gemeindegeschwester^{plus}. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berichtszeitraum 01.07.2015 bis 31.05.2016. Köln.
- DIP (2016a): Modellprojekt Gemeindegeschwester^{plus}. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung „Implementierungsphase“. Berichtszeitraum 01.07.2015 bis 31.12.2016. Köln.
- DV: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2011): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- DV: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (2017): Umsetzung der Pflegereform vor Ort. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit (Heft 3/2017), Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Emerson, R. M./Fretz, R. I./Shaw, L. L. (2011): Writing Ethnographic Fieldnotes. 2. Aufl. Chicago-London: The University of Chicago Press.

- Endreß, M. (2002): Vertrauen. Bielefeld: transcript.
- Evers, J. (2018): Vertrauen und Wandel sozialer Dienstleistungen. Eine figurationssoziologische Analyse. Wiesbaden: Springer VS.
- Fischer, D. (1997): Das Tagebuch als Lern- und Forschungsinstrument. In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim-München: Beltz-Juventa, S. 693-703.
- Fischer, H. (Hrsg.) (2002): Feldforschungen. Erfahrungsberichte zur Einführung. Berlin: Reimer.
- Frankl, V. E. (2015): Der Wille zum Sinn. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Frerichs, F. (2016): Fachlaufbahnen in der Altenpflege. Wiesbaden: Springer VS.
- Gaida, U. (2016): Diakonieschwestern. Arbeiten und leben in der SBZ und der DDR. 2., durchgeseh. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Geene, R./Reese, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Generali Zukunftsfonds/Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (2014): Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Köln.
- Gossens, J. (Hrsg.) (2009): Wie Pflegekräfte Patienten und ihre Familien unterstützen können. Hannover: Schlütersche.
- Grossmann, K. P. (2003): Der Fluss des Erzählens. Narrative Formen der Therapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Gundelach, B. (2014): Ethnische Diversität und Soziales Vertrauen. Baden-Baden: Nomos.
- Hänel, J. u. a. (2014): Evaluation eines Gemeindegewerprojekts in einer kleinen, ländlichen Gemeinde. In: Z Allg Med 90 (1), S. 13-19.
- Hänlein, A./Schuler, R. (2016): Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Hahn, K. (2011): Alter. Migration und Soziale Arbeit. Zur Bedeutung von Ethnizität in Beratungsgesprächen der Altenhilfe. Bielefeld: transcript.
- Heckmann, F. (2015): Integration von Migranten. Einwanderung und neue Nationenbildung. Wiesbaden: Springer VS.
- Heidinger, I. (2010): Das Prinzip Mütterlichkeit – geschlechterübergreifende soziale Ressource. Wiesbaden: Springer VS.
- Heymann, R. (2012): Fachkräfte zur Arztentlastung. Das AGnES-Modell zur Entlastung von Hausärzten, empirische Darstellung der Kapazitäten und Analyse der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Marburg: Tectum.
- Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2015): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.

- Kalitzkus, V./Wulm, St. (Hrsg.) (2013): Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft. Düsseldorf: düsseldorf university press.
- Kallfaß, S. (Hrsg.) (2016): Altern und Versorgung im nachbarschaftlichen Netz eines Wohnquartiers. Wiesbaden: Springer VS.
- Kehl, K. (2016): Sozialinvestive Pflegepolitik in Deutschland. Familiäre und zivilgesellschaftliche Potenziale im Abseits wohlfahrtsstaatlichen Handelns. Wiesbaden: Springer VS.
- Klann-Delius, G. (2005): Sprache und Geschlecht. Eine Einführung. Stuttgart-Weimar: Metzler.
- Klie, Th./Arend, St. (Hrsg.) (2018): Arbeitsplatz Langzeitpflege. Heidelberg: medhochzwei.
- Klöppner, M./Kuchenbach, M./Schumacher, L. (2017): Fachkräftemangel im Pflegesektor. Berlin: Springer Gabler.
- Köstler, U. (2018): Seniorengenossenschaften – ein morphologischer Überblick zu gemeinwirtschaftlichen Gegenseitigkeits-Gebilden der sozialraumorientierten Daseinsvorsorge. Baden-Baden: Nomos.
- Köstler, U. (2017): Seniorengenossenschaften: Bürgerschaftliches Engagement als Hilfe zur Selbsthilfe. In: Schmale I./Blome-Drees, J. (Hrsg.): Genossenschaft innovativ – Genossenschaften als neue Organisationsform in der Sozialwirtschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 175-188.
- Köstler, U./Schulz-Nieswandt, F. (2010): Genossenschaftliche Selbsthilfe von Senioren, Motive und Handlungsmuster bürgerschaftlichen Engagements. Stuttgart: Kohlhammer.
- Körner, W./Irdem, G./Bauer, U. (Hrsg.) (2013): Psycho-dynamische Beratung vom Migrant. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krahmer, U./Plantholz, M. (Hrsg.) (2018): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. 5. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Kromrey, H. (2001): Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis 24, S. 105-129.
- Kruse, A. (2017): Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.
- Kühn, Th./Koschel, K.V. (Hrsg.) (2018): Gruppendiskussionen. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Künkel, P./Gerlach, S./Frieg, V. (2016): Stakeholder-Dialoge erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Künemund, H./Schroeter, K. R. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Wiesbaden: Springer VS.
- Küsters, I. (2009): Narrative Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

- Lange-Vester, A./Teiwes-Kügler, Chr. (2013): Das Konzept der Habitushermeneutik in der Milieuforschung. In: Lenger, A./Schneickert, C./Schumacher, F. (Hrsg.): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Wiesbaden: Springer VS, S. 149-174.
- Luhmann, N. (1973): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Enke.
- Macho, Th. (2017): Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Merton, R. K. (1995): The Thomas Theorem and The Matthew Effect. In: Social Forces. 74(2), S. 379-424.
- Meyer, St. u. a. (Hrsg.) (2016): Trauerbegleitung organisieren. Stuttgart: Kohlhammer.
- Michell-Auli, P./Kremer-Preis, U. (Hrsg.) (2018): Quartiersentwicklung. KDA-Ansatz und kommunale Praxis. Heidelberg: medhochzwei.
- Michel-Schwartz, B. (2002): Handlungswissen der Sozialen Arbeit. Deutungsmuster und Fallarbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Müller, M. (2011): Sozialpolitische Innovationen. Zum Konflikt von Strukturen und Deutungsmustern. Wiesbaden: Springer VS.
- Müller, M./Bräutigam, B. (Hrsg.) (2011): Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl Auer.
- Nohl, A.-M. (2017): Interview und Dokumentarische Methode. 5., aktual. u. erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Nowossadeck, S. u. a. (2017): Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. DZA report altersdaten (Heft 2). Berlin: DZA.
- Petrich, D. (2011): Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft. Jenaer Schriften zur Sozialwissenschaft Nr. 6. FH Jena.
- Prognos/KDA (2017): Abschlussbericht im Projekt „Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung“ im Auftrag des BMG. Berlin/Köln.
- Rahner, S. (2018): Fachkräftemangel und falscher Fatalismus. Entwicklung und Perspektiven eines neuen Politikfeldes. Frankfurt am Main-New York: Campus.
- Rietmann, St./Sawatzki, M. (Hrsg.) (2018): Zukunft der Beratung. Von der Verhaltens- zur Verhältnisorientierung? Wiesbaden: Springer VS.
- Ringel, E. (1953): Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung. Wien-Düsseldorf: Maudrich.
- Ruppel, Th. (2016): AGnES in der Regelversorgung. Berlin: Erich Schmidt.
- Ryang, S. (2000): Ethnography or Self-cultural Anthropology? Reflections on Writing About Ourselves. In: Dialectical Anthropology 25, S. 297-320.

- Sander, T. (Hrsg.) (2014): Habitussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln. Wiesbaden: Springer VS.
- Sauer, P./Wißmann, P. (Hrsg.) (2007): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim-München: Beltz-Juventa.
- Schaeffer, D./Pelikan, J. (Hrsg.) (2016): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, R. (2017): Wehe, Du bist alt und wirst krank. Missstände in der Altersmedizin und was wir dagegen tun können. Weinheim-Basel: Beltz-Juventa.
- Schulz, M./Mack, B./Renn, O. (Hrsg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- Schulz, Th. (2017): Recht auf Beratung in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sozialen Pflegeversicherung. Frankfurt am Main: Lang.
- Schulz-Nieswandt, F. (2014): Onto-Theologie der Gabe und das genossenschaftliche Formprinzip. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2015): „Sozialpolitik geht über den Fluss“. Zur verborgenen Psychodynamik in der Wissenschaft von der Sozialpolitik. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2016): Im alltäglichen Labyrinth der sozialpolitischen Ordnungsräume des personalen Erlebnisgeschehens. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, F. (2016a): Inclusion and Local Community Building in the Context of European Social Policy and International Human Social Right. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2017): Kommunale Daseinsvorsorge und sozialraumorientiertes Altern. Zur theoretischen Ordnung empirischer Befunde. Baden-Baden: Nomos.
- Schulz-Nieswandt, F. (2017a): Persönlichkeit, Wahrheit, Daseinsvorsorge. Spuren eigentlicher Wirklichkeit des Seins. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schulz-Nieswandt, F. (2017b): Menschenwürde als heilige Ordnung. Eine Re-Konstruktion sozialer Exklusion im Lichte der Sakralität der personalen Würde. Bielefeld: transcript.
- Schulz-Nieswandt, F. (2018): Der Netzwerk Mensch und die Idee der Caring Communities in alternden Gesellschaften – eine dichte Darlegung. In: Case Management 15 (1), S. 4-8.

Schulz-Nieswandt, F. (2018a): Biberacher „Unsere Brücke e. V.“ Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? Baden-Baden: Nomos.

Schulz-Nieswandt, F. (2018b): Selbsthilfe. In: Bramesfeld, A./Koller, M./Salize, H.-J. (Hrsg.): Public Mental Health. Regulierung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Göttingen: Hogrefe (i. V.).

Schulz-Nieswandt, F. (2018c): Zur Metaphysikbedürftigkeit empirischer Alter(n)ssozialforschung. Baden-Baden: Nomos.

Schulz-Nieswandt, F./Köstler, U. (2017): Zur sozialkapitalpolitischen Rolle von Seniorengenossenschaften im Kontext sozialraumorientierter Daseinsvorsorge. In: BBE-Newsletter Nr. 8 Demografischer Wandel: Beitrag zu Seniorengenossenschaften.

Schulz-Nieswandt, F./Köstler, U./Langenhorst, F./Hornik, A. (2018): Zur Rolle der Gesundheitsselbsthilfe im Rahmen der Patientenbeteiligung in der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 140f SGB V. Eine explorative qualitative Studie und theoretische Einordnungen. Berlin: Duncker & Humblot.

Schulz-Nieswandt, F./Langenhorst, F. (2015): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zu Genealogie, Gestalt, Gestaltwandel und Wirkkreisen solidarischgemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen. Berlin: Duncker & Humblot.

Schulz-Nieswandt, F./Langenhorst, F. (2016): SONA. Wege finden – SeniorenOrientierte NAvigation in Mühlheim an der Ruhr. Ein Beitrag zur Evaluation des Projekts. Baden-Baden: Nomos.

Schulz-Nieswandt, F. u. a. (2014): Alterssozialpolitik, soziale Sicherung und soziale Ungleichheit [D, CH, A]. In: Becker, S./Brandenburg, H. (Hrsg.): Lehrbuch Gerontologie. Bern: Huber, S. 117-159.

Sörries, R. (2012): Herzliches Beileid. Eine Kulturgeschichte der Trauer. Darmstadt: WBG.

Spitzer, M. (2018): Einsamkeit – die unerkannte Krankheit. München: Droemer.

Stolte, K. M. (2012): Pflegediagnosen in der Gesundheitsförderung und Patientenedukation. Bern: Huber.

Strupeit, St. (2008): Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR – ein Rückblick. In: Pflege & Gesellschaft 13 (2), S. 159-173.

Sutterlüty, F./Imbusch, P. (Hrsg.) (2008): Abenteuer Feldforschung. Soziologen erzählen. Frankfurt am Main-New York: Campus.

Tebest, R. u. a. (2015): Angebot und Nachfrage von Pflegestützpunkten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (8), S. 734-739.

Tebest, R. u. a. (2017): Pflegestützpunkte in Deutschland. Quo vadis? Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. In: Gesundheitswesen 79 (2), S. 67-72.

- Tesch-Römer, C. (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thiersch, H. (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 6. Aufl. Weinheim-München: Juventa.
- Tillich, P. (2015): Der Mut zum Sein. Berlin-New York: de Gruyter.
- Tometten-Iseke, A. (2012): Empathie in der Beratung. Münster u. a.: Waxmann.
- Udsching, P./Schütze, B. (Hrsg.) (2018): SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Kommentar. 5. Aufl. München: Beck.
- Wendt, W. R. (2017): Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit. Gesundheitswirtschaft im Rahmen sozialer Versorgungsgestaltung. Wiesbaden: Springer VS.
- Wirth, J. V./Kleve, H. (Hrsg.) (2012): Lexikon des systemischen Arbeitens. Heidelberg: Carl Auer.
- Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main-New York: Campus.
- Wydler, H./Kolip, P./Abel, Th. (Hrsg.) (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. 4. Aufl. Weinheim-München: Beltz-Juventa.
- Yanik-Senay, A. (2018): Familienberatung in muslimischen Migrantenorganisationen. Wiesbaden: Springer VS.
- Zegelin, A./Segmüller, T./Bohnet-Joschko, S. (2017): Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger (QuartupA). Hannover: Schlütersche.
- Zuckermann, H. (2010): Dynamik und Verbreitung des Matthäus-Effekts. Eine kleine soziologische Bedeutungslehre. In: Berliner Journal für Soziologie (20), S. 309-340.