



H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

*„Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen -  
Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“*

**B a c h e l o r a r b e i t**  
**zur**  
**Erlangung des akademischen Grades**  
**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: *Anna Maria Tschirner*

Betreuer: *Prof. Dr. Heidrun Herzberg*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Andreas Speck*

Tag der Einreichung: 25.04.2017

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2017-0064-5

## Danksagung

Für die Unterstützung bei meiner Bachelorarbeit möchte ich mich zunächst bei all denjenigen bedanken, die mich während der Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Ganz besonders gilt dieser Dank Frau Prof. Dr. Herzberg, welche meine Arbeit und somit auch mich betreut hat. Nicht nur gaben Sie mir durch kritisches Hinterfragen wertvolle Hinweise – auch Ihre moralische Unterstützung und Motivationen haben einen großen Teil zur Vollendung dieser Arbeit beigetragen. Zudem gilt mein Dank auch Prof. Dr. Speck, welcher mir als Zweitkorrektor ebenso unterstützend zur Seite stand.

Des Weiteren möchte ich mich beim Landesverband Sozialpsychiatrie bedanken. Durch die Betreuung von Frau Werner war es möglich, mein theoretisches Wissen in die Praxis umzusetzen und beim Forschungsprojekt „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen - Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“ mitzuwirken.

Ein großer Dank gilt auch meiner Mama Kristin Tschirner, sowie Kristine Butzlaff und meinem Freund Ralf Butzlaff, welche Stunden Korrektur gelesen haben. Sie wiesen stets auf Schwächen hin und konnten als Fachfremde immer wieder zeigen, wo noch Erklärungsbedarf bestand.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Eltern und Großeltern bedanken. Sie haben mir dieses Studium ermöglicht, auf eure Unterstützung kann und konnte ich immer zählen. Herzlichen Dank.

## Zusammenfassung

Viele ältere, hochbetagte Menschen in der Hansestadt Rostock haben einen Hilfebedarf, finden jedoch keinen Zugang zum bestehenden Hilfesystem. Andersherum erreicht das Hilfesystem auch diese Menschen nicht. Die Mitarbeiter des Landesverbandes Sozialpsychiatrie führte im Rahmen des Forschungsvorhabens „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen - Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“ Experteninterviews durch, um aus deren Analysen eine genauere Beschreibung dieser Menschen zu erhalten und Ideen zu produzieren, wie man sie besser identifizieren und in die Versorgung integrieren kann.

„In einer sozialräumlichen Befragung von Bürgerinnen über 65 Jahren in der Hansestadt Rostock, stellte sich heraus, dass rund 10 Prozent ihr eigenes soziales Netzwerk als eher schwach wahrgenommen haben und gleichzeitig über deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarfe berichteten.“ (vgl. Speck & Daum 2015) Eine spezifische Fallsteuerung soll im Rahmen einer fallbezogenen umfangreichen Analyse ein differenziertes Unterstützungs- und Pflegearrangement konstruieren, begleiten und supporten. Mit Hilfe eines Innovationsvorhabens soll es gelingen, einen breiten Zugang zu dem betreffenden Personenkreis zu erlangen und ihnen geeignete Zugangswege zu einer individuell passenden Versorgung zu eröffnen.

Innerhalb dieser Bachelorarbeit wurden zwei leitfadengestützte Experteninterviews geführt, mit dem Ziel, Handlungsempfehlungen für die Realisierung des differenzierten Unterstützungs- und Pflegearrangements zu geben. Die zentrale Frage dieser wissenschaftlichen Arbeit lautet somit, „Über welche Identifikatoren und Zugangswege werden ältere und hochbetagte Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf, welche keinen Zugang zum Versorgungssystem haben, erreicht?“

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	I
Zusammenfassung .....	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Anlagenverzeichnis .....	IV
1. Einleitung .....	1
1.1. Problemstellung .....	1
1.2. Anforderungen des Forschungsprojekts MekHaH und Zielsetzung der Arbeit .....	2
1.3. Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit.....	4
2. Ältere, hochbetagte Menschen.....	5
2.1. Demografischer Wandel .....	5
2.2. Wann wird ein Mensch als „älter“ bezeichnet?.....	6
3. Empirische Untersuchung .....	8
3.1. Methodische Vorgehensweise.....	8
3.1.2. Die Erhebungsmethode .....	8
3.1.3. Experte .....	9
3.1.4. Strukturiertes Leitfadenterview am Beispiel des Experteninterviews.....	10
3.1.5. Auswahl der Interviewpartner .....	11
3.1.6. Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens.....	11
3.1.7. Vorbereitung und Durchführung der Interviews .....	13
3.2. Dokumentation- und Datenauswertung.....	14
3.2.1. Transkription .....	14
3.2.2. Qualitative Inhaltsanalyse.....	15
3.3. Ergebnisse .....	21
4. Handlungsempfehlungen .....	24
5. Fazit .....	26
Literaturverzeichnis.....	28
Eidesstattliche Erklärung.....	29
Anlagen .....	30

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Übersicht Singlehaushalt .....	1
Abbildung 2: Demografischer Wandel .....	5
Abbildung 3: Unterteilung Altersstufen .....	6
Abbildung 4: Experte(n-Wissen) und Verankerung im Forschungsdesign.....	10

## **Anlagenverzeichnis**

Anlage 1: Transkriptionen der Experteninterviews.....	30
Anlage 2: Interviewleitfaden für die Experteninterviews.....	40

## 1. Einleitung

### 1.1. Problemstellung

„Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird.“ (Ursula Lehr, Gerontologin)

Rostock, die größte Stadt des Bundeslandes Mecklenburg- Vorpommern. Die Hansestadt hat eine Bevölkerungsdichte von insgesamt 204.637 Einwohnern. Davon leben 47.802 Einwohner, welche 65 Jahre und älter sind, in der Kommune.<sup>1</sup> Von diesen älteren Bewohnern leben viele in Singlehaushalten:

Singlehaushalte	Alter davon im Alter von		
	55-65	65-75	75 und älter
Insgesamt	8.074	6.086	9.215
Anteil an insgesamt (in % )	12,9	9,7	14,7

**Abbildung 1: Übersicht Singlehaushalt**  
(Quelle: Landesverband Sozialpsychiatrie)

Laut der Pflegesozialplanung der Hansestadt Rostock zeichnet sich ein deutlich steigender Bedarf an medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen bis zu den Jahren 2022/ 2024 ab. Diese Erkenntnisse entnimmt die Pflegesozialplanung der Hansestadt Rostock aus Analysen der sozialen und demografischen Entwicklung der Stadt. „Im Zuge der demografischen Entwicklung bedarf es in der Hansestadt Rostock besondere Anpassungsvorgänge, um den Bedürfnissen und den Gesundheitsproblemen einer immer älter werdenden Bevölkerung gerecht zu werden.“<sup>2</sup> Demzufolge muss es der Sozialpolitik der Hansestadt Rostock gelingen, ein bei relativer Gesundheit selbstbestimmtes und aktives Leben der älteren und hochbetagten Menschen zu ermöglichen.

In einer – sozialräumlich ausgerichteten - Befragung von Bürgerinnen über 65 Jahren in Rostock (n=950) zeigte sich, dass rund 10% der befragten BürgerInnen ihr eigenes

<sup>1</sup> Quelle: Einwohnermelderegister der Hansestadt Rostock, stand 30.09.2016

<sup>2</sup> Zielstellung Landesverband Sozialpsychiatrie Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben, S. 1

soziales Netzwerk als eher schwach wahrgenommen haben und gleichzeitig über deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarfe berichteten.<sup>3</sup>

Vielen Menschen gelingt es selten, einen Zugang zu den vorhandenen Hilfestrukturen zu finden. Primär handelt es sich dabei um zurückgezogen lebende Menschen, sowie hochbetagten Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf bzw. bei drohender Heimaufnahme und einer eher zurückgezogenen Lebensform.

## **1.2. Anforderungen des Forschungsprojekts MekHaH und Zielsetzung der Arbeit**

Der Landesverband Sozialpsychiatrie in Rostock führt seit dem 01.07.2016 ein Forschungsprojekt durch, welches sich mit „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen - Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“ (MekHaH) befasst. „Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, in zwei praktischen Piloten zu erforschen, über welche Identifikatoren und Zugangswege ältere und hochbetagte Personen mit erhöhtem Versorgungsbedarf, die aber keinen Zugang zum Versorgungssystem haben, erreicht werden können. Eine solche Taxonomie<sup>4</sup> wird es erlauben, in einem nachfolgenden Innovationsvorhaben breiteren Zugang zu dem betreffenden Personenkreis zu erlangen und ihnen geeignete Zugangswege zu einer individuell passenden Versorgung zu eröffnen.“<sup>5</sup> Damit das Studienziel erreicht werden kann, führt ein lokaler Quartiersmanager und Mitarbeiter des Landesverbandes Sozialpsychiatrie semistrukturierte Interviews durch.

Der Kreis der Befragten umfasst u.a.:

- Anbieter von Versorgungsleistungen: z.B. Hausärzte, Fachärzte, Apotheken, Pflegedienste und Pflegeberater/ Pflegestützpunktmitarbeiter im Quartier
- Betroffene und deren Umfeld: z.B. Angehörige, Nachbarn, lokale Dienstleister des täglichen Lebens (Supermarkt, Friseur, Fußpflege), Angehörigengruppen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband M-V e.V. sowie Selbsthilfegruppen

Folgende Schwerpunktthemen sollen dabei erfasst werden:

- a) Konkrete Möglichkeiten zur Identifikation der Zielgruppe für eine zukünftige Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung:

---

<sup>3</sup> Vgl. Speck und Daum, 2015

<sup>4</sup> Taxonomie = Klassifikationsschema

<sup>5</sup> Zielstellung Landesverband Sozialpsychiatrie Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben, S. 2

- > Was zeichnet die Zielgruppe aus? Wie ließe sich die Zielgruppe konkret beschreiben?
- > Wie ist die Zielgruppe zu erreichen? Welche Rolle spielen dabei sozialräumliche Akteure? Welche Interventionen müssten hier entwickelt werden, um sozialräumliche Ressourcen zu nutzen?
- > Welche Lösungen/ Hilfsangebote stehen der Zielgruppe zur (individuellen, passgenauen) Versorgung zur Verfügung?

b) Kommunikationsstrukturen zwischen ärztlichen, sozialen und informellen Versorgungsstrukturen :

- > Wie werden diese Strukturen in der Hansestadt Rostock jeweils wahrgenommen?
- > Was könnte die Weiterentwicklung der Kommunikationsstrukturen befördern? Welche Kriterien sind in der Kommunikation zwischen den einzelnen Professionen und den betroffenen Menschen/ Zielgruppen und deren Angehörigen hinderlich/ hilfreich?
- > Was könnte die Kommune dazu beitragen?

c) Etablierung einer einzelfallbezogenen Steuerung

- > Welche Rolle könnte eine einzelfallbezogene Steuerung spielen? Wo sehen die Akteure Vor- und Nachteile?
- > Wodurch ließe sich eine Steuerung befördern? <sup>6</sup>

Es ergeben sich somit folgende Fragestellungen für diese Bachelorarbeit, welche anhand der geführten Experteninterviews im Kapitel fünf im Fazit beantwortet werden sollen:

- Wie werden ältere, hochbetagte, zurückgezogen lebende Menschen identifiziert?
- Mit Hilfe welcher Möglichkeiten gelingt es, ältere, hochbetagte, zurückgezogen lebende Menschen ins Hilfesystem (wieder) einzugliedern?
- Wie gelingt es, dass hochbetagte und zurückgezogen lebende Menschen ein selbstbestimmtes und aktives Leben führen und gestalten können bei bedingter Gesundheit?

Diese Bachelorarbeit orientiert sich am Forschungsvorhaben des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Rostock. Mit Hilfe von selbstständig geführten Experteninterviews

---

<sup>6</sup> Leistungsbeschreibung Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben, S. 3

sollen Transkriptionen erstellt und Handlungsempfehlungen erarbeitet, welche dem Landesverband zur Verfügung gestellt werden, zur weiteren Verarbeitung innerhalb des Forschungsprojekts.

### **1.3. Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit**

Für die Bearbeitung der vorliegenden Bachelorarbeit „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen - Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“ wurde als erstes ein theoretischer Rahmen gesetzt, gefolgt von einem praktischen Teil. Diese Bachelorarbeit ist insgesamt in 5 Kapitel gegliedert. Im *ersten Kapitel* soll an das Thema dieser wissenschaftlichen Arbeit herangeführt, die Problemsetzung gegeben und die Zielsetzung dargestellt werden.

Die wachsende Zahl der älteren Menschen in Deutschland führt zu der Notwendigkeit, die Planung für diese Zielgruppe anzupassen und so die Voraussetzungen zur Erhaltung von Lebensqualität zu schaffen. Um die Planungen für ältere, hochbetagte Menschen in der Hansestadt Rostock zu unterstützen, führt der Landesverband Sozialpsychiatrie Rostock das Forschungsprojekt „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen - Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“ durch. Eine kurze Einführung in Bezug auf den demografischen Wandel und eine Definition von „Älteren“ Menschen erfolgt in *Kapitel zwei*.

Im *dritten Kapitel* folgt die Empirische Untersuchung. Es wird auf die methodische Vorgehensweise eingegangen. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurden zwei Experten in Rostock befragt. Demzufolge wird unter anderem erläutert, wer als Experte gilt, was ein Experteninterview definiert und wie der Interviewleitfaden inhaltlich aufgebaut ist. Die geführten Experteninterviews werden ausgewertet und in Bezug auf die Theorie und die Praxis dieser wissenschaftlichen Arbeit dargestellt.

Im *vierten Kapitel* werden Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Die Basis der Handlungsempfehlungen setzt sich zusammen aus den Ergebnissen der empirischen Untersuchung sowie den eigenen Überlegungen.

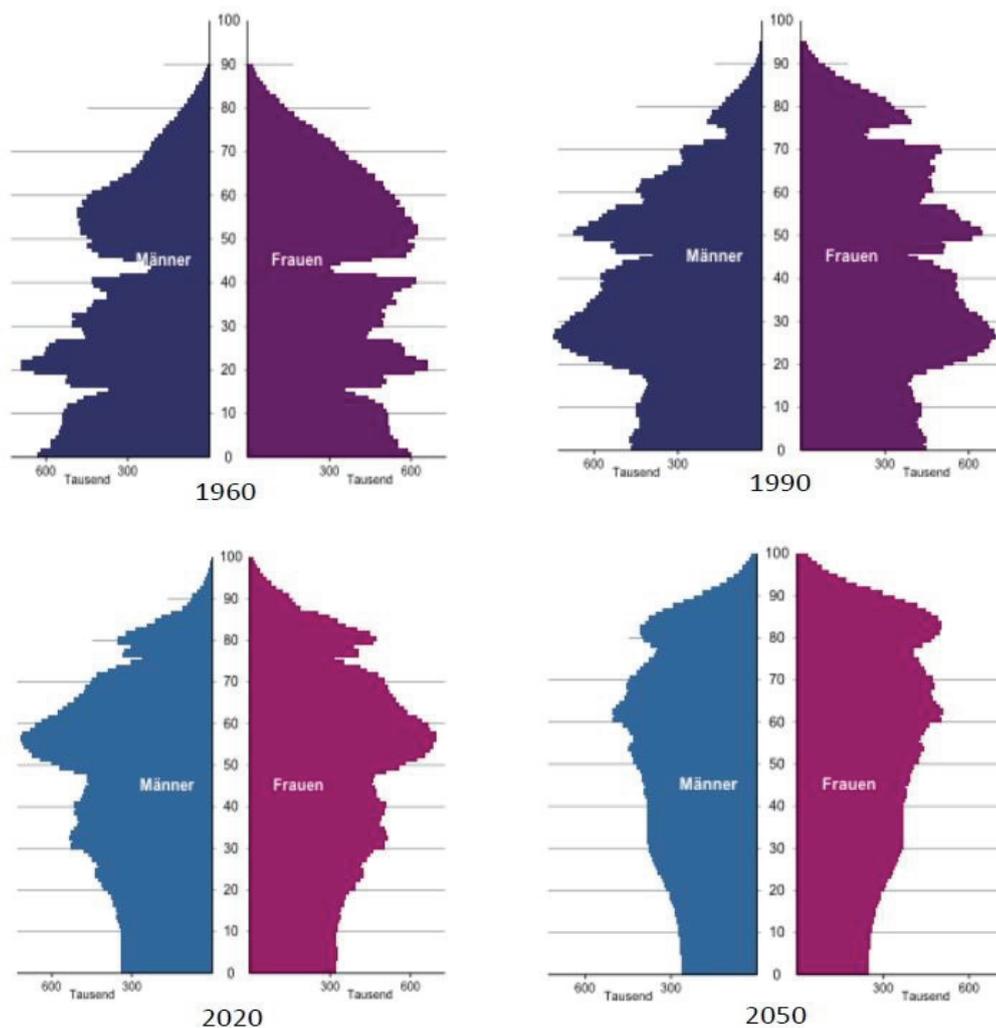
Der inhaltliche Abschluss dieser Bachelorarbeit erfolgt im *fünften Kapitel* mit einem Fazit.

## 2. Ältere, hochbetagte Menschen

### 2.1. Demografischer Wandel

Mit wachsender Abnahme des Anteils von Kindern und jungen Menschen und der Zunahme der Altersgruppe der über Sechzigjährigen nimmt die Bevölkerungspyramide des Jahres 2050 langsam aber stetig die Form einer Zwiebel an.

#### Bevölkerungsentwicklung Deutschland 1960-2050



Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Wiesbaden 2009. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Variante 1-W1 - Die Annahmen:

- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau
- Lebenserwartung Neugeborener 2060: Jungen 85,0 Jahre, Mädchen 89,2 Jahre
- Jährlicher Wanderungssaldo + 100 000 Personen

Abbildung 2: Demografischer Wandel  
(Quelle: statistisches Bundesamt)

Das Durchschnittsalter innerhalb der Bevölkerungsgruppe der Älteren steigt an. Seit 1960 hat die Geburtenrate stetig abgenommen. Die Lebenserwartung steigt, da sich die medizinische Versorgung immer weiter entwickelt und optimiert. Bleibt der Trend konstant, wird Deutschland in den nächsten Jahrzehnten immer kleiner und somit gleichzeitig immer älter. Absehbar sind die Folgen des demografischen Wandels schon jetzt. Dieser Trend wird weitreichende Auswirkungen auf das deutsche Wirtschafts- und Sozialsystem haben.

Demzufolge gewinnen Öffentlichkeitsarbeiten für ältere Menschen immer mehr an Bedeutung, damit eine Förderung eines selbstbestimmten und aktiven Lebens für ältere und hochbetagte Menschen gewährt werden kann und jeder einen geeigneten Zugangsweg zu einer individuell passenden Versorgung erlangt.

## 2.2. Wann wird ein Mensch als „älter“ bezeichnet?

„...als „ältere“ Menschen jene anzusehen sind, die sechzig Jahre oder älter sind.“<sup>7</sup>

Dieses Zitat wurde aus der Standarddefinition der UNO entnommen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt in diesem Zuge folgende Unterteilung vor:

Alter	Unterteilung der Weltgesundheitsorganisation
51-60 Jahre	Alternde Menschen
61-75 Jahre	Ältere Menschen
76-90 Jahre	Alte Menschen
91-100 Jahre	Sehr alte Menschen

**Abbildung 3: Unterteilung Altersstufen**  
(Quelle: Weltgesundheitsorganisation - WHO)

Altern ist ein langsamer Prozess der Veränderung und der Wandlung innerhalb eines Lebens. Der Übergang von einem Lebensabschnitt zum nächsten erfolgt sukzessive, ohne feste Bindung an ein kalendarisches Alter. Bei genauerer Betrachtung der alternden Menschen ist auffällig, dass der Alterungsprozess bei jedem Menschen individuell verläuft. Demnach gibt es eine Reihe von verschiedenen Unterteilungen und Bezeichnungen für die große und sehr inhomogene Altersgruppe der „älteren Menschen“.

<sup>7</sup> <http://apps.who.int/iris/birtstream/>

Als „ältere Menschen“ werden auch Menschen genannt, welche bestimmte Merkmale wie das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufweisen, bzw. das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kurz bevor steht.<sup>8</sup> „Allerdings ist es häufig zielführender, die Lebensphase „Alter“ in Kategorien der Selbstständigkeit einzuteilen, von einer durch Aktivität geprägten bis hin zu einer von anderen Menschen abhängigen Lebenssituation.“<sup>9</sup> Eine Unterteilung des Alters nahm der Wiener Soziologe Leopold Rosenmayr wie folgt vor:

- eine chancenreiche Phase, in der die Fähigkeit der Leistungserbringung für andere Menschen noch besteht
- eine eingeschränkte Phase, in der Kompetenzen abnehmen
- eine von Hilfe und Pflege abhängige Phase<sup>10</sup>

Einhergehend mit dem Alterungsprozess treten physische Einschränkungen und gesundheitliche Probleme häufiger auf, so dass der Hilfebedarf tendenziell zunimmt. Dieser Zugang zur Hilfe soll allen älteren, hochbetagten Menschen ermöglicht werden, für die Garantie einer Lebensqualität, trotz gesundheitlicher Einschränkungen und einem Bedarf an komplexen Hilfeleistungen.

---

<sup>8</sup> Vgl. Rosenmayr, S. 35

<sup>9</sup> Vgl. Rosenmayr, S. 36

<sup>10</sup> Vgl. Rosenmayr, S. 35

### 3. Empirische Untersuchung

#### 3.1. Methodische Vorgehensweise

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Expertenbefragung dargestellt. Das Experteninterview wird vorgestellt, es wird geklärt, wer eigentlich als Experte zu betrachten ist, des Weiteren wird das strukturierte Leitfadeninterview am Beispiel des Experteninterviews erläutert. Es folgt die Auswahl der Interviewpartner, der Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens und abschließend werden die Interviewergebnisse ausgewertet.

##### 3.1.2. Die Erhebungsmethode

Eine in der empirischen Sozialforschung häufig eingesetzte Methode ist das Experteninterview, welche qualitative Daten liefert. „...es kommt sowohl als eigenständiges Verfahren als auch im Rahmen einer Methodentriangulation zur Anwendung. Bereiche in denen besonders häufig von Experteninterviews Gebrauch gemacht wird, sind die industriesoziologische Forschung, die Organisationsforschung, die Bildungsforschung und die Politikforschung.“<sup>11</sup> Das Experteninterview dient der „Teilhabe an exklusivem Expertenwissen“<sup>12</sup>, welches für den Forscher sonst schwer zugänglich wäre. Das Experteninterview ermöglicht „eine konkurrenzlos dichte Datengewinnung gegenüber der in der Organisation von Feldzugang und Durchführung zeitlich und ökonomisch weit aufwendigeren teilnehmenden Beobachtungen, Feldstudie, einer systematischen quantitativen Untersuchung usw.“<sup>13</sup> Nach Flick stellt das Experteninterview weniger den Interviewten als Person in den Mittelpunkt, sondern vielmehr „in seiner Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld“<sup>14</sup>

Der Experte ist Informationslieferant für den Forscher. Bogner und Menz nehmen an, dass wenn die Experten als „Kristallisationspunkte“ praktischen Insiderwissens betrachtet werden und stellvertretend für eine Vielzahl zu befragende Akteure interviewt werden, das Experteninterview zur Abkürzung aufwendiger Beobachtungsprozesse dienen kann.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. Meuser und Nagel, Das Experteninterview-[...] und methodische Anlagen, S. 465

<sup>12</sup> Vgl. Bogner et al., 2005, S.37

<sup>13</sup> Vgl. Bogner, Menz, 2005, S.7

<sup>14</sup> Flick, 2007, S.214

<sup>15</sup> Vgl. Bogner, Menz, 2005, S.10

### 3.1.3. Experte

Zunächst ist bei der Anwendung von Experteninterviews zu klären, wer als Experte gilt. Die Literatur hat diesbezüglich eine Menge aufzuweisen.

So beschreiben Bogner und Menz unterschiedliche Betrachtungsweisen des Expertenbegriffs. „...dass jeder Mensch mit besonderen Informationen, Fähigkeiten usw. für die Bewältigung des eigenen Alltagslebens ausgestattet ist, so dass man im weiteren Sinne von einem spezifischen Wissensvorsprung [...] sprechen kann“<sup>16</sup> Dementsprechend wären alle Menschen Experten ihres eigenen Lebens. Laut Bogner und Menz ist eine Unterscheidung von zwei unterschiedlichen Ansätzen möglich. Die erste methodisch betreffende Perspektive stellt das Expertensein als Rolle dar, welche über die Zuschreibung seitens der Akteure entsteht, die an Aufklärung und Faktenwissen interessiert sind. „Als forschungspraktische Konsequenz ergibt sich [...], dass sich innerhalb von Organisationen auch auf niederen Hierarchieebenen erfolgreich nach Experten suchen lassen. Nicht immer [...] sind Leitende in repräsentativer Position auch die gesuchten Experten“<sup>17</sup> Dem sozial- repräsentationalen Ansatz nach ist Experte, wer gesellschaftlich zum Experten gemacht wird. „Der Experte lässt sich in dieser Perspektive als Exponent eines einflussreichen „Fachmenschentums“ (Weber 1980:578) beschreiben“. Des Weiteren ist eine in der Methodendebatte laut Bogner und Menz sehr einflussreich gewordene wissenssoziologische Fokussierung. In Bezug auf die Profilierung des Experten über seine spezifische Wissensstruktur sind Bogner und Menz sich einig. Demnach handelt der wissenschaftliche Experte mit sicherem und eindeutigem Wissen, das ihn kommunikativ und rückbezüglich verfügbar ist. Laut Bogner und Menz wurde diese Definition von Sprondel spezifiziert. Expertenwissen bezieht sich demnach auf ein „Sonderwissen“, das im Gegensatz zum allgemeinen Wissen „komplex integrierte Wissensbestände umfasst und außerdem konstitutiv auf die Ausübung eines Berufes bezogen ist.“<sup>18</sup>

Meuser und Nagel beziehen sich bei ihren Schriften auf diejenigen Experten, „die selbst Teil des Handlungsfeldes sind, das den Forschungsgegenstand ausmacht. [...] Ob jemand als Experte angesprochen wird, ist in erster Linie abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse.“<sup>19</sup> Somit kann der Experte ihrer Ansicht nach als relationaler Status angesehen werden. Als Experte wird angesprochen „...wer in irgendeiner Weise

---

<sup>16</sup> Vgl. Bogner, Menz, 2005, S.40

<sup>17</sup> Vgl. Bogner, Menz, 2005, S.40

<sup>18</sup> Vgl. Bogner, Menz, 2005, S.41

<sup>19</sup> Vgl. Meuser, Nagel, 2005, S.73

Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder- wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Politikfelder oder Entscheidungsprozesse verfügt.“<sup>20</sup>

Als Grundlage der wissenschaftlichen Erhebung erscheint die Definition von Meuser und Nagel evident.

<b>Experte ist...</b>	Teil der Zielgruppe	Handlungseinheit komplementär zur Zielgruppe
<b>Informiert über...</b>	Eigenes Handlungsfeld	Die Kontextbindungen des Handelns einer Zielgruppe
<b>Beispiele</b>	Professionalisierungsforschung	Betroffenen-, Ungleichheitsforschung
<b>Erfahrungswissen</b>	Betriebswissen	Kontextwissen

**Abbildung 4: Experte(n-Wissen) und Verankerung im Forschungsdesign**  
(Quelle: [http://viles.uni-Oldenburg\[...\]/Methoden](http://viles.uni-Oldenburg[...]/Methoden))

### 3.1.4. Strukturiertes Leitfadeninterview am Beispiel des Experteninterviews

Die Erstellung des strukturierten Leitfadens im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte durch den Landesverband Sozialpsychiatrie.

Für die Durchführung der Interviews wurde sich für die Methode des strukturierten Leitfadeninterviews am Beispiel des Experteninterviews entschieden. Die Expertenbefragung ist eine Methode aus der empirischen Sozialforschung, welche eine Vorgehensweise anhand eines Interviewleitfadens erlaubt und eine undetaillierte Strukturierung und eine Flexibilität bietet.<sup>21</sup> Aufgrund der Flexibilität des Experteninterviews ist eine genau vorgegebene Reihenfolge der Fragen optional. Demnach kann ein natürlicher Gesprächsverlauf zustande kommen. Dieser Fakt erlaubt dem Interviewten frei zu antworten und zum anderen kann der Autor gegebenenfalls seine Fragen der Gesprächssituation individuell anpassen.<sup>22</sup> Aufgrund dessen lassen sich die Aussagen in der Auswertung gut miteinander vergleichen, da inhaltlich dieselben Fragen an alle Interviewpartner gestellt werden. Die Interviewpartner

<sup>20</sup> Vgl. Meuser, Nagel, 2005, S.73

<sup>21</sup> Vgl. Mayer, Horst: Interview und schriftliche Befragung, 2004, S.36

<sup>22</sup> Vgl. Gläser, Jochen, Landel, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 2006, S. 36- 41

erhielten vor den Treffen bereits die Fragen, um sich auf die Interviews vorzubereiten und dem Interview einen fließenden Gesprächsverlauf zu ermöglichen.

### **3.1.5. Auswahl der Interviewpartner**

Der Landesverband Sozialpsychiatrie stellte eine Liste von möglichen Interviewpartnern zur Verfügung, somit fand die Auswahl der Interviewpartner durch die persönliche Entscheidung des Autors statt. Zur Verfügung standen unter anderem Mitarbeiter der Suppenküche, der Tafel, Obdachlosenhilfe oder Mitarbeiter der Pflegedienste und viele mehr. Entschieden wurde sich zunächst für einen Polizeibeamten und eine Bäckereiverkäuferin, da dort großes Potenzial gesehen wurde. Diese beiden Berufszweige waren jedoch schwer zu erreichen, wie es sich insgesamt im Laufe des Forschungsprojektes des Landesverbandes Sozialpsychiatrie herausstellte. Somit wurde jeweils ein Termin für ein Experteninterview mit einem Leiter einer Apotheke, welcher seit 6 Jahren in der Apotheke tätig ist und mit einer Frisörsalonbesitzerin, welche seit 30 Jahren ihren Frisörsalon führt, ausgemacht. Kriterien wie zum Beispiel Alter, Geschlecht oder Herkunft spielten bei der Befragung keine Rolle.

### **3.1.6. Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens**

Aufgrund der meist geringen zeitlich begrenzten Ressourcen der Experten begründet Flick den häufigen Einsatz von Leitfäden innerhalb des Experteninterviews. Somit „kommt dem Leitfaden hier noch stärker eine Steuerungsfunktion in Hinblick auf den Ausschluss unergiebigere Themen zu“<sup>23</sup> Die zentrale Aufgabe des Forschers besteht darin „das Interview und den Interviewten auf das interessierende Expertentum zu begrenzen bzw. festzulegen.“<sup>24</sup>

Dem Interviewer ist es selbst überlassen, ob und wann er genauer nachfragen sollte. Ebenso kann „ausholende Ausführungen des Interviewten eher unterstützen [...] und wann er bei Ausschweifungen des Interviewten zum Leitfaden zurückkehren sollte.“<sup>25</sup> Bei einem leitfadengestützten Interview bleibt es dem Interviewer selbst überlassen, in welcher Reihenfolge und Formulierung er die Fragen stellt.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. Flick, 2007, S. 216

<sup>24</sup> Vgl. Flick, 2007, S. 217

<sup>25</sup> Vgl. Flick, 2007, S. 223

<sup>26</sup> Vgl. Lamnek, 2007, S. 728

Flick statuiert, dass diese Anzahl an Einzelentscheidungen „ein großes Maß an Sensibilität für den konkreten Interviewverlauf und für den Interviewten“ verlangt.<sup>27</sup> Es ist wichtig, einen umfassenden Überblick über das Gesagte und dessen Relevanz für die Ausgangsfrage der Untersuchung einzubringen. Darum ist eine permanente Vermittlung zwischen dem Interviewverlauf und dem Leitfaden unabdingbar. Abschließend kann der Leitfaden insgesamt als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen dienen.<sup>28</sup>

### ***Aufbau des Interviewleitfadens***

Der Interviewleitfaden wurde anhand der Regeln für die Durchführung von strukturierten Leitfadeninterviews am Beispiel von Experteninterviews vom Landesverband Sozialpsychiatrie erarbeitet.

Zunächst erfolgt eine Einleitung in die Thematik, sowie das Ziel des Forschungsvorhabens „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen - Entwicklung von Identifikatoren und Zugangswegen in der Hansestadt Rostock“. Der Interviewleitfaden enthält insgesamt 7 Fragen, wobei eine Frage nochmals unterteilt ist. Die Eingrenzung des Interviewleitfadens wurde bewusst vorgenommen, damit die Interviews nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Pro Interview wurde eine Zeitspanne von 20 bis 60 Minuten eingeplant.

### ***Inhalt des Interviewleitfadens***

Der Interviewleitfaden beinhaltet sieben Fragen, welche im Folgenden inhaltlich grob dargestellt werden.

- 1.) Es soll von einem praktischen Beispiel berichtet werden, auf die die Beschreibung von älteren, Menschen ohne Zugang zum Hilfesystem passt
- 2.) Es sollen Merkmale genannt werden, wie diese Menschen auffallen
- 3.) Angaben wie Geschlecht oder Alter zur Identifikation dieser Menschen
- 4.) Mögliche Gründe nennen, weshalb der Zugang zum Hilfesystem nicht besteht
- 5.) a) Möglichkeiten nennen zur Früherkennung dieser Menschen  
b) Ideen nennen, mit denen die älteren, hochbetagten Menschen entsprechende Hilfe bekommen
- 6.) Mögliche quartiersbezogene Angebote zur Erreichung dieser Menschen

---

<sup>27</sup> Vgl. Flick, 2007, S. 223

<sup>28</sup> Vgl. Flick, 2007, S. 223

- 7.) Offene Fragestellung, ob noch etwas allgemein zu dem Thema gesagt werden möchte

Der Interviewleitfaden ist im Anhang dieser Bachelorarbeit einzusehen.

### **3.1.7. Vorbereitung und Durchführung der Interviews**

#### ***Vorbereitung***

Vor der Befragung der Experten wurde der Autor intensiv in das Thema hineingearbeitet, bekam Literatur zur Verfügung gestellt, um sich auf die Befragungen vorzubereiten. Der vom Landesverband Sozialpsychiatrie erstellte Leitfaden wurde mit den Mitarbeitern und dem Autor besprochen. Die Auswahl der Interviewpartner durch den Autor wurde mit den Mitarbeitern erneut abgesprochen. Folglich wurde diese Auswahl an den zuständigen Quartiersmanager weitergeleitet und dieser stimmte die Termine zur Befragung mit den Interviewpartnern ab und teilte mir diese per E-Mail mit.

#### ***Durchführung***

Die Durchführung der Experteninterviews fand in zwei persönlichen Gesprächen statt. Das erste Gespräch wurde mit einem Leiter einer Apotheke und das zweite Gespräch mit einer Friseursalonleiterin durch. Um die Gespräche vertraulich zu behandeln, wurden diese entweder im Büro des jeweiligen Interviewpartners oder in einem separaten Besprechungsraum durchgeführt.

Eine Einleitung diente zu Beginn der Experteninterviews zur Konkretisierung der Thematik, des Weiteren wurden sie über die Zielsetzung, Ablauf und Rahmenbedingungen der wissenschaftlichen Erhebung informiert. Der Autor stellte sich persönlich vor und nannte seine Aufgabe in Bezug auf seine Bachelorarbeit und holte sich das Einverständnis der digitalen Aufzeichnung des Interviews ein. In diesem Zuge erhielten die Interviewpartner eine Einverständniserklärung, in der sie über die Audioaufnahme der Daten, die anonymisierte Verschriftlichung und Verwendung der erfassten Informationen aufgeklärt werden. Der vertrauliche Umgang mit den Daten wurde ausdrücklich betont. Durch diese Aufzeichnung konnte sich der Interviewer voll und ganz auf die Gespräche konzentrieren und der Interviewpartner hatte mehr Spielraum hinsichtlich der Ausführung seiner Antworten.<sup>29</sup> Laut Lamnek gestaltet sich die Aufzeichnung des Interviews bei einer qualitativen Studie als deutlich schwieriger

---

<sup>29</sup> Vgl. Mayer, Hosrt: Interview und schriftliche Befragung, 2004, S. 46

als beispielsweise bei einem standardisierten Interview. Darum ist es von Vorteil auch im Hinblick auf die Auswertung am Ende der Interviews, ein Audioband oder Videoband mitlaufen zu lassen.<sup>30</sup> Für diese wissenschaftliche Arbeit wurde sich bewusst für Audioaufnahmen entschieden, da sie den Interviewverlauf weniger beeinflussen, als Videoaufnahmen.

Die Gesprächsdauer der Experteninterviews lag bei 13 bis 15 Minuten. Beide Experten hatten wenig Zeit einräumen können, da sie die Interviews während ihrer Arbeitszeit durchführen wollten.

## **3.2. Dokumentation- und Datenauswertung**

### **3.2.1. Transkription**

Damit die Experteninterviews ausgewertet werden können, werden sie verschriftlicht. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde sich für die „einfache“ Transkription entschieden. Da der Ausdruck und die Tonhöhe beispielsweise nicht relevant erscheinen für die zu erzielenden Erkenntnisse aus den Experteninterviews. Hier geht es ausschließlich um den Inhalt. „Das Feintranskript hingegen vermittelt durch die Wiedergabe der Umgangssprache und der Tonhöhenverläufe einen besseren Eindruck von den Sprechern selbst.“<sup>31</sup>

Die Datenauswertung erfolgt in Form der interpretativ- explikativen Analyse, welche die „favorisierte und idealtypische Form der Auswertung und Analyse von durch qualitative Interviews produzierte[...] Texte“ darstellt.<sup>32</sup>

Mayring betont die Wichtigkeit der Materialaufbereitung. „Durch Erhebungsverfahren versucht man der Realität Informationen zu entlocken; dieses Material muss aber erst festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor es ausgewertet werden kann. Die beste Erhebung nützt nichts, wenn hier unsauber gearbeitet wird.“<sup>33</sup> Beim Auswertungsverfahren nach Mayring werden „manifeste Kommunikationsinhalte, also Aussagen von Befragten, die diese bewusst und explizit von sich geben“

---

<sup>30</sup> Vgl. Lamnek, 2007, S.353

<sup>31</sup> GAT- Feintranskript, S.35

<sup>32</sup> Vgl. Lamnek, 2005, S. 513

<sup>33</sup> Vgl. Mayring, 2002, S. 85

untersucht.<sup>34</sup> Die Transkriptionen beider Experteninterviews sind im Anhang dieser Bachelorarbeit einzusehen.

Nach Mayring können verschiedene Verfahren zur Analyse der Befragungen, welche als Grundformen des Interpretierens gelten, durchgeführt werden.<sup>35</sup>

1. Zusammenfassung
2. Explikation
3. Strukturierung

Zunächst wird im ersten Schritt das vorliegende Material reduziert. Das Material soll soweit verkürzt werden, dass zwar die Kernaussagen erhalten bleiben, jedoch ein „überschaubarer...Corpus“ entsteht.<sup>36</sup>

Theoretisch folgt im nächsten Schritt die Explikation, dieser ist in dieser wissenschaftlichen Arbeit nicht nötig, da es nicht zu Unverständlichkeiten innerhalb des Experteninterviews kam. „Die Explikation dient der Erläuterung von Textstellen, in denen sich der Interviewpartner für den Forscher unverständlich ausgedrückt hat.“<sup>37</sup>

Im dritten und letzten Schritt erfolgt der Querschnitt durch das Material oder das Material wird aufgrund bestimmter Kriterien eingeschätzt.<sup>38</sup>

Für die Datenerhebung innerhalb dieser Bachelorarbeit wird die Zusammenfassung gewählt. Somit wird das Material reduziert und es stehen die wesentlichen Merkmale heraus, ohne dass der Inhalt verloren geht.

### **3.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse**

Im Folgenden erfolgt die Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt die wichtigsten Merkmale dar. Der Vorteil im Gegensatz zur qualitativen Sozialforschung, bei der der Kontext einzelne Textbestandteile, latente Sinnesstrukturen und Einzelfälle sowie nicht im Text enthaltene Elemente außer Acht lässt, ist bei der qualitativen Sozialforschung, „dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert.“<sup>39</sup> Mayring

---

<sup>34</sup> Vgl. Lamnek, 2005, S. 513

<sup>35</sup> Vgl. Mayring, 2008, S. 58

<sup>36</sup> Vgl. Mayring, 2003, S. 58

<sup>37</sup> Vgl. Lamnek, 2005, S. 522

<sup>38</sup> Vgl. Mayring, 2003, S. 75

<sup>39</sup> Vgl. Mayring, 2002, S. 114

differenziert im Bezug auf die qualitative Inhaltsanalyse zwischen der Zusammenfassung, Exploration und Strukturierung als „Grundformen des Interpretierens.“<sup>40</sup>

Im Rahmen der beiden transkribierten Interviews, welche in einer Apotheke und einem Friseursalon geführt wurden, konnten nach der ersten Reduktion des Materials folgende Kategorien vorgenommen werden.

K 1 - Rolle des Umfelds

K 2 - Identifikation älterer, hochbetagter Menschen außerhalb der Hilfestrukturen

K 3 - Individuelle Eigenschaften dieser Menschen

K 4 - Klärung Zugang Hilfesystem

K 5- Möglichkeiten zur Früherkennung

K 6- Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

K 7 - Verbesserung der Zugänglichkeit der Hilfesuchenden im Quartier

Die aufgezeigten Kategorien werden im Folgenden genauer beschrieben und anhand von Zitaten aus den Transkriptionen belegt.

### **Kategorie 1: Rolle des Umfeldes**

Bei der Befragung der Experten, ob Sie Menschen kennen, welche keinen Zugang zum Hilfesystem haben, konnte herausgefunden werden, dass ältere und hochbetagte Menschen aufgrund von Vereinsamung sich zurückziehen und keinen optimalen Zugang zum Hilfesystem finden. *„...sind mehr oder weniger bekannt, es sind aber meistens nicht Personen, die total aus dem sozialen Netz rausgefallen sind, also wie jetzt Obdachlose oder so was, so was kann ich eigentlich nicht berichten, es sind eher dann ältere Patienten, die zwar schon ihre Arzt-Dinge erledigen, also in dem Sinne schon irgendwie sozial abgesichert sind, sage ich jetzt mal in Führungszeichen, aber die trotzdem dann bei uns auch berichten, dass sie eben sehr alleine sind, weil zum Beispiel Familienangehörige verstorben sind, zu weit weg sind, Bekannte nicht mehr da sind, die einfach sehr alleine sind, also das kommt auf jeden Fall vor.“* (Interview 1,S.1)

---

<sup>40</sup> Vgl. Mayring, 2008, S. 58

Auffällig ist, dass in beiden Interviews die Verwandtschaft eine große Rolle spielt. Es wird unter Anderem erwähnt, dass sich die Verwandtschaft nicht ausreichend kümmert. *„...dass die Verwandten sich nicht genügend kümmern...“* (Interview 2, S.1) Wenn mehr Unterstützung vom Umfeld käme, würden die älteren, hochbetagten Menschen nicht verwahrlosen, vereinsamen und hätten einen besseren Zugang zum Hilfesystem. *„Vom Umfeld, das ist, glaube ich, das größte Problem, denn die, die jetzt noch Verwandte haben und die sich um sie etwas kümmern, das muss ja gar nicht so viel sein, die können das dann auch mal melden und sich kümmern, dass dann jemand kommt, das ist ja in den meisten Fällen so, zu mindestens hier in Lütten Klein.“* (Interview 2, S.1) Würde das Umfeld der Betroffenen achtsamer sein, könnten individuelle Hilfen auf das Krankheitsbild beispielsweise angepasst, Verwahrlosungen vorgebeugt und eine Lebensqualität generiert werden. Des Weiteren führen Abweichungen, was Betroffene und Angehörige in Bezug auf die medizinische und pflegerische Versorgung wollen, oftmals dazu, dass nichts passiert.

### **Kategorie 2: Identifikation älterer, hochbetagter Menschen außerhalb der Hilfestrukturen**

Auffällig werden diese Menschen beispielsweise, indem sie selbstständig ihre Bedürfnisse und Gedanken äußern. *„...dass die dann auffällig werden, in dem Sinne, dass sie es selber äußern, dass sie eben sehr alleine sind, weil in der Apotheke ist ja doch mehr Kommunikation, als manchmal beim Arzt möglich ist oder überhaupt in anderen Geschäften, wenn ich das so bezeichnen will, von daher ist die Apotheke schon ein sozialer wichtiger Ansprechpartner gerade für diese Menschen...“* (Interview1, S.2) Des Weiteren scheint auch der Friseurbesuch als essentiell. Hier wird sichtbar, dass die Menschen, welche seit einem längeren Zeitraum hinweg, ein Vertrauensverhältnis zur Friseurmeisterin aufgebaut haben. *„Natürlich sind die Menschen auch unterschiedlich. Es gibt auch welche, die sind sehr verschlossen, aber ich persönlich habe das noch nicht so unklar gehabt, weil man sie auch lange kennt und so und dann erzählen sie einem dann doch dies und jenes.“* (Interview 2, S. 2) So kann gesagt werden, dass die Rolle der Friseurin und Apotheker im sozialen Umfeld eine große Rolle spielen.

Nicht alle sind mitteilungsbedürftig und suchen den Kontakt nach außen, dies erschwert die Identifikation von älteren, hochbetagten Menschen, welche nicht in das Hilfesystem eingegliedert sind. *„...aber es ist natürlich so, wenn jemand von sich aus das nicht äußert, ist es für uns natürlich auch schwer, das zu erkennen. Man merkt dann*

*manchmal so, wenn die Patienten sagen ... oder durch bestimmte Äußerungen auffällig werden, durch Hinweise, die sie dann eben verbal geben, dass wir es so merken, aber ansonsten ist es schwierig.“ (Interview 1, S.2)*

### **Kategorie 3: Individuelle Eigenschaften dieser Menschen**

Ältere, erkrankte Menschen ohne Hilfesystem bzw. mit nicht richtig eingestellter medizinischer Versorgung sind mitteilbar und möchten über ihre Situation reden. *„Ja, ich denke mal, das sind mehr erkrankte Menschen, die eben nicht den Kontakt so haben, wie sie brauchen ... so, wie sie ihn brauchen, die sind dann auch mitteilbarer,...“ (Interview 2, S.2)* Hierbei muss unterstrichen werden, dass sich überwiegend Menschen weiblichen Geschlechts über ihre Situation äußern. *„Die Patienten, die es von sich aus äußern, sind eher weiblichen Geschlechts, bei Männern kommt das auch vor, aber eher sind es Frauen, die das äußern.“ (Interview 1, S.2)* Die Menschen leben teilweise in der Vergangenheit und sind in der Gegenwart nicht richtig angekommen. *„Na ja, das ist schon so, sie leben oft auch in der Vergangenheit dann. Sie erinnern sich an die guten Zeiten und das, was sie vor sich haben, ist dann nicht so gut und das kommt alles dazu, das spielt alles eine Rolle.“ (Interview 2, S.2)*

### **Kategorie 4: Probleme in der Zugänglichkeit zum Hilfesystem**

Gründe für einen erschwerten bis gar keinen Zugang zum Hilfesystem gibt es ausreichend. Zum einen haben viele Menschen diesen Zugang aufgrund von Selbstachtung und Stolz nicht. Die bestehende Situation wird oftmals einfach ausgehalten *„Also das liegt natürlich an den Patienten zum einen selbst, das ist ja grundsätzlich ein Eingeständnis dann auch, zum Teil auch Stolz oder man wächst einfach in die Situation rein und meistens sind es dann alle Sachen auf einmal, dass der Partner einfach stirbt und die Patienten dann versuchen, die Situation einfach auszuhalten, weil, vorher hat es ja auch funktioniert“* oder die Vielfalt der Angebote, wie ein Mehrgenerationenhaus, Seniorentreffs oder Tanzabende sind gar nicht bekannt. *„Information ist sicherlich schwierig, das ist dann wirklich meist Mundpropaganda, es werden ja Sachen auch angeboten, auch über das Internet zum Beispiel, aber gerade so die älteren Leute tun sich da natürlich schwer. Es gibt ja bei uns im Stadtteil so ein paar Projekte, die laufen, unter anderem, das Mehrgenerationenhaus ist ja ein Anlaufpunkt, aber ich kann jetzt nicht sagen, wie viele Patienten dort, die jetzt alleine sind, wirklich die Angebote auch wahrnehmen.“ (Interview 1, S.3)* Des Weiteren wird die nicht ausreichend staatliche Unterstützung kritisiert. *„...wahrscheinlich wird von*

*staatlicher Seite nicht genügend achtgegeben...“ Auch die Rolle des Arztes rückt in den Vordergrund. Verwahrloste, vereinsamte, ältere Menschen fallen häufig zu spät auf, es muss somit eine ausreichende Früherkennung und Steuerung durch den Hausarzt erfolgen. „was auch ganz wichtig ist, sie gehen ja auch meistens zum Arzt und die Ärzte spielen auch eine große Rolle für ältere Menschen, wenn jetzt da ein Arzt kommt, der nun sieht, dass diejenige oder derjenige nicht mehr alleine in seinem Heim bleiben kann, in seinem Haus, in seiner Wohnung, dann müsste man was unternehmen.“(Interview 2, S.2)*

### **Kategorie 5: Möglichkeiten zur Früherkennung**

Eine quartiersbezogene, niedrigschwellige Beratung kann den Menschen Aufklärung über Angebote und Unterstützung bieten. *„...einfach im Vorfeld schon klar wäre für viele Senioren auch, eben andere, jüngere Patienten, dass sie einen Anlaufpunkt haben, wie zum Beispiel das Mehrgenerationenhaus oder dann eben, dass eine Ermutigung ist, in der Apotheke, beim Arzt oder so durch Plakate zum Beispiel.“* (Interview 1, S.4) Die Nachbarschaftshilfe kann des Weiteren dazu beitragen, dass diese Menschen frühzeitig erkannt werden und vor der Verwahrlosung und Vereinsamung bewahrt werden. *„denn wenn jetzt eine Nachbarin da ist oder oben oder unten jemand, der merkt: Aha, die kommt kaum noch raus oder so, da kann man ja auch ein bisschen was machen.“* (Interview 2, S.3)

### **Kategorie 6: Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung**

In diesem Zusammenhang werden die Pflegekräfte ganz besonders betont. Denn Pflegekräfte müssen achtsamer sein und eine sogenannte Schlüsselfunktion in der Früherkennung übernehmen. *„Pflegekräfte oder so. Das ist ganz wichtig, Pflegekräfte müssen gucken, wie ... was los ist.“*(Interview 2, S.3) Darüber hinaus muss allerdings auch eine richtige Pflegestufe für eine optimale medizinische Versorgung vorliegen. Der MDK muss gewissenhaft die passende Pflegestufe für den jeweiligen Patienten zuweisen, um eine sehr gute medizinische Versorgung zu garantieren. *„Ja, das ist ja dann meistens so, dass gerade diese Patienten eben keine Hilfe bekommen im Sinne von einem Pflegedienst oder so was, denn dann wäre ja schon jemand da. Ja, es ist schwierig, es wäre natürlich gut, wenn grade solche Patienten dann eben über den MDK richtig eingeschätzt werden, eine Pflegestufe eventuell ist dann auch meistens vonnöten, dass dann dadurch einfach schon ein sozialer Kontakt wiederhergestellt wird.“* (Interview 1, S.4) Demzufolge schätzt der Experte die Situation so ein, dass nicht

alle Menschen eine optimale medizinische Versorgung durch den Pflegedienst Zuhause erhalten.

### **Kategorie 7: Verbesserung der Zugänglichkeit der Hilfesuchenden im Quartier**

Das Mehrgenerationshaus in Lütten Klein ist ein guter Ansatz, dieses Angebot wird auch eifrig angenommen. Dort wird zusammen gekocht, erzählt und auch getanzt. „...*da gehen viele auch oft zum Tanzen und was da so ... und Kaffeetafel und so was, was da alles so veranstaltet wird, also das wird sehr gerne angenommen, ich höre das dann immer, wenn die sich hier untereinander dann unterhalten, oder die Pflegedienste, da machen sie ja auch ... die haben ja auch Räume, wo sich die älteren Leute treffen können und Veranstaltungen auch, passende Veranstaltungen für alte Menschen.*“ (Interview 2, S.3)

Jedoch gibt es auch ältere Menschen mit mehreren Grunderkrankungen, welchen ein barrierefreies Leben im Quartier nicht möglich ist. „...*letztendlich könnten es ja auch Treffs sein, das muss ja nicht unbedingt in dem Haus sein, wo sich die Senioren eben treffen können, aber es ist wirklich schwierig, diese Patienten dann auch dazu zu bewegen, zum Teil sind sie dann auch dement, also mit anderen Grunderkrankungen noch, die das ganze erschweren, dann kommt noch mal wieder ein Hemmnis dazu, dass sie eben sich nicht trauen, aufgrund eben einer Erkrankung oder so was...*“ (Interview 1, S.5) Teilweise sind diese Hemmnis aber auch Dunkelheit, dass sie stürzen oder dass sie Angst vor Fremden haben. Diese Menschen fühlen sich in ihren eigenen vier Wänden sicher und wohl.

Es bedarf an weiteren Angeboten für diese Menschen, anderen Aktivitäten, eventuell auch außerhalb des Quartiers. „*Ja, da müsste sich ein bisschen mehr gekümmert werden, denn die Leute sind auch so, dass sie auch gerne mal wohin gehen oder aktiv teilnehmen wollen, wenn nun einer nun ganz doll krank ist, dem ist das dann egal, dem ist dann auch nicht mehr zu helfen, aber im Großen und Ganzen, wenn sie denn erst einmal da waren, gehen sie doch ganz gerne hin. Die motivieren sich auch untereinander.*“ (Interview 2, S3)

Ein wichtiger Punkt ist auch der Aufbau eines bezahlbaren, gemeinsamen Wohnraums, welcher eine Alternative zu Heimen bildet. „...*grundsätzlich ist es ein sehr wichtiges Thema, denke ich, einfach, weil die Altersstruktur eben so ist, dass wir eben immer mehr Senioren bekommen und meistens ist es dann auch so, dass ein Partner verstirbt*

*und dann sind die Leute zu Hause, also von daher ist es natürlich, oder wäre es, schön, wenn man dann nachher ans gemeinsame Wohnen denkt oder so was, wenn man vielleicht so eine Art Wohngruppen oder so was installieren kann, die finanziell auch tragbar sind...*“ (Interview 1, S.5) Viele ältere Menschen möchten so lange wie möglich ihre Selbstständigkeit bewahren und den zu frühen Einzug in das Pflegeheim umgehen. *...viele wollen das ja auch nicht, gleich ins Pflegeheim, weil, das bedeutet dann immer gleich, dass man immer angewiesen ist auf andere und das wollen sich viele eben auch nicht eingestehen oder ist ja auch zum Teil von der Körperlichkeit her nicht unbedingt nötig.*“ (Interview 1, S.5) Mögliches Potenzial besteht somit in der Erschaffung eines bezahlbaren, gemeinsamen Wohnraums, welcher Selbstständigkeit bietet und medizinische und pflegerische Versorgung erlaubt.

### **3.3. Ergebnisse**

#### **Kategorie 1: Rolle des Umfelds**

Die Familienangehörigen und das nähere Umfeld spielen für ältere, hochbetagte Menschen eine große Rolle. Betroffene äußern sich dazu, dass sie sich alleine fühlen, die Familie zu weit weg wohnt und sie gern ein wenig Unterstützung hätten seitens der Familie. Des Weiteren führen Abweichungen, was Betroffene und Angehörige wollen, oftmals dazu, dass nichts passiert. Angehörige können als Schlüsselfunktion in der Früherkennung gelten.

#### **Kategorie 2: Identifikation älterer, hochbetagter Menschen außerhalb der Hilfestrukturen**

Der Kontakt zu Friseuren und Apothekern spielt im sozialen Umfeld der älteren, hochbetagten Menschen eine immense Rolle. Besonders in Friseursalons wird der Kontakt gesucht, um über Befindlichkeiten, Ängste und Sorgen zu kommunizieren. Durch die Besuche über einen längeren Zeitraum hat sich oftmals ein Vertrauensverhältnis zum Friseur aufgebaut. Auch in Apotheken wird teilweise der Kontakt verbal und non- verbal gesucht.

#### **Kategorie 3: Individuelle Eigenschaften dieser Menschen**

So kann gesagt werden, dass besonders Frauen sich häufig über ihre Lebensumstände beim Friseur austauschen möchten. Grundsätzlich suchen ältere, erkrankte Menschen den Kontakt zum Austausch. Zudem leben viele ältere Menschen in der Vergangenheit, halten sich an den „schönen“ Zeiten fest und möchten nicht in der Gegenwart

ankommen. Sie halten die Situation aus und stecken ihre eigenen Bedürfnisse zurück. Die älteren Menschen heutzutage gelten als eine Generation, „in der man auch mal etwas aushalten muss“ und sind oftmals nicht gewillt, etwas an einer bestehenden Situation zu ändern.

#### **Kategorie 4: Klärung Zugang Hilfesystem**

Die Rolle des Hausarztes gewinnt an enormer Bedeutung. Wenn der Hausarzt sensibilisiert wird und achtsamer mit seinen Patienten ist, kann eine optimale Versorgung für ältere, hochbetagte Menschen garantiert werden. Somit könnte man bei einem langsamen Krankheitsverlauf die entsprechende Pflege einleiten, der Hausarzt kann die Rolle der Vertrauensperson einnehmen oder aber der Hausarzt kann individuell Angebote für seine Patienten in Bezug auf die medizinische Versorgung anbieten und seine Patienten unterstützen. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass der Hausarzt turnusmäßig Hausbesuche macht und somit einen Überblick für jeden Patienten erhält und bei verändertem Gesundheitszustand eingreift und unterstützen kann. Zudem soll mehr staatliche Unterstützung erfolgen, wie zum Beispiel für Wohngruppen.

#### **K 5- Möglichkeiten zur Früherkennung**

Durch die Stärkung der Nachbarschaftshilfe kann es gelingen, medizinische oder soziale Veränderungen frühzeitig zu erkennen. So kann unterstützend eingegriffen werden und die Betroffenen fühlen sich mit dem Wissen gut aufgehoben und sicherer. Des Weiteren könnte eine quartiersbezogene, niedrigschwellige Beratung den Menschen eine Aufklärung über Angebote und Unterstützung bieten.

#### **K 6- Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung**

Für die Verbesserung der medizinischen Versorgung können der Pflegedienst und der MDK sorgen. Wenn die Pflegekräfte achtsam mit ihren Patienten umgehen, können gesundheitliche und soziale Veränderungen wahrgenommen und die entsprechende Pflegestufe und Hilfe angepasst werden, damit eine optimale medizinische Versorgung für jeden garantiert ist.

**K 7 - Verbesserung der Zugänglichkeit der Hilfesuchenden im Quartier**

Ein wichtiger Punkt ist der Aufbau eines bezahlbaren, gemeinsamen Wohnraums, welcher eine Alternative zu Pflegeheimen bildet. Ältere, hochbetagte Menschen möchten so lange wie möglich ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität beibehalten und somit eine Pflegeheimaufnahme so lange es geht, hinauszögern. Der Wunsch nach Aktivitäten außerhalb des Quartiers besteht und lässt Raum für Tagesausflüge oder Reisen beispielsweise. Grundsätzlich muss etwas für das Sicherheitsgefühl in der Dunkelheit und für die Barrierefreiheit getan werden. Ältere, hochbetagte Menschen äußern häufig, dass sie Angst haben, mit der Straßenbahn zu fahren, da diese nach dem Einstieg so schnell losfährt und die Gefahr besteht, hinzufallen oder nicht rechtzeitig einen Sitzplatz ergattern zu können.

## **4. Handlungsempfehlungen**

Die Grundlage der Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des Forschungsvorhabens setzt sich zusammen aus den empirischen Untersuchungen sowie den eigenen Überlegungen. Diese Handlungsempfehlungen können weiter in die Arbeit des Landesverbandes Sozialpsychiatrie mit einfließen.

Die Rolle des Hausarztes, der Pflegekraft, sowie die Erschaffung eines gemeinsamen Wohnraums alternativ zu einem Pflegeheim sind in der Befragung der Experten sehr präsent gewesen. Daher werden für diese drei Bereiche Handlungsempfehlungen im Folgenden verfasst.

### **Die Rolle des Hausarztes**

Ein Hausarzt ist in erster Linie ein Arzt, der die allgemeine und permanente Betreuung von Patienten übernimmt und ihre Behandlung koordiniert. Darüber hinaus kann der Hausarzt aber auch die Rolle der Vertrauensperson einnehmen. Es wäre denkbar, dass die Hausärzte in Zukunft turnusmäßige Hausbesuche veranstalten. Dabei hat der Hausarzt einen Überblick über seine Patienten und kann bei Auffälligkeiten in Bezug auf die gesundheitlichen und sozialen Veränderungen eingreifen. Dem Patienten können dabei Angebote für eine entsprechende Pflegemaßnahme gemacht werden, ihm können Informationen gegeben werden, um sich seinen Alltag abwechslungsreich und nach seinen Bedürfnissen im Quartier zu gestalten. Der Hausarzt kann seinem Patienten vermitteln, dass eine Lebensqualität auch im Alter möglich ist und jedem Menschen zusteht.

### **Die Rolle der Pflegekraft**

Die häusliche Pflege bezeichnet grundlegend die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen, sprich Personen mit Krankheiten oder Behinderungen, die ihren Alltag nicht selbstständig bewältigen können, außerhalb von stationären Einrichtungen. Die Pflegekräfte wurden besonders in einem Interview kritisiert, der Wunsch nach mehr Achtsamkeit und Sensibilisierung wurde ausgesprochen. Gegenwärtig ist es nicht unbekannt, dass Pflegekräfte knapp sind und daher unter enormen Zeitmangel stehen. Demzufolge muss mehr Pflegepersonal eingestellt, damit eine qualitative und nicht eine quantitative häusliche Pflege garantiert

werden kann. Die Rolle der Pflegekraft steht auch für die Entlastung der Angehörigen, somit sind sie wichtige Menschen im Leben der Patienten. Dabei geht es nicht nur um die körperliche Pflege, sondern vielmehr darum, die Patienten an die Hand zu nehmen und sie über Angebote im Quartier zu informieren. Möglich wäre es, dass quartalsweise ein Wegweiser für Senioren von den Pflegekräften ausgeteilt wird, sodass diese immer auf dem Laufenden sind und über Veränderungen und neue Angebote im Quartier informiert sind.

### **Erschaffung eines gemeinsamen Wohnraums**

Das Quartier ist für die Lebensqualität älterer Menschen von hoher Bedeutung. In den Interviews wurde angesprochen, dass ältere Menschen eine Heimaufnahme zeitlich so lange hinauszögern, wie möglich, da sie sich in ihren vier Wänden sicher und wohl fühlen. Somit sollte alles dafür getan werden, dass die älteren Menschen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben können. Die Quartiere sollten altersgerecht und barrierefrei gestaltet werden, sodass die Menschen die Möglichkeit haben, ihren Alltag selbstbestimmt und aktiv zu gestalten. Dabei ist eine altersgerechte Infrastruktur nötig. Das heißt, kurze Wege zur medizinischen Versorgung, ein komplexeres Angebot zur individuellen Alltagsgestaltung wie Tanzabende, Tagesausflüge oder Kochevents. Des Weiteren muss ein besserer Zugangsweg für diese Angebote erarbeitet werden. Viele ältere Menschen wissen zum Teil nichts von der Vielfalt der bestehenden Angebote. Dies kann durch Öffentlichkeitsarbeit, Hilfsverbände, mediale Unterstützung oder Diakonin erfolgen.

## 5. Fazit

In der Einleitung dieser Bachelorarbeit wurde darauf hingewiesen, aus welchen Gründen sich dieses Forschungsvorhaben entwickelt hat. Aufgrund des demografischen Wandels steigt der Anteil der älteren Menschen in Deutschland. In Rostock zeichnet sich laut der Pflegesozialplanung ein deutlich steigender Bedarf an medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen bis zu den Jahren 2022/2024 ab. Um diesen Bedarf zu decken, bedarf es ein Versorgungssystem, welches alle älteren Menschen erreicht. Sprich, ältere, hochbetagte Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf, welche unter anderem zurückgezogen leben und welchen eine Heimaufnahme droht. Doch wie werden diese Menschen identifiziert? Mit Hilfe welcher Möglichkeiten gelingt es, diese Menschen (wieder) in das Hilfesystem einzugliedern? Und wie kann es gelingen, dass diese Menschen ein aktives und selbstbestimmtes Leben trotz Einschränkungen führen können? Mit Hilfe der empirischen Untersuchung und der eigenen Gedanken gilt es nun diese Fragen abschließend zu klären.

Der erste Schritt stellt die Identifikation der zurückgezogen lebenden Menschen mit komplexem Hilfebedarf dar. Es muss ein System geschaffen werden, welches eine Früherkennung ermöglicht. Aus den Ergebnissen dieser empirischen Untersuchung wird entnommen, dass es mehrere Ansatzpunkte für eine Früherkennung geben kann. Sowohl im sozialen Umfeld, als auch im medizinischen Bereich. Menschen mit einem Hilfebedarf suchen beispielsweise den Kontakt zum Frisör oder Apotheker und möchten über ihre Umstände kommunizieren. Somit ist eine Identifikation möglich, indem die Hilfesuchenden sich selbst sichtbar machen. Dieses Wissen bzw. diese Informationen sollten in dem Zusammenhang an eine Quartiersschwester weitergeleitet werden, welche in Kooperation mit dem zuständigen Hausarzt entsprechende Pflege- bzw. Behandlungsmaßnahmen einleitet. Somit leitet sich daraus der zweite Schritt ab, die Wiedereingliederung in das Hilfesystem ableiten.

Während der Auswertung der Transkriptionen wurde ersichtlich, dass Angehörige als Schlüsselfunktion zur Früherkennung fungieren können. Den Angehörigen muss eine Möglichkeit geschaffen werden, Informationen an ein Meldesystem weiterzuleiten. Dafür wäre ein „Hilfetelefon“ denkbar, welches für diese Fälle eingerichtet ist. Dieses Hilfetelefon vermittelt dann an die zuständigen Bereiche für eine optimale Versorgung, kann in Akutsituationen eingreifen und Betroffenen sowie Angehörigen zur Seite stehen und ihnen das Gefühl vermitteln, dass sie nicht alleine sind.

In dieser Bachelorarbeit wurden Handlungsempfehlungen aus den empirischen Untersuchungen herausgearbeitet, welche Ansätze schaffen sollen, ältere, hochbetagte Menschen zu identifizieren und ihnen einen geeigneten Zugangsweg zu einer individuell passenden Versorgung zu ermöglichen, wie dies umsetzbar ist, wurde bereits geklärt. Nun geht es darum, wie es gelingen kann, dass hochbetagte und zurückgezogene lebende Menschen ein selbstbestimmtes und aktives Leben führen können. Die Erschaffung eines gemeinsamen Wohnraums wurde von beiden Experten genannt. Dabei geht es um ein finanzierbares Wohnen, indem Sicherheit und ein Angebot an Aktivitäten sowie eine gute Infrastruktur an erster Stelle stehen. Denkbar für so einen Wohnraum ist das integrierte Wohnen. Dort könnten verschiedene Bewohnergruppen in einem großen Wohnkomplex zusammen leben. Ziel dieses integrierten Wohnens sind nachbarschaftliche Hilfen zwischen mehreren Generationen. Bei den Ergebnissen der wissenschaftlichen Untersuchung ergab sich, dass durch Nachbarschaftspflege hilfsbedürftige, ältere Menschen frühzeitig identifiziert werden können. Somit kann das integrierte Wohnen eine Basis für die Identifikation von hilfsbedürftigen Menschen außerhalb der Hilfsstrukturen sein, aber auch ermöglichen, den älteren Menschen ein selbstbestimmtes, aktives Leben zu führen.

Aus den Experteninterviews ergab sich, dass viele ältere Menschen in ihrer gewohnten Umgebung, in ihren eigenen vier Wänden so lange es geht, wohnen bleiben möchten. Diesem Wunsch Rechnung zu tragen ist eine gesellschaftliche Notwendigkeit, da der demografische Wandel dazu führt, dass die Zahl der Älteren in Deutschland wächst. Größtenteils sind die Wohnungen/ Häuser nicht seniorengerecht gebaut, dies muss dazu führen, dass Ansatzpunkte erarbeitet werden, welche eine bedarfsgerechte Gestaltung der Wohnsituation zur altersgerechten Gestaltung der Wohnungen führt. Dabei sollte die räumliche Umwelt, sprich Infrastruktur, medizinische Versorgung oder Alltags- und Freizeitaktivitäten berücksichtigt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse dieser Bachelorarbeit zeigen, dass und wie eine Identifikation von älteren, hochbetagten Menschen außerhalb der Hilfsstrukturen sowie eine Wiedereingliederung in das Hilfesystem, möglich sind. Eine Umsetzung für ein gemeinsames Wohnen oder seniorengerechtes Wohnen sollte nichts im Wege stehen. Abschließend kann gesagt werden, dass der Landesverband Sozialpsychiatrie durch seine wissenschaftlichen Ergebnisse als Koordinator Handlungsempfehlungen aussprechen kann, welche durch andere Institutionen in der Praxis umgesetzt werden.

## Literaturverzeichnis

- [1] Einwohnermelderegister der Hansestadt Rostock, Stand 30.09.2016
- [2] Zielstellung Landesverband Sozialpsychiatrie Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben
- [3] Vgl. Speck und Daum, 2015 : Zielstellung Landesverband Sozialpsychiatrie Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben
- [5] Zielstellung Landesverband Sozialpsychiatrie Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben
- [6] Leistungsbeschreibung Vorhabenvereinbarung für das Forschungsvorhaben
- [7] <http://apps.who.int/iris/birtstream/> 14:25, 15.04.2017
- [8], [9],[10] Rosenmayr, Leopold: Schöpferisch altern. Eine Philosophie des Lebens. 2. Auflage, Münster/ Berlin 2007, Verlag: LIT
- [11],[19],[20],[21][29] Meuser, Nagel: Das Experteninterview- konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage, 1997
- [12],[13],[15],[16],[17],[18] Bogner, Alexander: Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung, Verlag VS Verlag Sozialwissenschaften, 2005
- [14][22],[23],[24][25][27],[28] Flick, Uwe: Qualitative Sozialforschung, eine Einführung: Verlag: Roswohlt Taschenbuchverlag
- [26][30],[31],[32],[34]]Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung: Verlag: Beltz, 2010
- [33] Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6. Durchgesehene Auflage , Weinheim: Deutscher Studienverlag 1997
- [35],[36],[37],[38],[39],[40] Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 2. Überarbeitete Auflage, Weinheim: BELTZ Psychologie-Verlags-UNION 1993

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

**Interviewer/in: I****Befragte/r: B (Apotheker)**

---

I: Die Sozialpolitik der Hansestadt Rostock zielt langfristig unter anderem auf die Förderung eines selbstbestimmten und aktiven Lebens von älteren und hochbetagten Menschen bei relativer Gesundheit ab. Viele ältere und hochbetagte Menschen haben allerdings einen Bedarf an Unterstützung, finden aber keinen Zugang zum bestehenden Hilfesystem und anders herum erreicht das Hilfesystem diese Menschen nicht. Oft leben diese Menschen zum Beispiel auch zurückgezogen, haben gesundheitliche und/oder soziale Probleme oder der Auszug aus der eigenen Wohnung und zum Beispiel eine Heimaufnahme liegen nahe. Darüber hinaus haben sie keinen Kontakt mehr zum Unterstützungssystem. Ziel unseres Forschungsvorhabens ist es, zu einer genauen Beschreibung dieser Menschen zu kommen und Ideen zu entwickeln, wie man sie besser erkennt und ihnen entsprechende Unterstützung anbieten kann. Ich würde jetzt dann mit der ersten Frage beginnen. Können Sie von einem Beispiel berichten, kennen Sie Menschen, auf die diese Beschreibung zutrifft?

B: Also die Menschen, die ... oder Patienten nennen wir sie ja eigentlich in der Apotheke, die zu uns kommen, sind mehr oder weniger bekannt, es sind aber meistens nicht Personen, die total aus dem sozialen Netz rausgefallen sind, also wie jetzt Obdachlose oder so was, so was kann ich eigentlich nicht berichten, es sind eher dann ältere Patienten, die zwar schon ihre Arzt-Dinge erledigen, also in dem Sinne schon irgendwie sozial abgesichert sind, sage ich jetzt mal in Anführungszeichen, aber die trotzdem dann bei uns auch berichten, dass sie eben sehr alleine sind, weil zum Beispiel Familienangehörige verstorben sind, zu weit weg sind, Bekannte nicht mehr da sind, die einfach sehr alleine sind, also das kommt auf jeden Fall vor. Aber jetzt nicht so drastisch, dass ich jetzt sagen könnte, dass sie gar keine Ansprechpartner haben.

I: Okay, also das ist Ihnen noch nicht vorgekommen...

B: Nein, also jedenfalls wird es uns auch nicht so geschildert. Man kommt ja nicht mit jedem Patienten in Kontakt, auch wo man es manchmal vielleicht vermutet oder so.

I: Gut, wie fallen Ihnen diese Menschen auf? Gut, da haben Sie ja jetzt gesagt, Ihnen ist das insgesamt noch nicht so aufgefallen, dass Sie Menschen kennengelernt haben, die im Hilfesystem nicht eingegliedert sind. Das ist natürlich jetzt ein bisschen schwierig zu beantworten.

B: Eben, also, es ist schon so, dass die dann auffällig werden, in dem Sinne, dass sie es selber äußern, dass sie eben sehr alleine sind, weil in der Apotheke ist ja doch mehr Kommunikation, als manchmal beim Arzt möglich ist oder überhaupt in anderen Geschäften, wenn ich das so bezeichnen will, von daher ist die Apotheke schon ein sozialer wichtiger Ansprechpartner gerade für diese Menschen, aber es ist natürlich so, wenn jemand von sich aus das nicht äußert, ist es für uns natürlich auch schwer, das zu erkennen. Man merkt dann manchmal so, wenn die Patienten sagen ... oder durch bestimmte Äußerungen auffällig werden, durch Hinweise, die sie dann eben verbal geben, dass wir es so merken, aber ansonsten ist es schwierig.

I: Genau, Sie haben das ja schon ganz gut erklärt eben, ich will jetzt trotzdem noch mal die Frage stellen: Wie würden sie diese Menschen aus Ihrer Erfahrung heraus konkreter beschreiben, also zum Beispiel mit den Indikatoren wie Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Wohnsituation, Lebenssituation, Staatsangehörigkeit. Können Sie da noch was zu sagen?

B: Also, es sind bevorzugt bei uns ältere Menschen, gut, das ist sicherlich auch stadtteilbedingt, weil wir hier auch wirklich eine sehr hohe Patientenzahl haben, die über 70 ist, von daher sind es weniger Leute, die in jüngeren Jahren sind, sondern wirklich mehr Senioren. Die Patienten, die es von sich aus äußern, sind eher weiblichen Geschlechts, bei Männern kommt das auch vor, aber eher sind es Frauen, die das äußern.

I: Die suchen schon auch dann den Kontakt und möchten auch gern mal über die Situation sprechen.

B: Die sind dann ... bei uns im Stadtteil sind relativ wenig Ausländer, Migranten, von daher sind sie dann eher deutscher Nationalität. Meistens ist es dann auch ein bisschen problematisch ... also wir haben natürlich auch Patienten, die aus anderen Nationen kommen, vorwiegend aus den östlichen Ländern, also dann Russland, Ukraine und so weiter, da ist es natürlich schon so, dass es auch alleine an der Sprache dann schwierig ist.

I: Aber die versuchen dann trotzdem sich zu verständigen und möchten auch gern ihre Situation mitteilen. Das ist dann schon ...

B: Wir haben eine Mitarbeiterin, die kommt aus der Ukraine, von daher ... weil die Kommunikation dann einfach einfacher ist und flüssiger, kommuniziert sie dann meistens, weil sie auch ... diese Patienten dann meistens gar nicht richtig deutsch sprechen können, das läuft dann so ein bisschen nebenher, aber da hat sie eigentlich bisher nicht geäußert, dass da jetzt irgendwelche Probleme wären, weil da meistens dann doch noch ein vermehrter Zusammenhalt innerhalb dieser Gruppe ist, das ist dann meist so ein so gesellschaftlicher Bereich, der für sich dann auch so ein bisschen nach außen geschlossen ist, mit Vor- und Nachteilen.

I: Okay, wo sehen Sie die entscheidenden Gründe dafür, dass ältere und hochbetagte Menschen trotz Hilfebedarf keinen Zugang zum Hilfesystem finden beziehungsweise durch das bestehende Hilfesystem nicht erreicht werden.

B: Also das liegt natürlich an den Patienten zum einen selbst, das ist ja grundsätzlich ein Eingeständnis dann auch, zum Teil auch Stolz oder man wächst einfach in die Situation rein und meistens sind es dann alle Sachen auf einmal, dass der Partner einfach stirbt und die Patienten dann versuchen, die Situation einfach auszuhalten, weil, vorher hat es ja auch funktioniert. Information ist sicherlich schwierig, das ist dann wirklich meist Mundpropaganda, es werden ja Sachen auch angeboten, auch über das Internet zum Beispiel, aber gerade so die älteren Leute tun sich da natürlich schwer. Es gibt ja bei uns im Stadtteil so ein paar Projekte, die laufen, unter anderem, das Mehrgenerationenhaus ist ja ein Anlaufpunkt, aber ich kann jetzt nicht sagen, wie viele Patienten dort, die jetzt alleine sind, wirklich die Angebote auch wahrnehmen.

I: Okay, da erzählen sie dann doch nicht so viel wahrscheinlich. Gut, was müsste passieren, damit diese Menschen frühzeitiger erkannt werden, was können Sie sich vorstellen, was würde, könnte hier in diesem ... im Stadtteil Lütten Klein erschaffen werden, damit diese Menschen frühzeitig erkannt werden und ihnen Hilfe angeboten werden kann?

B: Also ich denke, es wäre gut, wenn einfach im Vorfeld schon klar wäre für viele Senioren auch, eben andere, jüngere Patienten, dass sie einen Anlaufpunkt haben, wie zum Beispiel das Mehrgenerationenhaus oder dann eben, dass eine Ermutigung ist, in der Apotheke, beim Arzt oder so durch Plakate zum Beispiel. Flyer will ich mal jetzt nicht so in den Vordergrund stellen, weil die meistens doch nur in der Papiertonne landen, aber ...

I: Die älteren Menschen wissen dann schon, dass die Flyer da liegen aber gucken die sich nicht an oder müsste man sie darauf hinweisen?

B: Jetzt gerade für diesen Bereich, speziell Vereinsamung oder so was, gibt es auch kaum Flyer. Also das sind dann meistens Angebote, gerade jetzt im

Mehrgenerationenhaus, für ein gemeinsames Kochen oder Beratungstipps zu anderen Themen, aber jetzt wirklich für das alleine gelassen sein, gibt es eigentlich nicht. Dazu dann irgendwie eine Ermunterung würde ich dann eher sehen in Form von Plakaten oder dann eben, dass vielleicht auch Kurse angeboten werden oder so was.

I: Mhm, das finde ich gut. Dann noch in diesem Zusammenhang die Frage: Was müsste passieren, damit diese entsprechenden Menschen Hilfe bekommen, in Bezug auf die medizinische Versorgung, zum Beispiel?

B: Ja, das ist ja dann meistens so, dass gerade diese Patienten eben keine Hilfe bekommen im Sinne von einem Pflegedienst oder so was, denn dann wäre ja schon jemand da. Ja, es ist schwierig, es wäre natürlich gut, wenn grade solche Patienten dann eben über den MDK richtig eingeschätzt werden, eine Pflegestufe eventuell ist dann auch meistens vonnöten, dass dann dadurch einfach schon ein sozialer Kontakt wiederhergestellt wird.

I: Also, dass man sagt: Okay, von den Pflegekräften, die vor Ort zu Hause sind, dass da mehr noch entsteht, dass mehr geguckt wird und auch die älteren Leute nicht nur auf die Pflege in der Hinsicht eingegangen wird, sondern dass man auch noch vielleicht auch gewisse Angebote anbietet, dass man die älteren Menschen da in der Hinsicht so ein bisschen unterstützt.

B: Ja, genau.

I: Ja das stimmt, gut. Gut, kommen wir zur vorletzten Frage: Was bräuchte es im Quartier, sprich hier in Lütten Klein, damit diese Menschen besser erreicht werden können?

B: Also, das habe ich ja schon zum Teil angesprochen, eben dieses Mehrgenerationenhaus, das ist auf jeden Fall eine gute Idee, aber letztendlich könnten es ja auch Treffs sein, das muss ja nicht unbedingt in dem Haus sein, wo sich die Senioren eben treffen können, aber es ist wirklich schwierig, diese Patienten dann auch dazu zu bewegen, zum Teil sind sie dann auch dement, also mit anderen Grunderkrankungen noch, die das ganze erschweren, dann kommt noch mal wieder ein Hemmnis dazu, dass sie eben sich nicht trauen, aufgrund eben einer Erkrankung oder so was. Es ist schwierig, aber dieses Mehrgenerationenhaus ist wirklich schon ein guter Ansatz.

I: Ja, das denke ich auch, gut. So, gibt es noch etwas, was Sie zu diesem Thema gern sagen möchten, würde Ihnen jetzt noch was einfallen, vielleicht, als Sie diese Fragen vorab schon gelesen haben, sind da noch etwas in Gedanken gekommen?

B: Schwierig, also grundsätzlich ist es ein sehr wichtiges Thema, denke ich, einfach, weil die Altersstruktur eben so ist, dass wir eben immer mehr Senioren bekommen und meistens ist es dann auch so, dass ein Partner verstirbt und dann sind die Leute zu Hause, also von daher ist es natürlich, oder wäre es, schön, wenn man dann nachher ans gemeinsame Wohnen denkt oder so was, wenn man vielleicht so eine Art Wohngruppen oder so was installieren kann, die finanziell auch tragbar sind. Meistens sind die Patienten dann zu Hause in ihren Wohnungen, aber wenn man dann eine Pflege, und sei es nur eine ambulante Geschichte, in Anspruch nehmen möchte, sind die einfach finanziell sehr teuer, das kann sich ... können sich viele nicht leisten. So was wäre, denke ich, ein gesellschaftlich wichtiger Ansatz, dass man da auch ansteuern könnte, dass man vielleicht solche Häuser bildet, wo eben vermehrt solche Patienten drin sind mit einem gemeinsamen Raum, wo man sich treffen kann zum Beispiel, so was in der Richtung.

I: Also nicht gleich ins Pflegeheim.

B: Genau, viele wollen das ja auch nicht, gleich ins Pflegeheim, weil, das bedeutet dann immer gleich, dass man immer angewiesen ist auf andere und das wollen sich viele eben auch nicht eingestehen oder ist ja auch zum Teil von der Körperlichkeit her nicht unbedingt nötig.

I: Na eine gewisse Selbstständigkeit möchte man schon gern noch behalten, das kann ich verstehen. Dann vielen lieben Dank, das war es dann schon soweit mit den Fragen.

B: Ja, dann sind wir ja rucki zucki ...

I: Ja.

**Interviewer/in: I**  
**Befragte/r: B (Friseurleiterin)**

---

I: Also, die Sozialpolitik der Hansestadt Rostock zielt langfristig unter anderem auf die Förderung eines selbstbestimmten und aktiven Lebens von älteren und hochbetagten Menschen bei relativer Gesundheit ab. Viele ältere und hochbetagte Menschen haben allerdings einen Bedarf an Unterstützung, finden aber keinen Zugang zum bestehenden Hilfesystem und anders herum erreicht das Hilfesystem diese Menschen nicht. Oft leben diese Menschen zum Beispiel auch zurückgezogen, haben gesundheitliche und/oder soziale Probleme oder der Auszug aus der eigenen Wohnung und zum Beispiel eine Heimaufnahme liegen nah. Darüber hinaus haben sie keinen Kontakt mehr zum Unterstützungssystem. Ziel unseres Forschungsvorhabens ist es, zu einer genauen Beschreibung dieser Menschen zu kommen und Ideen zu entwickeln, wie man sie erkennt, also besser erkennt, und ihnen entsprechende Unterstützung bieten kann. So, die erste Frage: Können Sie von einem Beispiel berichten, kennen Sie Menschen, auf die diese Beschreibung zutrifft?

B: Na, ja, es ist ja so, ich selber habe ja wirklich viel mit älteren Menschen zu ... im Laufe der Jahre zu tun gehabt. Viele sind auch schon verstorben und meistens ist es ja immer, wenn sie alleine leben, dass die Verwandten sich nicht genügend kümmern, das ... sie sind aber andererseits aber auch wieder sehr mitteilksam, wenn sie zum Friseur gehen oder wenn sie ... wenn man manchmal auch hinkommt und so, dann erzählen sie einem das natürlich auch und wahrscheinlich wird dann ... wird da nicht genügend drauf geachtet.

I: Vom Umfeld ...

B: Vom Umfeld, das ist, glaube ich, das größte Problem, denn die, die jetzt noch Verwandte haben und die sich um sie etwas kümmern, das muss ja gar nicht so viel sein, die können das dann auch mal melden und sich kümmern, dass dann jemand kommt, das ist ja in den meisten Fällen so, zu mindestens hier in Lütten Klein.

I: Wie fallen Ihnen diese Menschen auf?

B: Wenn ich jetzt so aus meiner Branche als Friseur ... sind sie immer recht aufgeschlossen. Jeder, ob er alt ist oder jünger ist oder wie auch immer, mag sich

eben auch hübsch machen. Und der Friseur kommt ja, um den Menschen noch etwas Lebensqualität zu geben, ja?

I: Aber die älteren Menschen, die sind dann schon sehr mitteilungsbedürftig, sie suchen schon den Kontakt und möchten ihre sozialen Probleme verständigen? Okay.

B: Natürlich sind die Menschen auch unterschiedlich. Es gibt auch welche, die sind sehr verschlossen, aber ich persönlich habe das noch nicht so unklar gehabt, weil man sie auch lange kennt und so und dann erzählen sie einem dann doch dies und jenes.

I: Wie würden Sie diese Menschen aus Ihrer Erfahrung heraus konkreter beschreiben, zum Beispiel sind es im Bezug aufs Alter, das Geschlecht, erzählen die Frauen eher mehr als die Männer, wie ist der Gesundheitszustand, sind es eher erkrankte Menschen, die Ihnen diese Probleme erzählen?

B: Ja, ich denke mal, das sind mehr erkrankte Menschen, die eben nicht den Kontakt so haben, wie sie brauchen ... so, wie sie ihn brauchen, die sind dann auch mitteilbarer, aber jeder hat auch einen anderen Charakter, manch einer ist eben auch in sich verschlossen, da kommt man auch manchmal schwer ran.

I: Und sind das vielleicht auch eher Menschen, die alleine leben, wo der Partner verstorben ist?

B: Na ja, das ist schon so, sie leben oft auch in der Vergangenheit dann. Sie erinnern sich an die guten Zeiten und das, was sie vor sich haben, ist dann nicht so gut und das kommt alles dazu, das spielt alles eine Rolle.

I: Wo sehen Sie die entscheidenden Gründe dafür, dass ältere und hochbetagte Menschen trotz Hilfebedarf keinen Zugang zum Hilfesystem finden, beziehungsweise durch das bestehende Hilfesystem nicht erreicht werden?

B: Ja, das ist mir doch ein bisschen unverständlich, wahrscheinlich wird von staatlicher Seite nicht genügend achtgegeben und, was auch ganz wichtig ist, sie gehen ja auch meistens zum Arzt und die Ärzte spielen auch eine große Rolle für ältere Menschen, wenn jetzt da ein Arzt kommt, der nun sieht, dass diejenige oder derjenige nicht mehr alleine in seinem Heim bleiben kann, in seinem Haus, in seiner Wohnung, dann müsste man was unternehmen.

I: Dass der Arzt dann schon einschreitet.

B: Genau, dass der Arzt dann schon zumindest den Anschlag gibt für so was, damit denen auch geholfen wird.

I: Was müsste passieren, damit diese Menschen frühzeitig erkannt werden?

B: Na ja, so ein bisschen Nachbarschaftshilfe wäre ja auch nicht schlecht, denn wenn jetzt eine Nachbarin da ist oder oben oder unten jemand, der merkt: Aha, die kommt kaum noch raus oder so, da kann man ja auch ein bisschen was machen.

I: Was müsste passieren, damit diese entsprechenden Menschen Hilfe bekommen, zum Beispiel in Bezug auf die medizinische Versorgung?

B: Ja, sie müssten da auch regelmäßig vom Arzt betreut werden oder von einer Krankenschwester oder ich weiß nicht, wie die sich nennen, die so ...

I: Pflegekräfte.

B: Pflegekräfte oder so. Das ist ganz wichtig, Pflegekräfte müssen gucken, wie ... was los ist.

I: Dass die achtsamer sind und dass sie dann auch einschreiten. Was bräuchte es im Quartier, also hier in Lütten Klein, damit diese Menschen besser erreicht werden können?

B: Lütten Klein ist von meiner Ansicht recht gut bestückt mit wo sich ältere Menschen treffen können. Das ist hier drüben das rote Haus, sagen wir immer ...

I: Das Mehrgenerationenhaus?

B: Ja, da gehen viele auch oft zum Tanzen und was da so ... und Kaffeetafel und so was, was da alles so veranstaltet wird, also das wird sehr gerne angenommen, ich höre das dann immer, wenn die sich hier untereinander dann unterhalten, oder die Pflegedienste, da machen sie ja auch ... die haben ja auch Räume, wo sich die älteren Leute treffen können und Veranstaltungen auch, passende Veranstaltungen für alte Menschen.

I: Dass halt mehr angeboten wird?

B: Ja, da müsste sich ein bisschen mehr gekümmert werden, denn die Leute sind auch so, dass sie auch gerne mal wohin gehen oder aktiv teilnehmen wollen, wenn nun einer nun ganz doll krank ist, dem ist das dann egal, dem ist dann auch nicht mehr zu helfen, aber im Großen und Ganzen, wenn sie denn erst einmal da waren, gehen sie doch ganz gerne hin. Die motivieren sich auch untereinander.

I: Das ist schön, also dass halt noch mehr angeboten wird als dieses Mehrgenerationenhaus, sage ich mal.

B: Ja, und dann ist ja hier auch noch in der Ahlbecker Straße vier, da ist ja auch noch der Pflegedienst, die haben ja auch Räume, da gehen wir zum Beispiel hin zum

Frisieren, da haben wir unten ... haben die uns ein Keller, einen Raum zugewiesen und da geht einmal die Woche eine Kollegin hin und frisiert ältere Menschen, die dann noch gut zu Fuß sind, aber die eben auch nicht mehr so rausgehen können und wenn es dann ganz schlimm ist, dann geht sie auch in die Wohnung. Das ist zum Beispiel der Beitrag, den ich mit meinem Unternehmen leiste.

I: Das ist sehr, sehr schön. Und dann die letzte Frage: Gibt es noch etwas, das Sie zu diesem Thema sagen möchten, was Ihnen vielleicht jetzt noch eingefallen ist, als Sie das vorab schon einmal durchgelesen haben, würde Ihnen jetzt grob was anderes einfallen, was jetzt nicht passend zu den Fragen vielleicht ist?

B: Ja, ich meine, ich bin ja jetzt auch nicht mehr so jung und das Älterwerden hat eben Probleme. Ich selbst fühle mich zwar noch nicht so, aber wenn ich dann mal so von anderen sehe, wenn die alle mit dem Wagen fahren müssen und kommen dann rein und sagen: Also Frau Wruck, ich habe jetzt auch schon einen Wagen, das hatte ich nämlich heute, ich muss auch schon mit dem Wagen gehen, weil es nicht anders geht, ein bisschen Erleichterung ist es dann doch. Na ja, dann ist es halt so.

I: Ja, es ist ja schon mal gut, dass es so was gibt, denke ich, somit sind die älteren Menschen doch noch ein Stück weit selbstständig.

B: Genau.

I: Darum geht es ja.

B: Sie können dann doch noch mal hier und da hinfahren. Ich habe da zum Beispiel mehrere, die treffen sich immer zum Kaffeetrinken da unten beim Bäcker und die haben immer so ihre bestimmten Zeiten und manchmal kommen sie auch vorher zum Friseur, wollen sie besonders hübsch sein.

I: Ja, das ist schön.

B: Das ist so.

I: Also man sieht, es gibt schon ein paar Angebote.

B: Ach doch. Ich persönlich habe schon viel gemacht für ältere Leute aber es hat eben auch alles Grenzen. Wir haben ja auch einmal ... ich habe ja dann auch noch Lehrlinge und auch junge Menschen beschäftigt. Das war auch so lustig, die eine Kollegin ist dann auch zu dem älteren Herrn hin und der hat dann in Unterhose aufgemacht und die kriegte natürlich so einen roten Kopf und war ihr so was von unangenehm. Nee, sagt sie, Frau Huck, da gehe ich nicht wieder hin.

I: Ja gut, das kann man auch verstehen.

B: Aber das war lustig. Das war lustig.

I: Das kann ja auch passieren.

B: Das kann eben auch passieren, aber sonst, im Großen und Ganzen, habe ich schon viel für ältere Leute hier auch gemacht, gerade was Friseur betrifft. Das hat seine Grenzen, ich kann nicht alle Leute unterwegs haben, hier muss es ja auch laufen.

I: Ich finde das schon gut, dass Sie das anbieten und ich hoffe auch, dass wir ...

B: Wir bieten es an für unsere Kunden. Es rufen dann auch von anderen Friseurunternehmen Kunden an, da mache ich das dann auch nicht, aber wenn der Kunde hier schon zehn Jahre war und er braucht uns, dann machen wir das.

I: Ja, das ist echt gut, dann bedanke ich mich auf jeden Fall.

B: Ja, da werden Sie vielleicht das Beste noch herausfinden.

I: Doch, es war sehr gut, was Sie gesagt haben, da können wir auf jeden Fall was mit anfangen. Ich speichere das ...

## Leitfragen semistrukturierte Interviews

Zielgruppe: Akteure aus dem sozialen Netzwerk (Fokus auf Quartiersbezug)

Einleitung: Die Sozialpolitik der Hansestadt Rostock zielt langfristig u. a. auf die Förderung eines selbstbestimmten und aktiven Lebens von älteren und hochbetagten Menschen bei relativer Gesundheit ab. Viele ältere und hochbetagte Menschen haben allerdings einen Bedarf an Unterstützung, finden aber keinen Zugang zum bestehenden Hilfesystem und andersherum erreicht das Hilfesystem diese Menschen nicht. Oft leben diese Menschen z.B. auch zurückgezogen, haben gesundheitliche und/oder soziale Probleme oder der Auszug aus der eigenen Wohnung und z.B. eine Heimaufnahme liegen nahe. Darüber hinaus haben sie keinen Kontakt (mehr) zum Unterstützungssystem. Ziel unseres Forschungsvorhabens ist es, zu einer genaueren Beschreibung dieser Menschen zu kommen und Ideen zu entwickeln wie man sie besser erkennt und ihnen entsprechende Unterstützung anbieten kann. Wir haben dazu folgende Fragen an Sie:

1. Können Sie von einem Beispiel berichten? Kennen Sie Menschen, auf die diese Beschreibung zutrifft? Wenn ja, bitte berichten Sie uns davon! (nur stellen, wenn Interviewpartner nicht alleine darauf kommt) Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)
  
2. Wie fallen Ihnen diese Menschen auf? Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)
  
3. Wie würden Sie diese Menschen aus Ihrer Erfahrung heraus konkreter beschreiben? Können Sie diese Menschen anhand von Merkmalen beschreiben (z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Wohnsituation, Lebenssituation, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Kinder)? (nur stellen, wenn Interviewpartner nicht alleine darauf kommt) Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)

4. Wo sehen Sie die entscheidenden Gründe dafür, dass ältere und hochbetagte Menschen trotz Hilfebedarf keinen Zugang zum Hilfesystem finden bzw. durch das bestehende Hilfesystem nicht erreicht werden? Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)

5. a) Was müsste passieren, damit diese Menschen frühzeitiger erkannt werden?  
b) Was müsste passieren, damit diese entsprechenden Menschen Hilfe bekommen? Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)

6. Was bräuchte es im Quartier, damit diese Menschen besser erreicht werden können? Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)

7. Gibt es noch etwas, das Sie zu dem Thema sagen möchten? Antwort bitte digital einfügen (durch Interviewer)